

В. Д. Рыжков

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Общество "Знание" России (С. Петербургская организация)

Актуальной проблемой современной медицины является разработка мер профилактики и лечения неврологических расстройств до и в период беременности. Они наиболее часто прослеживаются у пациенток с соматической и другой патологией. Так, беременность у женщин с **гипертензивной болезнью (ГБ)** осложняется поздним гестозом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, высокой частотой невынашивания беременности (НБ) (поздними спонтанными абортными, преждевременными родами), плацентарной недостаточностью, гипотрофией и гипоксией плода, его внутриутробной смертью, гибелью новорожденных. Для профилактики этих, а также неврологических осложнений у пациенток с ГБ необходимо создание оптимального режима труда и отдыха, комплексное патогенетическое лечение с использованием большого круга врачебно-профилактических мероприятий. В их числе следует упомянуть медикаментозное лечение, физио-, диету- и психотерапию.

В период повышения артериального давления следует ограничить потребление поваренной соли до 5 г в сутки. При выборе гипотензивных средств и их доз необходимо помнить, что резкое снижение артериального давления (АД) ухудшает маточно-плацентарное кровообращение и может оказаться вредным для внутриматочного плода. В связи с этим целесообразно использовать препараты, обладающие несколькими эффектами или пользоваться несколькими препаратами в сочетании с разной точкой приложения, но в меньших дозах. Можно рекомендовать эуфилин, дибазол, сернокислый магний, папаверин. При лечении ГБ у беременных используют и диуретики (гипотиазид, циклометиазид, оксметидин, фуросемид, дикарб, верошипрон). Однако от них следует воздержаться в первые 3 мес беременности. Применение салуретиков необходимо сочетать с калийсберегающими препаратами и диетой, богатой калием (картофель, морковь, свекла, абрикосы, фасоль, горох, овсяная крупа, шпено, говядина).

ГБ в сочетании с поздним гестозом беременных возникает на фоне нарушений сосудистого тонуса, которые имелись до беременности; вегетативно-сосудистой дистонии, ангиоретинопатии различной этиологии. В таких случаях используются клофелин и антагонисты кальция (финоптин, изонитин). Клофелин назначают по 1 табл. 2—3 раза в день в течение 7 дней, затем поддерживающая доза — 1 табл. на ночь до родоразрешения, финоптин — по 40 мг (1 табл.)

3 раза в день до родоразрешения или изонитин — по 120 мг (1/2 табл.) 1 раз в день утром. Внутривенное введение сернокислой магнезии (СМ) предупреждает судороги. Доза ее подбирается в зависимости от массы тела беременной — 50 мг/кг массы тела. Препарат вводят в течение 15—20 мин. В дальнейшем СМ можно вводить путем длительных инфузий со скоростью 100 мл/ч (2 л/ч). Раствор для внутривенных вливаний готовится следующим образом: 20 г СМ (8 ампул по 10 мл 25% раствора) добавляется к 1000 мл физиологического раствора. Контроль за возможным токсическим действием СМ: каждый час проверяются коленные рефлексы (должны определяться) частота дыхания не должна быть менее 15—16 в минуту, почасовой диурез — не менее 30 мл/ч. Желательно добавить седативные препараты.

Физиотерапевтическое лечение включает электрофорез на воротниковую зону. Анод в виде "воротничкового" электрода площадью 1200 см² располагают в шейно-грудной зоне (через него вводят 3% магний). Катод в виде раздвоенного электрода площадью 120 см² фиксируют на область проекции почек. Синусоидальные модулированные токи используют в импульсном режиме. Общая продолжительность процедуры 10 мин, сила тока доводится до ощущения умеренной безболезненной вибрации (8—15 мА). Курс лечения состоит из 10—12 процедур, проводимых через день. Используют аппараты АГН-1, "Поток-1".

В комплексном лечении ГБ, особенно на начальных ее стадиях, широко применение находит лечебная гимнастика. Наиболее эффективному снижению АД и его нормализации способствуют специальные физические упражнения: дыхательные, произвольное расслабление мышц и упражнения на выносливость, со статическим напряжением мышц малой интенсивности. Занятия проводят в I—II триместре беременности. Количество занятий зависит от стадии и продолжительности заболевания. При ГБ I стадии проводится от 7 до 10 занятий, при ГБ IIа стадии — 9—12.

Применяется психологическая коррекция с использованием индивидуальной и групповой психотерапии, основанная на осознанной и неосознанной установке женщин на сохранение беременности. В качестве вспомогательного метода психотерапии назначается аутогенная тренировка, в процессе которой большая обучается приемам мышечной и психической релаксации, снимая таким образом волнение и напря

жение. Курс аутотренировки 12—15 сеансов. Преимущество данного метода заключается в том, что аутогенная тренировка — это прежде всего волевой процесс, в котором ведущее место занимает самоубеждение, самовоспитание, саморегуляция. При проведении любого вида психотерапии необходимо воспитание адекватной психологической установки на беременность, роды, будущее материнство. Важным в психотерапии беременных является также усиление положительной мотивации беременности, фиксация внимания на приятных переживаниях, связанных с ней.

Наш опыт показал, что после проведения рекомендуемого комплексного курса значительно уменьшается риск угрозы выкидыша и преждевременных родов у женщин, страдающих ГВ.

Последствия **черепно-мозговой травмы (ЧМТ)** с неврологическими нарушениями могут способствовать возникновению некоторых видов патологии беременности и родов (поздонашивание, токсикоза). Клинически они проявляют себя церебростеническим и цереброваскулярным синдромами. Церебростенический синдром характеризуется нарушением сна, физической и психической утомляемостью, психоэмоциональным напряжением, тревогой, головными болями, усиливающимися к вечеру. Чаще этот синдром проявляется в I—II триместре беременности с постепенным и медленным углублением неврологических расстройств в процессе беременности. Клиника цереброваскулярного синдрома ЧМТ имеет следующие особенности: большую беспокойность головы, окружающие, молчание "мушек" перед глазами, умеренные головные боли, тошнота, общая слабость. Проявляется этот синдром во второй половине беременности. Беременность, как и при первом варианте синдрома, быстро и значительно усугубляет имеющую симптоматику. Для профилактики последствий ЧМТ необходимо проводить превентивные курсы терапии. В период беременности больная должна находиться под наблюдением невропатолога и получать адекватную терапию. Кроме того, необходимо использовать все виды психотерапии.

У беременных часто обостряются ранее существующие симптомы **заболеваний периферической нервной системы (ПНС)**. У них нередко регистрируется синдром грушевидной мышцы. Последний возникает вследствие того, что с увеличением срока беременности идет нераспределение нагрузки на мышечные группы ног и особенно на ротаторы бедер. Это приводит к напряжению грушевидных мышц, компрессирующего седалищный нерв. У этих женщин при бимануальном влагалищном исследовании определялось напряжение внутри тазовой части грушевидной мышцы.

В этиологии компрессионно-ишемических невропатий (невропатия лицевого нерва, синдром запястного канала, невропатия локтевого нерва, невропатия тарзального

канала или невропатия берцового нерва в тарзальном канале, парестетическая мералгия Рожа) у женщин во время беременности огромную роль играют эндокринные сдвиги, например ослабление тормозящего влияния половых гормонов на секрецию соматотропного гормона гипофиза — гормон гипофиза, выделяясь в избытке, стимулирует лабу хание и гиперплазию соединительной ткани, в том числе и внутри туловища, где расположены нервы и сосуды. Нередко акропарестезии рук и развитие синдрома запястного канала, синдрома тарзального канала у беременных связаны с высоким содержанием в крови поливинилита релаксина, при водящего к разрыхлению и отекам тканей.

При заболеваниях ПНС у женщин в репродуктивном периоде используется система реабилитационных мероприятий. В подростковом, а иногда и в острой фазе заболевания наиболее эффективны ультрашук, фонофорез, электрофорез, ионные токи (диадинамические, синусоидальные модулированные СМТ, коротким импульсные). В случае длительно протекающего, хронического процесса, а также после снятия острого болевого синдрома и перехода в другую стадию процесса возможно применение УВЧ.

При выборе наиболее адекватных методов терапии следует учитывать триместр беременности. В I—II триместрах при поражении ПНС на шейно-грудном уровне целесообразно проводить щадящее физиотерапевтическое лечение, на пояснично-крестцовом — точечный массаж, применять некоторые элементы мануальной терапии.

Для профилактики заболеваний ПНС в первые 16 нед беременности назначается специальный комплекс гимнастических упражнений с обучением навыкам правильного, полного дыхания, произвольного напряжения и расслабления мышц. В комплекс включаются специальные упражнения для тренировки мышц рук, ног и туловища.

Во II триместре беременности (17—32 нед) максимально увеличивается нагрузка на сердечно-сосудистую систему и опорно-двигательный аппарат (преимущественно пояснично-крестцовый отдел). В этот период особое внимание уделяется упражнениям, укрепляющим мышцы брюшного пресса и спины. Последние несут повышенную нагрузку из-за смещения центра тяжести. Происходит уплощение стоп с возможным развитием туфельных синдромов. В связи с этим рекомендуется уменьшить общую нагрузку, сократить количество упражнений АФК, и ввести в комплекс упражнения по развитию и углублению дыхания.

В III триместре беременности (32—40 нед) особое значение придается развитию и закреплению навыков, имеющих применение в родовом акте: волевому напряжению и расслаблению мышц брюшной стенки, тазового дна, тренировке дыхания с задержкой вдоха и выдоха с последующей полной релаксацией тела.

Результатом комплексного лечения поражения периферической нервной системы должно стать достижение анальгезирующего, спазмолитического эффекта и зонах проекции и ирритации болей.

У беременных нередко встречается **миастения** как заболевание и как синдром при экстремитальных процессах (болезни крови, почек, сердца). Диагноз подтверждается ЭМГ. Необходимо заметить, что при миастеническом синдроме прозериновая проба и исследование ЭМГ малоинформативны. ЭМГ используется также для оценки эффективности лечения антихолинэстеразными препаратами. Больные с миастенией должны быть госпитализированы в начале и в сроки беременности. Показанием для прерывания беременности является безрезультатность терапии, наличие миастенических кризов, тяжелое течение заболевания, локальные миастенические кризы с нарушением дыхания и сердечной деятельности. Вопрос о продолжении беременности строго индивидуален и решается с учетом форм миастении, а при миастеническом синдроме — с учетом эффективности лечения основного заболевания. При легкой и средней степени миастении форм миастении, протекающих без нарушения дыхания, имеются относительные показания для сохранения беременности.

У этой категории больных обезболивание в родах целесообразно проводить с использованием "пенаркотических" анальгетиков, физических методов воздействия, исключая седативные, транквилизирующие препараты, способные вызвать снижение тонуса поперечно-полосатой мускулатуры. При нарастании миастенических проявлений во время родов рекомендуется родоразрешение кесаревым сечением под эпидуральным наркозом с применением искусственного дыхания.

Вопрос сохранения беременности у больных **рассеянным склерозом (РС)** должен решаться индивидуально. Имеется мнение, что беременность осложняет течение заболевания. Проследиваются синдромы клинических диссоциаций при незначительно выраженной нижней спастическом парапарезе может иметь место слабость родовой деятельности и гипотоническое кровоотечение и наоборот при выраженной нижней спастическом парапарезе — нормальная сократительная деятельность матки.

В перечень препаратов, используемых для лечения беременных, больных РС, следует включать следующие препараты: курантил, фитин, глутаминовую кислоту, витамин Е, оротат калия, витамин группы В и другие в зависимости от состояния обострения или ремиссии, клинических проявлений. Целесообразно также этим больным расширить показания для лечебной гимнастики с использованием биологической обратной связи.

При наличии у беременных **эпилептических припадков (ЭП)** необходимо помнить,

что они могут быть вызваны любой причиной, которая требует уточнения. ЭП могут встречаться в любом варианте — в виде больших судорожных припадков, малых, эпилептического статуса и пр. Они значительно осложняют течение беременности и родов. У женщин, страдающих эпилепсией, регистрировались кровотечения, выкидыши, преждевременные роды, ускоренные роды, слабость родовой деятельности.

Лечение больных с ЭП должно быть направлено на сохранение беременности и предупреждение ЭП. Эта цель достигается приемом противосудорожных препаратов. Прием во время беременности нескольких препаратов не рекомендуется. При назначении комбинации противосудорожных средств важно учитывать их фармакокинетические особенности и взаимодействия с возможностью потенцирования или ослабления противосудорожного эффекта этих препаратов.

Терапия эпилепсии у женщин во время беременности включает в себя противосудорожное медикаментозное лечение (фенобарбитал, бензонал, тексамедин), дегидратационное (диуретики) вазоактивное и релаксирующее (суфиллин, лидазол) лечение неврологических расстройств (транквилизаторы). Критериями в подборе необходимой дозы лекарств (с учетом переносимости препаратов) являются: характер, форма и частота припадков, периодичность пароксизмов. В терапии должен сохраняться принцип взаимозаменяемости методов противосудорожного лечения. Психотерапия и биологическая обратная связь являются дополнительным методом лечения ЭП у беременных что приводит к торможению пароксизмальных разрядов головного мозга и может понижать зависимость больных от противосудорожных препаратов.

Следует отметить, что диагностика неврологических расстройств у женщин часто затруднена из-за особенностей течения беременности. Для правильного проведения профилактики заболеваний нервной системы необходимо своевременно выявлять начальные формы этих патологий у женщин до беременности. Каждая беременная женщина с неврологическими жалобами должна проконсультироваться у невропатолога. За больными нужно установить постоянное наблюдение в женской консультации или поликлинике. Для уточнения характера неврологического синдрома или заболевания нервной системы желательно прибегать к стационарному обследованию с применением современных диагностических методик. С целью совершенствования качества родовспоможения женщинам с неврологическими заболеваниями в стационарах необходимо организовывать специализированную неврологическую и психотерапевтическую помощь.

