

### Выводы.

Применение разработанной методики дренирующих остеоперфораций крыши вертлужной впадины, при хирургическом лечении острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей, позволяет улучшить результаты лечения, снизить количество осложнений в 2 раза, исключить переход в хроническую форму.

Хорошие результаты лечения получены у больных 3-ей группы – 57,5%, что было значительно выше по сравнению с первой (33,0%)

Сравнительный анализ результатов лечения больных с ОГО КТС показал, что применение разработанной методики значительно снижает количество ортопедических осложнений в отдаленном периоде.

### Литература

1. Ахунзянов А.А., Гребнев П.Н., Фатыхов Ю.И., Фатыхов А.Ю., Гильмутдинов М.Р., Смирнов О.Г. Ортопедические осложнения острого гематогенного остеомиелита у детей// Остеомиелит у детей: сборник научных трудов Российского симпозиума с международным участием. –Ижевск, 2006. -С. 14-16.
2. Бушмелев В.А., Стрелков Н.С. Острый гематогенный остеомиелит у детей. –Ижевск, 2000. -62 с.
3. Бордиян С.Г. Дифференциальная диагностика острых воспалительных заболеваний тазобедренного сустава у детей: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. -Санкт Петербург.2006. -19 с.
4. Кукуруза Ю.П. Гематогенный остеомиелит костей тазобедренного сустава у детей / Ю.П. Кукуруза // Клин, хирургия. - 1983. - № 6. - С.24-26.
5. Скворцов А.П. Хирургическое лечение последствий гематогенного остеомиелита области суставов нижних конечностей у детей: Автореф. Дис. ... докт. мед. наук. -Казань.2008. -40 с.
6. Стрелков Н.С., Бушмелев В.А., Пчеловодова Т.Б., Головизина Т.Н., Кузьмин А.А. Хирургическая тактика при остром гематогенном остеомиелите костей образующих тазобедренный сустав// Остеомиелит у детей: сборник научных трудов Российского симпозиума с международным участием. –Ижевск, 2006. С. 242-244.

### Summary

86 children with acute hematogenic osteomyelitis of bones of coxofemoral joint have been studied. According to the form of performed surgical interferences three clinical groups have been selected/ In the follow-up period good results have been received in 15 (57.7%) patient of the 3d group that is considerably more in comparison with the 1st group 7(33.3%) and the 2nd group 9(45%). The method of draining osteoperforations of acetabular tegmen (DOAT) made it possible to improve the outcome of the disease to decrease the number of complications twice less and exclude transfer to a chronic form.

Джурабекова А.Т.,  
Хамидова Н.,  
Шомуродова Д.

### ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЭКЛАМПСИЕЙ ДО И ПОСЛЕ РОДОВ

Самаркандский медицинский институт

Сохранение и повышение уровня здоровья матерей и детей – одна из важных государственных задач, решение которой позволит обеспечить воспроизводство здорового поколения. Состояние здоровья женщин и детей имеет большое социально-политическое значение и характеризует не только медицинскую помощь женщинам и детям, но и состояние системы здравоохранения и общества в целом (1, 3, 4, 8).

Оказание своевременной квалифицированной помощи при экстремальных ситуациях на догоспитальном этапе требует от врача навыков и знаний. Прежде всего, это касается гестозов – тяжелой акушерской патологии, таких как преэклампсия, эклампсия, эклампсическая кома (2, 5, 6).

Под гестозом беременных понимают сложный нейрогуморальный патологический процесс, который возникает преимущественно во второй половине беременности и проявляется различными расстройствами функций центральной и вегетативной нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, а также нарушениями целого ряда обменных процессов, иммуногенеза и других функций организма беременных (7, 9, 10).

Под гестационной гипертензией следует понимать повышение АД без других симптомов преэклампсии после 20 недель беременности у женщин, которые ранее имели нормальные цифры АД. Артериальную гипертензию, которая возникла до 20 недель беременности, следует считать хронической. Для преэклампсии характерно повышение АД от 150-170/110 мм.рт.ст и более, отеки на нижних конечностях и передней брюшной стенке, протеинурия 5 г/л и больше в

разовой порции мочи, больше 3 г/л в суточной; количество тромбоцитов не менее 120-150x10<sup>9</sup>/л, тест на фибриноген Б-реакция положительная, что подтверждает наличие нарушений в свертывающей системе (ДВС-синдром), креатинин 300 мкмоль/л и более, почасовой диурез менее чем 40,0 мл в час (5, 6, 7).

Эклампсия характеризуется наличием одного или нескольких приступов судорог (вплоть до эclamптического статуса), но необходимо помнить, что эти судороги не имеют отношения к другим мозговым проявлениям, в частности эпилепсии во время беременности, родов или 7 дней послеродового периода (9, 10).

С позиций медицины критических состояний можно дать определение эclamпсии – это состояние, при котором в клинических проявлениях преэclamпсии превалируют симптомы поражения головного мозга, сопровождаемые судорожным синдромом и комой (3).

Наличие судорог дает врачу основание оценить тяжесть процесса, но не дает возможности оценить и дифференцировать неврологическую симптоматику.

Целью нашей работы явилось проведение сравнительного анализа клинко-неврологической картины у женщин, перенесших эclamпсию беременных, и беременных женщин с эпилепсией.

#### Результаты исследования

Нами было обследовано 55 пациенток в возрасте от 21 года до 30 лет. Обследованные женщины были разделены на 4 группы. Первая группа – беременные сроком 39-40 недель с эclamпсией перед родами и после родов в течение 10 дней наблюдались в акушерском отделении и отделении реанимации Клиники СамМИ за период с октября 2008 года по июнь 2009 года. Вторая группа женщин – беременные сроком от 39-40 недель и с эпилепсией, наблюдаемые ранее невропатологами Клиники СамМИ, но роды проходили в различных роддомах г. Самарканда за период 2008-2009 года. Третья группа – женщины, перенесшие эclamпсию до 6 месяца беременности и с отдаленными последствиями (до 3 лет). Четвертую группу составили здоровые беременные женщины, наблюдаемые до и после родов (таблица 1).

Всем пациенткам было проведено клиническое и параклиническое обследование (контроль АД, определение белка в моче, осмотр окулиста, определение тромбоцитов, консультация терапевта, ЭКГ, УЗИ обследование, осмотр невропатолога).

В первой группе наблюдались 11 женщин. Все они были госпитализированы в тяжелом состоянии. Их состояние напоминало течение гипертонического криза (или гипертонической энцефалопатии). У всех женщин было повышенное АД (от 170/200 на 100/110 мм.рт.ст), отмечались гиперемизированное лицо, рвота, которая вызывала подозрение на отравление. В связи, с чем 2 женщины ошибочно ранее были госпитализированы в инфекционную больницу. Накануне госпитализации в родильное отделение у всех женщин были судорожные эclamпсические приступы.

Таблица 1. Группы обследованных женщин

| Группы | Обследуемые женщины                                              | Количество |
|--------|------------------------------------------------------------------|------------|
| 1      | Беременные женщины с эclamпсией до и после родов                 | 11         |
| 2      | Беременные женщины с эпилепсией до и после родов                 | 9          |
| 3      | Женщины с отдаленными последствиями перенесенной эclamпсии       | 25         |
| 4      | Контрольная группа беременных женщин (здоровые до и после родов) | 10         |

Все пациентки предъявляли жалобы на сильную головную боль, головокружение, снижение зрения. Сам приступ тонико-клонических судорог развивался внезапно с потерей сознания. Приступы начинались с мышц лица. Продолжительность приступа была достаточно длительной от 5 до 15 минут. У 5 женщин после приступа развилось коматозное состояние. Все женщины в экстренном порядке были взяты на операцию кесарево сечение. У 6 женщин после операции в течение 30-60 минут по ее окончании приступ вновь повторился (таблица 2).

Все женщины в последующем переведены в реанимационное отделение, где им проводили необходимые реанимационные мероприятия. В отделениях пациентки в обязательном порядке осматривались окулистами, неврологами и нейрохирургами. Во время осмотра у 7 женщин обнаружена ригидность затылочных мышц, у 2 – другие менингеальные симптомы. Сознание спутанное у 6 и у 5 коматозное.

Таблица 2. Показатели степени тяжести беременных женщин с эклампсией

| Показатели                                              |               | Количество |
|---------------------------------------------------------|---------------|------------|
| АД                                                      | 150/100       | 6          |
|                                                         | 170/100       | 3          |
|                                                         | Более 170/100 | 2          |
| Генерализованные отеки                                  |               | 11         |
| С характерными отеками слизистой оболочки               |               | 3          |
| Протеинурия 5 г/л в разовой порции мочи                 |               | 7          |
| Больше 3 г/л в суточной порции мочи                     |               | 4          |
| Кровоизлияния в сетчатку                                |               | 5          |
| Дистрофические изменения на глазном дне                 |               | 2          |
| Количество тромбоцитов менее 120-150х10 <sup>9</sup> /л |               | 11         |
| Почасовой диурез менее 40,0 мл в час                    |               | 8          |
| Креатинин более 300 мкмоль/л                            |               | 4          |

5 женщин начинали фиксировать взгляд на 3-4 сутки после операции. Реакция зрачков на свет у всех женщин нарушена, особенно часто конвергенция. У 2 женщин было сходящееся косоглазие. У 4 женщин кровоизлияние в сетчатку, у одной женщины отмечалась анизокория. У 3 женщин была сглаженность носогубной складки с какой-либо стороны. 8 пациенток после операции были подключены к аппарату ИВЛ. Соответственно судить о глотании впервые сутки было сложно. В дальнейших осмотрах отмечалось отклонение языка у 5 женщин в какую-либо сторону. Двигательная сфера не давала четких очаговых нарушений, но у всех женщин отмечались рассеянные изменения типа в разнице силе сторон на 1-2 балла. Сухожильные рефлексы давали асимметрию: легкую – у 3 женщин. Имело место наличие патологических рефлексов. Четкий рефлекс Бабинского выявлен у 8 женщин в первые сутки, намек на него у 3. В дальнейшем патологические рефлексы угасали, и имело место восстановление сухожильных рефлексов. Характерна была гиперестезия у женщин со спутанным сознанием вначале. Для более яркого представления этого состояния приводим пример выписки из истории болезни.

Пациентка М, 25 лет. I беременность, I роды. Беременность протекала гладко, в дальнейшем женщина отмечала отеки на нижней половине тела, не придавала особого значения своей сонливости. Обратилась к врачам, но назначения выполняла не аккуратно. Головную боль объясняла усталостью. Незадолго до госпитализации в стационар у пациентки резко стала нарастать неврологическая симптоматика: головокружение, шум в ушах, тошнота, слабость и чувство «ползания мурашек» в правых конечностях. Чувство «песка в глазах», снижение зрения постепенно нарастали. За сутки до госпитализации была рвота, которая повторилась дважды, онемение в лице справа. При поступлении состояние женщины оценивалось как тяжелое. Сознание спутанное. АД превышало критический уровень 170/11 мм.рт.ст. Начались генерализованные судороги тонико-клонического характера с потерей сознания, продолжительность приступов 2-3 минуты. Реанимационная бригада купировала приступ и подготовила женщину к операции кесарево сечение. После проведения операции у женщины на операционном столе вновь был судорожный приступ. Женщина была переведена на ИВЛ и начаты реанимационные мероприятия. Через 12 часов больная снята с аппарата ИВЛ, но состояние женщины оставалось тяжелым.

Параклинические методы исследования. Общий анализ крови: гемоглобин 78 г/л, эритроциты 3,5, цветовой показатель 0,8, лейкоциты 12,2, сегментоядерные 80. Общий анализ мочи: количество 70,0 мл, цвет с/желтый, прозрачность слегка мутная, белок 0,33 г/л. Биохимический анализ крови: белок общий 46 г/л, протромбиновый индекс 26, билирубин общий 10,7 ммоль/л, АСТ 0,27, АЛТ 0,38, креатинин 66,4, мочевины 5,1.

При осмотре нейрохирургом рекомендована КТ головного мозга. На КТ обнаружены нарушения в парасагитальной области с вовлечением базальных ганглиев и ствола мозга. Поскольку эти изменения в большей степени схожи с гипертонической энцефалопатией, можно предположить, что очаговые повреждения сосудов головного мозга могут причиной вазодилатации и выхода жидкости за пределы сосудистой стенки, что приводит к гидростатическому отеку. Этим объясняются нарушения зрения («туман перед глазами, мелькание мушек») и нарушения чувствительности.

Окулист обнаруживает выраженный ангиоспазм сосудов головного мозга. На 3-и сутки пациентка переведена в отделение акушерства. Ребенок в неонатологическом отделении осмотрен невропатологом, и обнаружены все признаки критических состояний новорожденных.

Лечение проводилось под контролем и мониторингом функций жизненно важных органов и наличием инфузоматов для дозированного введения лекарств: магния сульфат, гипотензивных препаратов, инфузионной терапии, антиоксидантов, нейропротекции, противосудорожных препаратов, проводилась диета с низким содержанием липидов (снижение перекисных радикалов), низкомолекулярных гепаринов. В динамике состояние улучшилось, перед выпиской неврологами было рекомендовано проведение ЭЭГ. На ленте обнаружены диффузные изменения БЭА коры головного мозга, судорожная готовность. Эти данные побудили нас рекомендовать прием депакина в течении 3-6 месяцев с последующим контролем ЭЭГ, наблюдением у невролога пациентки и новорожденного.

Во второй группе нами наблюдались женщины беременные с заболеванием – эпилепсия (9 пациенток). Все женщины до беременности состояли на учете у невролога, у всех были генерализованные приступы (тонико-клонические с потерей сознания). Частота приступов была различной: в 10 дней раз, в месяц раз. Время суток чаще всего раннее утро (у 7 женщин), продолжительность приступа от 2 до 5 минут. Только три женщины принимали аккуратно противосудорожные препараты, остальные нарушали прием или меняли препараты по своему желанию или по рекомендациям врача.

У всех женщин на ЭЭГ была обнаружена эпилептическая активность. Противосудорожные препараты, принимаемые пациентками, были различными – бензонал, фенobarбитал, конвулекс, депакин, финлепсин. У всех женщин беременность была первой, течение беременности было гладким в первой половине беременности. У 2 женщин был приступ в первой половине беременности, до беременности приступов не было в течение 3-4 лет. У остальных женщин приступы были во втором триместре, что вынуждало увеличивать дозу препаратов. Лента ЭЭГ показывала ухудшение в первой половине беременности – усиление пик-волна, во второй половине оставалась стабильной. Все женщины были заранее госпитализированы в отделение патологии беременных и готовились к операции кесарево сечение. После успешно проведенной операции продолжали прием противосудорожных препаратов. Через два часа дети прикладывались к груди. Все новорожденные были здоровы как в соматически, так и неврологическом статусе не обнаруживались очаговые нарушения. После родов судорог не было.

Соответственно у женщин с эпилепсией беременность протекала относительно гладко, роды в срок, запланированное кесарево сечение, отрегулированное лечение до родов и после, здоровый новорожденный - все это говорит о настороженности врачей и пациентов, в отличие так называемых «здоровых» женщин первой группы.

Третья группа женщин – это пациентки с отдаленными последствиями перенесенной эклампсии (таблица 3).

25 женщин, которые наблюдались в неврологическом отделении с 2007 по 2009 года, эклампсию перенесли по-разному. 2 из них 6 месяцев назад, 7 из них 1,5 года назад, 8 из них 3 года назад, остальные более 4-х лет назад до госпитализации в неврологическое отделение.

Таблица 3. Клинические диагнозы, поставленные при госпитализации в неврологическое отделение женщинам с отдаленными последствиями перенесенной эклампсии

| Диагнозы                           | Количество |
|------------------------------------|------------|
| Дисциркуляторная энцефалопатия     | 7          |
| - I степени                        | 5          |
| - II степени                       | 5          |
| - с астено-невротическим синдромом | 7          |
| - с эпилептическим синдромом       | 4          |
| - с судорожным синдромом           | 3          |
| Ишемический инсульт                | 2          |

Жалобы при поступлении практически у всех женщин были на головную боль. В основном головная боль была тянущей, начиналась после обеда, продолжительностью несколько часов.

Головная боль возникала не более 3 раз в неделю, сопровождалась неприятными ощущениями, напряжением мышц шеи и плеч, в основном двухсторонняя, диффузная. Только у одной пациентки боль сопровождалась рвотой.

Отмечались жалобы на расстройства сна, усталость, утомляемость, снижение активности и настроения, чувство тревоги и беспокойства усиливалось к вечеру. Во время осмотра неврологическая симптоматика была очень разнообразной (таблица 4).

Таблица 4. Характеристика критериев у женщин в 3-й группе обследования

| Характеристика критериев |                                                                                                                                     | Количество |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1                        | Головная боль не менее 3-х раз в неделю                                                                                             | 9          |
| 2                        | Длительность головной боли более 30 минут                                                                                           | 8          |
| 3                        | Головная боль сопровождается неприятными ощущениями                                                                                 | 7          |
| 4                        | Двухсторонняя диффузная боль                                                                                                        | 9          |
| 5                        | Сопровождается рвотой                                                                                                               | 1          |
| 6                        | Снижение настроения, расстройства сна, снижение активности                                                                          | 8          |
| 7                        | Снижение зрения                                                                                                                     | 4          |
| 8                        | Нарушение конвергенции                                                                                                              | 14         |
| 9                        | Сглаженность носогубной складки                                                                                                     |            |
| 10                       | Отклонение языка                                                                                                                    | 1          |
| 11                       | Гемисимптоматика: «ползание мурашек» на одноименной стороне, снижение силы на одноименной стороне, асимметрия сухожильных рефлексов | 6          |
| 12                       | Гемипарез                                                                                                                           | 2          |
| 13                       | Чувство тревоги, беспокойство                                                                                                       | 9          |
| 14                       | Плаксивость                                                                                                                         | 5          |
| 15                       | Депрессия                                                                                                                           | 3          |
| 16                       | ЭЭГ                                                                                                                                 | 8          |
| 17                       | КТ                                                                                                                                  | 2          |

У 6 женщин отмечалась слабость и чувство «ползания мурашек» на одноименной половине тела, на этой же стороне отмечалось легкое оживление сухожильных рефлексов, но определить четкие парезы или параличи не удавалось. У остальных женщин определялась патология со стороны ЧМН, так нарушение конвергенции практически у всех, сглаженность носогубной складки с одноименной стороны, отклонение языка, легкая гнусавость у одной женщины. Самым неожиданным было обнаружение приступов судорог, которые ранее до родов не были. Судороги у одной женщины появились через 6 месяцев, у 8 женщин через 1,5-2 года от родов. Судороги тонико-клонические, с потерей сознания, чаще были ночью, продолжительность 3-5 минут, на фоне так называемого полного здоровья. После этого судороги повторились у 10 женщин. Если первый приступ был шоком и вызывал сомнения, то повторные насторожили и были поводом для обследования и лечения. ЭЭГ показывало диффузные изменения БЭА коры головного мозга с очагами судорожной и эпилептоидной активности.

Хотелось бы отметить двух пациенток, поступивших в отделение сразу после родильного комплекса (соответственно сразу после родов) в достаточно серьезном положении. Состояние их оценивалось как среднетяжелое. Жалобы были на ограничение движений в одноименной стороне, головную боль, затруднение глотания было у одной из пациенток. Объективный осмотр показал четкую очаговую симптоматику центрального характера: гемипарез с повышением тонуса, рефлексов, очаговых симптомов. КТ головного мозга выявила переходящие нарушения в корковых и подкорковых участках задних отделов мозга, связанные с ишемическим и гипоксическим состояниями. Таким образом, налицо острое нарушение мозгового кровообращения. Это подтверждает данные исследования М. Selfort, где анализировалось соотношение между средним АД и индексом сопротивления центральных сетчаточных, глазных и средней мозговой артерии у женщин с нормально протекавшей беременностью и эклампсией. Установлено, что характер нарушений мозгового кровообращения у больных женщин может быть различным и часто не связан с определенной закономерностью. При беременности, осложненной тяжелой

формой гестоза, ткань мозга в бассейне СМА подвержена высокому риску развития синдрома чрезмерной перфузии («overperfusion»).

Наши исследования четко определяют связь головной боли у женщин с эклампсией и преэклампсией с нарушениями перфузии в сосудах мозга. Указанной связи должно уделяться соответствующее внимание при клиническом обследовании, поскольку чаще всего проявление головной боли у беременных с преэклампсией расценивается как признак резкого ухудшения течения заболевания и нередко является показателем начала эклампсии и появления судорог. Smilson провел сравнительный анализ перфузионного давления в сосудах головного мозга и индекса сосудистого сопротивления у беременных с нормальным и повышенным АД беременных женщин, имеющих хроническую артериальную гипертензию. Было обнаружено изменение скорости мозгового кровотока, предшествующее неврологическим симптомам у беременных женщин с повышенным АД. Подобные устойчивые изменения в сосудистой сети головного мозга повышают риск развития эклампсии именно в период после родов, что доказывается нашими исследованиями, большой процент осложнений после родов у женщин с эклампсией.

### Обсуждение

Литературные данные исследования женщин, погибших от эклампсии, подтверждали наличие у них патологических изменений в виде фибриноидных некрозов, периваскулярных микроинфарктов, микроскопических кровоизлияний и фокального отека мозга, связанного с ишемическим и гипоксическим состоянием последнего. Это свидетельствует тому, что в основе эклампсии лежат поражения сосудов головного мозга.

На основании изучения особенностей анализов, течения и ведения беременных и родов у женщин с эклампсией, женщин с отдаленными последствиями перенесенной эклампсии, беременных женщин с эпилепсией можно сформулировать следующие положения.

Беременные женщины с гестозами не всегда правильно и адекватно оценивают свое состояние, частота тяжелых гестозов увеличивается, осложняясь эклампсией, тем самым повышается риск смертности матери и ребенка. Как видно из наших наблюдений необходимо придавать особое значение таким ранним, казалось бы, незначительным симптомам, как головная боль, где прослеживается связь с нарушениями перфузии в сосудах головного мозга, должен расцениваться как признак резкого ухудшения течения заболевания.

В дальнейшем женщины после родов, перенесшие эклампсию, остаются без внимания неврологов, соответственно неврологическая симптоматика медленно нарастает на фоне сформировавшейся ишемии головного мозга различной степени.

Под нашим наблюдением оказались пациентки, у которых на фоне перенесенной эклампсии во время беременности и родов, сформировались эпилептические очаги. Судороги носили генерализованный характер с различной частотой от одного раза в 3 месяца до 1 раза в 6 месяцев. Соответственно при наличии факторов риска тяжелого гестоза необходимо проведение ЭЭГ после родов, КТ или транскраниальной доплерографии для изучения и прогнозирования осложнений после эклампсии.

### Литература

1. Бадалян Л.О. Эпилепсия и беременность // Журнал неврологии и психиатрии. - №1. - 1993. - С. 90-94.
2. Карпенко В.Г., Басишвили Н.М. Особенности клиники и диагностики преэклампсии тяжелой степени // Международный неврологический журнал. - №1. - 2009. - С. 142-144.
3. Общая врачебная практика по Дисону Нобелю. Москва. - 2005. - С. 1410-1415.
4. Перунка Э. Фармакотерапия эпилепсии у женщин // Журнал неврологии и психиатрии. - № 11. - 2005. - С. 60-63.
5. Шалина Р.И. Гестоз, современное состояние вопроса // Акушерство и гинекология. - №5. - 2007. - С. 27-33.
6. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром // Петрозаводск. - Интенсивная терапия. - 2002. - 430 с.
7. Шифман Е.М., Гумелюк Е.Г. Диагностика поражений головного мозга у беременных с преэклампсией и эклампсией // Акушерство и гинекология. - № 6. - 2004. - С. 6-8.
8. Tomson T., Pennu E. Epilepsy. 2004.
9. Wide K., Winfladh B. Acta Paediatr 2004; 93; 174-176.
10. Verby M.S. Management Issues for women with epilepsy: Neural folic acid supplementation. Neurology. 2003; 61; 23-26.