

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ
І ПЛАН ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ
ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК
З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБАМИ**

***Методичні вказівки
для підготовки студентів VI курсу
до державної атестації***

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 12 від 21.12.2017.

**Харків
ХНМУ
2018**

Діагностичний алгоритм і план ведення вагітності та пологів у жінок з неврологічними хворобами : метод. вказ. для підгот. студентів VI курсу до державної атестації / упоряд. М. О. Щербина, О. О. Кузьміна, О. І. Скорбач. – Харків : ХНМУ, 2018. – 20 с.

Упорядники М. О. Щербина
 О. О. Кузьміна
 О. І. Скорбач

Матеріальне та методичне забезпечення теми

Засоби навчання: банк тестових завдань, устаткування та інструментарій пологового блоку, мультимедійний проектор, фантоми й муляжі для відпрацювання прийомів обстеження та допомоги вагітним.

Устаткування: методичні вказівки.

Обґрунтування теми. Актуальність цієї проблеми обумовлена не тільки медичними, але й соціальними аспектами, оскільки частота екстрагенітальної патології у вагітних сягає від 30 до 70 %. Вагітність сама по собі не спричиняє хвороб нервової системи, але може погіршити перебіг уже існуючих, ускладнити їх діагностику або знизити ефективність лікування та дуже часто призводить до розвитку акушерської патології.

Мета заняття:

Загальна – передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з неврологічними хворобами, можливі ускладнення, вплив їх на стан плода, а також, що надто важливо, на стан здоров'я та життя матері.

Конкретні цілі:

Студент повинен знати:

1. Організацію спеціалізованої допомоги вагітним з неврологічними хворобами: спеціалізовані диспансери (кабінети), підліткові кабінети, дільничні педіатри, терапевти територіальних поліклінік, жіночі консультації, відділення ЕГП вагітних.
2. Діагностичний алгоритм у жінок з неврологічними хворобами.
3. Перебіг та тактику ведення вагітності в жінок з неврологічними хворобами.
4. Тактику ведення пологів у жінок з неврологічними хворобами.

Студент повинен уміти:

1. Призначати та проводити комплексне обстеження вагітних з різними неврологічними захворюваннями.
2. Прогнозувати відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з неврологічними хворобами.
3. Виявляти протипоказання до виношування вагітності в жінок з неврологічними хворобами.

Практичні навички:

1. Проведення диференційної діагностики.
2. Оцінка результатів комплексного обстеження вагітних з різними неврологічними захворюваннями.
3. Розробка плану ведення пологів у жінок з неврологічними хворобами.
4. Ведення пологів у жінок з неврологічними хворобами.

Тести для контролю початкового рівня знань

1. Напад епілепсії у вагітних необхідно диференціювати із захворюваннями:
A. Неврастенічний синдром. D. Інфаркт міокарда.
B. Еклампсія. E. Менінгіт.
C. Гіперглікемічна кома.

2. Протипоказання до виношування вагітності при епілепсії:
- A. Анемія та епілепсія.*
 - B. Двійня та епілепсія.*
 - C. Часті напади, що не піддаються лікуванню.*
 - D. Загроза переривання вагітності.*
 - E. Рідкі напади судом.*
3. Протипоказання до виношування вагітності при епілепсії:
- A. Порушення сну.*
 - B. Поява набряків.*
 - C. Епілептична розумова відсталість.*
 - D. Зменшення нападу судом до 12 тиж.*
 - E. Поява набряків.*
4. Міастенія – це:
- A. Захворювання вегетативної нервової системи.*
 - B. Захворювання симпатичної нервової системи.*
 - C. Захворювання нервової та м'язової систем.*
 - D. Пухлина мозку.*
 - E. Захворювання хребта.*
5. Протипоказання до виношування вагітності при міастенії:
- A. Наростання симптомів міастенії.*
 - B. Довготривала ремісія.*
 - C. Короткотривала ремісія.*
 - D. За бажанням вагітної.*
 - E. Загроза переривання вагітності.*

Орієнтована карта роботи студентів:

- а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
- б) вибір найбільш інформованих інструментальних досліджень, що підтверджують діагноз;
- в) визначення прогнозу перебігу пологів.

Перераховане студент оформляє письмово з відображенням кожного пункту.

I. Епілепсія – це захворювання, що проявляється повторними відносно стереотипними нападами, які зумовлені патологічним електричним розрядом в головному мозку. Епілептичні напади можуть супроводжуватися будь-якими моторними, сенсорними або психічними проявами. Розповсюдженість епілепсії серед населення в цілому становить 1 %, серед вагітних – 0,3–0,6 %. Достовірних даних про вплив епілепсії на результат вагітності немає. Більше 90 % дітей від матерів, хворих на епілепсію, народжуються здоровими. Ризик вадів розвитку в плода становить 2–3 %, що приблизно у 2 рази вище середнього. Існує безліч класифікацій епілепсії. У клініці найбільш застосовна та, яка заснована на клінічній характеристиці нападів. Нижче представлені основні пункти класифікації, що розроблена Міжнародною лігою боротьби з епілепсією в 1987 р.

А. Парціальна (фокальна) епілепсія:

1. Прості напади (без порушення свідомості).
 - а) моторні;
 - б) сенсорні;
 - в) вегетативні.
2. Складні напади (з порушенням свідомості):
 - а) з автоматизмами.
 - б) з психічними проявами;

Б. Генералізована епілепсія

1. Абсанси.
2. Міоклонічна епілепсія.
3. Великі епілептичні напади (генералізовані судомні напади).
4. Атонічна епілепсія.

Епілептичні напади можуть спостерігатися при різних захворюваннях. Якщо епілептичний напад виник уперше в житті, хвору ретельно обстежують, щоб з'ясувати його причину. Диференційну діагностику проводять з такими станами: непритомністю, мігренню, доброякісним позиційним запамороченням, тимчасовою ішемією мозку, нарколепсією, істерією та інтоксикацією. Можлива симуляція. Визначити заздалегідь, як вплине вагітність на перебіг епілепсії, досить важко. За даними одного з досліджень, частота нападів під час вагітності при всіх формах епілепсії не змінюється в 50 %, збільшується в 37 % і зменшується в 13 % випадків, при ідіопатичній епілепсії ці показники становлять 50, 45 і 5 % відповідно. Фактори ризику епілептичних нападів під час вагітності – часті напади до вагітності (частіше 1 разу на місяць) і перименструальні епілептичні напади. Ризик нападів зростає при припиненні прийому протисудомних засобів (через побоювання тератогенної дії), зниження їх рівня в сироватці (унаслідок уповільненого всмоктування, підвищення швидкості клубочкової фільтрації та гормональних змін під час вагітності), а також на тлі неспокою та безсоння.

Епілептичний статус – це серія постійних або періодично судомних нападів, які перериваються та супроводжуються порушенням свідомості. У перервах між нападами свідомість повністю не відновлюється. Причиною епілептичного статусу можуть бути відмова вагітної від прийому протисудомних засобів або зниження з будь-яких причин їх рівня в сироватці. Найчастіше спостерігається судомний епілептичний статус.

Епілептичний статус являє собою смертельну небезпеку як для матері, так і для плода. Розвиваються гіпоксія та гіпертермія, які, у свою чергу, можуть призвести до ураження нирок і головного мозку. Летальність коливається від 3 до 20 %. Епілептичний статус вимагає продуманої невідкладної допомоги. Основні завдання: 1) підтримати АТ і надходження кисню; 2) виявити та усунути провокуючі фактори; 3) попередити ускладнення; 4) ввести протисудомні засоби тривалої дії.

Однак не слід прагнути до моментального припинення судом. Занадто швидке введення протисудомних засобів, особливо бензодіазепінів, може викликати пригнічення дихання.

Протипоказання до виношування вагітності:

- часті напади, що не піддаються лікуванню;
- епілептичний статус;
- епілептична розумова відсталість.

Вплив епілепсії на плід. Наявність епілепсії в матері або батька підвищує ризик вад розвитку в плода. При лікуванні протисудомними засобами ризик значно зростає. Найбільш вираженою тератогенною дією володіє триметадіон. Вагітним він протипоказаний. Вальпроєва кислота підвищує ризик аномалій розвитку ЦНС, особливо при прийомі у великих дозах і в поєднанні з іншими протисудомними засобами. Епілепсія піддається лікуванню тільки вальпроєвою кислотою (особливо при атонічних припадках), скасувати препарат під час вагітності неможливо. У цьому випадку показаний щоденний прийом полівітамінів. Для своєчасного виявлення вад розвитку у плода та вирішення питання про переривання вагітності якомога раніше проводять УЗД і дослідження навколоплідних вод. При виборі протисудомних засобів керуються типом і частотою припадків та ефективністю препаратів, що раніше використовувалися. Зміна препарату тільки для зниження ризику вад розвитку неприпустима, тому що безпечних для плода протисудомних засобів не існує.

Протисудомна терапія під час вагітності. У зв'язку зі складністю лікування епілепсії нижче представлені лише загальні його принципи.

- Усі протисудомні засоби мають тератогенну дію.
- Дозу препарату підбирають так, щоб концентрація його в сироватці була, з одного боку, якомога нижчою, а з іншого — достатньою для попередження епілептичних нападів.
- Під час вагітності за можливістю призначають тільки один препарат. У легких випадках, наприклад при простих парціальних нападах, можна обійтися без лікування.
- У період органогенезу (перші 6–8 тиж вагітності) відмінити лікування або замінювати підібраний раніше препарат на інший недоцільно і навіть небезпечно. Це пов'язано з тим, що ризик епілептичного статусу та його ускладнень, зумовлених скасуванням або зміною препарату, значно перевищує передбачувану користь.
- Рівень протисудомних засобів у сироватці протягом вагітності може змінюватися. У зв'язку із цим огляд вагітних, хворих на епілепсію, проводять не рідше 1 разу на місяць. Під час кожного огляду з'ясовують частоту нападів і перевіряють правильність прийому препаратів. Крім того, визначають наявність ністагму, атаксії, тремору та порушень ходи. Вагітну попе-

реджають про те, що сонливість, головний біль, двоїння в очах, тремор і порушення координації рухів можуть свідчити про передозування препарату.

- Оскільки під час вагітності концентрація препарату в сироватці знижується (через збільшення обсягу розподілу, підвищення швидкості клубочкової фільтрації та уповільнення всмоктування), часто потрібне збільшення дози. Вагітні жінці та її родичам пояснюють, що це не призведе до підвищення концентрації препарату в сироватці матері, а тим більше плода.

- Ускладнення вагітності, обумовлені епілепсією та прийомом протисудомних засобів, можуть включати маткову кровотечу, викидень, еклампсію, мертвонародження, затяжні пологи тощо. У новонародженого можуть спостерігатися загальмованість і пригнічення дихання (особливо, якщо мати приймала барбітурати або сульфат магнію). Усі протисудомні препарати викликають у новонародженого дефіцит вітамін-К-залежних факторів згортання, що проявляється кровотечами. Профілактика включає призначення фітоменадіону, 10 мг/доб внутрішньом'язово, починаючи з 36-го тижня вагітності, а також введення цього препарату новонародженому внутрішньовенно. Крім того, відразу після народження визначають показники згортання в пуповинній крові. При виявленні дефіциту вітамін-К-залежних факторів згортання внутрішньовенно вводять свіжозаморожену плазму.

При регулярному прийомі протисудомних засобів розвивається дефіцит фолієвої кислоти. Це підвищує ризик дефектів нервової трубки в плода. Таким чином, для профілактики вроджених аномалій розвитку ЦНС у дитини вагітним рекомендується призначати фолієву кислоту.

Прийом протисудомних засобів під час догляду за немовлям. Епілепсія та лікування протисудомними засобами не вважають протипоказаннями до природного вигодовування. Концентрація протисудомних засобів у грудному молоці пропорційна їх вмісту в сироватці. Однак слід пам'ятати, що жиророзчинні препарати – фенобарбітал, примідон і бензодіазепіни – накопичуються в молоці в значній кількості та можуть викликати інтоксикацію в дитини (вона погано смокче та повільно додає у вазі). Вплив протисудомних засобів на розумовий розвиток дітей не вивчено. Оскільки епілептичний напад може статися під час безпосереднього догляду за дитиною, матері слід заздалегідь подбати про те, щоб вона не отримала травм.

II. Головний біль – одна з найчастіших скарг при зверненні до лікаря. При появі головного болю під час вагітності в першу чергу виключають органічні ураження судин і речовини головного мозку. Надалі підбирають безпечне медикаментозне лікування.

Мігрень – часта причина головного болю у вагітних. Вона частіше зустрічається в жінок (60–75 % випадків), причому пік захворюваності збігається з дітородним віком. Вплив вагітності на перебіг мігрені неоднозначний. Слід пам'ятати, що під час вагітності можуть виникати або загострюватися деякі важкі захворювання ЦНС, які проявляються головним болем, який нерідко плутають з мігренню.

Інші причини головного болю у вагітних

1. Захворювання, що виникають під час вагітності:

- а) тромбоз синусів твердої мозкової оболонки;
- б) тромбоз церебральних артерій;
- в) важка преєклампсія.

2. Захворювання, що загострюються під час вагітності:

- а) ідіопатична внутрішньочерепна гіпертензія;
- б) субарахноїдальний крововилив унаслідок розриву артеріовенозної мальформації або аневризми;
- в) пухлини ЦНС (наприклад, менінгіома, нейрофіброма, аденома гіпофіза, метастази хоріокарциноми).

3. Захворювання, які пов'язані з вагітністю:

- а) інфекції ЦНС (у тому числі при СНІДі);
- б) наркоманія, особливо кокаїнізм, і вживання алкоголю;
- в) психогенний головний біль при депресії та тривожних розладах (це свого роду «крик відчаю» у жінок з неблагополучних та малозабезпечених сімей).

Діагностика. Якщо біль досить стереотипний і не змінюється протягом кількох років, він швидше за все не пов'язаний з органічним ураженням ЦНС. Якщо ж характер болю змінюється: він стає постійним або наростає, з'являється під час фізичного навантаження, при зміні положення тіла, дефекації, будить хвору вночі або супроводжується неврологічними порушеннями – показано невідкладне обстеження.

При неврологічному дослідженні патологію вдається виявити далеко не завжди, тому основа точного діагнозу та успішного лікування – ретельно зібраний анамнез. Важливо визначити характер болю (наприклад, пекучий, тупий, постійний, пульсуючий). Локалізація болю і його тяжкість мають менше значення для діагностики. Навіть якщо хвора скаржиться, що голова в неї «болить постійно», з'ясовують час появи та тривалість періодів посилення болю. Уточнюючи час появи болю, орієнтуються на такі події в житті хворої, як закінчення інституту, заміжжя, зміна місця роботи. Якщо хвора не може точно пригадати, коли з'явився біль, з'ясовують, чи потрібно для лікування перервати навчання або роботу. Розпитуючи жінку, спочатку дають їй самій висловити припущення про причини головного болю, а потім уточнюють конкретні чинники, які сприяють розвитку нападу (наприклад, мігрень можуть спровокувати вживання шоколаду, сиру або вина).

Загальні принципи лікування головного болю у вагітних

Лікування головного болю у вагітних – непросте завдання для лікаря, оскільки підібрати абсолютно безпечний лікарський засіб майже неможливо. При мігрені в більшості випадків лікування не призначають, запевняючи жінку, що захворювання не становить небезпеки для плода. Однак постійний сильний головний біль з нудотою та блюванням підвищує ризик перинатальних ускладнень унаслідок зневоднення та потребує лікування.

1. Виявляють і за можливістю усувають несприятливі фактори (зокрема, недосипання, уживання сиру, шоколаду та вина).

2. Лікування починають з використання немедикаментозних методів: релаксації, поведінкової психотерапії, гіпнозу.

3. Рекомендують дотримуватися режиму харчування та сну, уникати тривалих перерв між прийомами їжі.

4. Якщо необхідно медикаментозне лікування, спочатку призначають парацетамол. При сильному головному болю застосовують петидин. Цей препарат не чинить тератогенної дії. При парентеральному введенні петидину матері (для знеболювання пологів і при хірургічних втручаннях) у новонародженого часто виникає пригнічення дихання. При прийомі препарату всередину в звичайних дозах цього ускладнення не відзначалося.

5. Аспірин та інші НПЗЗ обмежені, особливо в терміні понад 32 тиж вагітності, оскільки вони підвищують ризик кровотечі в матері та плода та передчасного закриття артеріальної протоки.

6. При мігрені, що супроводжується нудотою та блюванням, призначають петидин у ректальних свічках. При дозі нижче 400 мг/доб фізична залежність не розвивається.

7. Алкалоїди ріжків протипоказані. Метилергометрин, пригнічуючи перистальтику маткових труб, перешкоджає настанню вагітності. Крім того, цей препарат може мати тератогенну дію. На відміну від препаратів для парентерального введення, ерготамін – препарат для прийому всередину – не підвищує скоротливу активність матки. Однак експериментально показано, що у великих дозах цей препарат також надає тератогенну дію.

8. Амітриптилін не володіє тератогенною дією.

9. При важкій мігрені з нудотою та блюванням й неефективністю петидину можна призначити бета-адреноблокатори, наприклад пропранолол. Побічна дія препарату можлива навіть при його призначенні в невеликих дозах. Пропранолол викликає підвищення активності матки, внутрішньоматричну затримку розвитку, гіпоглікемію, брадикардію та пригнічення дихання. Перед початком лікування необхідно попередити вагітну про можливі ускладнення та відзначити в історії хвороби її згоду на лікування.

Вплив головного болю на перебіг вагітності. Головний біль сам по собі за відсутності нудоти та блювання не чинить шкідливого впливу на плід. Блювання підвищує ризик зневоднення та його ускладнень.

III. Порушення мозкового кровообігу можуть розвиватися на тлі епілептичних припадків, інфекцій, пухлин ЦНС, судинних порушень, а також прийому лікарських засобів. Порушення кровопостачання головного мозку, при якому вогнищева неврологічна симптоматика зберігається більше 24 год, називають інсультом. Якщо симптоматика зберігається менше цього терміну, говорять про скороминущу ішемію мозку. Інсульти розподіляють на ішемічні (у результаті емболії або тромбозу судин) і геморагічні, представлені паренхіматозним або субарахноїдальним крововиливом.

Ішемічний інсульт у молодих невагітних виникає дуже рідко. Вагітність значно підвищує ризик захворювання: з кінця II триместру вагітності він зростає в 3–4 рази та залишається підвищеним протягом усього післяпологового періоду. Ішемічний інсульт частіше пов'язаний з артеріальною оклюзією, ніж з венозною.

Артеріальна оклюзія, як правило, виникає в басейні внутрішньої сонної артерії. Найчастіше уражається середня мозкова артерія. Ризик оклюзії артерій вертебробазиллярної системи підвищується при прийомі оральних контрацептивів. Виділяють три безпосередні причини ішемічного інсульту: тромбоз, емболію та ураження дрібних судин.

Тромбоз – найчастіша причина ішемічного інсульту. У багатьох хворих в анамнезі є минулі порушення мозкового кровообігу. Іноді симптоматика наростає поступово, чергуючись з періодами короточасного поліпшення. Ризик тромбозу підвищений при цукровому діабеті та артеріальній гіпертонії (унаслідок атеросклерозу артерій мозку). Тромбоз можливий і під час відсутності атеросклерозу. Це відбувається при серпоподібноклітинній анемії, тромбоцитній тромбоцитопенічній пурпурі, прееклампсії, сепсисі та менінгovasкулярному сифілісі.

Емболія. Неврологічні порушення виникають раптово та зазвичай найбільш виражені на початку хвороби. Потім стан поступово поліпшується. У більш рідкісних випадках, коли набряк навколо зони інфаркту головного мозку розвивається поступово, неврологічна симптоматика наростає протягом декількох годин або діб. Емболи зазвичай представляють собою тромби. Вони утворюються в серці при дилатації кардіоміопатії, миготливої аритмії та вадах серця. Інші причини тромбоемболії – хвороби судин: атеросклеротичне ураження сонної артерії та тромбоз вен малого таза. Емболія сторонніми предметами може розвинутиися при введенні в сонну артерію наркотиків, забруднених тальком, крейдою та іншими частинками.

Ураження дрібних церебральних судин може призвести до розвитку мікроінсультів. Одна з причин – васкуліти. Вони зустрічаються при сифілітичному та туберкульозному ураженні центральної нервової системи, а також колагенозах. Крім цього, ішемічні інсульти можуть розвиватися внаслідок спазму дрібних артерій при мігрені та вживанні амфетамінів, героїну або кокаїну.

Діагностика. Встановити причину інсульту допомагає ретельний аналіз анамнестичних даних. За клінічними проявами відрізнити ішемічний інсульт від геморагічного неможливо, тому якомога раніше призначають лабораторні та інструментальні дослідження.

Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові з підрахунком кількості тромбоцитів, вивчення морфології еритроцитів, ШОЕ, рівня електролітів сироватки, рівня ліпопротеїдів сироватки, ПЧ і АЧТЧ, антинуклеарних антитіл і антитіл до кардіоліпінового антигену.

Інструментальні дослідження: ЕКГ, КТ, церебральна ангіографія, ЕхоКГ, МРТ, люмбальна пункция.

Лікування:

1. Гіпотензивну терапію призначають у випадках, коли діастолічний АТ вище 120 мм рт. ст. або коли з'являються ознаки внутрішньоутробної гіпоксії. Гіпотензивні засоби вводять внутрішньовенно.

2. Намагаються уникати гіпергідратації. Це підсилює набряк мозку та сприяє розширенню зони інсульту.

3. Для попередження ТЕЛА використовують еластичні панчохи. Проводять профілактику пролежнів.

4. При епілептичних нападах призначають протисудомні засоби.

5. При захворюваннях, що піддаються хірургічному лікуванню (ураження сонної артерії, клапанні вади серця), показання до операції такі ж, як і під час відсутності вагітності. Якщо хірургічне лікування неможливо, проводять антикоагулянтну терапію. Вона також показана в післяопераційному періоді хворим з високим ризиком тромбозів. Варфарин не застосовують, оскільки він надає тератогенну дію та викликає внутрішньоутробну затримку розвитку. Препарат вибору – гепарин, його вводять підшкірно або внутрішньовенно.

При інсульті, який завершився (особливо якщо він стався в ранні терміни вагітності), і усуненні ризику повторного інсульту (наприклад, протезуванні ураженого клапана або судини) пологи можна вести через природні пологові шляхи. Якщо причина тромбозу або джерело емболії не усунуто, щоб попередити підвищення ВЧД, пологи ведуть під регіонарною анестезією з виключенням потуг шляхом накладення акушерських щипців. Якщо інсульт стався незадовго до пологів, показано кесарів розтин.

Венозна оклюзія найчастіше обумовлена тромбозом. До відкриття антибіотиків головною причиною тромбозу вен був септичний тромбофлебіт. У країнах, що розвиваються, це захворювання поширене і до цього дня. У I триместрі вагітності тромбоз вен головного мозку спостерігається нечасто та зазвичай пов'язаний з абортom або захворюваннями крові – серпоподібноклітинною анемією та еритремією. У 80 % випадків тромбоз вен головного мозку розвивається через 2–3 тиж після пологів. Вік жінки, а також кількість і перебіг пологів значення не мають. Першим проявом тромбозу вен головного мозку зазвичай виявляється головний біль, що поступово посилюється та не піддається лікуванню анальгетиками. Часто виникають епілептичні припадки, можливі тимчасові неврологічні порушення.

Діагностика. Як і при артеріальній оклюзії, поставити діагноз на підставі тільки клінічної картини неможливо. Головний біль з подальшими епілептичними нападами може спостерігатися при вадах розвитку, уживанні наркотиків, мігрені, еклампсії. Слід пам'ятати, що еклампсія може розвиватися й після пологів. Призначають ті ж лабораторні та інструментальні дослідження, що й при артеріальній оклюзії. Найбільш чутливий

метод діагностики тромбозу вен – МРТ. У післяпологовому періоді при проведенні диференційної діагностики з еклампсією особливу увагу звертають на наявність інших її симптомів і час, що минув після пологів. Якщо набряки, протеїнурія та артеріальна гіпертензія відсутні або з моменту пологів пройшло більше 2–3 тиж, то еклампсія малоімовірна.

Лікування. Згідно з деякими повідомленнями, летальність при тромбозі вен головного мозку сягає 30 %. Прогноз залежить від вираженості симптомів. Несприятливі прогностичні ознаки – оглушення, кома, швидке наростання неврологічної симптоматики та поява крові в субарахноїдальному просторі.

Безпечних методів лікування тромбозу вен головного мозку не існує. Антикоагулянтна терапія часто ускладнюється внутрішньочерепними крововиливами та матковими кровотечами. Якщо тромбоз стався на ранніх термінах вагітності, пологи ведуть через природні пологові шляхи під регіонарною анестезією з виключенням потуг. При тромбозі в пізні терміни вагітності показано кесарів розтин.

Геморагічний інсульт може розвинутиися при злитті множинних дрібних крововиливів (при цукровому діабеті, артеріальній гіпертензії, еклампсії), а також при геморагічному просочуванні некротизованої тканини головного мозку при ішемічному інсульті.

Субарахноїдальний крововилив обумовлений розривом аневризми або судинних мальформацій (артеріовенозної мальформації, кавернозній або венозній гемангіомі). Деякі автори вважають, що вагітність підвищує ризик розриву артеріовенозної мальформації, однак єдиної думки щодо цього питання не існує.

Клінічні прояви субарахноїдального крововиливу включають раптовий сильний головний біль, який не піддається лікуванню анальгетиками. Хвора зазвичай відзначає, що такого сильного головного болю в неї ніколи до цього не було. Характерні нудота, блювання, ригідність потиличних м'язів, епілептичні припадки. Вогнищевих неврологічних симптомів може не бути. Оглушення та кома – несприятливі прогностичні ознаки, які вимагають негайної консультації нейрохірурга. Вогнищева неврологічна симптоматика частіше спостерігається при розриві артеріовенозної мальформації, ніж аневризми. У III триместрі вагітності субарахноїдальний крововилив частіше обумовлено розривом аневризми. Внутрішньомозкові крововиливи у вагітних спостерігаються рідко. Ризик субарахноїдального крововиливу особливо високий у перші кілька днів після пологів, на тлі значних фізіологічних коливань ОЦК. Після кесаревого розтину ризик субарахноїдального крововиливу вище.

Діагностика.

1. Обстеження починають з КТ і люмбальної пункції. Якщо пункція проведена невдовзі після появи скарг і кров у спинномозковій рідині відсутня, її повторюють через 12–24 год. При появі або поновленні вогнищевих неврологічних симптомів повторюють КТ і люмбальну пункцію.

2. Церебральна ангіографія дозволяє визначити кількість аневризми і артеріовенозних мальформацій, а також їх локалізацію. Через спазми артерій проксимальніше місця крововиливу встановити його джерело вдається не завжди. Кавернозні гемангіоми, як правило, не видно при ангіографії. Для їх виявлення використовують МРТ.

Лікування.

Гіпотензивна терапія. При геморагічному інсульті намагаються якомога швидше знизити артеріальний тиск до нормальних цифр. При цьому не можна допускати артеріальної гіпотонії, оскільки можливі важкі ускладнення та навіть загибель плода. У зв'язку із цим використовують гіпотензивні препарати короткої дії та парентеральний шлях введення.

Протинабрякова терапія. Осмотичні засоби, перш за все манітол, призначають тільки при високому ризику вклинення стовбура мозку. Лікування продовжують протягом усього періоду підготовки до операції. Кортикостероїди при геморагічному інсульті неефективні.

У зв'язку з тим, що кровотеча з артеріовенозної мальформації або аневризми посилюється при епілептичних випадках, протисудомну терапію починають якомога раніше. Призначають фенobarбітал або фенітоїн внутрішньовенно. Під час лікування стежать за АТ, не допускаючи артеріальної гіпотонії.

Лікування аневризми – хірургічне. Воно значно зменшує ризик повторного крововиливу та знижує летальність. Під час операції ретельно стежать за АТ. Хороші результати дає гіпотермія під час операції. Показано, що цей метод не чинить несприятливого впливу на плід. Для зменшення спазму церебральних артерій у післяопераційному періоді невагітним призначають німодипін, хоча даних про його застосування у вагітних поки що немає.

Тактика ведення пологів. Після хірургічного лікування аневризми пологи можна вести через природні пологові шляхи. Якщо аневризма або артеріовенозна мальформація не усунуті, повторні крововиливи частіше трапляються в післяпологовому періоді. Основна причина – різкі коливання ОЦК. Оскільки кесарів розтин не знижує ризик повторних крововиливів, рекомендується вести пологи через природні пологові шляхи з використанням регіонарної анестезії та виключення потуг шляхом накладення акушерських щипців. Судинні аномалії не вважають показанням до стерилізації.

IV. Нейропатії

Ідіопатична нейропатія лицевого нерва (параліч Белла) – часте ускладнення вагітності. У невагітних захворюваність становить 17 на 100 000 жінок на рік. Під час вагітності вона підвищується до 57 на 100 000 жінок на рік. У 76 % випадків захворювання виникає під час відсутності певних чинників у III триместрі вагітності або після пологів. Несподівано розвивається ізольована одностороння слабкість м'язів, яка поширюється зверху вниз. Іноді вона супроводжується болем, гіперакузією та агевзією. Багато хворих згадують, що незадовго до виникнення слабкості м'язів відчували біль за вухом.

При частковому паралічі прогноз сприятливий – у більшості випадків відбувається повне або майже повне відновлення. При повному паралічі, гіперакузії та агевзії повне відновлення спостерігається тільки в половині випадків. Лікування преднізоном, 40–50 мг/доб всередину, підвищує ймовірність успішного результату до 80 %. Несприятливого впливу на матір та плід не відзначено. Лікування кортикостероїдами протипоказано при цукровому діабеті в матері.

Тунельні нейропатії

Синдром зап'ястного каналу – найчастіша тунельна нейропатія. Захворювання обумовлене стисненням серединного нерва між утримувачем згиначів і сухожиллями згиначів пальців. Типові симптоми синдрому зап'ястного каналу – біль і парестезія в кисті, які іноді будять хвору вночі (на біль у кисті скаржаться до 20 % вагітних, однак у більшості випадків цей біль минущий і не пов'язаний із синдромом зап'ястного каналу). Високе положення та енергійне струшування кисті спочатку приносять полегшення. Поступово біль стає постійним. Лікування консервативне й включає бинтування зап'ястя на ніч. Може знадобитися зміна занять, які супроводжуються активними рухами в променезап'ястковому суглобі (наприклад, робота на клавіатурі). При неефективності цих заходів вводять кортикостероїди в наручний канал, це усуває набряк і біль. Після пологів захворювання зазвичай закінчується самостійно. Хірургічне втручання в більшості випадків не потрібне.

Невралгія латерального шкірного нерва стегна виникає при його здавлюванні в ділянці проходження під паховою зв'язкою. Характерні парестезія, печіння, оніміння та зниження чутливості по зовнішній поверхні стегна, які посилюються в положенні стоячи та зменшуються при згинанні стегна. Захворювання зазвичай виникає в III триместрі вагітності й повністю зникає протягом декількох тижнів після пологів.

Невралгія стегового нерва. Операції на органах малого таза (зокрема, кесарів розтин і видалення матки) часто супроводжуються здавлюванням стегового нерва ранорозширювачем. Захворювання проявляється парезом чотириголового м'яза стегна та клубово-поперекового м'яза. Колінний рефлекс знижений або відсутній. Можливі зниження чутливості по передній поверхні стегна, аж до її втрати, а також парестезія. Прогноз у більшості випадків сприятливий, проте для повного відновлення може знадобитися від кількох тижнів до кількох місяців.

Невралгія замикального нерва. Замикальний нерв йде попереду від крижово-клубового суглоба та виходить на стегно через замикальний канал. Під час затяжних пологів або пологів великим плодом, а також при гематомі або об'ємному утворенні в малому тазі може статися здавлювання замикального нерва. Захворювання проявляється болем і парезом м'язів стегна, рефлeksi не змінені. Можлива втрата чутливості по внутрішній поверхні верхньої третини стегна. Прогноз в більшості випадків сприятливий.

Синдром Гієна–Барре (гостра ідіопатична демієлінізуюча полірадикулонейропатія) у вагітних зустрічається нечасто. При виражених неврологічних порушеннях показаний плазмаферез. Під час процедури необхідно стежити за ОЦК, оскільки для синдрому Гієна–Барре характерні вегетативні розлади.

Радикуліт і плексит

Попереково-крижовий радикуліт. Фізіологічний поперековий лордоз у вагітних з остеохондрозом може привести до грижі міжхребцевого диска та здавлювання спинномозкового корінця. Це супроводжується гострим болем, що іррадіює в сідницю і по задній або задньозовнішній поверхні стегна та гомілки на боці ураження (по ходу сідничного нерва). Біль можна спровокувати прийомом Ласега, піднімаючи випрямлену ногу в лежачій на спині хворій, а також при напруженні. У більшості випадків ефективне консервативне лікування: суворий постільний режим та анальгетики. При наростанні неврологічної симптоматики може знадобитися хірургічне втручання.

Попереково-крижовий плексит може розвинутися внаслідок стискання попереково-крижового сплетення головою плода або акушерськими щипцями. Фактори ризику – затяжні пологи, великий плід, низький зріст породіллі та накладення порожнинних акушерських щипців. Діагноз зазвичай не викликає труднощів. Симптоми з'являються після пологів і включають односторонній парез згиначів і розгиначів стопи, а також її підвивих. Можливі порушення чутливості: парестезія тилу стопи та зовнішньої поверхні гомілки.

V. Захворювання м'язів

Міастенія – захворювання м'язової та нервової систем. В основі захворювання лежить утворення вилочковою залозою великої кількості речовин з холінестеразною дією, що призводить до швидкого розпаду ацетилхоліну, який є медіатором периферичних нервово-м'язових синапсів.

Клініка: птоз, диплопія, слабкість жувальних м'язів та глотки й гортані, порушення ковтання їжі, слабкість поперечносмугастих м'язів кінцівок та шиї, різко виражена слабкість, розлади дихання.

Протипоказання до виношування вагітності:

- міастенія, що виникла під час вагітності;
- наростання симптомів міастенії.

Лікування. Проводиться антихолінестеразними засобами: вітаміни групи В, прозерин, калімін, оксазил, препарати калію.

Протипоказані: аміназин, дипразин, дроперидол, сульфат магнію, наркотичні анальгетики, хінін, міорелаксанти.

Розродження: через природні шляхи, у важких випадках – кесарів розтин. Можливі ремісії як під час вагітності, так і після пологів.

У 10–20 % новонароджених спостерігається міастенія, яка проходить через 2–3 тиж.

VI. Рухові розлади. До відкриття антибіотиків у вагітних досить часто зустрічалася хорея Сиденгама (ревматичне ураження базальних ядер головного мозку). Це було пов'язано із широким розповсюдженням ревматизму. Захворювання супроводжується безладними посмикуваннями м'язів кінцівок, тулуба та обличчя. У цей час воно зустрічається лише в 1 з 140 000 вагітних. При виявленні у вагітної хорейформних гіперкінезів виключають хворобу Вільсона.

У цей час у вагітних нерідко зустрічаються гіперкінези, обумовлені прийомом препаратів фенотіазинового ряду, зазвичай прохлорперазину. Для зняття гіперкінезів застосовують дифенгідрамін внутрішньом'язово або внутрішньовенно. На тлі тривалого прийому препаратів фенотіазинового ряду можуть розвиватися пізні нейрорептичні гіперкінези. Такі випадки – показання для спільного спостереження вагітної акушером і невропатологом.

VII. Пухлини ЦНС. Вагітність не викликає пухлин ЦНС, проте сприяє зростанню менінгіоми, шваноми присінково-завиткового нерва, аденоми гіпофіза та гемангіобластоми мозочка. Мабуть, це пояснюється впливом статевих гормонів і збільшенням ОЦК, хоча доказів цього поки немає. Пухлини ЦНС проявляються неврологічними порушеннями відповідно до локалізації. Так, параселярні менінгіоми та аденоми гіпофіза виявляються випаданням полів зору, шванома присінково-завиткового нерва – глухотою, а гемангіобластома мозочка – різноманітними ознаками ураження стовбура головного мозку. Зазначені симптоми частіше з'являються у III триместрі вагітності, проходять після пологів, а при наступній вагітності можуть виникати знову.

Хоріокарцинома – злоякісна пухлина з клітин трофобласта. Особливо часто зустрічається в країнах Африки та Азії. Метастази хоріокарциноми в головний мозок проявляються головним болем, порушенням свідомості, ригідністю потиличних м'язів, осередковою неврологічною симптоматикою та епілептичними нападами. Хоріокарцинома може виникати після нормальних пологів, абортів, а також після міхурового заносу. При підозрі на хоріокарциному завжди проводять рентгенографію грудної клітки. При КТ головного мозку можна виявити вогнищеві крововиливи. При одиночному метастазі можливе хірургічне втручання (залежно від локалізації) і променева терапія. Ефективна хіміотерапія. При сучасних методах лікування п'ятирічне виживання хворих досить високе.

Будь-яка пухлина ЦНС може проявлятися як ішемічний або геморагічний інсульт і внутрішньочерепне об'ємне утворення. Однак слід нагадати про важливість настороженості кожного лікаря щодо пухлин. Лікування пухлин ЦНС таке ж, як у невагітних. При менінгіомі та аденомі гіпофіза лікування можна відкласти до післяпологового періоду, коли значно зменшується васкуляризація пухлини. У цьому випадку за вагітними ретельно спостерігають і регулярно оцінюють неврологічний статус.

Ідіопатична (доброякісна) внутрішньочерепна гіпертензія характеризується підвищенням ВЧТ за відсутності ознак об'ємного утворення головного мозку або гідроцефалії. Етіологія невідома. Типові симптоми – головний біль, зниження гостроти зору, диплопія.

Фізикальне дослідження. Зазвичай виявляють набряк дисків зорових нервів, випадання полів зору, а також симптоми ураження відвідного нерва. За допомогою КТ і МРТ об'ємне утворення не визначається. При люмбальній пункції спинномозкова рідина витікає під підвищеним тиском.

Обов'язково визначають тиск спинномозкової рідини. При нормальній вагітності він підвищується до 25 см вод. ст. внаслідок підвищення внутрішньочерепного та внутрішньогрудинного тиску.

Лікування. У більшості захворювання розвивається у II триместрі вагітності. Як правило, протягом декількох тижнів або після пологів настає мимовільне одужання. Якщо внутрішньочерепна гіпертензія наростає, показано лікування. Воно включає повторну люмбальну пункцію, призначення діуретиків і кортикостероїдів. Найчастіше ускладнення лікування діуретиками – маловоддя. При тривалій або наростаючій внутрішньочерепній гіпертензії з випаданням полів зору необхідна декомпресія зорового нерва.

Внутрішньочерепна гіпертензія в матері не чинить несприятливого впливу на плід.

VIII. Вагітність та розсіяний склероз

Загострення процесу спостерігається в 0,16 % в I триместрі, а після пологів в 60 %, що пов'язано з гормональною перебудовою. Можливість виношування вагітності вирішується сумісно з невропатологом.

Найбільш часто ускладнення спостерігаються при церебральних та цереброспінальних формах захворювання:

- ПРПО;
- аномалії пологової діяльності (слабкість);
- дистрес плода;
- гіпотонічна кровотеча.

При спінальній формі розсіяного склероза інфекційно-алергічного генезу – перебіг сприятливий.

Протягом вагітності проводиться не менше двох курсів протирецидивної терапії, а також після пологів.

Пологи ведуть консервативно, при ПРПО – стимуляцію пологової діяльності проводити, не очікуючи самостійного виникнення перейм. Проводити профілактику хоріонамніоніту. Після пологів внутрішньовенно вводиться пропер-міл (згідно з інструкцією) протягом 30–40 днів. У тяжких випадках – гормонотерапія.

Завдання для самостійної роботи

Перелік питань, що підлягають вивченню:

1. Організація допомоги вагітним з неврологічними захворюваннями.
2. Які захворювання нервової системи найчастіше зустрічаються у вагітних?
3. Що потрібно враховувати, вирішуючи питання про допустимість вагітності у хворих з епілепсією?
4. Назвіть протипоказання до виношування вагітності в жінок з епілепсією.
5. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з епілепсією.
6. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з головним болем (мігрень). Діагностика. Лікування.
7. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з порушенням мозкового кровообігу. Ішемічний та геморагічний інсульт. Діагностика. Лікування.
8. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з нейропатіями.
9. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок із захворюваннями м'язів (міастенія).
10. Назвіть протипоказання до виношування вагітності в жінок з міастенією.
11. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з руховими розладами.
12. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з пухлинами ЦНС.
13. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з розсіяним склерозом.
14. Як впливають неврологічні захворювання на стан плода й новонародженого?
15. Які ускладнення імовірні в пологах і в післяпологовому періоді в жінок з неврологічними захворюваннями?

Завдання та уміння, які необхідно виконати

1. Провести комплексне дослідження вагітних з неврологічними захворюваннями.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності в жінок з неврологічною патологією.
3. Провести аналіз історії пологів у жінок з неврологічними захворюваннями.
4. Розробити план ведення вагітних з неврологічними захворюваннями.
5. Розробити план ведення пологів у жінок з неврологічними захворюваннями.

Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань

1. Вагітна з терміном гестації 7 тиж надійшла до пологового будинку зі скаргами на часті напади епілепсії, що не піддаються лікуванню. Яка акушерська тактика?

2. Вагітна 27 років з терміном вагітності 20 тиж на 2-й день хвороби скаржиться на нестерпний головний біль, багаторазове блювання. Об'єктивно: стан важкий. У свідомості, адинамічна. У ліжку набула вимушеного положення із закинutoю головою. Шкіра без висипу. Виражені ригідність м'язів потилиці, симптоми Керніга, Брудзинського. Температура – 39,5 °С, Ps – 120/хв, АТ – 130/80 мм рт. ст. Чим зумовлений провідний синдром захворювання?

3. Жінка 22 років звернулася до жіночої консультації з приводу вагітності 11–12 тиж. Під час обстеження виявлена епілептична розумова відсталість. Яка тактика ведення цієї вагітності?

Тести для контролю заключного рівня знань

1. Протипоказання до виношування вагітності при міастенії:

- A. Міастенія, що виникла під час вагітності.*
- B. Довготривала ремісія.*
- C. Короткотривала ремісія.*
- D. За бажанням вагітної.*
- E. Загроза переривання вагітності.*

2. Протипоказанням до виношування вагітності при епілепсії:

- A. Порушення сну.*
- B. Поява набряків.*
- C. Епілептичний статус.*
- D. Зменшення нападу судом до 12 тиж.*
- E. Поява набряків.*

3. Лікування міастенії проводиться:

- A. Антибіотиками.*
- B. Сульфаніламідами.*
- C. Прозерин, калімін, оксазил, препарати калію. Вітаміни групи B.*
- D. Протимікробні.*
- E. Спазмолітики.*

4. При міастенії протипоказані:

- A. Антибіотики.*
- B. Антихоліноестеразні засоби.*
- C. Нейролептики, наркотичні анальгетики, магнію сульфат.*
- D. Глюкокортикоїди.*
- E. Протимікробні.*

Відповіді:

	1	2	3	4	5
Тест 1	В	С	С	С	А
Тест 2	А	С	С	С	-

Відповіді на завдання:

1. Переривання вагітності.
2. Лікворна гіпертензія.
3. Штучне переривання вагітності.

ЛІТЕРАТУРА**Основна:**

Акушерство и гинекология : в 2 кн. – Кн. 1: Акушерство : учебник / под. ред. В. И. Грищенко, Н. А. Щербины. – Киев : ВСИ "Медицина", 2012. – 416 с.

Допоміжна:

Акушерство : справочник Калифорнийского университета / под ред. К. Нисвандера и А. Эванса : пер. с англ. – Москва : Практика, 1999. – 704 с.

Навчальне видання

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ І ПЛАН ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ НЕВРОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБАМИ

***Методичні вказівки
для підготовки студентів VI курсу
до державної атестації***

Упорядники Щербина Микола Олександрович
Кузьміна Ольга Олександрівна
Скорбач Олена Іванівна

Відповідальний за випуск

О. О. Кузьміна



Редактор М. В. Тарасенко
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,3 Зам. № 18-33574.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготовників та розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 от 18.07.2008 р.

**ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ
І ПЛАН ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ
ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК
ІЗ НЕВРОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБАМИ**

***Методичні вказівки
для підготовки студентів VI курсу
до державної атестації***