

Московский Государственный Медико-стоматологический Университет

им. А.И. Евдокимова

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФТДО

Зав. кафедрой академик РАМН, проф. Адамян Л.В.

ГКБ №15 им. О.М.Филатова

Гл.врач, проф., д.м.н. Тюлькина Е.Е.

Беременность, роды, послеродовой период, осложненные внутричерепным кровоизлиянием. Акушерские аспекты.

к.м.н., доц. Р.Р.Арустамян

📌 Внутричерепное кровоизлияние - редкое, но грозное осложнение в акушерской практике (0,01-0,05%).

📌 Частота смертности - от 40% до 83% (5-12% от общей материнской смертности).

Philip M. Meyers, //Endovascular Treatment of Cerebral Artery Aneurysms during Pregnancy. JNR Am J Neuroradiol 21:1306-1311, August 2000.

Возрастной пик внутричерепного
кровоизлияния из-за
цереброваскулярной
патологии - **20-40** лет
(репродуктивный возраст).

Филатов Ю.М. и соавт: АВМ головного мозга. Многотомное руководство
«Современные технологии и клинические исследования в нейрохирургии».
Том 1, стр. 309-325. Москва 2012.

Причины внутричерепного кровоизлияния у беременных, родильниц и рожениц:

- Преэклампсия/эклампсия
 - HELLP - синдром
 - Артериальная гипертензия
 - Артериовенозные мальформации, аневризмы, каверномы, опухоли
 - Заболевания сердечно-сосудистой системы
 - Заболевания крови.
- 
- осложнения беременности

Клинические проявления внутричерепного кровоизлияния:

- внезапная сильная головная боль (не купируется анальгетиками);
- тошнота, рвота;
- ригидность затылочных мышц;
- эпилептические припадки;
- очаговая неврологическая симптоматика;
- нарушения уровня сознания (от оглушения до комы).

Алгоритм обследования беременных с подозрением на ВЧК:

- консультация неврологом, нейрохирургом, офтальмологом
- МРТ, МР-АГ
- МСКТ-АГ (с экранированием живота)
- Ангиография
- Эхо-КГ, УЗАС, УЗДГ артерий и вен н/к, БЦА.
- Диагностика АФС, врожденной тромбофилии.

Современные методы лечения ВЧК:

- Удаление гематомы, опухоли;
- Коагуляция и иссечение патологических сосудистых клубочков;
- Клипирование аневризм;
- Различные виды эндоваскулярных вмешательств (эмболизация, окклюзия микроспиралью);
- Стереотаксическая радиохирurgia.

Материал исследования ($n=56$), находившихся на стационарном лечении в ГКБ№15 с 2010-2014г.г.:

- 23 женщин с ВЧК, судорожным синдромом, неврологической симптоматикой до наступления данной беременности (наблюдались и были родоразрешены в роддоме при ГКБ№15 им. О.М.Филатова);
- 33 женщин, у которых беременность, роды, послеродовой период осложнились ВЧК (доставлены БСМП или переведены из других стационаров г. Москвы).

Клиническая характеристика пациентов:

Средний возраст	30,5	Пиелонфрит, цистит, МКБ	8
Первородящие	33	Заболевания щитовидной железы	4
Повторнородящие	23	Анемия	13
Патология ССС	17	Нарушения жирового обмена	1
СКВ	2	Хронический тонзиллит	4
Артериальная гипертензия	11	Аппендэктомия	1

Гинекологический анамнез:

У 43 женщин

- Выкидыш, неразвивающаяся беременность, антенатальная гибель плода;
- Искусственный аборт;
- Эктопия шейки матки;
- Дисфункция яичников;
- Эндометриоз;
- ИППП;
- Миома матки, кисты яичников, внематочная беременность;
- Бесплодие I.

Осложнения беременности:

У 45 женщин

- Рвота беременных легкая, умеренная;
- Угрожающий аборт;
- Острая инфекция верхних дыхательных путей;
- Угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов;
- Анемия беременных;
- Отеки беременных;
- Плацентарная недостаточность, СЗРП;
- Артериальная гипертензия;
- Преэклампсия (умеренная, тяжелая), эклампсия.

Исход беременности:

- Своевременных родов - 31;
- Преждевременных родов - 15;
- Выписались беременными - 8;
- Выкидыш - 1;
- Антенатальная гибель плода - 1;
- Роды - 4;
- КС - 42;
- Летальный исход - 4.

Кесарево сечение:

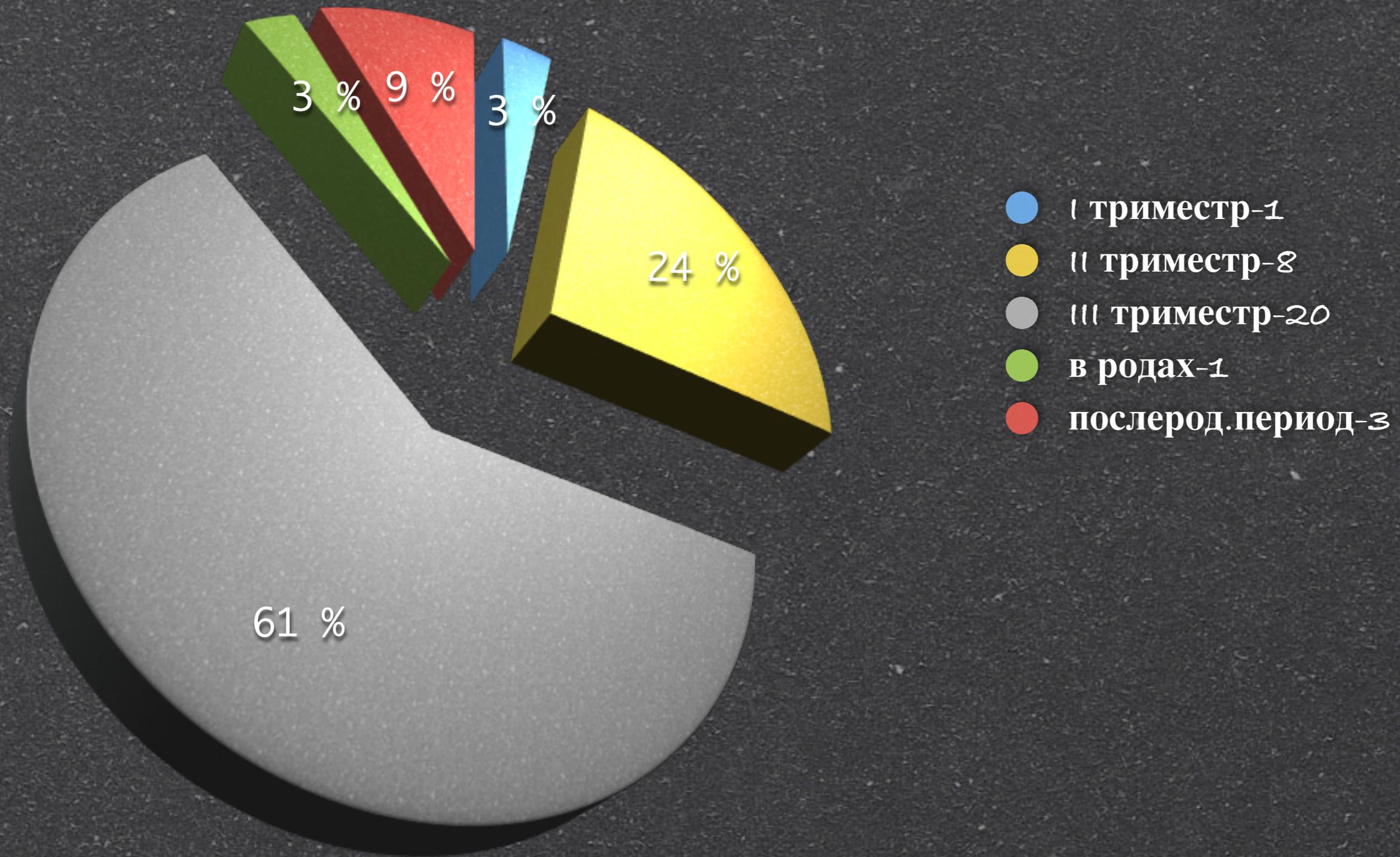
n-42

Экстренные операции к/с Срок гестации 25-36 недель	n = 14 Оценка по Апгар 6-7 баллов n = 1 Оценка по Апгар 4-5 баллов
Плановые операции к/с Показания - рекомендации нейрохирургов	n = 27 Оценка по Апгар 7-9 баллов
Объем кровопотери	v - физиологический
Обезболивание	СМА - 33 Эпидуральная аналгезия - 4 Общая анестезия - 5

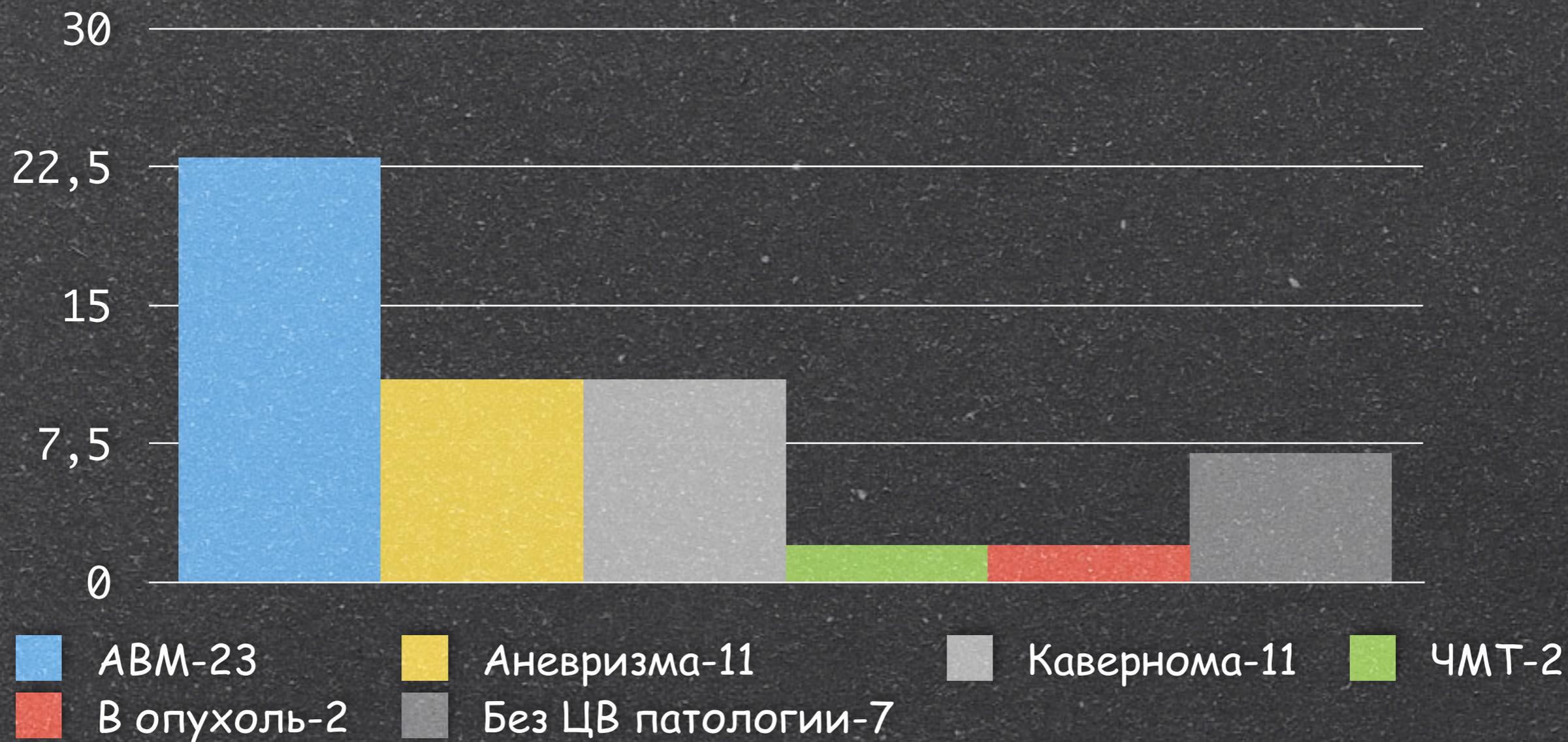
Исход беременности у женщин с ОНМК в анамнезе (n=23):

- У 20 женщин беременность была доведена до 38 недель и >;
- В 20 случаях было проведено плановое к/с. Оценка новорожденных по Апгар 7-9 баллов;
- 1 пациентка была оперирована в сроке 34 недели, две пациентки в 35-36 недель по акушерским показаниям;

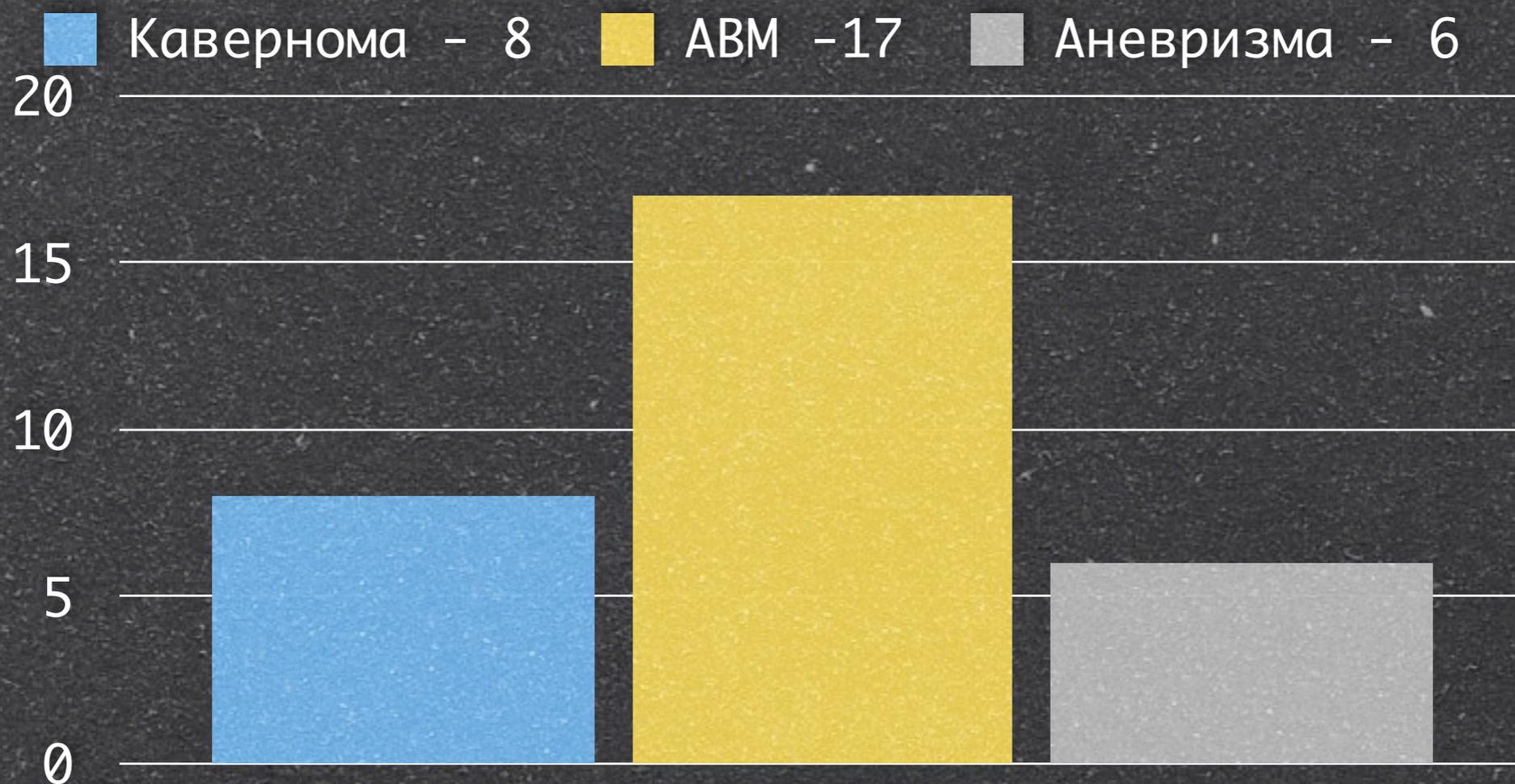
Частота ОНМК в зависимости от срока гестации (n=33):



Этиология ВЧК в исследуемой группе:



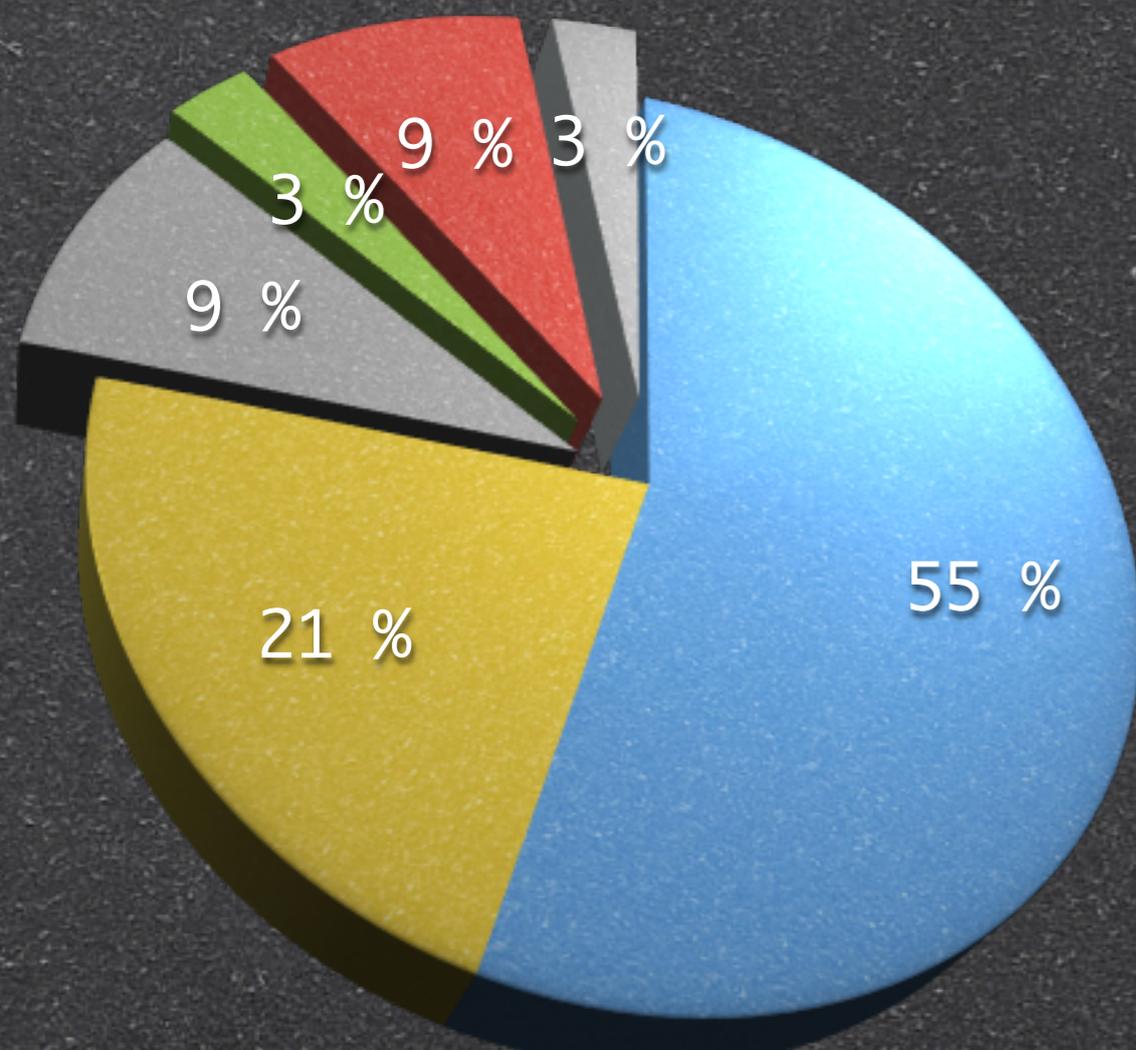
Частота ВЧК во время беременности в зависимости от цереброваскулярной патологии:



Нейрохирургические операции в группе женщин с ВЧК, осложнившим течение данной б-ти, родов и послеродового периода (n=33):

Всего проведено **15**

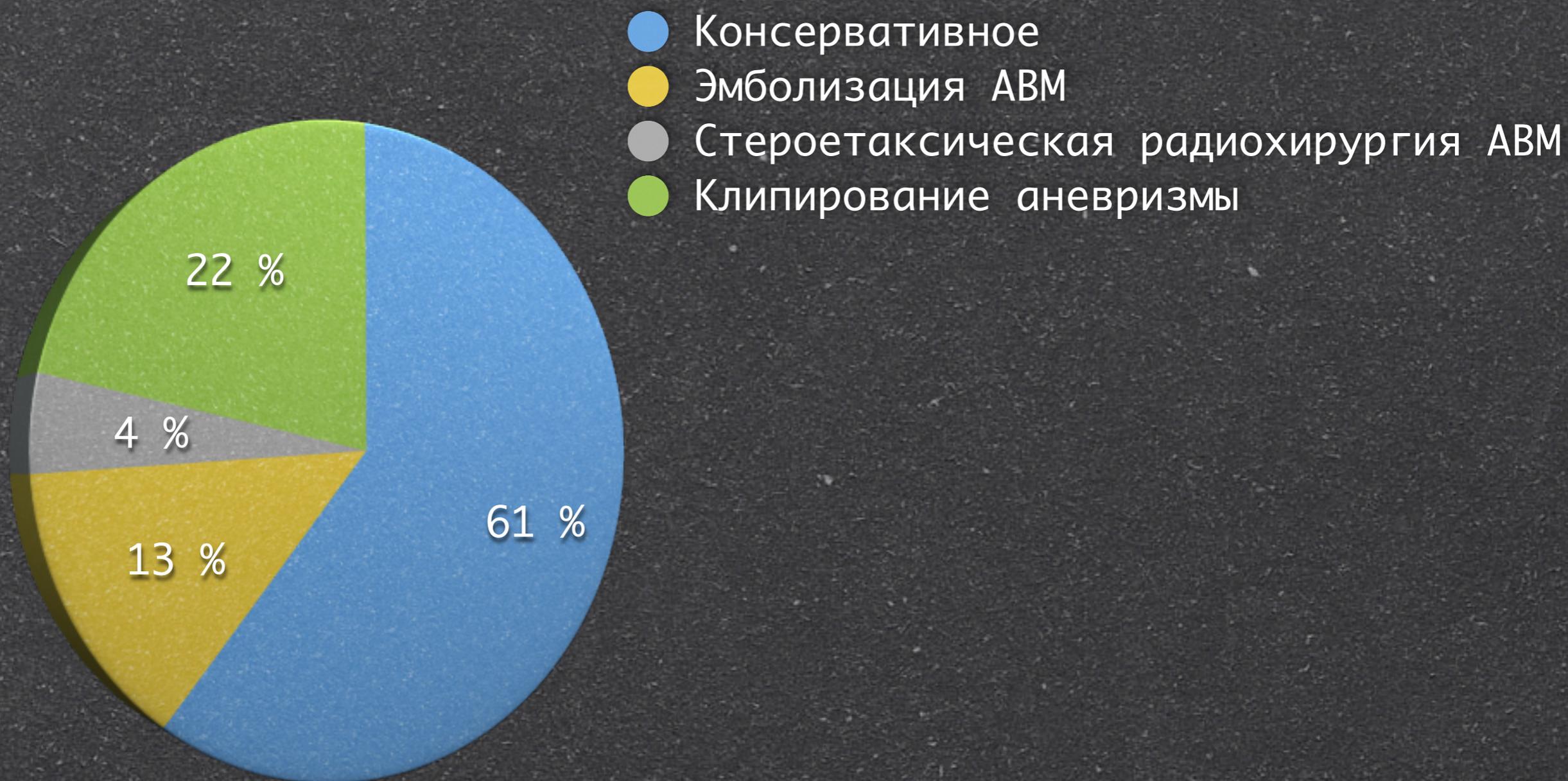
нейрохирургических операций, из которых **12** радикальные:



18 женщин лечились консервативно
13 операций проведены в ГКБ №15
1-в НИИ нейрохирургии им Бурденко
1-в НИИ Склифосовского

- консервативное
- Иссечение АВМ
- Клипирование аневризм
- Окклюзия аневризм микроспиральями
- Декомпрессия
- Удаление каверномы

Нейрохирургические операции в группе женщин с ВЧК в анамнезе (n=23):



Случаи с летальным исходом:

- Беременная 26 лет (I предстоящие роды), доставлена БСМП из дома. Беременность 24-25 недель. ВЧК. Разрыв АВМ. Антенатальная гибель плода. Наркомания (Смерть наступила на 4-е сутки после ВЧК);
- Беременная 34 лет, переведена в первые сутки после I своевременных оперативных родов в головном предлежании (акушерские щипцы). Тяжелая преэклампсия. ВЧК в конце II периода родов. Проводилась трепанация - удаление внутримозговой гематомы; Смерть наступила на 30-ые сутки после родов. АВМ сосудов головного мозга обнаружено при патологоанатомическом исследовании.

Случаи с летальным исходом:

- Беременная 31 года. Переведена в 1-ые сутки после II своевременных родов в головном предлежании. Тяжелая преэклампсия. ВЧК. Разрыв АВМ в раннем послеродовом периоде. Проводилась трепанация - удаление внутримозговой гематомы, иссечение АВМ. (смерть наступила на **19-е** сутки после родов).
- Беременная 41 года. Переведена на 8 сутки после II преждевременных родов в головном предлежании в 36-37 недель. Тяжелая преэклампсия, СЗРП II. САК, разрыв гигантской фузиформной аневризмы ПСА. (смерть наступила на **48-ые** сутки после родов, на **3-и** сутки после клипирования аневризмы).

Во всех 4-х летальных случаях помимо цереброваскулярной патологии были отягчающие обстоятельства (наркомания - 1, тяжелая преэклампсия - 3).

Анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 33 пациенток с ОНМК, осложнившим данную беременность, показал, что не всегда учитывались маркеры преэклампсии (12 из 56 - 33%):

В 5 случаях из 12 ВЧК наблюдалось при сочетании цереброваскулярной патологии с тяжелой преэклампсией/эклампсией или АГ, а без цереброваскулярной патологии в 7 случаях.

Причиной внутричерепных кровоизлияний во время беременности, родов и в послеродовом периоде в **30%** случаев являются осложнения беременности - преэклампсия, эклампсия, HELLP - синдром

(Jessica Tate, Cheryl Bushnell. 2011)

Влияет ли беременность на частоту ВЧК у женщин с цереброваскулярной патологией???

- Риск внутричерепного кровоизлияния у беременных и небеременных женщин
СОПОСТАВИМ (Salonen et al. 2001).

Влияет ли беременность на частоту ВЧК у женщин с цереброваскулярной патологией???

- Риск кровоизлияния при различных формах цереброваскулярной патологии увеличивается во время беременности. Так частота разрыва АВМ у беременных **8,1%**, у небеременных – **1,1%** (Bradley A. Gross et al. 2012).

Однако мнение всех авторов сходится в том, что это крайне тяжелая группа пациенток.

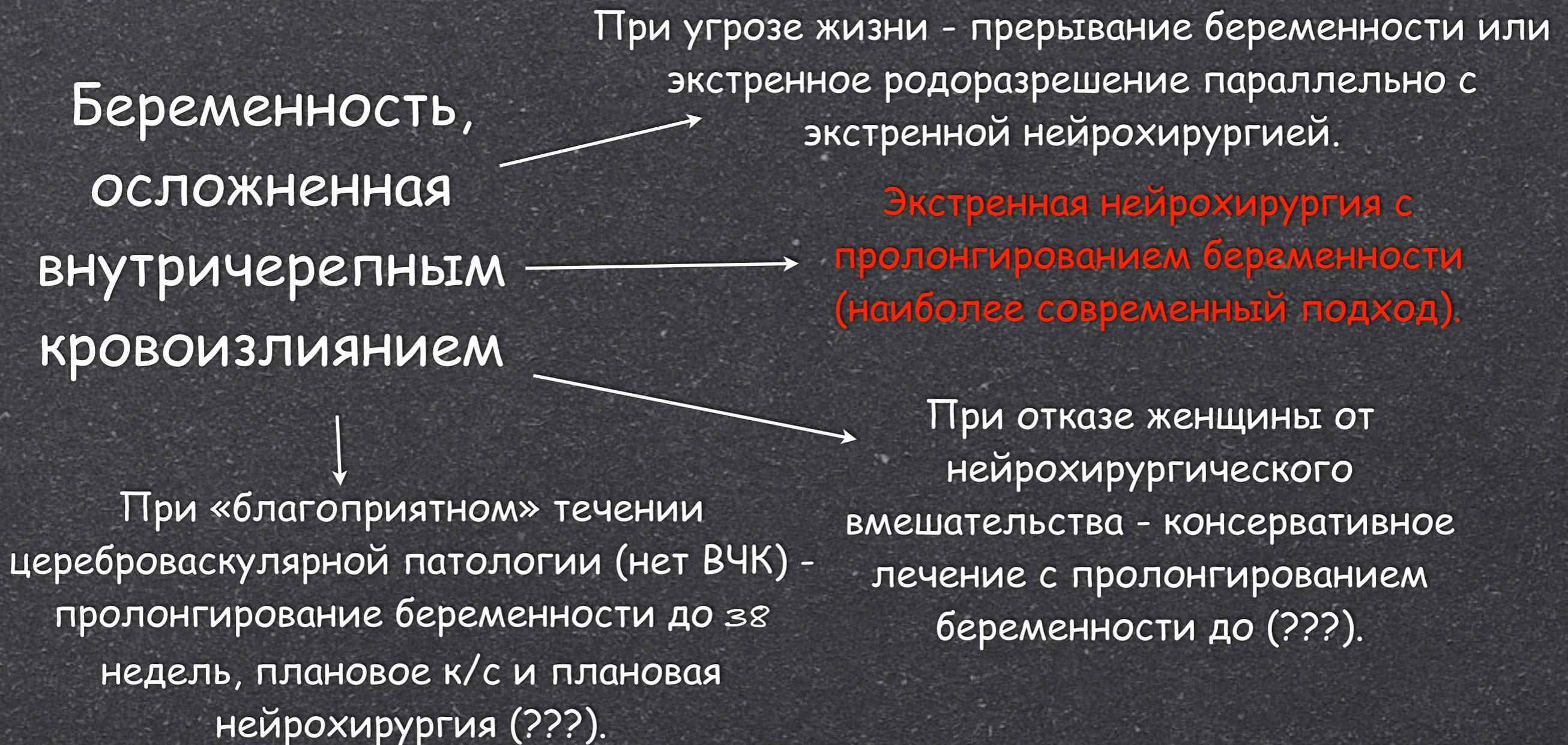
(Bateman B.T.et al. 2012).

В нашем исследовании в **59%** случаев
ОНМК осложнило течение III триместра
($n=20$).

Повышение частоты ОНМК в родах и в
раннем послеродовом периоде нами не
отмечено.

По данным литературы, риск кровоизлияния увеличивается в III триместре, в родах, в
послеродовом периоде (Jacob M Fairhall 2009).

Клинические ситуации при внутричерепном кровоизлиянии у беременных:



Критерии для внутричерепного скрининга у беременных женщин с высоким риском наличия внутричерепных аневризм

(National Cerebral and Cardiovascular Center, Suita, Osaka 2009)

Хроническая гипертензия (АД $160/100$ мм рт.ст.)

Цереброваскулярная патология в анамнезе

Возраст >40 лет

Цереброваскулярная патология в семье

Хроническая головная боль

Гестационная артериальная гипертензия

Ожирение (ИМТ >25 м²)

ВЫВОДЫ:

- Внутричерепное кровоизлияние во время беременности, родов, в раннем послеродовом периоде – грозное осложнение, приводящее к повышению как материнской, так и перинатальной заболеваемости и смертности.
- Причинами его могут быть акушерские осложнения (преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром), различные формы цереброваскулярной и соматической патологии.
- Задача акушера-гинеколога – выявить и правильно оценить маркеры преэклампсии/эклампсии, HELLP-синдрома и своевременно решить вопрос о пролонгировании беременности, времени и способе родоразрешения.
- Лечение цереброваскулярной патологии проводить согласно рекомендациям.

Беременные с цереброваскулярной патологией должны быть госпитализированы в многопрофильные клиники, оснащенные родильным домом, отделениями лучевой диагностики, нейрореанимации, нейрохирургии с рентгеноперационной, неврологии и офтальмологии.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ.