

## БОЛЕЗНИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Наблюдалось 113 беременных с заболеваниями периферической нервной системы (ПНС). Из них у 84 были радикулопатии: у 48 пояснично-крестцового отдела (ПК) и у 36 шейно-грудного (ШГ), у 29 были моно- и множественные невропатии.

Почти в половине случаев (49,6%) симптомы болезней ПНС впервые появились или обострились во II триместре беременности. В I триместре это имело место в 28,3% и в III - 22,1%. МН чаще проявлялись в 21-28 недель беременности.

Беременность осложнялась угрозой прерывания при ПК чаще в ранние сроки, при ШГ - во II триместре. Моно- и множественные невропатии сочетались с гестозом.

Установлена связь с действием профессиональных факторов.

Проводилось комплексное, этапное этиопатогенетическое лечение с использованием лекарственных препаратов, физиотерапевтических процедур лечебной физкультуры и психотерапии. Полное восстановление функций нервов и конечностей наступило у 80,5% женщин, частичное - у 17,5%.

Среди болезней нервной системы поражения периферической нервной системы (ПНС) составляют почти половину [3,4,7]. В неврологических стационарах число лиц с заболеваниями периферической нервной системы, по данным различных авторов, достигает 65-80% [7,10].

Особенности течения этой патологии при беременности, также как и сама беременность на этом фоне изучена недостаточно [4,9].

Значительную долю заболеваний ПНС составляют спондилогенные радикулопатии, которые обусловлены поражением межпозвонковых дисков и связочного аппарата.

Существует довольно большая группа заболеваний нервных стволов конечностей, не связанных ни с инфекционными, ни с токсическими или травматическими спондилогенными факторами: туннельные невропатии. В клинической практике туннельные невропатии могут быть обусловлены сужением естественных мышечно-фасциальных или костно-мышечных каналов, в которых проходят нервы или нервно-сосудистые пучки.

Задачей работы являлось изучение особенностей течения заболеваний периферической нервной системы при беременности.

### Материалы и методы

Обследовано 113 женщин в сроки от 8 до 38 недель беременности, которые находились в родовом отделении, где обследовались и лечились у акушера-гинеколога и невропатолога. Из них в возрасте до 20 лет было 8 женщин, 21-25 лет - 19, 26-30 лет -

35, старше 30 лет - 51. Первобеременных было 49; повторнобеременных - 64. В 1 триместре беременности 32 беременных - 28,3%, во 2 - 56 - 40,6% и в 3 - 25 - 28,1%.

Наряду с клиническим обследованием проведены следующие специальные исследования: электромиография (ЭМГ), электронейромиография (ЭНМГ), тепловизионные исследования лица, рук и ног. Глобальную ЭМГ проводили с помощью двухканального электромиографа «Медиков» (Венгрия). При глобальной электромиографии электроды накладывали на двигательные точки симметричных мышц. Результаты ЭМГ сравнивали с таковыми здоровой стороны. ЭНМГ выполняли по комплексной методике. Оценивали длительность латентного периода (ЛП) мышечный ответ (М-ответ), форму ответа, ЛП раннего рефлекторного ответа. Термографию осуществляли с помощью тепловизора «Рубин-2».

### Результаты исследования и их обсуждение

Из 113 беременных с заболеваниями периферической нервной системы радикулопатии были у 84 и у 29 моно- или множественные невропатии. Из 84 лиц с радикулопатиями у 36 было поражение ШГ и у 48 - ПК. Из них у 2/3 беременных ПК радикулопатии возникали на фоне остеохондроза, у остальных - на фоне травм позвоночника и в единичных случаях они были генуинного происхождения. Из экстрагениальной патологии в этой группе беременных преобладала гипертоническая болезнь (ГБ) 1-2-й

степени или вегетососудистая дистония по гипертоническому типу. Они имели место у трети обследованных и наблюдались в основном у женщин, поступивших под наблюдение в первом триместре беременности. У 15% беременных были заболевания почек (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь). Ожирение отмечалось в 8% случаев. Другие заболевания (хронический холецистит, болезни сердца, миокардиодистрофия и др.) встречались в единичных случаях.

Связь с действием профессионального фактора чаще всего обнаруживалась у больных с ШГ (55,5%). Это ткачихи, штукатуры, маляры. Второе место занимали больные с ПК (31,3%). Это были бухгалтеры, кассиры, диспетчеры, работа которых связана с длительным однообразным напряжением пояснично-крестцового отдела.

Пояснично-крестцовый радикулит встречается в 1,5 раза чаще, чем шейно-грудной. Некоторые клинические проявления спондилогенных поражений у женщин отмечались до беременности. Клинические исследования с поражением ПНС этой группы в различные сроки беременности показали, что нарастание неврологических признаков при ПК радикулопатиях и нервно-мышечных рефлекторных синдромах остеохондроза позвоночника было прямо пропорционально срокам беременности. Усиление болевого синдрома отмечалось при гиперлордозе позвоночника беременной, который нарастал с увеличением нервно-мышечного аппарата.

Физиологическое запрокидывание головы учащалось (статическая поза беременной) с увеличением срока беременности и приводило к тоническому напряжению шейных мышц, что подтверждалось клиническими и электрофизиологическими данными. Это, в свою очередь, вело к сдавлению передней лестничной мышцей нервно-сосудистого пучка.

Такой скаленус-синдром был выявлен у 6 из 36 беременных с ШГ во II триместре. Наряду с этим, из 48 больных с ПК радикулитом у 8 беременных диагностирован синдром грушевидной мышцы, из них у 2 были признаки двустороннего поражения. У этих женщин при бимануальном влагалищном исследовании определялось напряжение внутритазовой части грушевидной мышцы, без признаков воспаления. Появление синдрома грушевидной мышцы объяснялось тем, что с увеличением срока беременности идет перераспределение нагрузки на мышечные группы ног и особенно на ротаторы бедер, нагрузка на которые, в свою очередь, приводит к напряжению грушевидных мышц, сдавливающих седалищные нервы.

На фоне ПК радикулита беременность, как правило, протекала с угрозой прерывания в ранние сроки. У половины женщин имелась миома матки. При ШГ радикулопатиях угроза прерывания беременности появлялась позже - во II триместре, в 30% возникали отеки.

У 29 беременных были выявлены моно- и множественные невропатии туннельного характера: у 3 - невропатия лицевого нерва, у 12 - синдром запястного канала, у 4 - ульнарный синдром запястья, у 4 - парестетическая мералгия Рота, у 6 - синдром тарзального канала.

У 3 больных с невропатией лицевого нерва были обострения до беременности. В двух случаях обострение невропатии лицевого нерва наступило в I триместре, в одном случае во II триместре. У всех больных была патология беременности: ранний и поздний гестоз беременных.

Синдром запястного канала диагностирован у 12 беременных в месте расположения срединного нерва в его дистальной части. У 8 из 12 больных синдром запястного канала был двусторонним, чаще проявлялся в 24-28 недель беременности. Клиническая картина этого синдрома обусловле-

на анатомией канала, прежде всего его узостью. У женщин во время беременности эндокринные изменения и гестоз приводят к отеку и набуханию мягких тканей, в том числе и внутри запястного канала. Как правило, этот синдром обнаруживается с двух сторон чаще, чем с одной стороны.

Ульнарный синдром запястья или «синдром ложа Гийона» имеет те же особенности, что и синдром запястного канала. Он был у 4 лиц и проявился в 24-28 недель беременности на фоне позднего гестоза.

Парастетическая мералгия Рота, или туннельная невропатия наружного кожного нерва бедра, была у 4. Во всех случаях выявлялась у беременных в 21-24-ю неделю беременности на фоне позднего гестоза. Это заболевание чаще всего возникает в результате придавливания наружного кожного нерва в области туннеля в пупартовой связке на уровне верхней оси подвздошной кости. Рецидивам болезни Рота способствует ношение тугого бандажа или избыточное отложение жира.

У 6 беременных был выявлен синдром тарзального канала, из них у 3 имелось двустороннее поражение большеберцового нерва в тарзальном канале. Область компрессии нерва находилась ниже и позади внутренней лодыжки.

У половины беременных с мононевропатиями расстройства связаны с предшествующими профессиональными факторами в виде монотонной физической нагрузки дистальных отделов рук и ног, преморбидных особенностей нервно-мышечного аппарата (кассиры, бухгалтеры, диспетчеры).

Существенное значение в этиологии туннельных невропатий у беременных имеют эндокринные сдвиги, связанные с изменением взаимосвязи половых и гипофизарных гормонов, в частности соматотропного, который стимулирует набухание и гиперплазию соединительной ткани, в том числе и внутри туннеля, где расположены нервы и сосуды. Влияние эндо-

кринных синдромов не подлежит сомнению [3,7,10].

Данные глобальной ЭМГ при поражении срединного нерва руки при синдроме запястного канала показали следующее: амплитуда мышечных потенциалов поверхностного сгибания кисти на пораженной стороне  $415 \pm 10$  мкВ, на здоровой стороне -  $810 \pm 10$  мкВ. При усилении 1 мВ-50 мкВ, скорости движения пленки 4 см/с. При поражении локтевого нерва данные глобальной ЭМГ: амплитуда мышечных потенциалов локтевого сгибателя в пораженной части равна  $240 \pm 5$  мкВ, на здоровой стороне -  $520 \pm 5$  мкВ. При поражении малоберцового нерва глобальная ЭМГ: амплитуда мышечных потенциалов передней большеберцовой мышцы пораженной стороны -  $312 \pm 10$  мкВ, на здоровой стороне -  $650 \pm 10$  мкВ.

При электронейромиографии - скорость проведения импульса (СПИ) по срединному нерву проксимального отдела равна  $46,2 \pm 2,4$  м/с, дистального -  $36 \pm 2,2$  м/с, в сравнении со здоровой стороной -  $56,4 \pm 2,2$  м/с и  $54,6 \pm 3,4$  м/с. При поражении локтевого нерва: СПИ по локтевому нерву проксимального отдела поврежденной руки равна  $41 \pm 1,5$  м/с, дистального  $34 \pm 2,1$  м/с, здоровой стороны, соответственно  $52,2 \pm 1,2$  м/с и  $50,4 \pm 2,4$  м/с. При поражении малоберцового нерва: СПИ по малоберцовому нерву проксимального отдела здоровой ноги равна  $50,4 \pm 1,2$  м/с, дистального -  $48,8 \pm 2,1$  м/с; поврежденной стороны - соответственно  $27,4 \pm 1,5$  и  $31,6 \pm 10$  м/с.

Полученные результаты свидетельствовали о снижении проводимости нерва и денервации мышц при туннельных синдромах. Поражения этих нервов подтверждены тепловизионными исследованиями. При повреждении срединного нерва выявлено повышение свечения в области пораженной кисти, у некоторых визуализировали «тепловизионную ампутацию» кисти. При вовлечении в болезнь локтевого нерва в ложе

Гийона было снижение инфракрасного свечения по внутренней поверхности предплечья, области V пальца кисти. При поражении большеберцового нерва в проекции тарзального канала снижение инфракрасного излучения было в области заднезадней поверхности нижней трети голени стопы.

Сопоставление результатов первичной клинической диагностики с параметрами электрофизиологических методов исследования убеждает в необходимости диагностического этапа как для уточнения, так и для подтверждения диагноза туннельной невропатии и других невралгических поражений у женщин в период беременности. Лечение болезней периферической нервной системы у женщин в период беременности комплексное и этапное с одновременной профилактикой и лечением осложнений беременности. Оно сочетает медикаментозную терапию и психотерапию с учетом срока беременности и состояния плода.

Основываясь на данных диагностики, в планировании консервативного лечения ставились следующие задачи: предотвратить или устранить болевой синдром и отек нерва и периневральных тканей; стимулировать проводимость нерва и регенерацию нервных волокон; улучшить местное и общее крово- и лимфообращение; предотвратить или устранить трофические расстройства, тугоподвижность в суставах, контрактуры и другие изменения, препятствующие восстановлению движений.

Болевой фактор сам по себе является тормозом в регенерации нерва, поэтому купирование боли необходимо расценивать не только как симптоматическое лечение [7,10]. В зависимости от поражения и срока беременности важно выбрать направления, которые и определяют эффективность противоболевого лечения.

Первое - воздействие на местный аллопатический источник (различные виды блокад с применением

новикаина). Для восстановления нервно-мышечной проводимости использовались холинергические средства - метацин, прозерин. Для коррекции вазомоторно-биохимического компонента боли, в том числе при избыточном накоплении в тканях гистамина и гистаминоподобных веществ, назначались антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, пипольфен). Для улучшения кровообращения вводили эуфиллин, никотиновую кислоту.

Второе - воздействие на гипоталамо-лимбико-ретикулярный комплекс за счет приема препаратов транквилизаторного типа и нейролептиков фенотиазинового ряда (триоксазин, седуксен, соннапакс). Учитывая корковый уровень восприятия и анализа болевых ощущений применялись седативные, снотворные, антидепрессантные препараты и психотерапевтические методы воздействия [3,7,10].

В лечении туннельных невропатий применяли электрофорез с раствором никотиновой кислоты. В подострый период для уменьшения болевых ощущений и улучшения кровообращения в тканях использовали электрофорез-синусоидальные модулированные токи. Новокаиновые блокады делали в сочетании с вазоактивными средствами. Всем больным с заболеваниями ПНС назначали витамины группы В ( $B_1$ ,  $B_6$ ,  $B_{12}$ ) ежедневно в течение 10 дней.

С учетом особенностей течения заболевания периферической нервной системы у беременных во все периоды беременности при ЛФК отдавали предпочтение динамическим упражнениям, а не статическим напряжениям. Большое внимание уделяли развитию полного глубокого дыхания, умение расслаблять отдельные мышечные группы и достигать полного расслабления. Важен эмоциональный и психотерапевтический фон занятий.

В период I триместра, в связи с перестройкой организма после зачатия, требуется осторож-

ность не только в отношении лекарственной терапии, но также в дозировании нагрузки применяемых упражнений.

В конце II триместра, начиная с 24-25-й недели, с учетом максимальной нагрузки на сердечно-сосудистую систему и опорно-двигательный аппарат пояснично-крестцового отдела. В период максимальной нагрузки на сердце необходимо уменьшить общую физическую нагрузку за счет сокращения упражнений и введения большого количества дыхательных упражнений.

В 32-40 недель беременности особое значение придается развитию и закреплению у женщин навыков, имеющих значение в родовом акте. Роды велись с максимальным обезболиванием. У женщин, страдающих радикулопатиями на фоне остеохондроза, применяли нейролептаналгезию, а именно введение нейролептического препарата (дроперидола и анальгетика фентанила). Характерные особенности нейролептаналгезии: выраженное обезболивание, стабилизация гемодинамики, своеобразное состояние психического покоя, а также благоприятное течение родов через естественные родовые пути [1,2,5,6].

### **Заключение**

Таким образом, среди заболеваний периферической нервной системы у беременных преобладали радикулопатии, из них пояснично-крестцовые радикулиты у 2/3 возникали на фоне остеохондроза позвоночника, остальные - на фоне травм позвоночника, в единичных случаях они были генуинного генеза.

При обострении заболеваний пояснично-крестцовых радикулопатий в I триместре беременности наступал угрожающий аборт.

При шейно-грудных радикулитах угроза прерывания беременности была в поздние сроки и сопровождалась гестозом. В родах и после родов возможно обострение радикулопатий на фоне остео-

охондроза, что подтверждает необходимость проведения максимального обезболивания в родах [2,6].

Туннельные невропатии обострялись в разные сроки беременности и рецидивировали на фоне осложнений беременности и особенно гестозов.

Своевременная профилактика и плановое лечение остеохондроза необходимы для предотвращения обострения радикулитов у беременных. При туннельных невропатиях необходимо проводить своевременно профилактику позднего гестоза.

При заболеваниях периферической нервной системы полное восстановление функций нервов и конечностей отмечено у 80,5% больных, частичное с удовлетворительным восстановлением - у 17,5% и отсутствие признаков восстановления было у 2%.

Следовательно, успешность лечения радикулопатий и туннельных невропатий у женщин в период беременности во многом зависит от своевременной клинической и патогенетической диагностики, особенностей патогенеза синдрома в каждом наблюдении наряду с профилактикой и лечением осложнений беременности.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Абрамченко В.В. Перинатальная фармакология. СПб, 1994. -464 с.
2. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Кесарево сечение в перинатальной медицине. М.: Медицина, 1985, 208 с.
3. Герман Д.Г., Скоромец А.А., Ирецкая М.В. Туннельные невропатии. Кишинев, 1989. -238 с.
4. Гилязутдинова З.Ш. Беременность и роды при заболеваниях центральной и периферической нервной системы. Из-во Казанского университета, 1988. - 138 с.
5. Кирющенко А.П., Тараховский М.Л. Влияние лекарственных средств на плод. М.: Медицина, 1990. - 272 с.
6. Ланцев Е.А., Смирнов А.А. Анестезия и аналгезия при кесаревом сечении. М.: Медицина, 1991. -128 с.
7. Лобзин В.С., Раимджанов А.Р., Жулев Н.М. Туннельные компрессионно-ишемические невропатии. Т.: Медицина. 1988. - 232 с.
8. Машковский М.А. Лекарственные средства. М.: Медицина, 1993. - I - 736 с., II -668 с.
9. Усоскин И.И. Беременность и роды при органических заболеваниях центральной нервной системы. -М.: Медицина, 1974. - 224 с.
10. Эсбери А.К., Джиллиат Р.У. Заболевания периферической нервной системы. М.: Медицина, 1987. - 352 с.