

## АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

В.В.Глущенко, А.С.Минаев

## MANAGEMENT OF A NON-TRAUMATIC SUBARACHNOID HEMORRHAGE

V.V.Glushchenko, A.S.Minaev

*Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, vitaglu@mail.ru*

В патофизиологическом аспекте проанализированы диагностический, терапевтический и реабилитационный этапы ведения пациентки 72 лет с субарахноидальным кровоизлиянием в условиях районной больницы Новгородской области. Использование современных расширенных инструментальных диагностических методов позволило нейровизуализировать данные клинического обследования и наблюдения. Учет патофизиологических механизмов в генезе острого и восстановительного периода неврологического заболевания прогностически обусловил благоприятный исход болезни без формирования неврологического дефекта. На примере проанализированного случая обсуждена тактика терапевтического и нейрохирургического вмешательства для устранения этиологических факторов в развитии нетравматического субарахноидального кровоизлияния. Длительный восьмимесячный реабилитационный период катamnестически оправдал себя в использовании сочетания терапевтических и нейрохирургических методов лечения.

**Ключевые слова:** нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние, нейрохирургическое лечение

In the pathophysiological aspect, the diagnostic, therapeutic, and rehabilitation stages of the management of a 72-year-old patient with subarachnoid hemorrhage in a regional hospital are analyzed. Neuroimaging data collection is available due to the use of advanced instrumental diagnostic methods. By taking into account the pathophysiological mechanisms in the genesis of the acute and recovery period of the disease, we determined a favorable outcome of the disease without the formation of a neurological disorder. The tactics of therapeutic and neurosurgical intervention to eliminate etiological factors in the development of non-traumatic subarachnoid hemorrhage are discussed. A long rehabilitation period has proven itself through a combination of therapeutic and neurosurgical treatment methods.

**Keywords:** non-traumatic subarachnoid hemorrhage, neurosurgical treatment

Нетравматическое кровоизлияние в субарахноидальное пространство головного мозга (субарахноидальное кровоизлияние — САК) чаще всего возникает вследствие разрыва артериальных аневризм (50—70%). Другими причинами нетравматического САК являются разрывы церебральных артериовенозных мальформаций, артериальная гипертония, коагулопатии, васкулопатии, прием лекарственных препаратов (антикоагулянтов), амфетаминов и др. Острым периодом кровоизлияния считают первые двадцать суток после кровоизлияния. Операции на аневризме, выполненные в течение первых 72 часов после САК, считаются ранними, операции, выполненные в более поздние сроки, — отсроченными. Диагностика САК начинается с анализа истории болезни и физикального осмотра пациента с целью обнаружения симптомов САК и дифференциальной диагностики с другими неврологическими заболеваниями. Окончательный диагноз ставится после проведения компьютерно-томографического (КТ) исследования, высокочувствительного к САК и помогающего выявить его в 95% случаев. Через несколько дней после состоявшегося САК более чувствителен метод магнитно-резонансной томографии (МРТ). Субарахноидальное кровоизлияние часто сопряжено с неблагоприятным исходом. Так, смертность составляет от 40 до 50%. К факторам, ухудшающим исход заболевания, относят тяжелые неврологические нарушения;

систолическую гипертензию; инфаркт миокарда или САК в анамнезе; заболевания печени, большой объем кровоизлияния или большие размеры аневризмы при первичном КТ-исследовании; локализация аневризмы в заднем циркуляторном (вертебро-базилярном) бассейне; пожилой возраст [1].

Нами проанализирован клинический случай поступления через приемный покой в неврологическое отделение Старорусской ЦРБ пациентки 72 лет с сильными головными болями, которые появились после пробуждения, сопровождались многократной рвотой, тошнотой, общей слабостью. Доставлена в стационар машиной станции скорой помощи. При осмотре: в сознании, зрачки D=S, нистагма нет. Парезов нет, рефлексы с конечностей живые D=S, патологических знаков нет. Пальце-носовую пробу выполняет неуверенно, в позе Ромберга шатается. Отмечаются симптомы Кернига с двух сторон, нижний симптом Брудзинского, ригидность мышц шеи.

Основным клиническим симптомом САК является внезапная, сильная головная боль (по типу «удара в голову»). Часто головная боль сопровождается рвотой, светобоязнью, кратковременной или длительной утратой сознания. Артериальное давление чаще повышено. При неврологическом осмотре выявляются угнетение сознания различной степени, менингеальная симптоматика, очаговые симптомы (поражения черепных нервов, полушарные и ствольные

симптомы). У 30% пациентов с разрывами церебральных аневризм наблюдается стертая или атипичная клиническая картина.

У пациентки при поступлении АД 180/100 мм. рт. ст. Проведены общий анализ крови (в пределах нормы); общий анализ мочи (без патологии); ЭКГ (ритм синусовый, ЧСС 80 уд/мин, признаки гипертрофии левого желудочка). Люмбальная пункция, при которой с помощью иглы забирается на анализ спинномозговая жидкость, обнаруживает признаки САК в 3% случаев с нормальной КТ-картиной. В связи с этим люмбальная пункция показана пациентам с отрицательным результатом на КТ, но с клинической картиной САК. При люмбальной пункции на анализ берутся три пробы ликвора. О субарахноидальном кровоизлиянии можно утверждать, если повышение содержания эритроцитов выявляется одинаково во всех трех пробирках. Если количество эритроцитов снижается от пробирки к пробирке, более вероятно, что кровь в ликворе связана с травмированием мелких сосудов в результате пункции (так называемая «путевая кровь»).

Ликвор также исследуется на наличие билирубина (продукта распада гемоглобина) — оценивается ксантохромия (пожелтение после центрифугирования); для более объективной оценки применяется спектрофотометрия. Ксантохромия и спектрофотометрия остаются надежными способами выявления САК спустя несколько дней после начала головной боли. Для использования этих методов необходим интервал в 12 часов от начала САК, которые требуются для распада гемоглобина. При САК необходим дифференциальный диагноз с менингитом, мигренью и тромбозом венозных синусов.

Пациентке проведена МСКТ головы ЭЭД 2,5 мЗв и выявлены признаки субарахноидального кровоизлияния. Пациентка экстренно госпитализирована в отделение интенсивной терапии и реанимации (ИТАР). Коагулограмма — без патологии, ионограмма — без патологии. Проведены УЗИ БЦА и ЭхоКГ. Тактика ведения больной включала меры, направленные на стабилизацию состояния пациента — гемостатическая терапия и устранение источника кровотечения, предупреждение развития осложнений и рецидива САК. Проводилось лечение в условиях ИТАР: Sol. As. Aminocapronici 100,0 в/в кап. (первые сутки 3 раза в сутки, после 1 раз в сутки — N5). Sol. MetucinVel 5,0 в/в кап. Sol. MgSO<sub>4</sub> 25%-5,0 в/в кап. Sol. Vit. B1 2,0 в/м. Лизиноприл 10 мг по 1 табл. 2 раза в день. Аторвастатин 10 мг по 1 табл. 1 раз в день. На фоне лечения состояние стабилизировалось, головная боль уменьшилась, новых симптомов не появлялось, на следующие сутки переведена в неврологическое отделение. Проведена консультация мультидисциплинарной бригадой. На фоне лечения наблюдалась положительная динамика, через 20 дней пациентка выписана с улучшением на амбулаторное лечение. Рекомендовано МРТ с ангиографией для типирования аневризм сосудов мозга, консультация нейрохирурга, сосудистого хирурга. Наблюдение невролога, кардиолога. Контроль АД (лизиноприл). Диета №10, контроль глюкозы и холестерина крови, щадящее

ЛФК. Цитофлавин по 2 табл. 2 раза в день — 25 дней. Глицин по 2 табл. 2 раза в день п/я — 1 месяц.

Факторы, влияющие на исход заболевания в период госпитализации — отсроченная ишемия в результате вазоспазма, развитие внутримозговой гематомы или внутрижелудочкового кровоизлияния, наличие лихорадки. Хирургическая операция является единственным эффективным методом лечения аневризмы сосудов головного мозга. Получив результаты обследования пациента, хирург принимает решение о целесообразности проведения хирургической операции. Так как последствия разрыва аневризмы сосудов головного мозга могут носить летальный характер, проведение оперативного вмешательства может сохранить жизнь пациенту. Предварительно хирург совместно с пациентом обсуждает возможные риски и исходы заболевания и определяет подходящий метод лечения.

Так, клипирование аневризмы проводится следующим образом: в черепе вырезается отверстие, через которое вводят специальную металлическую клипсу и пережимают стенку поврежденного сосуда. Жизнь после клипирования имеет множество ограничений, пациенту назначается группа по инвалидности. Кроме того, этот вид оперативного вмешательства не предотвращает образования повторной аневризмы.

Эмболизация аневризмы является одним из самых распространенных методов борьбы с заболеванием. Проведение внутрисосудистой спиральной эмболизации возможно при мешковидной аневризме и небольшом просвете соустья. При широком просвете возможно одновременное наложение стента (закрытие просвета) с последующей спиральной эмболизацией аневризмы [2]. В любом случае, тактику выбирает нейрорадиохirurg после проведения ангиографии. Эмболизация аневризмы приводит к прекращению кровотока в аневризме (выпячивании), сохраняя нормальный кровоток по мозговой артерии. В процессе эмболизации через удобный сосудистый доступ (чаще паховый) под радиологическим контролем вводится катетер и проводится до аневризмы. Затем в катетер вводится более тонкий микрокатетер с уложенной внутри него проволоочной микроспиралью, и заводится в полость аневризмы. Как только кончик микрокатетера окажется в полости аневризмы, из микрокатетера высвобождается микроспираль, которая изменяет свою форму, и в виде беспорядочного мотка проволоки занимает собой полость аневризмы. При больших размерах аневризмы может понадобиться несколько спиралей. Заполненная проволоочной спиралью аневризма выключается из кровотока и постепенно зарастает соединительной тканью, т. е. исключается возможность ее разрыва. В большинстве случаев, эндоваскулярная эмболизация — наименее инвазивный на сегодня метод лечения аневризм сосудов головного мозга. При невозможности провести внутрисосудистую эмболизацию или стентирование может быть выполнена обычная нейрохирургическая операция стентирования сосуда или клеммирования аневризмы [3]. Катамнестически при наблюдении в течение

восемью месяцев исход заболевания был расценен как благоприятный без формирования неврологического дефекта.

Таким образом, анализ диагностического, терапевтического и реабилитационного этапов ведения пациентки с субарахноидальным кровоизлиянием основывался на патофизиологических механизмах в генезе острого и восстановительного периода заболевания, что прогностически отразилось в благоприятном исходе болезни без формирования неврологического дефекта.

- 
1. Николаенко Н.Н. Нейронауки: курс лекций по невропатологии. СПб: Гиппократ, 2013. 287 с.

2. Крылов В.В., Лебедев В.В., Захаров А.Г. и др. Аневризмы сосудов головного мозга // Острые нарушения мозгового кровообращения. Орел, 2000. С.81-90.
3. Дифференциальная диагностика нервных болезней: руководство для врачей / Под ред. Г.А.Акимова, М.М.Одинака. СПб.: Гиппократ, 2001. 664 с.

#### References

1. Nikolaenko N.N. Neyronauki: kurs lektsiy po nevropatologii [Neurosciences: a course of lectures on neuropathology]. Saint Petersburg, Gippokrat Publ., 2013. 287 p.
2. Krylov V.V., Lebedev V.V., Zakharov A.G. i dr. Anevrizmy sosudov golovnogogo mozga [Aneurysms of cerebral vessels]. Ostrye narusheniya mozgovogo krovoobrashcheniya. Orel, 2000, pp.81-90.
3. Differentsial'naya diagnostika nervnykh bolezney: ruk-vo dlya vrachey [Differential diagnosis of nervous diseases: manual for doctors] / Ed. by G.Akimov, M.Odinak. Saint Petersburg: Hippocrates, 2000.