

УДК: 61-618.3:075.8-037

Краткое сообщение

<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2025-16-3-22-29>

Радиологический изолированный синдром в раннем послеродовом периоде (случай из практики)

И.А. Логинов¹, А.А. Борщева¹, А.Н. Латынин²

¹Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

²Городская клиническая больница № 20, Ростов-на-Дону, Россия

Автор, ответственный за переписку: Алла Александровна Борщева, Aborsheva@rostov.ru.

Аннотация. В настоящее время в практическом здравоохранении используются понятия: радиологический изолированный синдром (РИС) и клинически изолированный синдром (КИС). РИС — это очаги в белом веществе головного мозга, выявляемые на МРТ, которые зачастую интерпретируются как демиелинизирующий процесс и дают возможность предположить наличие у пациентов рассеянного склероза (РС). Указанные изменения не имеют клинических проявлений и неврологических симптомов, характерных для РС. Рассеянный склероз — это хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы. РС широко распространён среди женщин репродуктивного возраста, что создает проблемы как для акушеров, так и для неврологов в плане решения вопросов планирования и ведения беременности и родов. Поэтому клиническая и прогностическая значимость указанных изменений у пациентов с РИС остается спорной. Но неопровержимым является тот факт, что пациенты с РИС относятся к группе высокого риска развития РС. Около 2/3 пациентов имеет прогрессирование, по данным МРТ, около 1/3 пациентов — появление клинических симптомов в течение 5 лет наблюдения. В приведённом случае у пациентки развился отдельный клинический эпизод, проявившийся судорожным синдромом в послеродовом (после кесарева сечения) периоде, что дало основание предположить, что это был дебют КИС на фоне имевшего место, но выявленного нами лишь в послеродовом периоде РИС.

Ключевые слова: кесарево сечение, плод, беременность, роды, радиологический изолированный синдром, клинически изолированный синдром, рассеянный склероз.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Логинов И.А., Борщева А.А., Латынин А.Н. Радиологический изолированный синдром в раннем послеродовом периоде (случай из практики). *Медицинский вестник Юга России*. 2025;16(3):22-29. DOI 10.21886/2219-8075-2025-16-3-22-29.

Radiologic isolated syndrome in the early postpartum period (case report)

I.A. Loginov¹, A.A. Borsheva¹, A.N. Latynin²

¹Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

²City Clinical Hospital No. 20, Rostov-on-Don, Russia

Corresponding author: Alla A. Borsheva, Aborsheva@rostov.ru.

Annotation. The terms radiologic isolated syndrome (RIS) and clinically isolated syndrome (CIS) are currently used in practical healthcare. RIS are foci in the white matter of the brain detected on MRI, which are often interpreted as a demyelinating process and suggest the presence of multiple sclerosis (MS) in patients. These changes do not have clinical manifestations and neurologic symptoms characteristic of MS. Multiple sclerosis (MS) is a chronic progressive disease of the central nervous system. MS is widespread among women of reproductive age, which poses a challenge to both obstetricians and neurologists in terms of addressing the planning and management of pregnancy and childbirth. Therefore, the clinical and prognostic significance of these changes in patients with RIS remains controversial. But it is undeniable that patients with RIS are at high risk of developing MS: about 2/3 of patients have progression according to MRI and about 1/3 of patients have clinical symptoms within 5 years of follow-up. In the case that we would like to present to you, a separate clinical episode developed against the background of RIS, manifested by a seizure syndrome in the postpartum (after cesarean section) period, which suggested that this was the debut of CIP against the background of an existing but undetected RIS. This prompted us to describe this case and present it to researchers and practicing physicians.

Keywords: cesarean section, fetus, pregnancy, labor, radiologic isolated syndrome (RIS), clinically isolated syndrome (CIS), multiple sclerosis (MS).

Financing. The study did not have sponsorship.

For citation: Loginov I.A., Borsheva A.A., Latynin A.N. Radiologic isolated syndrome in the early postpartum period (case report). *Medical Herald of the South of Russia*. 2025;16(3):22-29. DOI 10.21886/2219-8075-2025-16-3-22-29.

Введение

В настоящее время в практическом здравоохранении используются понятия: радиологический изолированный синдром (РИС) и клинически изолированный синдром (КИС). РИС — это очаги в белом веществе головного мозга, выявляемые на МРТ, которые зачастую интерпретируются как демиелинизирующий процесс и дают возможность предположить наличие у пациентов рассеянного склероза (РС). Указанные изменения не имеют клинических проявлений и неврологических симптомов, характерных для РС (то есть эти очаги не дают никаких клинических проявлений).

Рассеянный склероз — это хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, приводящее в конечном счёте к стойкой инвалидизации. Отсутствие чёткого представления об этиологии и патогенезе РС, разнообразие его клинических проявлений, трудности лечения, а также большие экономические затраты на оказание помощи больным делают проблему терапии РС актуальной во всем мире. РС широко распространён среди женщин репродуктивного возраста, что создаёт проблемы как акушерам, так и неврологам в плане решения вопросов планирования и ведения беременности и родов.

До 90-х гг. прошлого столетия высказывались противоречивые мнения в отношении влияния беременности на течение РС. За последние годы взгляды на эту проблему изменились, что обусловлено появлением препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (ПИТРС) и значительно улучшающих качество жизни пациентов, а также замедляющих прогрессирование заболевания.

Несмотря на большое количество исследований, проблема беременности при РС остается актуальной. С современной точки зрения, беременность оказывает благоприятное влияние на течение многих аутоиммунных заболеваний, в том числе РС.

Еще несколько лет назад вопрос о вынашивании беременности при РС решался категорично: в случае возникновения беременности её необходимо прерывать. Подобная позиция основывалась на том, что риск возникновения обострения заболевания значительно увеличивается в послеродовом периоде. В настоящее время эта точка зрения пересмотрена.

Доступность метода МРТ головного мозга на сегодняшний день привела к увеличению обнаружения случайных находок. Чаще всего причиной обращения для проведения МРТ головного мозга, в ходе которого обнаруживаются случайные находки, являются головная боль, черепно-мозговая травма, эндокринологическая и психиатрическая патология [1–9]. Наиболее распространёнными среди этих случайных находок являются очаги в белом веществе головного мозга. В некоторых случаях такие очаги, учитывая их внешний вид и локализацию, могут быть интерпретированы как демиелинизирующий процесс, но в то же время они никак не связаны с определенной клинической симптоматикой.

В связи с этим и был предложен термин «радиологически изолированный синдром» (РИС). Впервые он был использован С. Lebrun и соавт. [10]. Речь идёт об очаговых изменениях характерной локализации и размеров, которые отвечают радиологическим критериям рассеянного

склероза при отсутствии у пациентов соответствующего анамнеза или клинических проявлений на момент исследования [5, 7, 11]. Поэтому клиническая и прогностическая значимость указанных изменений у пациентов с РИС остается спорной. Но неопровержимым является тот факт, что пациенты с РИС относятся к группе высокого риска развития РС. Около 2/3 пациентов имеет прогрессирование по данным МРТ, около 1/3 пациентов — появление клинических симптомов в течение 5 лет наблюдения [8, 12].

В 2009 г. были опубликованы результаты исследования, в ходе которого доказано, что практически в 50% случаев в ближайшие 3 года после постановки диагноза «РИС» отмечается увеличение количества очагов демиелинизации без какой-либо клинической манифестации, а в 30% случаев происходит трансформация РИС в клинически изолированный синдром или достоверный РС [11]. В случае, который мы хотим представить вашему вниманию, на фоне РИС развился отдельный клинический эпизод, проявившийся судорожным синдромом в послеродовом (после кесарева сечения) периоде, что дало основание предположить, что это был дебют КИС на фоне имевшего место, но не выявленного ранее РИС. Это и побудило нас описать данный случай и представить его научным работникам и врачам практического здравоохранения.

Описание клинического случая

Пациентка, 23 года, поступила в отделение патологии беременных родильного стационара 30.08.2022 г. Диагноз при поступлении: «Беременность 37 нед. и 2 дня. Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери. ФПН (фето-плацентарная недостаточность), субкомпенсированная форма. ОРСТ (общеравномерно суженный таз) I степени. ГСД (гестационный сахарный диабет)».

Данные анамнеза. В 2005 г. (в 4 года) была аппендэктомия. В 18 лет перенесла ветрянку. Вредные привычки отрицает. Туберкулёз, венерические заболевания, психические заболевания, хронические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность неотягощена. Травмы отрицает. Менструации с 13 лет, установились сразу, по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет. С целью контрацепции использовался презерватив. Настоящая беременность первая, наступила спонтанно. Последние месячные 12.12.2021 г. На учёт взята 02.02.2022 г. в сроке беременности 7 недель.

Ведение беременной в женской консультации проводилось в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»». За время наблюдения посетила женскую консультацию 10 раз.

Особенности течения данной беременности. Первый триместр. При обследовании выявлено повышение уровня глюкозы в крови. Консультирована эндокринологом поликлиники НИИАПа (25.03.2022 г.), рекомендована инсулинотерапия. 18.04.2022 г. взята на диспансерный учёт по поводу гестационного сахарного диабета по месту жительства. С апреля по июнь 2022 г. по назначению

эндокринолога получала инсулинотерапию. С июня и до поступления в ОПБ — диетотерапия. При скрининговом генетическом обследовании 17.03.2022 г. в лаборатории пренатального и неонатального скрининга ГБУ РО «Перинатальный центр» выявлено: срок беременности, по КТР, 12 недель и 6 дней. Маркеры хромосомной патологии плода: кость носа определяется, доплерометрия (ДПМ) трикуспидального клапана норма, ДПМ венозного протока — 0,97. Биохимия материнской сыворотки: свободная бета-субъединица ХГЧ 27,90 МЕ/л — 0,666 МОМ; РАРР-А 7,556 МЕ/л — 1,418 МОМ. Расчёт рисков: Трисомия 21 — базовый 1 из 1041 — индивидуальный менее 1 из 20000. Трисомия 18 — базовый 1 из 2569 — индивидуальный менее 1 из 20000. Трисомия 13 — базовый 1 из 8053 — индивидуальный менее 1 из 20000. Преэклампсия до 37 недель беременности — 1 из 620. Задержка роста плода до 37 недель беременности — 1 из 588. Самопроизвольные роды до 34 недель беременности — 1 из 1278. В сроке беременности 11–12 недель (02.03.2022 г.) консультирована терапевтом. Выявлена вегетососудистая дистония (ВСД).

Второй триместр. В 23–24 недели беременности перенесла ОРВИ без гипертермии. Получала гриппферон и лизобакт по установленным схемам. При обследовании имело место снижение уровня гемоглобина (Hb) до 92 г/л, эр $3,11 \times 10^{12}$ /л. Консультирована терапевтом 03.08.2022 г., в 22–23 недели беременности. Заключение: ВСД по смешанному типу, нарушение кровообращения (НК) 0 ст. Гестационный сахарный диабет. Рекомендована диетотерапия.

Третий триместр. При УЗИ и ДПМ исследовании плода в 26–27 недель беременности отмечено нарушение маточно-плацентарной гемодинамики. В 29 недель — замедление темпов роста плода. Однако нарушений гемодинамики не выявлено, ДПМ признаков анемизации плода на момент осмотра не обнаружено. Выполнены УЗИ и ДПМ в динамике.

Заключение. Беременность 33 недели и 1 день. Головное предлежание. Отмечаются симметричные темпы роста плода. Нарушений гемодинамики не выявлено. ДПМ признаков анемизации плода на момент осмотра не обнаружено. При беременности в сроке 33 недели с целью санации половых путей получала свечи «Полижинакс» № 6, во влагалище на ночь. В 35–36 недель беременности, с 19.08.2022 г. по 24.08.2022 г., проходила стационарное лечение в ОПБ с диагнозом: «Беременность 35–36 недель. Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери, ФПН (субкомпенсация), ГСД». В стационаре проводилось динамическое наблюдение за состоянием матери и плода. УЗИ и ДПМ от 22.08.2022 г.: беременность 36,1 недели; головное предлежание плода; нарушений маточно-плацентарной гемодинамики не выявлено. КТГ от 24.08.2022 г.: удовлетворительное состояние плода, признаков антенатального дистресса плода нет; на гистограмме нормальный тонус матки. 24.08.2022 г. пациентка выписана из стационара. Рекомендовано наблюдение врача ЖК, контроль АД, пульса и диуреза, госпитализация в 37 недель беременности.

Объективное исследование при поступлении выявило следующее. Общая прибавка в массе тела за всю

беременность составила 6 кг. Телосложение правильное, нормостеническое, ИМТ — < 23,6. Пульс — 78 уд в 1 мин, АД — 112/75 мм рт. ст. и 118/78 мм рт. ст. Осмотр по системам без особенностей. Отёков нет. Ромб Михаэлиса 11×9,5 см. Размеры таза — 24–26–30–18 см. Объём живота (ОЖ) — 88 см, высота стояния дна матки (ВДМ) — 34 см. Предполагаемая масса плода (ПМП) — 2300±200 г. Положение плода продольное, позиция первая, вид передний, предлежание головное. С/б плода ясное, ритмичное, 146 уд. в минуту, выслушивается слева, ниже пупка. Матка при пальпации вне тонуса, б/б. Исследование р.в.: наружные половые органы развиты по женскому типу, влагалище нерожавшей женщины. Влагалищная часть ш/матки длиной 2,5 см, размягчена по периферии, отклонена к крестцу, наружный зев закрыт. Мыс достижим, с. d < 11,0 см, conjugate vera 9,0 см, деформации и экзостозов в полости малого таза не выявлено. Предлежащая часть (головка) определяется через своды над 1 плоскостью малого таза. Выделения светлые, в умеренном количестве.

Выставлен предварительный диагноз: «Беременность 37 нед. и 2 дня. ФПН, субкомпенсация. Недостаточный рост плода, требующий представления медицинской помощи матери. ГСД. Анатомически узкий таз — ОРСТ 1 ст».

В отделении проводилось клинико-лабораторное обследование, динамическое наблюдение за состоянием матери и плода (КТГ ежедневно, ДПМ контроль). 30.08.2022 г. выполнены УЗИ и ДПМ: Плод в головном предлежании, ЧСС плода — 170 уд. в 1 мин. ПМП — 2283 г. Платцента по задней стенке, ТП — 35 мм, степень зрелости — 3 ст. Структура плаценты неоднородная. Индекс амниотической жидкости (ИАЖ) — 13,2 N. ДПМ: *a. uterine dex.* Pi 0,55 (N), *a. uterine sin.* Pi 0,82 (N), *a. umbilicais* Pi 0,75 (N), *a. cerebri media* Pi 1,39 (N), Vmax 53,0 см/с (N). Заключение: беременность 37 недель и 2 дня; головное предлежание; ЗРП; тахикардия плода; нарушений фетоплацентарной гемодинамики не выявлено; КТГ в пределах нормы. При лабораторном обследовании (ОАК, гемостазиограмма, биохимия крови, ОАМ) глюкоза крови — 6,2 ммоль/л, остальные показатели в пределах нормы. 09.09.2022 г. пациентка предъявила жалобы на редкие шевеления плода. КТГ 09.09.2022 г.: ритм ЧСС плода монотонный. 09.09.2022 г. выполнена ДПМ: положение продольное, головное предлежание, ЧСС плода — 133 уд./мин., *a. uterine dex.* Pi 0,69 (N), *a. uterine sin.* Pi 0,64 (N), *a. umbilicais* Pi 1,4 — норма с признаками реверсивного кровотока, цереброплацентарное отношение (ЦПО) — 1,2 (меньше нормы), *a. cerebri media* Pi 1,69 (N) Vmax 67,6 см/с (N). Заключение: беременность 38 недель и 5 дней; головное предлежание: критические нарушения фетоплацентарной гемодинамики.

09.09.2022 г. с учётом сложившейся ситуации собран консилиум врачей. При объективном обследовании беременной выявлено. АД, правая рука — 120/70 мм рт. ст., левая рука — 148/80 мм рт. ст. Ps — 88 уд./мин. Т — 36,4°С. Отёков нет. Положение плода продольное, позиция первая, вид передний, предлежание головное. Сердцебиение плода приглушено, аритмичное, 123–146 уд. в минуту, выслушивается слева, ниже пупка. Матка при пальпации вне тонуса, безболезненная. При влагалищном исследовании динамики по сравнению с данными от 30.08.2022

г. не выявлено, данные те же. Диагноз: «Беременность 38 недель, 5 дней. Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери. ФПН, декомпенсация. Незрелая ш/матки. ГСД (диетотерапия). Группа высокого перинатального риска». План ведения: с учётом признаков декомпенсации ФПК, по данным ДПМ (критические нарушения фетоплацентарной гемодинамики), у первородящей со сроком гестации 38 недель и 5 дней на фоне длительно текущей ЗРП, отсутствия условий для родоразрешения через естественные родовые пути, высокого риска перинатальных потерь, риска материнского травматизма и тяжёлых акушерских осложнений показано оперативное родоразрешение путём операции кесарева сечения в срочном порядке. 09.09.2022 г. проведён предоперационный осмотр пациентки врачом анестезиологом-реаниматологом. АД — 120/77 мм рт. ст., ЧСС — 85 уд./мин. Осмотр по системам без особенностей. Отёков нет. Риск анестезии — ASA II. 09.09.2022 г. под СМА (спинномозговой анестезией) выполнена операция «Лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте».

Начало операции — в 11 часов, 50 мин. Извлечение ребенка — в 11ч. 55 мин. Извлечён живой, доношенный новорождённый мужского пола, массой 2750 г, длиной 49 см, оценка по шкале Апгар — 8–9 баллов. Окончание операции — в 12 ч. 30 мин. Количество вод — 500,0 мл, воды светлые. Плацента была расположена по задней стенке. Кровопотеря во время операции составила 540,0 мл. Моча по катетеру светлая, 100,0 мл. Осложнений во время операции не было. Препараты во время операции и раннем послеоперационном периоде: азарексон 1,0 в/м (за 30 мин. до операции), окситоцин 1,0 в/м, квадрипарин 0,4 п/к, кетопрофен 2,0 в/м.

Протокол спинномозговой анестезии от 09.09.2022 г. с 11ч. 50 мин. до 12 ч. 40 мин. В асептических условиях под местной анестезией 2% раствором лидокаина 2,0 проведена спинномозговая пункция на уровне L3-L4. После истечения прозрачной теплой жидкости введен раствор бупивакаина 0,5% — 2,7 мл. Через 5 минут развился сенсорный блок на уровне Th8-S5. Седация: сибазон 0,5%–2,0; промедол 2% 1,0; трамадол 5% 2,0. После операции женщина переведена в ОРИТ. Состояние при переводе соответствовало времени и объёму оперативного вмешательства.

09.09.2022 г. в 17 ч. 10 мин. произошёл генерализованный приступ судорог. В 17 ч. 15 мин. произошёл повторный приступ судорог, после которого выполнена седация сибазоном 0,5% 2,0 мл в/в. В 17 ч. 20 мин третий приступ, после которого выполнена интубация трахеи. Пациентка переведена на ИВЛ с миорелаксацией ардуаном. Судороги купированы. Медикаментозный сон. Зрачки D=S, реакция на свет сохранена. Кожные покровы бледно-розовые (акроцианоз купирован), тургор удовлетворительный. АД — 106/60 мм рт. ст., ЧСС = пульсу — 64 уд./мин., сатурация — 98%. Вводится пропофол 12 мл/час, магния сульфат 25% 4 г/час. С 20 ч. 30 мин. магнезиальная терапия в объёме 1 г/час. 09.09.2022 г. консультирована по сан. авиации неврологом. Рекомендовано проведение КТ-головного мозга. 09.09.2022 г. повторная консультация по санитарной авиации невролога с результатами исследования. *Заключение:* эclamпсические судороги в

раннем послеродовом периоде. Рекомендованы: магнезиальная терапия, противосудорожная терапия (депакин 750 мг в/в (диапазон 500–2000 мл), если нет эффекта — реветирацетам 500 мг 2 раза в день), ЭЭГ. 09.09.2022 г. в 20 ч. 30 мин. проведено телемедицинское консультирование (ТМК) со специалистами акушерами-гинекологами ФГБУ НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова. *Заключение:* нельзя исключить раннюю послеродовую эclamпсию, органическую патологию головного мозга. Рекомендовано: продолжить магнезиальную терапию, снижение уровня седации с попыткой вывода в активную. 09.09.2022 г. в 23 ч. 30 мин. проведено повторное ТМК анестезиологом ФГБУ НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова. Диагноз тот же. Рекомендовано прекращение седации с целью оценки уровня сознания, КТ, МРТ головного мозга при нарушении уровня сознания вне седации, ИВЛ только по показаниям (сама эclamпсия не является показанием к ИВЛ после родоразрешения), консультация невролога, офтальмолога, терапевта, продолжить инфузию магнезии 1 г/ч в течение не менее суток после последнего приступа эclamпсии, антигипертензивная терапия (целевой уровень АД от 110 и 60 до 130 и 80 мм рт. ст.), снижение артериального давления не более чем на 25% в час, профилактика ВТЭО, инфузионная стратегия в рестриктивном режиме, обеспечить клиническим питанием (гастропротекция), повторное ТМК 10.09.2022.

Согласно рекомендациям, 09.09.2022 г. консультирована терапевтом и кардиологом. Со стороны сердечно-сосудистой системы на момент осмотра патологии не выявлено. 09.09.2022 г. выполнена спиральная компьютерная томография головного мозга. *Заключение:* КТ-данных об очаговых изменениях головного мозга не выявлено. Отёк головного мозга? Спиральная компьютерная томография органов грудной клетки. *Заключение:* КТ-картина интерстициальных изменений лёгких. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. *Заключение:* КТ-картина состояния после оперативного лечения, пневмоперитонеум, правосторонняя уретеропиелокаликоектазия.

10.09.2022 г., в 09 ч.00 мин. состояние оценено как тяжёлое, по SOFA — 1 балл, тяжесть обусловлена явлениями метаболических, водно-электролитных нарушений, сроками и объёмами оперативного вмешательства, сопутствующей общесоматической патологией. Больная в сознании, вялая, адинамичная. Предъявляет жалобы на слабость. Т — 36,6°C, ЧДД — 18 уд./мин., SpO₂=96%, PS=ЧСС=80 уд./мин., АД — 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, болезнен при пальпации в области послеоперационного шва. Матка плотная, на 16 см выше лона. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные, без запаха. Моча по катетеру светлая. Диурез контролируется по мочевого катетеру, адекватный. Газы отходят. Продолжается терапия сульфатом магния 25%, в/в, 1 г/час. Проводится инсuffляция увлажнённого кислорода через носовые канюли (поток 4 л/мин.). 10.09.2022 г. консультирована офтальмологом. *Заключение:* ангиопатия сетчатки.

10.09.2022 г. выполнено СКТ головного мозга. Выявлен ишемический очаг в левой гемисфере головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии (СМА). Отёк левой гемисферы головного мозга. Конвекситально в левой теменной области участок субархеоидального

кровоизлияния (САК). Консультирована нейрохирургом. Диагноз «ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой СМА. Субарахноидальное кровоизлияние (САК). Отёк головного мозга. Симптоматическая эпилепсия». 10.09.2022 г. пациентка консультирована неврологом РОКБ.

С учётом клинико-анамнестических данных, отсутствия очаговой неврологической симптоматики соответствия бассейну ОМНК, результатов СКТ состояние расценено как эклампсия, серия генерализованных тонико-клонических судорожных приступов. Рекомендованы: МРТ головного мозга, приём противосудорожных препаратов, нейрометаболическая терапия (мексидол), коррекция АД при необходимости, ЭЭГ-видеомониторинг с последующей консультацией эпилептолога.

10.09.2022 г. в 14 ч. 30 мин повторно проведено ТМК анестезиолога ФГБУ НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова. По данным обследования сделано заключение: роды 1-е, срочные в сроке 38,5 недель, оперативные. Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери. ФПН, декомпенсация. Незрелая шейка матки. Группа высокого перинатального риска. Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Ранняя послеродовая эклампсия. ГСД (диетотерапия). Рекомендовано продолжить проводимую терапию, профилактика венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) (эластическая компрессия вен н/к), УЗИ вен н/к в динамике, ЭХО КГ в динамике, контроль маркеров воспаления в динамике, деэскалация антибактериальной терапии после получения результатов посевов или при нарастании маркёров воспаления, консультация невролога. После консультации невролога решить вопрос о необходимости расширения НМГ-профилактики до лечебных дозировок, следующее плановое ТМК 11.09.2022.

11.09.2022 г., 09 ч. 00 мин. Состояние тяжёлое, по SOFA — 1 балл, тяжесть обусловлена явлениями метаболических, водно-электролитных нарушений, сроками и объёмами оперативного вмешательства, сопутствующей общесоматической патологией. Больная в сознании, вялая, адинамичная. Предъявляет жалобы на слабость. Т — 36,9°C, ЧДД — 18 уд./мин., SpO₂ = 97%, PS = ЧСС = 75 уд./мин., АД — 109/68 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка болезнен при пальпации в области послеоперационного шва. Матка плотная, на 14 см выше лона. Выделения из половых путей кровянистые, скудные, без запаха. Моча по катетеру светлая. Диурез контролируется по мочевоому катетеру, адекватный. Газы отходят. Продолжается терапия магния сульфата 25% в/в, микродозированно, 1 г/час, квадрипарин 0,4 п/к 1 раз в день, цитофлавин 10,0 + физраствор 200,0 в/в кап. 1 раз в день, эврин 5,0 + физраствор 200,0 в/в кап. 1 раз в день. Проводится инфузия увлажнённого кислорода через носовые канюли (поток 4 л/мин.). 11.09.2022 г., в 13 ч. 38 мин. проведено очередное ТМК анестезиолога ФГБУ НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова. По данным обследования выставлен диагноз «Роды 1 в сроке 38,5 нед., оперативные. Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери. ФПН, декомпенсация. Незрелая шейка матки. Группа высокого перинатального риска. Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Ранняя послеродовая эклампсия. ГСД (диетотерапия)».

12.09.2022 г. выполнено МРТ головного мозга. Заключение: МРТ-картина смешанной заместительной гидроцефалии, демиелинизирующего процесса головного мозга. 12.09.2022 г. консультация невролога. Диагноз: «Радиологически изолированный синдром (РИС). Эпилептическая реакция на оперативное вмешательство (кесарево сечение)».

12.09.2022 г. состоялся консилиум. На основании данных обследования (МРТ-картина смешанной заместительной гидроцефалии, демиелинизирующего процесса головного мозга) и осмотра невролога выставлен диагноз: «Роды 1 в сроке 38,5 нед., оперативные. Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери. ФПН, декомпенсация. Незрелая ш/матки. Группа высокого перинатального риска. Лапаротомия по Пфанненштилю. Кесарево сечение в н/маточном сегменте. РИС. Эпилептическая реакция на оперативное вмешательство (кесарево сечение)». Назначения: квадрипарин 0,4 п/к 1 раз в день, цитофлавин 10,0 + физраствор 200,0 в/в кап. 1 раз в день, эврин 5,0 + физраствор 200,0 в/в кап. 1 раз в день, кетопрофен 2,0 в/м 2 р/д. С учётом улучшения общего состояния (состояние расценено как средней тяжести) и удовлетворительных лабораторных показателей решено перевести пациентку из АРО в гинекологическое отделение.

13.09.2022 г. консультирована терапевтом. Диагноз: «Радиологически изолированный синдром (РИС). Эпилептическая реакция на оперативное вмешательство (кесарево сечение)».

13.09.2022 г. выполнено УЗИ органов малого таза. Матка размерами 13,7×5,6×10,4 см, миометрий неоднородной структуры, полость не расширена. Цервикальный канал не расширен. Область п/операционного рубца без особенностей. Заключение: состояние после оперативного родоразрешения (4-е сутки). Рубец на матке. 13.09.2022 г. также сделана ЭЭГ. Заключение: на фоне умеренной дисфункции мезодиэнцефальных образований головного мозга регистрируются несформированные элементы пароксизмальной активности, более чёткие в теменно-затылочной области.

15.09.2022 г. пациентка в динамике консультирована неврологом. Жалоб на момент осмотра не предъявляла. Объективные данные: при осмотре патологии ЧМН не выявлено, двигательная сфера не нарушена, сфера чувствительности не нарушена. Вегетативная сфера: дермографизм красный, нестойкий, гипергидроза нет. Психический статус без осложнений. Диагноз: «Радиологически изолированный синдром (РИС). Эпилептическая реакция на операционное вмешательство (кесарево сечение)».

15.09.2022 г. получено прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (последа). Микроскопическое описание и заключение: зрелая плацента 3-го триместра беременности с признаками хронической субкомпенсированной относительной плацентарной недостаточности, хроническим очаговым продуктивным базальным и капсулярным децидуитом, мембранитом, виллузитом и интервиллузитом, признаками физиологической инволюции с формированием синцитиокапиллярных мембран и синцитиальных почек, представленных участками пролиферации

синцития трофобласта, наличием большого количества сосудов в отдельных ворсинах, умеренными дистрофическими изменениями клеток амниона, обильным отложением фибриноида в строме створчатых ворсин и межворсинчатом пространстве, фиброзом створчатых ворсин и выраженными склеротическими изменениями стенок сосудов. В пуповине без признаков воспаления.

16.09.2022 г. пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии, под наблюдением врача женской консультации и невролога. Диагноз при выписке: «Роды 1 оперативные в сроке беременности 38 нед. и 5 дней. ОРСТ I степени. ФПН декомпенсированная, маловесный плод. ГСД (диетотерапия). Чревосечение по Пфанненштилю. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. РИС. Эпилептическая реакция на оперативное вмешательство (кесарево сечение). Ангипатия сетчатки ОИ». Метод обезболивания во время операции — СМА.

Обсуждение

На сегодняшний день влияние беременности и родов на течение РС, а также влияние беременности и родов на состояние, предшествующие данной патологии (РИС), является одним из значимых вопросов как для акушеров-гинекологов, так и для неврологов. Указанными патологиями в большом проценте случаев страдают женщины репродуктивного возраста, а у врачей возникает вопрос выбора оптимальной тактики ведения беременности и методов родоразрешения. А в послеродовом периоде, при появлении неврологической симптоматики, возникает очень серьёзный вопрос дифференциальной диагностики экстрагенитальных заболеваний с осложнениями беременности, имеющими схожую с экстрагенитальной патологией неврологическую симптоматику.

В описанном нами случае, у пациентки в послеродовом периоде возникла серия генерализованных приступов судорог. При отсутствии в анамнезе у женщины неврологических заболеваний первоначально возникло предположение о послеродовой эклампсии, однако на 100% отвергать наличие патологии головного мозга также не представлялось возможным. С нашим диагнозом согласились и коллеги из ФГБУ НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова при телемедицинском консультировании пациентки. Однако было рекомендовано провести тщательное обследование с привлечением смежных специалистов и выполнением таких методов исследования как КТ, СКТ, МРТ головного мозга, ЭЭГ. 10.09.2022 г. выполнено СКТ головного мозга. Выявлен ишемический очаг в левой гемисфере головного мозга в бассейне левой СМА. Отек левой гемисферы головного мозга. Конвекситально в левой теменной области участок САК. На основании полученных при СКТ данных нейрохирург предположил наличие у пациентки острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу в бассейне левой СМА, САК, отёка головного мозга, симптоматической эпилепсии. Однако с учётом клинико-анамнестических данных, отсутствия очаговой неврологической симптоматики соответствия бассейну ОНМК, результатов СКТ неврологом областной клинической больницы высказано предположение о наличии эклампсии с серией генерализованных тонико-клонических судорожных приступов.

Для уточнения диагноза родильнице 12.09.2022 г. выполнено МРТ головного мозга. Заключение: МРТ-картина смешанной заместительной гидроцефалии, демиелинизирующего процесса головного мозга. Результаты данного исследования позволили прийти к окончательному заключению о наличии у пациентки РИС. На консилиуме врачей был сформулирован окончательный диагноз: «Роды 1 оперативные в сроке беременности 38 нед. и 5 дней. ОРСТ I степени. ФПН, декомпенсированная форма, маловесный плод. ГСД (диетотерапия). Чревосечение по Пфанненштилю. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Радиологический изолированный синдром. Эпилептическая реакция на оперативное вмешательство (кесарево сечение). Ангипатия сетчатки ОИ».

Заключение

Анализ вышесказанного позволяет предположить, что гормональные изменения, происходящие в организме женщины во время беременности, стрессовое состояние, связанное с временем и методом родоразрешения, всё же могут оказать влияние на дебют органической патологии центральной нервной системы. В литературе существует мнение о том, что эстрогенные гормоны, прогестерон и тестостерон обладают противовоспалительным свойством и способностью вызывать репарацию аксонов и миелиновой оболочки мозга [10]. Несмотря на то, что оба эти эффекта являются положительными, возможно, сам процесс гормональной перестройки мог послужить толчком к изменениям и в очаге поражения и тем самым положить начало клиническим проявлениям РИС. Хочется также отметить, что в литературе имеется немало сведений о том, что в послеродовом периоде повышается риск развития обострений патологии головного мозга [10]. У данной пациентки в первые сутки послеродового периода, мы столкнулись с первым эпизодом нарушений, обусловленных изолированным патологическим очагом в центральной нервной системе, то есть проявлением КИС на фоне (возможно) монофокального моносимптомного варианта РИС. Данный клинический эпизод позволил нам предположить возможность развития у неё в будущем рассеянного склероза и рекомендовать ей углублённое обследование (для уточнения диагноза) и наблюдение у невролога. Мы впервые за несколько лет столкнулись с КИС на фоне РИС в послеродовом периоде и с необходимостью дифференциальной диагностики данной патологии с осложнением беременности - эклампсией. Это ещё раз подтвердило тот факт, что в послеродовом периоде на фоне происходящих серьёзных изменений в организме родильницы возможно проявление не выявленных ранее патологических процессов, что требует чёткой дифференциальной диагностики с выполнением ряда дополнительных методов исследования с консультациями смежных специалистов. Нам показалось, что описанный случай может быть интересен в плане дифференциальной диагностики акушерской и экстрагенитальной патологии, а также выбора правильной тактики лечения как для научных работников, так и для врачей практического здравоохранения. Это и побудило нас к описанию и публикации данного случая.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Peng A, Qiu X, Zhang L, Zhu X, He S, et al. Natalizumab exposure during pregnancy in multiple sclerosis: a systematic review. *J Neurol Sci.* 2019;396:202-205. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2018.11.026>
2. MacDonald SC, McElrath TF, Hernández-Díaz S. Pregnancy Outcomes in Women With Multiple Sclerosis. *Am J Epidemiol.* 2019;188(1):57-66. <https://doi.org/10.1093/aje/kwy197>
3. Гончарова З.А., Погребнова Ю.Ю., Тринитатский Ю.В., Сычева Т.В. Семейный рассеянный склероз: обзор литературы, анализ собственных данных. *Практическая медицина.* 2020;18(5):69-75. Goncharova Z.A., Pogrebnova Yu.Y., Trinitatskiy Yu.V., Sycheva T.V. Familial multiple sclerosis: literature review, analysis of own data. *Practical medicine.* 2020;18(5):69-75. (In Russ.) <https://doi.org/10.32000/2072-1757-2020-5-69-75>
4. Закройщикова И.В., Симанив Т.О., Земляная Д.О., Тимофеева А.А., Захарова М.Н. Влияние беременности на рассеянный склероз. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.* 2024;124(7-2):43-49. Zakroyshchikova I.V., Simaniv T.O., Zemlyanaya D.O., Timofeeva A.A., Zakharova M.N. The effect of pregnancy on multiple sclerosis. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2024;124(7-2):43-49. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202412407243>
5. Jesus-Ribeiro J, Correia I, Martins AI, Fonseca M, Marques I, et al. Pregnancy in Multiple Sclerosis: A Portuguese cohort study. *Mult Scler Relat Disord.* 2017;17:63-68. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2017.07.002>
6. Yong HY, McKay KA, Daley CGJ, Tremlett H. Drug exposure and the risk of multiple sclerosis: A systematic review. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2018;27(2):133-139. <https://doi.org/10.1002/pds.4357>
7. Nguyen AL, Havrdova EK, Horakova D, Izquierdo G, Kalincik T, et al. Incidence of pregnancy and disease-modifying therapy exposure trends in women with multiple sclerosis: A contemporary cohort study. *Mult Scler Relat Disord.* 2019;28:235-243. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2019.01.003>
8. Vidal-Jordana A, Montalban X. Multiple Sclerosis: Epidemiologic, Clinical, and Therapeutic Aspects. *Neuroimaging Clin N Am.* 2017;27(2):195-204. <https://doi.org/10.1016/j.nic.2016.12.001>
9. Kamm CP, Muehl S, Mircsof D, Müller S, Czaplinski A, et al. Role of Family Planning in Women With Multiple Sclerosis in Switzerland: Results of the Women With Multiple Sclerosis Patient Survey. *Front Neurol.* 2018;9:821. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00821>
10. Lebrun C, Le Page E, Kantarci O, Siva A, Pelletier D, et al. Impact of pregnancy on conversion to clinically isolated syndrome in a radiologically isolated syndrome cohort. *Mult Scler.* 2012;18(9):1297-1302. <https://doi.org/10.1177/1352458511435931>
11. Брюхов В.В., Попова Е.В., Кротенкова М.В., Бойко А.Н. Радиологически изолированный синдром (МРТ-критерии и тактика ведения больного). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.* 2016;116(10-2):47-52. Briukhov VV, Popova EV, Krotchenkova MV, Boiko AN. Radiologically isolated syndrome — MRI criteria and management tactic. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2016;116(10-2):47-52. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro201611610247-52>
12. Мурашко А.В., Муравин А.И., Попова Е.В., Рябов С.А. Анализ течения беременности и родов у женщин с рассеянным склерозом: проспективное исследование. *Аналы клинической и экспериментальной неврологии.* 2019;13(4):5-9. Murashko A.V., Muravin A.I., Popova E.V., Ryabov S.A. Analysis of pregnancy and childbirth in women with multiple sclerosis: a prospective study. *Annals of Clinical and Experimental Neurology.* 2019;13(4):5-9. (In Russ.) <https://doi.org/10.25692/ACEN.2019.4.1>

Информация об авторах

Логинов Игорь Александрович, к.м.н., доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-8945-4142>; E-mail: Loginovi@list.ru.

Борщева Алла Александровна, к.м.н., доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0009-0006-9970-8384>; E-mail: Aborsheva@rostov.ru.

Латынин Андрей Николаевич, заместитель главного врача по акушерству и гинекологии, «Городская клиническая больница № 20», Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0003-1645-160X>; E-mail: latininandrei@yandex.ru.

Вклад авторов:

И.А. Логинов — получение и анализ данных; написание текста рукописи; ответственность за все аспекты работы и гарантия рассмотрения и решения вопросов, связанных с точностью и добросовестностью всех частей работы, разработка дизайна исследования;

Information about the authors

Igor A. Loginov, Cand. Sci. (Med.), associate Professor, associate Professor of the Department of obstetrics and gynecology No. 1, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-8945-4142>; E-mail: Loginovi@list.ru.

Alla A. Borsheva, Ph.D, associate Professor, associate Professor of the Department of obstetrics and gynecology No. 1 Rostov state medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0009-0006-9970-8384>; E-mail: Aborsheva@rostov.ru.

Andrey N. Latynin, the deputy chief physician for obstetrics and gynecology, City clinical hospital No. 20, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-1645-160X>; E-mail: latininandrei@yandex.ru.

Author's contribution:

I.A. Loginov — obtaining and analyzing data; writing the text of the manuscript; responsibility for all aspects of the work and guarantee of consideration and resolution of issues related to the accuracy and integrity of all parts of the work, development of research design;

А.А. Борщева — разработка дизайна исследования; получение и анализ данных; написание текста рукописи; ответственность за все аспекты работы и гарантия рассмотрения и решения вопросов, связанных с точностью и добросовестностью всех частей работы;

А.Н. Латынин — получение и анализ данных; ответственность за все аспекты работы и гарантия рассмотрения и решения вопросов, связанных с точностью и добросовестностью всех частей работы.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

A.A. Borsheva — development of research design; obtaining and analyzing data; writing the text of the manuscript; responsibility for all aspects of the work and a guarantee of consideration and resolution of issues related to the accuracy and integrity of all parts of the work;

A.N. Latynin — receiving and the analysis of data; responsibility for all aspects of work and a guarantee of consideration and the solution of the questions connected with the accuracy and conscientiousness of all parts of work.

Conflict of interest

Authors declares no conflict of interest.

Поступила в редакцию / *Received*: 10.01.2025

Доработана после рецензирования / *Revised*: 17.02.2025

Принята к публикации / *Accepted*: 28.02.2025