

Медицина/7. Клиническая медицина
Керимбаева А.А, Асылбаева А.С, Жусупова Е
резиденты 1-го года обучения, неврология в том числе детская
(ПФ НАО «МУС», Республика Казахстан)
Научный руководитель: доктор PhD Махмутова А.М.
(ПФ НАО «МУС», Республика Казахстан)

Венозный инсульт в послеродовом периоде на фоне антифосфолипидного синдрома: разбор клинического случая

Актуальность темы. Церебральный венозный тромбоз - это тип инсульта, при котором тромбоз возникает в венозной системе головного мозга, ведущий к окклюзии одной или нескольких вен головного мозга и/или венозного синуса [1].

Вероятность тромбозов у беременных в 10 раз выше по сравнению с небеременными женщинами того же возраста [3]. Венозные инсульты у беременных и рожениц занимают особое место среди причин нарушений жизнедеятельности. Несмотря на неспецифическую клиническую картину, минимальных данных методов первичной нейровизуализации, современные диагностические методы исследования как КТ/МРТ флебография позволяют правильно диагностировать и своевременно оказывать помощь. Приведен визуализированный случай венозного инсульта в послеродовом периоде, на фоне впервые выявленном АФС.

Описание клинического случая: Пациентка 2002 г.р ухудшение состояния с 05.11.2020г, когда со слов матери стала жаловаться на забывчивость, бессонницу. 13.11.2020г обратились в ПНД в связи с агрессивным поведением, была госпитализирована. 16.11.2020г внезапно стала вялой, заторможенной, отмечалась рвота и повышение температуры тела до 37 С. 17.11.2020 утром перестала активно реагировать на осмотр, отмечалась обильная рвота, повышение температуры тела до 38 С. Осмотрена неврологом совместно с реаниматологом, переведена в ОРИТ ГБ №1. Выполнена МРТ

головного мозга, МР-ангиография, веносинусография-признаки очагов ишемии коры левой затылочной доли и правой теменной доли на фоне синус тромбоза левого поперечного и верхнего сагиттального синуса. Организован консилиум, определена тактика лечения. 24.11.2020 г решением консилиума пациентка в ПИТ инсультного центра.

Из анамнеза жизни: Со слов родственников: росла и развивалась соответственно возрасту. Туберкулез, сифилис, Болезнь Боткина, ВИЧ отрицает. Гемотрансфузии ранее не проводились. ЧМТ отрицает. Наследственность – не отягощена. Вредные привычки: отрицает. Факторы риска : Послеродовый период, 18-е сутки.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективно: При поступлении: Общее состояние тяжелое. Патологии со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой, мочеполовой системы не выявлено. **Неврологический статус:** При поступлении: Сознание – по шкале Глазго – 8 баллов, медикаментозная седация. На ИВЛ. Голова и глаза ротированы вправо. ЧМН –глазные щели равные, зрачки OD=OS. Фотореакция сохранена. Глазные яблоки ротированы вправо, при окулоцефалической пробе, парез взора. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глоточные рефлексы проверить невозможно из-за интубационной трубки. Сухожильные рефлексы с акцентом справа. Мышечный тонус повышен. Мышечная сила снижена. Положительный симптом Бабинского, Пусепа справа. Ригидность затылочных мышц 3 п/п. Чувствительность и координаторные пробы оценить невозможно.

Гинекологический осмотр: Беременность -I, роды -1 (31.10.2020 в сроке 38 недель 4 дня). Презклампсия легкой степени. Анемия легкой степени.

Лабораторные анализы: Общий анализ крови [17.11.2020]: гемоглобин 95.0 г/л, эритроциты 4.59, цвет, показатель 0.73, тромбоциты 386.0, лейкоциты 11.9, палочкоядерные 5, сегментоядерные 79, базофилы 1.0, моноциты 4.0, лимфоциты 11.0, скорость оседания эритроцитов 12 мм/час. Анализ мочи [17.11.2020]: цвет светло-желтый, прозрачность прозрачный, относительная плотность 1014, реакция 6,0, белок 0,099, лейкоциты 40-44, эритроциты в

большом количестве, бактерии +. Биохимический анализ крови [17.11.2020]: общий белок 68.7 г/л, мочевина 2.4 ммоль/л, креатинин 34.0 ммоль/л, глюкоза 6.8 ммоль/л, калий 3,5 ммоль/л, натрий 135 ммоль/л, хлориды 102 ммоль/л, АлАТ 18.6 у/л, АсАТ 22.2 у/л, билирубин (общий) 6.2 мкмоль/л, билирубин (прямой) 1.6 мкмоль/л, амилаза (общая) 48.0 у/л. Коагулограмма [17.11.2020]: АЧТВ 31, фибриноген 4,2, протромб (индекс) 81, МНО 1,2, протромбиновое время 13,3. Ежедневно несколько раз в ОАРИТ исследовалось кислотно-щелочного состояния (КЩС), контроль коагулограммы. ОАК, БХАК ежесуточно, микробиологического исследования цервикального канала, мочи, зева, носа. Среди результатов анализов заслуживают внимания волчаночный антикоагулянт [19.11.2020]: Волчаночный антикоагулянт(LA1) - 80,3 сек. повышен , Волчаночный антикоагулянт (подтверждающий)(LA2) - 38,3 сек. Повышено, соотношение LA1/LA2 - 2,10 (рекуперирован). Интерлейкин [19.11.2020]: 6 68,10 pg/ml повышен. Гомоцистеин [19.11.2020]: 16,30 мкмоль/л повышен. Определение антител к ANA/AMA/ASMA/PCA в крови методом непрямой иммунофлюресценции [20.11.2020]: ASMA - отрицательные. AMA - отрицательные. ANA- положительные. PCA - отрицательные. Анализ отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки [18.11.2020]: Отделяемое из шейки матки: эпителий 4-5, эпителий поверхностный, лейкоциты 35-40, микрофлора кокковая флора обильная, трихомонады не обнаружено, гарднэрелла обнаружено ++;

Инструментальные данные: Магнитно-резонансная томография головного мозга + МРА в венозном режиме [19.11.2020]: МР признаки венозных инфарктов мозга в коре и субкорковом белом веществе заднелобно-теменной, теменно-затылочной области левого полушария, конвекситальных отделов теменной области обеих полушарий. в остром периоде, как следствие тромбоза синуса луковицы левой яремной вены, сигмовидного, поперечного, венозного синусов левого полушария, прямого и верхнего сагиттального синусов; невыраженной наружной (конвекситальной) и внутренней

гипотрофической гидроцефалии; неоднородности структуры аденогипофиза (киста кармана Ратке?); Левостороннего хронического мезотимпанита.

Проводилось УЗИ органов малого таза, Рентген ОГК, УЗИ ОБП и почек, УЗДГ сосудов нижних конечностей, рентгеновское исследование пазух носа.

Магнитно-резонансная томография малого таза [19.11.2020]: МР признаки невыржанного отека миометрия (состояние после родоразрыва 31.10.2020г); Невыраженной инфильтрации правой внутренней запирательной мышцы; катетера в полости мочевого пузыря.

Консультативные данные: Врач-лор : Данных за острую Лор патологию нет . Врач-офтальмолог : патологии не выявлено. Врач-нефролог : На момент осмотра данных за патологию МВС нет. Врач-гематолог: АФС (антифосфолипидный синдром) первичный? ЦВБ. Венозный инфаркт затылочной области слева, теменной справа и слева. Тромбоз поперечного, сигмовидного, верхнего сагиттального, прямого синусов. Отек головного мозга. Судорожный синдром. Послеродовый период 18-е сутки. Преэклампсия. Консультация ревматолога : Клинических и лабораторных критериев на момент осмотра за системное заболевание соединительной ткани нет

Консилиумы проводились ежедневно до полной стабилизации пациента.

Диагностика и лечение проводилось по рекомендациям консилиума:

Антикоагулянтная терапия среднемолекулярный гепарин - постоянная инфузия с контролем АЧТВ 4 раза в сутки, и варфарин с контролем МНО 1 раз в сутки до достижении уровня МНО 2-3, с последующим переводом на МНГ (фраксипарин+ варфарин). Проведенное лечение: Гепарин 20тыс ЕД на инфузомате 3мл/час (под контролем АЧТВ): 4 дня; Фраксипарин 0,6мл п/к: 10 дней, Варфарин 2,5мг в зонд: 2 дня; Клексан 4000 анти-ха МЕ/0,4 мл п/к: 8 дней , Ксарелто 20 мг (перорально 1 раз вечером): 2 дня; Маннитол 15% 200 мл в\в кап: 2 дня; Лизина Эсцинат 10 мл-1мл/час 10 дней, Фуросемид 1% 1 мл в/в стр 2 дня, Пентоксифиллин 10Х10 физ раствора на перфузоре 2 мл/час 10 дней; Утеротоническая терапия- Окситоцин 1,0 в/м *2 раза в сутки 5 дней, антибактериальная терапия Ципрокс 0,2% 100 мл в/в кап 9 дней; Метронидазол

0,5% 100мл в\в кап 12 дней, Меронем 1,0гр на 100мл физ. р-р 6 дней, нейропротекторная терапия цераксон, цитофлавин.

Результаты: Курс лечения завершен 14.12.2020. При выписке общее состояние удовлетворительное, гемодинамика стабильна, очаговая неврологическая симптоматика полностью регрессировала. На контрольном МРТ головного мозга+ МРА в венозном режиме [30.11.2020]: Отмечается умеренно выраженная положительная динамика.

Заключение: Таким образом проводимая терапия позволила добиться полного регресса неврологической симптоматики, хотя на МРТ сохраняются признаки тромбоза синуса поперечного, сигмовидного, верхнего сагиттального, прямого синусов. Самое частое проявление АФС - венозный тромбоз . Беременные и роженицы входят в группу риска по развитию венозных инсультов, в связи с физиологическими гиперкоагуляционными изменениями, а наличие АФС усугубляет тяжесть заболевания и приводит к жизнеугрожающему состоянию [2]

Литература

1. Ferro JM, Bousser M.-G., Canhno P, ~ et al. European Stroke Organization guideline for the diagnosis and treatment of cerebral venous thrombosis - endorsed by the European Academy of Neurology. European Stroke Journal 2017; DOI: 10.1177/2396987317719364
2. Ameri A.,Bousser M. // Neurologic Clinics.—1992.— V. 10(1).— P.87—111.
3. Bauer K., Rosendaal F., Heit J. // Hematology.—2002.— P. 353—368
4. Суслина З.А., Гулевская Т.С., Максимова М.Ю., Моргунов В.А. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика // М.: МЕДпресс-информ, С 355
5. Masuhr F., Einhaupl K. Treatment of cerebral venous and sinus thrombosis // Handbook on cerebral venous Thrombosis. Karger, 2008. P.47