



УДК: 616.831-005.6: 618.7

Г.Ж. Сакенова, Е.И. Зингер

Инсультный центр, КГП на ПХВ «Павлодарская городская больница №1»

СИНУС-ТРОМБОЗ У ПОСЛЕРОДОВОЙ ПАЦИЕНТКИ НА ФОНЕ ОСТРОГО ПРАВОСТОРОННЕГО ФРОНТИТА

ВВЕДЕНИЕ: Тромбоз церебральных вен и синусов у беременных, рожениц и родильниц встречается с частотой 1-4 на 10000 родов и является причиной до 20% ишемических инсультов у данной категории пациенток. В практике работы врачей Инсультных центров диагностика тромбозов церебральных вен и синусов бывает затруднена из-за неспецифической клинической картины (тромбозы сагиттального, поперечного, сигмовидного синусов могут протекать со стертой клинической картиной) и минимальных данных методов первичной нейровизуализации (как правило с целью первичной диагностики еще на догоспитальном этапе проводится нативная КТ головного мозга). Но благодаря флебографии («золотой стандарт»), их диагностика в настоящее время стала возможной. Поскольку на данный момент отсутствует обобщенный опыт применения антикоагулянтной терапии у данной категории пациенток, каждый визуализированный случай синус-тромбоза и избранная тактика лечения, на наш взгляд, представляет большой интерес.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ:

Пациентка А., 1994 г.р., поступила в Инсультный центр Павлодарской городской больницы №1 12.05.18, переводом с предварительным диагнозом ишемический инсульт. Находилась на госпитализации в отделении неврологии областной клинической больницы с 10.05.18 с предварительным д-зом: Вертебробазилярная недостаточность. Поступала с жалобами на головокружение, головную боль, тошноту, однократно рвоту, потерю аппетита, перепады настроения, общую слабость в течение 2-х дней. 11.05.18 появились жалобы на онемение и слабость правой кисти. Была проведена МРТ головного мозга – признаки лакунарных очагов ишемии теменных долей обеих гемисфер большого мозга. Консультирована сосудистым невропатологом. Учитывая очаговую неврологическую симптоматику, данные МРТ по согласованию переведена в Инсультный центр. При поступлении осмотрена дежурным гинекологом, сделано УЗИ ОМТ-признаки гематометры. Организован консилиум, определена тактика лечения.

В анамнезе жизни: Перенесенные заболевания: простудные. ОНМК ранее, сахарный диабет, заболевания крови: эритропения, тромбоцитопения, антифосфолипидный синдром, гемофилия, лейкопения, васкулиты отрицает. В акушерском анамнезе: 01.05.18г – преждевременные индуцированные роды в сроке 23 недели по поводу критического маловодия в ПОПЦ№1. Выписана 06.05.18г, ребенок находится в ПОПЦ в отд реанимации новорожденных. На учете по беременности состояла в ЖК№5 с 21 недели беременности. Беременность данная-3-я. Родов- 2 (2012г, 2016г в срок, б/о), выкидышей- 0, аборт- 0. Гинекологические заболевания: отрицает

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. ЧДД: 16 раз в мин. ЧСС: 84 ударов в мин. АД: 120/80 мм.рт.ст. Т тела: 36,6 градусов по С. Положение: пассивное. Конституция: нормостеничная. Телосложение: правильное. Питание нормальное. Кожные покровы: нормальной окраски. Цианоз: нет. Влажность кожных покровов: нормальная. Кост-

но-мышечный аппарат: без патологии. Лимфоузлы: не увеличены. Периферические отеки: нет.

Органы дыхания: дыхание через нос свободное. Форма грудной клетки – правильная. В дыхании участвует равномерно. Пальпация грудной клетки – безболезненна. Аускультация легких: в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуссия легких: границы легких не изменены. Голосовое дрожание нормальное.

Органы кровообращения: Область сердца: область сердца и крупных сосудов – не изменена. Пульсация периферических сосудов – в норме. Аускультация сердца: верхушечный толчок в V межреберье, по среднеключичной линии слева, Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости не определяются. Органы пищеварения: Живот: мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень: не пальпируется.

Мочеполовая система: Пальпация: область почек при пальпации безболезненна. Почки не пальпируются. Симптомы поколачивания: отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание: свободное. Ангиологический статус: Пульсация периферических сосудов – в норме.

Неврологический статус при поступлении: Сознание – по шкале Глазго – 15 баллов. Ориентирована в пространстве и во времени. ЧМН – глазные щели, зрачки OD=OS. Фотореакция сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме, содружественные, болезненность тригеминальных точек. Акт глотания не нарушен, глоточный рефлекс сохранен. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы без разницы сторон. В пробе Барре без провисаний. Сила в конечностях справа: в руке, ноге 5.0 баллов. Гипестезия в правой руке. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. NIHSS 1 балл.

Лабораторные исследования:

Коагулограмма [12.05.2018]: АЧТВ 31, фибриноген 2,2, протромб (индекс) 95, МНО 1,05. Общий анализ крови [12.05.2018]: гемоглобин 129.0 г/л, эритроциты 4.20, цвет, показатель 0.91, тромбоциты 230.0,



лейкоциты 8,3, палочкоядерные 4, сегментоядерные 77, эозинофилы 0,0, моноциты 0,0, лимфоциты 19,0, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час.

Анализ крови на электролиты [12.05.2018]: В сыворотке: калий 3,8, натрий 141, хлор 126. Анализ мочи [12.05.2018]: цвет желтый, прозрачность слабо-мутный, белок 0,066, плоский эпителий 4-5, лейкоциты 5-7, эритроциты (неизмененные) 5-7. Биохимический анализ крови [12.05.2018]: общий белок 64 г/л, мочевины 3,8 ммоль/л, креатинин 79,5 ммоль/л, глюкоза 4,1 ммоль/л, калий 4,4 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, хлориды 109 ммоль/л, АлаТ 11 у/л, АсаТ 9 у/л, билирубин (общий) 11,9 мкмоль/л, билирубин (прямой) 4,7 мкмоль/л, холестерин 6,6 ммоль/л, триглицериды 2,18 ммоль/л.

Инструментальные данные:

МРТ головного мозга [11.05.2018]: МРТ-признаки лакунарных очагов ишемии теменных долей обеих гемисфер большого мозга. Гиперплазия слизистой правой гайморовой пазухи. УЗИ органов малого таза (жен) [12.05.2018]: Заключение: послеоперационный период. Гематометра.

Электрокардиограмма [12.05.2018]: RG-заключение: ритм синусовый с ЧСС 78 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Консилиумом определена тактика лечения: 1. Антикоагулянтная терапия фраксипарин 0,3 мл *2 раза сутки 2. Маннитол 15% 200мл *1 раз в сутки (3 дня) 3. фуросемид 1,0в/м после систем+магнезиальная терапия сульфат магния 25%-10,0 на физ растворе 250,0 мл в/в капельно 4. Утеротоническая терапия- Окситоцин 1,0 в/м *2 раза в сутки (3 дня) 5. Глицерин 1 столовая ложка 2 раза сутки (3 дня) 6. Нейропротекторная терапия цераксон, цитофлавин дополнительно назначены обследования:

Рентген ОГК, УЗИ ОБП и почек, УЗДГ сосудов нижних конечностей, Д-димеры+ тропонины тест+исключить антифосфолипидный синдром (анализ крови на волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипинам), Le-клетки контроль коагулограммы, электролитов, ОАК, БХАК ежедневно. 13.05.2018 г. у пациентки отмечается нарастание очаговой неврологической симптоматики: провисание правых конечностей в пробе Барре, сила в конечностях справа: 1,5 балла. Гемигипестезия справа. Ригидность затылочных мышц на 2 п/п. С-м (+) Кернига справа. По шкале NIHSS 10 баллов – т.е. у пациентки на третий день госпитализации отмечался остро возникший менингизм и синдром поражения пирамидных путей справа.

Повторно проведена МРТ головного мозга [13.05.2018]: В таламусах больше справа, перивентрикулярно на уровне 3-го желудочка, отмечаются очаги слабо гиперинтенсивного МР-сигнала на T2-ВИ, T2-tirm и DWI, слабо гипоинтенсивного на T1-ВИ, размером справа 1,4*1,2*1,1см, слева 1,2*0,4см, без четких контуров. В субарахноидальном пространстве лобно-теменной области и межполушарной щели слева отмечается повышение МР-сигнала на T2-ВИ и T2-tirm. В белом веществе лобных и теменных долей отмечаются единичные очаги размером до 4,4мм гиперинтенсивные на T2-ВИ, изоинтенсивные на

T1-ВИ, с четкими контурами. Периваскулярные пространства Вирхова-Робина расширены. Срединные структуры мозга не смещены. Сильвиевы борозды симметричны, не расширены. Боковые желудочки асимметричны, центральные отделы – справа 7,6мм, слева 4,5мм. 3-й желудочек шириной – 3,4мм. Форма и размеры 4-го желудочка, водопровода без особенностей. Стволовые структуры без особенностей. Субарахноидальное пространство конвексимальной поверхности полушарий большого мозга неравномерной ширины. В режиме бесконтрастной флебографии МР-сигнал от поперечного и сигмовидного синусов справа и сагиттального синуса снижен, четко не прослеживается. В правой половине лобной пазухи отмечается тотальное снижение пневматизации с неоднородным МР-сигналом. Заключение: МР-признаки тромбоза сагиттального синуса, поперечного и сигмовидного синусов справа. Очаги таламусов с обеих сторон, больше справа (учитывать клинику в отношении инсульта в проекции артерии Першерона). Лакунарные очаги ишемии теменных долей. Умеренный отек лобной и теменной долей левой гемисферы. Фронтит справа.

Приглашен на консультацию ЛОР-врач, произведена пункция через переднюю стенку правой лобной пазухи, при промывании пазухи гной зеленого цвета, в виде сгустка. Лобно-носовой канал функционирует. Введен в пазухи 0,5% р-р Метрида 5,0. Асептическая повязка.

Назначена антибактериальная терапия (цефотаксим 1,0 в/в 2 р/д, метрид 100,0 в/в кап), продолжается антикоагулянтная, сосудистая (актовегин), нейропротекторная (цераксон, церебролизин) терапия, увеличена доза окситоцина (физ. раствор 400,0 + окситоцин 10 – 20 ЕД в/в кап.)

В анализах за [13.05.2018]: электролиты, БХАК – без значимых изменений, в ОАК несколько увеличился лейкоцитоз до 9,1, палочки 6, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час. Анализ мочи [13.05.2018]: прозрачность слабо-мутный, белок 0,033, плоский эпителий 3-4, лейкоциты 3-4, эритроциты (неизмененные) 4-5.

Исследование крови на Д-Димеры [13.05.2018]: 2025,02.

УЗИ органов малого таза (жен) [13.05.2018]: Заключение: послеродовый период. Гематометра в стадии разрешения.

13.05.2018г: Консультация окулиста: Глазное дно: ОУ ДЗН бледно-розовые, границы четкие, ровные. Артерии к венам = 2:3. Геморрагии нет.

УЗИ брахиоцефальных артерий [13.05.2018]: Заключение: гемодинамически значимых препятствий кровотоку БЦА не выявлено. Гипоплазия правой ПА.

14.05.18-состояние в динамике стабильно. Проведен телемост с Директором координационного совета по проблемам инсульта Адильбековым Е.Б. Согласован клинический диагноз: Ранний послеродовый период, 14-е сутки. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. Тромбоз верхнего сагиттального, поперечного и сигмовидного синусов справа. Венозные инфаркты



в области таламуса, лобных и теменных долях. Правосторонний гемипарез. Рекомендовано: 1. Поддержание системной гемодинамики, САД, не ниже 90 мм рт ст. 2. Раннее энтеральное кормление (с учетом массы тела) 3. Профилактика тромбоэмболии (чулки). 4. Прямые антикоагулянты с мониторингом МНО в интервалах 2-3. 5. Коррекция водно-электролитного баланса, продолжить маннит с учетом осмолярности плазмы крови. 6. Динамическое наблюдение акушера-гинеколога 7. МРТ головного мозга на 21.05.2018 г. 8. Воспалительные маркеры (С-реактивный белок, ревмофактор, прокальцитонин-тест). Исследование крови на прокальцитонин [14.05.2018]: 0,21,

Исследование крови на Д-Димеры 1323,5
Коагулограмма [14.05.2018]: МНО 1,45.

В динамике на 21.05.18 На фоне медикаментозной терапии состояние улучшилось, отмечается регресс очаговой неврологической симптоматики, мышечная сила в конечностях справа – 4,5 балла. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Координаторных нарушений нет. Чувствительность сохранена.

На МРТ головного мозга от 21.05.2018. В режиме бесконтрастной флебографии МР-сигнал от поперечного и сигмовидного синусов справа и сагиттального синуса не достаточно однородный, прослеживается. В правой половине лобной пазухи отмечается утолщение слизистой. Заключение: МР-признаки тромбоза сагиттального синуса, поперечного и сигмовидного синусов справа с положительной динамикой от 14.05.18г. Гиперплазия слизистой лобной пазухи.

УЗИ органов малого таза (жен) [21.05.2018]: Заключение: послеродовый период.

Коагулограмма [21.05.2018]: МНО 1,5.

Скрининг на АФС (ВА, АКЛ), Le-клетки –не обнаружены, ревмопробы, СРБ –отрицательно

РЕЗУЛЬТАТЫ:

Курс лечения завершен 30.05.18. При выписке общее состояние относительно удовлетворительное, гемодинамика стабильна, очаговая неврологическая симптоматика полностью регрессировала.

На контрольном МРТ головного мозга [29.05.2018: В режиме бесконтрастной флебографии МР-сигнал от поперечного и сигмовидного синусов справа прослеживается, МР-сигнал от сагиттального синуса снижен не четкий, прослеживается не на всем протяжении с дефектами, толщина сужена по сравнению с 21.05.2018г. В правой половине лобной

пазухи отмечается утолщение слизистой. Заключение: МР-признаки тромбоза сагиттального синуса с положительной динамикой от 21.05.18г. Гиперплазия слизистой лобной пазухи. При выписке рекомендован перевод на антикоагулянтную терапию варфарином 2,5 мг под контролем МНО каждые 3 дня, с последующей коррекцией дозы под контролем участкового врача в течение 1 месяца, поддержание МНО в пределах 2-3. Контрольная МРТ и МР – веносинусография, в зависимости от восстановления кровотока решить вопрос о продолжении варфарина 2,5 мг или переводе на Клопидогрель (Плавикс) 75 мг 1 таб. х 1 р/д или аспирин-кардио 100 мг по 1 таб. 1 р/д в течение 3 месяцев под прикрытием гастропротекторов, ноотропная терапия.

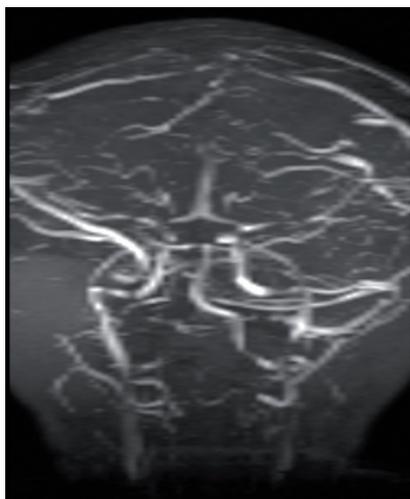
Таким образом, у пациентки на фоне хронического фронтита развился тромбоз сагиттального синуса, поперечного и сигмовидного синусов справа. Проводимая терапия позволила добиться полного регресса неврологической симптоматики, хотя на МРТ сохраняются признаки тромбоза сагиттального синуса.

МРТ в режиме бесконтрастной флебографии помогло выявить заболевание, что значительно облегчило диагностику и позволило своевременно назначить адекватную терапию.

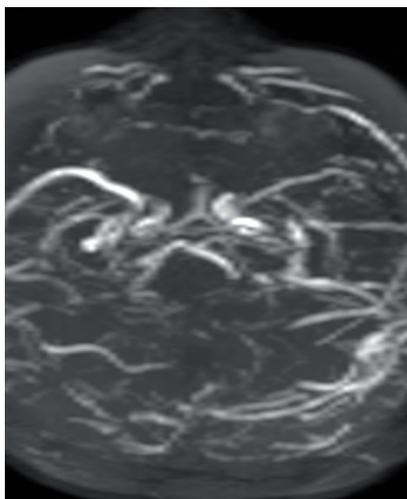
ОБСУЖДЕНИЕ:

В настоящее время ввиду отсутствия рандомизированных проспективных исследований по данной нозологии у данной категории пациенток, в рамках данного клинического случая остаются дискуссионными вопросы:

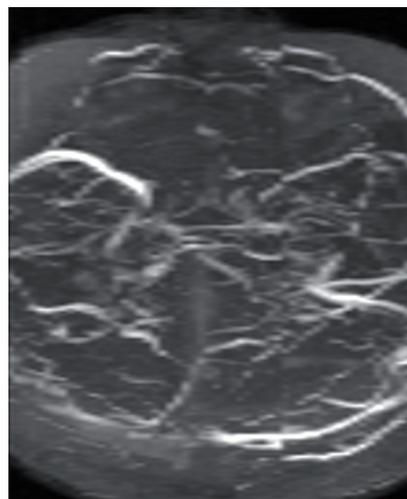
- о приоритете/равнозначности терапии нефракционированным гепарином внутривенно в адаптированных дозах и терапии низкомолекулярным гепарином подкожно в адаптированных к весу дозах.
- о возможности проведения локального тромболитика/тромбэктомии при прогрессировании неврологического дефицита для более быстрой реканализации
- о длительности терапии оральными непрямыми антикоагулянтами в подостром периоде
- о необходимости коррекции схем антикоагулянтной терапии при инфекционных синус-тромбозах, с учетом проводимой антибактериальной терапии и/или оперативного лечения
- о целесообразности применения нейропротективной и сосудистой терапии при прогрессировании неврологической симптоматики.



МРТ в режиме бесконтрастной флебографии от 14.05.18



МРТ от 21.05.18



МРТ от 28.05.18

ЛИТЕРАТУРА

1. Тромбоз венозных синусов мозга у беременных, рожениц и родильниц. Клинические рекомендации МЗ РФ, 2015г
2. Lanska D.J., Kryscio R.J. Risk factors for peripartum and postpartum stroke and intracranial venous thrombosis // Stroke. 2000.
3. Суслина З.А., Гулевская Т.С., Максимова М.Ю., Моргунов В.А. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика // М.: МЕДпресс-информ, 2016.
4. Masuhr F., Einhaupl K. Treatment of cerebral venous and sinus thrombosis // Handbook on cerebral venous Thrombosis. Karger, 2008.