

нифоти I ва II ва анти-HNA тавассути таҳлили имунсорбентӣ бо фермент алоқаманд (системаи тестии Elisa kit QuikScreen, GTI, USA, B-Screen, GTI, USA) ва таҳлили мултиплекс бо муайян кардани натиҷаҳои тадқиқот дар платформаи Luminex мавриди омӯзиш қарор гирифтанд.

Натиҷаҳо. Ташҳиси TRALI дар 24 нафар, “эҳтимолан TRALI» - дар 5 беморони соҳаи акушерӣ ё дар 0,77% ҳолатҳо муқаррар карда шуд. Басомади TRALI ва “эҳтимолан TRALI» 1 ҳолатро дар як интиқоли 870,3 воҳиди хуни донорӣ (ХД) ва ҷузьҳои хун (ҶХ) ташкил дод. Дар беморони ҷарроҳӣ - мутаносибан 4 ва 2 (0,79%) (1 ҳолат дар як трансфузияи 765 воҳиди ҶХ) буд. Дар беморони гирифтори осебёбиҳо дар 3 бемор (2,0%) ташҳиси “эҳтимолан TRALI» муқаррар карда шуд. Дар беморони дорои соҳаҳои саратонӣ ва онкогематологӣ 4 ҳолати TRALI ва 5 ҳолати

“эҳтимолан TRALI» таҳҳис карда шуд. Ҳодисаи TRALI ва “эҳтимолан TRALI» 1 ҳолат ба 16,155 воҳиди ҶХ интиқол дода шудааст.

Хулоса. Гузаронидани ҷузьҳои хун омили баъланди ҳатари рушди TRALI мебошад, махсусан аз занҳои доноре, ки ҳомиладорӣ тақрорӣ ва таваллуд дар анамнез доранд. Барои пешгирии TRALI зарур аст, ки санҷиши хуни донорҳои зан барои мавҷудияти антигени анти-HLA, анти-HNA ба роҳ монд ё аз истифодаи клиникаи ҷузьҳои плазмаи хун аз занҳои донор даст кашид. Бо истифода аз маҳлули иловагӣ тайёр кардани концентратҳои тромбоцитҳо ба роҳ монд.

Калимаҳои калидӣ: осеби шадиди шуш во-баста ба трансфузия (синдроми TRALI), ҷузьҳои хун, донорҳо, антигени -HLA, антигени- HNA, паҳншавӣ, трансфузия, реаксияи трансфузионӣ.

УДК 616.8-089:616.831-005:618.2

doi: 10.52888/0514-2515-2024-363-4-12-17

Р.Н. Бердиев, Ш.А. Турдибоев

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Бердиев Рустам Намазович - заведующий кафедрой нейрохирургии и сочетанной травмы; Тел.: +992918813282; E-mail: rnatozzoda@mail.ru

Цель исследования. Оптимизировать пути родоразрешения у беременных женщин с геморрагическим инсультом.

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы течение беременности, родов и исходов перинатальных патологий 41 беременных женщин с геморрагическим инсультом. Все беременные женщины были консультированы акушер-гинекологом, нейрохирургом, неврологом, офтальмологом и анестезиологом. По протоколу современных требований согласованно запланирован метод лечения и ведения периода беременности, был проведен выбор метода родоразрешения и обезболивания.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты ретроспективного анализа показали, что возраст обследованных беременных женщин варьировал от 20 до 40 лет. Оперативное лечение было проведено в 21 (51,2%) случае. Объем и виды операций распределились следующим образом: удаление внутримозговой гематомы (ВМГ) с помощью кранэктомии выполнено в 6 (28,6%) случаях; костно-пластическая трепанация с удалением ВМГ проведена в 3 (14,3%) наблюдениях; трепанация с дренированием подострой и хронической ВМГ выполнена у 4 (19,1%) пациенток; вентрикулоперитонеостомия по поводу окклюзионной гидроцефалии произведена в остальных случаях.

Заключение. В заключение следует отметить, что улучшение ведения беременных женщин с острым нарушением мозгового кровообращения при участии соответствующих специалистов позволяет в большинстве случаев осуществлять родоразрешение физиологическим путем, то есть через естественные родовые пути. Своевременное выявление и адекватное лечение патологии головного мозга способствует снижению количества ошибок на этапах лечения и родоразрешения, что, в свою очередь, помогает сохранить период гестации и обеспечивает рождение жизнеспособного ребенка.

Ключевые слова: беременность, геморрагический инсульт, артериальная гипертензия, компьютерная томография.

R.N. Berdiev, Sh.A. Turdiboev

TREATMENT TACTICS FOR PREGNANT WOMEN WITH HEMORRHAGIC STROKE

Department of Neurosurgery and Combined Trauma, SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Tajikistan

Berdiyev Rustam Namazovich - Head of the Department of Neurosurgery and Combined Trauma; Tel.: +992918813282; E-mail: rnamozzoda@mail.ru

Aim. To optimize delivery methods for pregnant women with hemorrhagic stroke.

Material and methods. The study included 41 pregnant women aged 20 to 40 years with haemorrhagic stroke. All women underwent a general clinical examination, a haemostasis study, computed tomography, magnetic resonance imaging, cerebral angiography, consultations with a neurologist, neurosurgeon, anaesthesiologist and ophthalmologist.

Results. Surgical intervention was required in 21 (51.2%) cases due to haemorrhage. The extent of the surgical intervention was as follows: - craniectomy with removal of intracerebral haematoma (IH) in 6 (28.6%) cases, osteoplastic trepanation with removal of IH in 3 (14.3%) pregnant women, trepanation with drainage of subacute and chronic IH in 4 (19.1%), ventriculoperitoneostomy for occlusive hydrocephalus due to subarachnoid haemorrhage in 5 (23.7%) cases, and AA/AVM clipping in 3 (14.3%) of the remaining cases. Conservative management was performed in 20 (48.8%) cases. Residual effects of the transferred GI were observed in 22 (53.6%) women. Fundus examination revealed signs of intracranial hypertension in 18 (43.9%) pregnant women.

Conclusion. Optimisation of the management of pregnant women who have had a haemorrhagic stroke with the participation of a group of specialists, timely diagnosis, adequate treatment of cerebral pathology allows to avoid errors in medical and obstetrical management, maintain pregnancy and safely increase the frequency of delivery of these patients through the natural birth canal. Timely detection and adequate treatment of brain pathology help reduce errors during treatment and delivery, which, in turn, supports the preservation of the gestational period and ensures the birth of a viable child.

Keywords: pregnancy, hemorrhagic stroke, arterial hypertension CT scan.

Актуальность. Инсульт остается основной причиной инвалидизации во всем мире. Согласно статистическим данным, в Российской Федерации частота встречаемости инсульта считается одной из самых высоких в мире и составляет 3-3,4 на 1000 человек в год, т.е. более 490 тыс. новых инсультов в год [1]. Особую тревогу вызывает высокое распространение цереброваскулярных патологий в трудоспособном возрасте – 20% [2, 3]. Данные о частоте внутричерепных кровоизлияний у беременных женщин неоднозначны. По данным разных источников геморрагический инсульт во время беременности встречается достаточно редко, причем в разных источниках показатели колеблются от 4,2 до 210 на 100 тыс. родов [4,7]. В возрасте от 15 до 45 лет приблизительно от 12 до 35% случаев развития инсульта связано с беременностью [5]. Основными факторами риска развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются: артериальная гипертензия (АГ), заболевания клапанов сердца, протезированные клапаны сердца, васкулиты, наследственные заболевания соединительной ткани (синдромы Марфана, Элерса-Данло и др.) [6]. АГ (как существовавшая до беременности, так и

гестационная) рассматривается многими исследователями в качестве значимого фактора риска геморрагического инсульта (ГИ) у беременных. Доказано, что у женщин во время беременности, осложненной АГ, риск развития инсульта в 6–9 раз выше по сравнению с пациентками, у которых артериальное давление (АД) находится в пределах нормы [9]. Основными причинами ГИ является разрыв артериальных аневризм (АА) и артериовенозных мальформаций (АВМ), кавернозных мальформаций (КМ) – 4% и 5–7% соответственно [5, 7]. В числе редко встречающихся, но, тем не менее, важных причин ГИ у беременных также называют синус тромбоз (СТ). Частота инсультов, связанных с данной патологией, не превышает 2%. Следует отметить, что до сих пор отсутствует единый взгляд на ведущие причины ГИ во время гестации. Разные исследователи по результату своих данных выделяют различные этиологические факторы. Так, по мнению S. Treadwell с соавт., ГИ во время гестации примерно с равной частотой обусловлен сосудистыми аномалиями (21%), наличием преэклампсии/эклампсии (14%), сосудистой патологией центральной нервной системы (14%) [6]. По мнению других авторов, преэклампсия и

эклампсия является ведущей причиной ГИ в 31% случаев, а наличие сосудистых аномалий – в 7% случаев [8]. Противоречивы и данные других исследований [9]. Несмотря на многочисленные исследования, вопросы, касающиеся ведения беременности, методов обследования и родоразрешения, далеки от разрешения. Все вышеизложенное и послужило основанием для проведения данной работы.

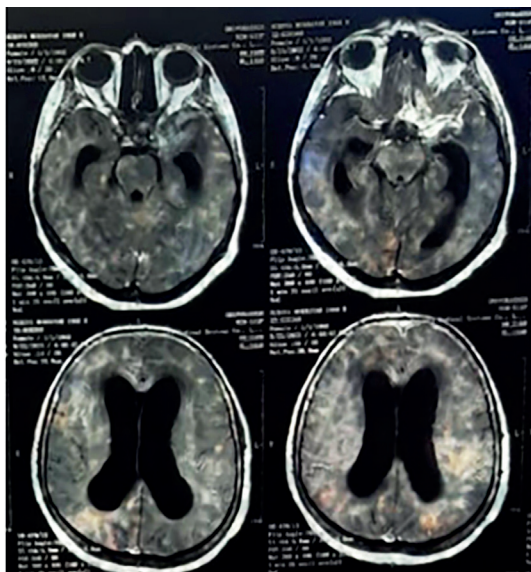
Цель исследования. Оптимизировать пути родоразрешения у беременных женщин с геморрагическим инсультом.

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы течения беременности, родов и исходов перинатальных патологий 41 беременных женщин с геморрагическим инсультом находившихся в нейрохирургических, неврологических и реанимационных отделениях Государственного учреждения национального медицинского центра РТ «Шифобахш» за период 2017-2023 гг. В зависимости от различных причин развития геморрагического инсульта и формирований внутричерепных гематом обследованные были распределены на следующие группы: беременные женщины с разрывом АА головного мозга - 9 (21,9%) случаев, больные в результате разрыва АВМ – 7 (17,1%) случаев, пострадавшие с разрывом КМ – 6 (14,7%) случаев и беременные с ГИ неуточненной этиологии – 19 (46,3%) случаев. Практически всем обследованным проводилось лабораторное исследование. В большинстве наблюдений кроме общеклинических методов, проводилось изучение системы гемостаза (показатели коагулограммы). Особое значение имело инструментальные методы исследования – магниторезонансная томография (МРТ) в режиме ангиографии и компьютерная томография (КТ), ангиография мозговых сосудов, исследование глазного дна и другие. Все беременные женщины были консультированы акушер-гинекологом, нейрохирургом, неврологом, офтальмологом и анестезиологом. По протоколу современных требований согласованно запланирован метод лечения и ведения периода беременности, был проведен выбор метода родоразрешения и обезболивания. У беременных женщин с высоким риском тромбоза показатели системы коагуляции были откорректированы путем применения антикоагулянтов (гепарин, фраксипарин, клексан) и были назначены антиагреганты. Оценка исхода перинатального периода проводилась согласно тяжести и характера течения раннего неонатального периода.

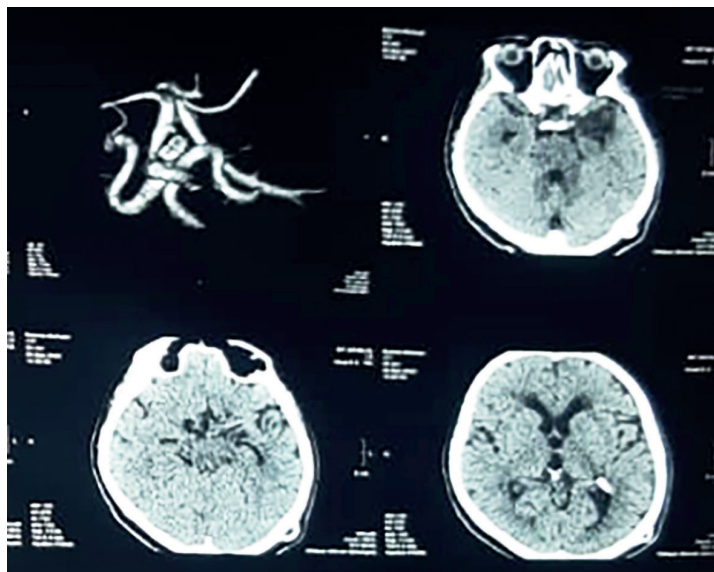
Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты ретроспективного анализа показали, что возраст обследованных беременных женщин колебался от 20 до 40 лет. Средний возраст составил $28,20 \pm 4,68$ года. В 19 (46,3%) наблюдениях были женщины первородящие, а повторнородящие были в 22 (53,9%) случаях. При тщательном анализе историй болезней выяснилось, что гестационный период у повторнородящих женщин протекал без особых осложнений, а также роды происходили самостоятельным способом и в соответствующие сроки. Анамнестически геморрагический инсульт не был отмечен, несмотря на высокий риск развития церебральных осложнений, обусловленный предрасполагающими факторами: артериальной гипертензией, открытым овальным окном и врожденной тромбофилией. Вышеуказанные патологии были выявлены при анализе периода настоящей беременности. Большинство исследованных женщин беспокоили интенсивные головные боли, повышенное артериальное давление, рвота, зрительные нарушения, нарушение сознания вплоть до коматозного состояния. Учитывая, что вышеуказанные жалобы характерны и для осложнений гестации, подтверждающим этапом верификации диагноза являлись нейровизуализационные методы (МРТ, КТ, ангиография мозговых сосудов). Это обусловлено тем, что перечисленные признаки могут сопровождать осложнения периода беременности, включая преэклампсию, эклампсию и ранние токсикозы. По поводу применения нейровизуализационных методов в период беременности были дискуссионные вопросы, из-за достаточно высокой степени негативного действия облучения на плод. Однако доза лучей в момент проведения вышеуказанных процедур с визуализацией живота равномерно фоновой среднегодовой, а эффективность нейровизуализационных методов в диагностике превалирует потенциальный тератогенный риск данной процедуры.

По поводу внутричерепных кровоизлияний в результате ГИ, у данных категорий больных, оперативное лечение выполнялось в 21 (51,2%) наблюдениях. Объем и вид операции были следующими: удаление внутримозговой гематомы (ВМГ) путем кранэктомии в проводилось 6 (28,6%) наблюдениях, костно-пластическая трепанация с удалением ВМГ - в 3 (14,3%) случаях, трепанация с дренированием подострой и хронической ВМГ - у 4 (19,1%) обследованных, вентрикулоперитонеостомия (по поводу окклюзионной гидроцефалии в результате нарушения ликвороциркуляции, как



А. до операции



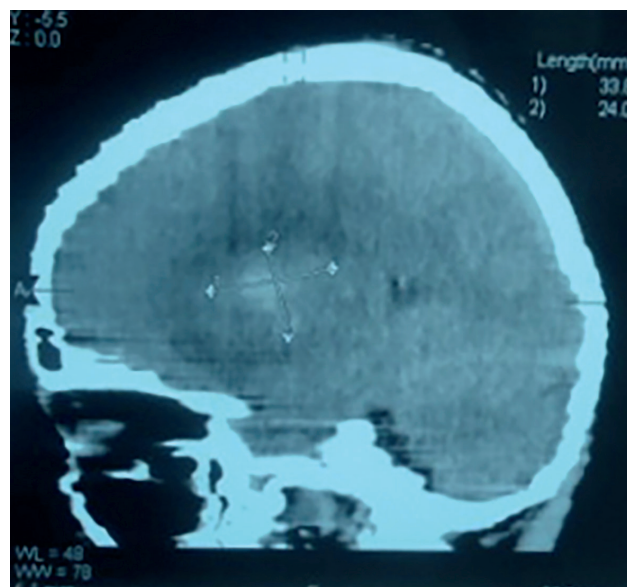
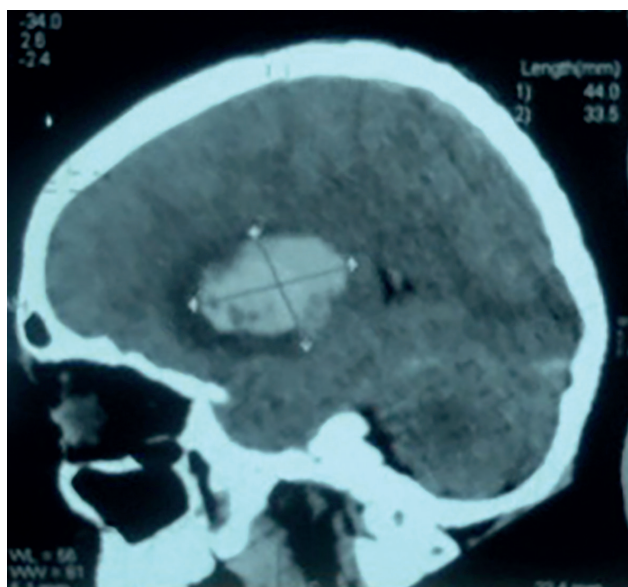
Б. после операции

Рисунок 1. Оклюзионная гиперсекреторная арезорбтивная внутренняя гидроцефалия в результате САК.

осложнения субарахноидального кровоизлияния) - в 5 (23,7%) наблюдениях (рис.1), а у 3 (14,3%) остальных проводилось клипирование АА/АВМ. В 20 (48,8%) наблюдениях проводилось консервативное лечение. У 4 (20%) женщин, учитывая тяжесть соматического статуса и плохих показателей гемостаза, операции не проводились. В 7 (35%) наблюдениях ВМГ локализовалась в подкорковых ядрах головного мозга (рис.2), а у остальных 9 (45%) беременных ВМГ оказались малого объема, поэтому проводилось консервативное лечение с выжидательной тактикой и динамическим на-

блюдением. В большинстве случаев беременным женщинам на основе проведенного консилиума применяли целенаправленное лечение с целью профилактики признаков преэклампсии, продление периода гестации, улучшение функции фетоплацентарного комплекса, гиперкоагуляции. Также в ряде случаев были применены низкомолекулярные гепарины. Следует отметить, что в остром периоде ГИ использование антикоагулянтов противопоказано.

Неврологический дефицит в качестве остаточных явлений ГИ зарегистрирован у 22 (53,6%)



А. При поступлении Б. 15-сутки после ГИ

Рисунок 2. КТ больного Н., 18 лет. Внутримозговая гематома глубинных отделов теменно-височной долей.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от причины развития, локализации и объема ГИ

Причины	Количество	%	Объем ВМГ (мл)		Локализация (по отношению к территории)	
			≤ 30	≥30	Супратенториально	Субтенториально
Разрыв АА	9	21,9	5	4	7	2
Разрыв АВМ	7	17,1	4	3	6	1
Разрыв КМ	6	14,7	4	2	6	0
ГИ неустановленной этиологии	19	46,3	11	8	13	6

Примечание: % от общего количество больных

женщин. Состояние проявлялось в виде двигательных нарушений: монопарезы проявлялись в 8 наблюдениях (36,4%), гемипарезы – в 7 (31,8%) наблюдениях, гипестезии у 5 (22,7%) наблюдениях и аносмии в 2 (9,1%) случаях. Из числа обследованных у 3 женщин с сосудистыми аномалиями головного мозга была верифицирована симптоматическая эпилепсия (7,3%). В этих случаях применялось противосудорожное лечение с коррекцией дозы препаратов, что позволило пролонгировать беременность. Согласно осмотру глазного дна у 18 (43,9%) беременных выявлены признаки внутричерепной гипертензии. При анализе соматического статуса у беременных женщин обеих групп установлено, что почти все они имели различные экстрагенитальные патологии. Непосредственные причины развития ГИ у пациенток представлены в табл. 1.

Из данных таблицы следует, что основной причиной геморрагического инсульта была этиология неустановленного характера, что составило 19 наблюдений. Следующей по частоте причиной стал разрыв АА в 21,9% случаев, а разрыв АВМ и КМ отмечен соответственно у 17,1% и 14,7% беременных.

Таким образом, наличие геморрагического инсульта в период беременности и в анамнезе негативно не влияет на течение и продолжительность родовой деятельности. Во время самопроизвольного проведения родов у 90% беременных женщин использовалась перидуральная анестезия, в остальных случаях – лекарственное обезболивание. 69% новорожденных были приняты

в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Один ребенок родился в состоянии средней тяжести с оценкой 6/8 баллов. Следует отметить, что 10 детей, родившихся с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, на третьи сутки их состояние было расценено как удовлетворительное. Статистическая обработка проведена методом Стьюдента.

Выводы:

1. Улучшение ведения беременных женщин с острым нарушением мозгового кровообращения с участием соответствующих специалистов позволяет увеличить количество родов данной категории женщин физиологическим путем, то есть через естественные родовые пути.

2. Своевременное определение и адекватное лечение патологии головного мозга позволяет уменьшить количество ошибок на этапе лечения и родоразрешения, что способствует сохранению периода гестации и рождению жизнеспособного ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-8 см. в REFERENCES)

1. Бакунц Г.О. Эндогенные факторы церебрального инсульта / Г.О. Бакунц. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017. - 360 с.

2. Крылов В.В. Рекомендательный протокол по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами / В.В. Крылов, В.Г. Дашьян, А.Л. Парфенов // Журнал вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. - 2020. - №2. - С. 3-9.

3. Ласков В.Б. Факторы риска, механизмы развития и виды инсульта при беременности. Возможности медикаментозной терапии / В.Б. Ласков // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2018. - №3. - С. 71-77.

4. Сарибекян А.С. Хирургическое лечение геморрагического инсульта / А.С. Сарибекян. М.: 2021. - 287 с.

REFERENCES

1. Bakunts G.O. *Endogennye faktory tserebralnogo insulta* [Endogenous factors of cerebral stroke]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2017. 360 p.

2. Krylov V.V., Dashyan V.G., Parfenov A.L. Rekomendatelnyy protokol po vedeniyu bolnykh s gipertenzivnymi vnutrimozgovymi gematomami [Recommended protocol for the management of patients with hypertensive intracerebral haematomas]. *Zhurnal voprosy neyrokhirurgii im. N.N. Burdenko - Burdenko's Journal of Neurosurgery*, 2020, No. 2, pp. 3-9.

3. Laskov V.B. Faktory riska, mekhanizmy razvitiya i vidy insulta pri beremennosti. Vozmozhnosti medikamentoznoy terapii [Risk factors, mechanisms of development and types of stroke in pregnancy. Possibilities of medication therapy]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika - Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 2018, No. 3, pp. 71-77.

4. Saribekyan A.S. *Khirurgicheskoe lechenie gemorragicheskogo insulta* [Surgical treatment of haemorrhagic stroke]. Moscow, 2021. 287 p.

5. Kuklina E.V., Tong X., Bansil P., George M.G., Callaghan W.M. Trends in pregnancy hospitalizations that included a stroke in the United States from 2004 to 2017: reasons for concern? *Stroke*, 2019, No. 42 (9), pp. 2564-2570.

6. James A.H., Bushnell C.D., Jamison M.G., Myers E.R. Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. *Obstetrics and Gynecology*, 2018, No. 106 (3), pp. 509-516.

7. Tang C.H., Wu C.S., Lee T.H., Hung S.T., Yang C.Y., Lee C.H., Chu P.H. Preeclampsia/eclampsia and the risk of stroke among peripartum in Taiwan. *Stroke*, 2019, No. 40 (4), pp. 1162-1168.

8. Wasay M. Haemorrhagic strokes in pregnancy and puerperium. *International Journal of Stroke*, 2017, No. 8 (4), pp. 265-272.

ХУЛОСА

Р.Н. Бердиев, Ш.А. Турдибоев

УСУЛИ ТАБОБАТИ ЗАНОНИ ҲОМИЛА БО ИНСУЛТИ ГЕМОРРАГӢ

Мақсади омӯзиш. Беҳсозии роҳҳои таваллуд дар занони ҳомиладор бо инсулти геморрагикӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. 41 зан ҳомиладори аз 20 то 40 солаи гирифтори инсулти геморрагикӣ таҳти назорат қарор гирифтанд. Ҳамаи занон аз муоинаи умумии клиникӣ, омӯзиши гемостаз, томографияи компютерӣ, томографияи магнитӣ-резонансӣ, ангиографияи мағзи сар, машварат бо невропатолог, нейрохирург, анестезиолог, офтальмолог гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Аз сабаби хунравӣ дар 21 (51,2%) бемор табобати ҷарроҳӣ лозим буд. Ҳаҷм ва намуди ҷарроҳӣ чунин буд: Кранэктомия бо бартараф кардани гематомаи дохили мағзи сар (ГДМС) дар 6 (28,6%), трепанатсияи остеопластикӣ бо бартараф кардани ГДМС дар 3 (14,3%) зан ҳомиладор, трепанатсия бо дренажи гематомаи нимшадид ва музмин дар 4 (19,1%) ҳолати аз ташхисшудагон, вентрикулоперитонеостомия дар бораи гидроцефалияи окклюзивӣ дар натиҷаи хунравии субарахноидали гузаронида шудааст. Дар 20 (48,8%) ҳолат табобати консервативӣ гузаронида шуда аст.

Хулоса. Оптимизатсияи идоракунии занони ҳомиладор, ки гирифтори инсулти геморрагӣ бо иштироки гурӯҳи мутахассисон, ташхиси саривақтӣ, табобати мувофиқи патологияи мағзи сар имкон медиҳад, ки ҳатогихо дар усулҳои тиббӣ акушерӣ пешгирӣ карда шаванд, ҳомиладорӣ нигоҳ дошта шавад ва басомад ба таври беҳтар зиёд карда шавад.

Қайд кардан зарур аст, ки дар асоси нишондодҳои дар боло зикр шуда сари вақт ташхис ва муолича намудани патологияи мағзи сар (инсулти геморрагӣ) ҳатогихоро дар равиши табобат кам карда, ба беҳтар намудани даври тавалудкунии мусоидат менамояд.

Ин бошад даври гестатсияро нигоҳ дошта ба тавалуд шудани навзоди қобилияти ҳаёт бо роҳи табиӣ кумак мерасонад.

Калимаҳои калиди: ҳомиладорӣ, инсулти геморрагӣ, гипертонияи артериалӣ.