

*Шаймерденова Г.Г.,
Студент магистратуры
Кафедра «Терапевтические дисциплины»
Южно-Казахстанская медицинская академия
Казахстан, город Шымкент
Абдраманова А.А.,
магистр
Кафедра «Микробиология»
Южно-Казахстанская медицинская академия
Казахстан, город Шымкент*

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АНОМАЛИИ АРНОЛЬДА-КИАРИ

Аннотация: Статья посвящена тяжёлой врождённой патологии центральной нервной системы - мальформации Арнольда-Киари с рассмотрением её основных исторических, клинических, патофизиологических аспектов и вопросов классификации, течения беременности, пренатальной диагностики и лечения данной аномалии. Дано описание двух клинических случаев - мальформации Арнольда-Киари I типа в сочетании с резидуальной энцефалопатией и мальформации Арнольда-Киари I типа в сочетании с симптоматической эпилепсией. В работе обоснована необходимость применения современного метода нейровизуализации-магнитно-резонансной томографии - для улучшения пренатальной диагностики врождённых аномалий ЦНС с целью уменьшения перинатальной и детской смертности и первичной инвалидности. Магнитно-резонансная томография является неинвазивным методом визуализации аномалий ЦНС плода с высокой разрешающей способностью. При этом проводится сопоставление полученных показателей с показателями пренатальной эхографии.

Ключевые слова: аномалия Арнольда-Киари, беременность, врожденное заболевание, неврологическая патология

Abstract: *The paper is dedicated to a severe congenital anomaly of the central nervous system—Arnold-Chiari malformation, the basic historical, clinical, pathophysiological aspects and issues of its classification, prenatal diagnosing and treatment being presented. Clinical case of Arnold-Chiari malformation of the 2nd type in combination with lower thoracic and lumbar meningomyelocele and that of Arnold-Chiari malformation of the 1st type in combination with agenesis of the corpus callosum are described. In case of Arnold Chiari malformation of the 2nd type pathological symptoms are severer and begin to manifest in infants and early childhood in the form of nystagmus, apnea, stridor, vocal cords paresis, dysphagia with regurgitation, impaired tone in the limbs. Considering the presence of spina bifida in this type of malformation, surgical intervention during the first days of life becomes necessary. The necessity to use modern method of neurovisualization - magnetic resonance imaging for the improvement of prenatal diagnosing of congenital anomalies of the central nervous system is also grounded. It enables the reduction of perinatal and infant mortality and primary disability. Magnetic resonance imaging is a noninvasive method of visualization of the anomalies of the CNS of the fetus with high resolving power. This involves a comparison of the obtained indices with those of prenatal ultrasound.*

Key words: *Arnold-Chiari malformation, pregnancy, congenital disease, neurological pathology*

Актуальность. Изучение аномалии Арнольда-Киари (ААК) привлекает пристальное внимание ученых и клиницистов на протяжении более двух столетий. Актуальность изучения ААК имеет не только клиническое, но и медико-социальное значение, так как они нередко являются причиной развития тяжелых неврологических нарушений. Отмечается усугубление состояния пациентов с ААК при присоединении эпилептических приступов.

Частота данной аномалии составляет от 3,3 до 8,2 % населения. В среднем чаще от этого заболевания страдают люди 25-40 лет.

Цель работы: Провести анализ клинических случаев течения беременности и родов у беременных с аномалией Арнольда-Киари.

Материал и методы исследования: Ретроспективный анализ 2 клинических случаев беременных женщин с аномалией Арнольда – Киари, поступивших в г. Алматы ГП № 4 в 2015-2016 гг.

Результаты исследования и обсуждение.

Клиническое наблюдение №1.

Ниже в статье приводится клиническое наблюдение мальформации Арнольда-Киари 1 типа, диагностированной во время беременности у женщины А., 28 лет. Из анамнестических данных-беременность 1-ая. Течение настоящей, 1 -ой, беременности проходило с явлениями раннего токсикоза в первом триместре, обострения хронического бронхита с повышением температуры во втором триместре беременности. При исследовании на наличие инфекции ТОРЧ-комплекса, не были определены антитела IgG к вирусу краснухи. Наследственный анамнез как со стороны женщины, так и со стороны мужа не отягощён. Социально-бытовые факторы, условия проживания, особенности профессиональной деятельности - без особенностей. Пренатальная эхография в 18 недель не выявила данной аномалии.

Диагноз: Беременность 12 недель 5 дней. Резидуальная энцефалопатия. Аномалия Арнольда-Киари.1 тип. Шейно-грудная дорсопатия. Сколиоз 2 степени. Нейромышечный синдром.

Рост 174, вес 49. Астеник. ИМТ: 16,22

Анамнез жизни: Ветряная оспа в детстве, черепно-мозговая травма с детства, аппендэтомия в 2013 году, арнольда – киари в 2010 установлен диагноз. Хронический тонзиллит, гастрит, сколиоз. Миопия.

Аллергоанамнез отягощён.

Гинекологический анамнез: менархе с 14 лет по 4 дня через 30 дней. Полова жизнь с 20 лет.

ЭхоКГ: Незначительный пролапс митрального клапана с регургитацией 1 степени. Дополнительная диагональная хорда в полости левого желудочка.

Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки 2011 года, лечение с эффектом. Осмотр невролога: В неврологическом статусе – сознание ясное. Общемозговые симптомы не выявлены. Глазодвигательные нервы с обеих сторон конвергенция ослаблена. Вегетативный, эмоциональный фон лабилен.

Диагноз: Расстройства вегетативной нервной системы. Остеохондроз позвоночника. Резидуальная энцефалопатия. Аномалия Арнольда - Киари 1 типа. Шейно-грудная дорсопатия. Задние циркулярные протрузии межпозвонковых дисков С3-С4, С4-С5. Сколиоз ГОП 2 степени. Нейромышечный синдром.

УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки: умеренная деформация желчного пузыря с признаками дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Холестаз. Умеренные изменения паренхимы поджелудочной железы.

УЗИ 20 недель. Миома матки

Осмотр эндокринолога: Хронический аутоиммунный тиреоидит, гипотрофическая форма, Эутиреоз,

Клиническое наблюдение №2.

Ниже в статье приводится клиническое наблюдение мальформации Арнольда-Киари 1 типа, диагностированной во время беременности у женщины С., 24 лет. Из анамнестических данных-беременность 1-ая. Течение настоящей, 1 -ой, беременности проходило на фоне эпилептических припадков, с явлениями раннего токсикоза в первом триместре, обострения хронического бронхита с повышением температуры во втором триместре беременности. При исследовании на наличие инфекции ТОРЧ-комплекса, не были определены антитела IgG к вирусу краснухи. Наследственный анамнез как со стороны как женщины, так и со стороны мужа не отягощён. Контакт с кошкой. Социально-

бытовые факторы, условия проживания, особенности профессиональной деятельности - без особенностей. Пренатальная эхография в 18 недель не выявила данной аномалии.

Диагноз: Беременность 16 недель. Фокальная эпилепсия симптоматическая. Гипертензионный синдром. Рост 175, вес 69. Астеник. ИМТ: Анамнез жизни: Ветряная оспа в детстве, арнольда – киари в 1998 году установлен диагноз.

Аллергоанамнез не отягощен.

Гинекологический анамнез: менархе с 14 лет по 4 дня через 30 дней. Половая жизнь с 20 лет.

УЗИ 31 недель: Тазовое предлежание.

Доплерография: 24 недели. Нарушение 1 Б степени.

Приступы малые 1 -2 раза в месяц во время сна в виде кратковременного пробуждения, проходят самостоятельно, не требуют посторонней помощи.

Выводы: Таким образом, несмотря на высокую информативность МРТ в диагностике МАК, и по сей день нет единого мнения среди исследователей в отношении этиологии и патогенеза этой аномалии, классификации и корреляции между морфологическими ее проявлениями и клинической картиной. Все это не позволяет выработать единой этиопатогенетически обоснованной лечебной тактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Mechanisms of cerebellar tonsil herniation in patients with Chiari malformations as guide to clinical management / T. H. Milhorat [et al.] // Acta Neurochir. – 2010 May. – Vol. 152, N 7. – P. 1117-1127.
2. Congenital Chiari malformation / P. Vannemreddy [et al.] / Neurology India. – 2010. – Vol. 58, N 1. – P. 6-14.

3. Овсова, О.В. Аномалии краниовертебральной области : (литературный обзор) / О.В. Овсова, О.А. Львова // Клиническая медицина. – 2010. – № 4 (10). – С. 36-50.
4. Ярмухаметова, М.Р. Эпилептические приступы у больных с аномалией краниовертебрального перехода / М.Р. Ярмухаметова // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2010. – Т. 2, № 4. – С. 37-40.
5. Синдром Арнольда-Киари в клинической практике педиатра / Г.И. Баешко [и др.] // Современная педиатрия. – 2011. – № 3. – С. 33-37.
6. Syndrome of occipitoatlantoaxial hypermobility, cranial settling, and chiari malformation type I in patients with hereditary disorders of connective tissue / T.H. Milhorat [et al.] // J. Neurosurg Spine. – 2007 Dec. – Vol. 7, N 6. – P. 601-609.
7. Carmel, P.W. Early descriptions of Arnold–Chiari malformation. The contribution of John Cleland / P.W. Carmel, W. R. Markesbery // J. Neurosurg.– 1972 Nov. – Vol. 37, N 5. – P. 543–547.
8. Koehler, P.J. Chiari’s description of cerebellar ectopy (1839). With a summary of Cleland’s and Arnold’s contributions and some early observations on neural-tube defects / P.J. Koehler // J. Neurosurg. – 2001. – Vol. 75, N 5. – P. 823-826.
9. Schijman, E. History, anatomic forms, and pathogenesis of Chiari malformations / E. Schijman // Child’s nervous system. – 2004 May. –Vol. 20, N 5. – P. 323-328.
10. Богданов, Э.И. Аномалия Арнольда-Киари: патогенез, клинические варианты, классификация, диагностика и лечение / Э.И. Богданов, М.Р. Ярмухаметова // Вертеброневрология. – 1998. – № 2-3. – С. 68-73.