

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:
ДМН, Профессор Цхай Виталий Борисович

4 / корректура
В.Ф. Войно-Ясенецкого

РЕФЕРАТ

«Заболевания ЦНС и беременность»

Выполнила:
Клинический ординатор
кафедры перинатологии, акушерства
и гинекологии лечебного факультета
Захарова Юлия Николаевна

Проверил:
Ассистент кафедры
Коновалов Вячеслав Николаевич

Красноярск, 2022

Оглавление

Введение	3
Эпилепсия	3
Рассеянный склероз	6
Опухоли головного мозга.....	7
Острое нарушение мозгового кровообращения.....	8
Головная боль.....	10
Литература.....	11

Введение

Изменения, происходящие в норме во время беременности со стороны центральной и периферической нервной системы матери направлены на обеспечение нормального течения беременности и правильного развития ребенка. Однако в ряде случаев у беременных отмечаются определенные патологические отклонения в деятельности нервной системы. В подавляющем большинстве случаев во время беременности отмечается та патология нервной системы, которая уже имела место ранее, до наступления настоящей беременности. Эта патология нередко приобретает более выраженный характер, что негативно отражается и на характере течения беременности.

Эпилепсия

Эпилепсия представляет собой хроническое заболевание, характеризующееся припадками. При этом различают как первичную, так вторичную или симптоматическую, которая возникает на фоне различных метаболических нарушений при сосудистой патологии, при отеке головного мозга, при его опухоли, а также после травмы, при гипоксии или интоксикации. Это одно из самых частых неврологических заболеваний, частота ее у женщин детородного возраста составляет примерно 1 случай на 200 женщин. Существует несколько видов судорожных припадков. Припадки бывают генерализованными и локальными. Генерализованные подразделяются на клонико-тонические (grand mal, большой припадок) и абсансы (petit mal или малый припадок). Парциальные судороги могут иметь моторный, сенсорный, вегетативный или психический компоненты. Комплексные судороги, которые включают височно-теменную эпилепсию, могут сопровождаться нарушениями сознания. Прогноз зависит от вида судорог. Ремиссии бывают у 70% пациентов с генерализованными судорогами и у 90% больных с простыми парциальными судорогами.

Акушерские аспекты

Частота судорог может увеличиваться во время беременности примерно у половины женщин. Причиной этого являются несколько механизмов. Концентрация в плазме противосудорожных препаратов во время беременности снижается, так как увеличивается объем их распределения, ухудшается связывание с белками, так как снижается концентрация альбуминов и увеличивается клиренс препарата. Хотя прогестерон обладает мягким противосудорожным действием, эстрогены снижают судорожный порог. У больных эпилепсией примерно в два раза выше риск преэклампсии, преждевременных родов, и таких осложнений со стороны плаценты, как ее предлежание и преждевременная отслойка

нормально расположенной плаценты. У детей этих больных примерно в два раза выше риск метророждения, перинатальной смертности, низкого веса при рождении и аномалий развития. Кроме негативных вышеперечисленных влияний на плод и течение родов, антиконвульсанты могут оказывать прямое действие на будущего ребенка, вызывая нарушение развития и когнитивный дефицит. Таким беременным в два раза чаще проводят стимуляцию родов и кесарево сечение. Наиболее исследованными являются врожденные аномалии у детей, родившихся у матерей с эпилепсией. В общем, риск врожденной аномалии у больной эпилепсией, принимающей один противосудорожный препарат, составляет 4-6%, что примерно в два раза выше, чем в общей популяции. Чаще всего встречается расщепление верхней губы и неба, пороки сердца, дефекты развития нервной трубки и мочеполовой системы. Нельзя сказать, что прием противосудорожных препаратов абсолютно безопасен, но судороги у матери всегда приводят к гипоксии плода, и опасны как для матери, так и для ребенка.

Эпилептические припадки следует отличать от таковых при других заболеваниях (энцефалит, сотрясение мозга, опухоли мозга и др.), а также от припадков эклампсии. Эпилепсия может быть не только до начала беременности, но и впервые проявиться во время данной беременности. При данной патологии риск внутриутробной гибели плода или гибели новорожденного выше, чем у здоровых пациенток, что в первую очередь связано с тератогенным воздействием противосудорожных препаратов, применяемых при эпилепсии. В связи с этим, при наличии возможности целесообразно снизить дозу принимаемых противосудорожных препаратов, особенно в I триместре.

Для уменьшения риска развития врожденных аномалий при использовании противосудорожных лекарственных средств назначают фолиевую кислоту. Однако, если снижение дозы повлечет за собой ухудшение течения заболевания, то дозу противосудорожного препарата следует увеличить до оптимальной с целью предотвращения большого эпилептического припадка, угрожающего жизни беременной и плода. Кроме того, течение беременности при эпилепсии часто осложняется фетоплацентарной недостаточностью.

Основными задачами ведения беременных с эпилепсией являются:

- тщательное обследование состояния фетоплацентарной системы и плода;
- своевременный динамический контроль за развитием плода;
- выявление и устранение факторов, провоцирующих возникновение эпилептических припадков;

- обеспечение адекватной гемодинамики и оксигенации;
- профилактика возможных осложнений при беременности;
- применение противосудорожных препаратов пролонгированного действия.

Интенсивность наблюдения за беременными, страдающими эпилепсией, зависит от тяжести заболевания. При компенсированном состоянии и ремиссии эпилепсии беременная женщина осматривается невропатологом с выполнением электроэнцефалограммы (ЭЭГ) 1 раз в 2 месяца. При сохраняющихся припадках невропатолог осматривает пациентку 1 раз в месяц с выполнением ЭЭГ. Осмотр акушером проводится 1 раз в 2 недели.

Способ родоразрешения.

Показаниями к досрочному родоразрешению путем кесарева сечения являются:

- склонность к серийному течению припадков в последние недели беременности
- эпилептический статус

При отсутствии этих осложнений беременные с эпилепсией могут быть родоразрешены через естественные родовые пути. Роды у этих пациенток в ряде случаев наступают преждевременно. В целом, ведение родов и их обезболивание не отличаются от таковых у здоровых женщин. Специфических противопоказаний к проведению эпидуральной анестезии при эпилепсии нет. Концентрация в сыворотке крови противосудорожных препаратов во время родов должна обязательно контролироваться, с тем, чтобы поддерживать ее терапевтические уровни. Следует помнить о возможности негативного влияния самого карбамазепина, высокий уровень которого в плазме крови вызывает изменения работы сердца, что делает пациенток более чувствительными к припадку и даже может спровоцировать внезапную смерть. У этих больных нет противопоказаний для проведения регионарной анестезии, причем считается, что эпидуральная анестезия обладает определенным противосудорожным действием. Применения препаратов, снижающих судорожный порог, следует избегать. Это кетамин и промедол. Недавно такое же свойство было обнаружено у севофлурана и пропофола.

Ведение послеродового периода.

В связи с риском обострения эпилепсии в послеродовом периоде необходим регулярный прием антиэпилептических средств и соблюдение рационального режима. Важно избегать передозировки антиэпилептических препаратов, которая возможна вследствие снижения общей массы родильницы и кровопотери в родах.

Необходимо учитывать, что применение ряда противосудорожных препаратов приводит к дефициту витамина К и связанных с ним факторов свертывания крови у плода, это может привести к возникновению кровотечения в первые сутки после рождения.

При грудном вскармливании, которое не противопоказано при эпилепсии, необходимо наблюдение за развитием возможных побочных реакций у детей. Кормление грудью целесообразно осуществлять под контролем персонала или родственников родильницы, чтобы не допустить травмы у ребенка в случае неожиданного приступа эпилепсии у матери.

Рассеянный склероз

Патогенез

Рассеянный склероз - это хроническое демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, которое характеризуется чередованием рецидивов и ремиссий. Это заболевание чаще всего встречается у молодых женщин детородного возраста.

Этиология до конца неизвестна, считается, что у людей с определенным комплексом гистосовместимости инфекционный агент способен выступить в роли триггера аутоиммунного процесса и воспалительной демиелинизации. Высказывается аргументированное предположение, что как при острой демиелинизирующей полинейропатии, так и при рассеянном склерозе – отмечаются проявления аксонально-демиелинизирующей полинейропатии с преобладанием демиелинизирующего процесса с его диссеминацией и генерализацией.

Степень нарушения функции и прогноз значительно варьируют. Ремиссии и обострения чередуются друг с другом, и в небольшом количестве случаев, заболевание быстро прогрессирует. Симптоматика может быть очень разной, определяются поражения любого отдела нервной системы, чаще всего это выраженные двигательные расстройства, ухудшение зрения, нарушение функции кишечника и мочевого пузыря и эмоциональная лабильность. Лечение направлено на подавление иммунологической реакции. Применяются глюкокортикоиды в высоких дозах для пульс-терапии.

Акушерские аспекты

В первые три месяца после родов у 20-40% пациенток возникают обострения. Стресс, инфекция и лихорадка провоцируют обострение заболевания, и эти факторы, включая исчезновение иммуносупрессии, характерной для беременности, являются причиной такой высокой частоты рецидивов в первые три месяца после родов. Проведенные исследования позволили сделать вывод, что внутривенное введение иммуноглобулинов после родов может

предотвратить эти обострения. Однако долговременные ретроспективные исследования не смогли подтвердить риск ухудшения состояния и даже инвалидности у тех больных, которые перенесли послеродовой рецидив заболевания.

Относительно выбора метода обезболивания у больных рассеянным склерозом до сих пор не выработано единой тактики. Регионарная анестезия может оказать нейротоксическое действие на демиелинизированные участки и спровоцировать обострение. Сама по себе диагностическая люмбальная пункция никак не влияет на течение заболевания. Имеются данные об успешном использовании спинномозговой и эпидуральной анестезии у пациентов с рассеянным склерозом.

Опухоли головного мозга

Патофизиология

Хотя во время беременности число случаев опухолей головного мозга не растет, беременность оказывает выраженное влияние как на рост опухоли, так и на ее клинические проявления. У беременных встречаются те же виды опухолей, что и у небеременных того же возраста. Чаще бывают низко- и высоко дифференцированные глиомы и менингиомы (две трети случаев). Оставшаяся треть случаев - это невринома слухового нерва, астроцитомы мозжечка, опухоли гипофиза и метастатическое поражение мозга. Специфических видов метастатического поражения мозга у беременных не существует, за исключением хорионкарциномы, в случае которой от 3 до 20% пациенток уже имеют метастазы в головной мозг к моменту диагностики опухоли. Лечение и прогноз при опухолях мозга у беременных в значительной степени зависит от разновидности опухоли. У беременных желательно выполнять магнитно-резонансную томографию, при которой нет большой лучевой нагрузки. Однако можно выполнить и компьютерную томографию, при этом исследовании нужно обязательно закрывать переднюю брюшную стенку.

Акушерские аспекты

Физиологические изменения, происходящие во время беременности, могут привести к обострению симптоматики опухоли. Задержка жидкости и увеличение ОЦК увеличивают отек опухоли и увеличивают такие сосудистые опухоли, как менингиомы. Менингиомы и невриномы слухового нерва имеют рецепторы к половым гормонам, в результате чего рост этих опухолей во время беременности может ускоряться. Опухоли гипофиза до беременности, существовавшие бессимптомно, могут активно расти во время беременности, когда и в норме гипофиз увеличивается. Иногда приходится применять противосудорожные препараты,

кортикостероиды. Хирургическое вмешательство во время беременности показано тем больным, которые имеют выраженную симптоматику (например, сдавление зрительного нерва). У здоровой женщины давление ликвора повышается только при болезненных схватках, например, во втором периоде родов оно повышается до 710 мм водного столба. При объемном процессе внутри черепа такой подъем ликворного давления приведет к вклинению мозжечка в большое затылочное отверстие. Хотя и есть сообщения о неосложненном родоразрешении таких больных через естественные родовые пути, рисковать не стоит, в любом случае, кесарево сечение это или самостоятельные роды, необходимо полное обезболивание и обязательно исключение потужного периода.

Выбор метода обезболивания родов у пациентки с опухолью мозга представляет собой серьезный выбор для анестезиолога, и эту задачу приходится решать вместе с неврологом с учетом расположения, объема и вида опухоли. Имеются сообщения об успешном применении эпидуральной анальгезии для обезболивания родов у таких больных. Также имеется публикация о применении спинномозговой анестезии для обезболивания операции кесарева сечения у больной с глиобластомой.

Острое нарушение мозгового кровообращения

Патофизиология

Частота внутричерепных кровоизлияний у беременных колеблется от 1 до 5 случаев на 10000, смертность составляет от 30 до 40%, в структуре материнской смертности эта причина составляет примерно 10%. Частота геморрагического инсульта в акушерской практике составляет 0,04% от общего количества родов или 42,9 на 100 000 беременных женщин.

Внутричерепные кровоизлияния можно подразделить на две категории, а именно - субарахноидальные и внутримозговые. Большинство внутримозговых гематом возникает вследствие артериальной гипертензии, обусловленной беременностью. Большинство случаев субарахноидальных кровоизлияний вызваны артериовенозными, либо артериальными аневризмами. Субарахноидальное кровоизлияние характеризуется внезапным развитием сильнейшей, невыносимой головной боли. В отличие от головной боли при мигрени, эта боль диффузная. Пациентки могут жаловаться также на тошноту, рвоту, фоно-, фотофобии. В клинической картине может присутствовать менингеальный синдром, ступор или кома.

Акушерские аспекты

Субарахноидальное кровоизлияние составляет около 50% всех церебральных кровоизлияний во время беременности, и 50% смертности приходится именно на эту группу. При неполном

разрыве аневризмы клиника субарахноидального кровоизлияния может ограничиться только головной болью. Однако, и при таком варианте развития событий головная боль возникает внезапно, характер ее интенсивный. У каждой беременной с подобной впервые возникшей клиникой интенсивной головной боли необходимо проводить дифференциальную диагностику с субарахноидальным кровоизлиянием. КТГ является средством выбора нейровизуализации, поскольку МРТ менее чувствительна к определению острого кровотечения. Если выполнение КТГ недоступно или сомнительно для диагностики следует выполнить ломбальную пункцию.

Частота разрыва аневризм увеличивается со сроком беременности, параллельно нормальному увеличению ОЦК. Пятьдесят пять процентов первичных разрывов аневризм возникает в третьем триместре, а вот во время родов, как это ни удивительно, это - редкое событие. Повторное кровоизлияние во время той же беременности отмечается примерно у половины больных. В связи с высоким риском кровоизлияния, беременная больная с разрывом аневризмы обычно госпитализируется для ее хирургического клипирования. После выполнения данной манипуляции никаких проблем до родов обычно не возникает, и женщину ведут, как обычно. Если во время беременности аневризма увеличивается, но не кровоточит, лечение строго индивидуально, в зависимости от клиники. Риск оперативного вмешательства в значительной степени зависит от размера и расположения аневризмы.

В противоположность этому, артериовенозные аневризмы менее часто сопровождаются внутричерепной гипертензией и тенденцией к кровоизлиянию, как в течение беременности, так и в послеродовом периоде. В отличие от артериальных аневризм, при артериовенозных аневризмах риск кровотечения значительно повышен в родах. Если кровотечение во время беременности все-таки случилось, то риск рецидива составляет примерно 25%. Однако нужно сказать, что и для тех, и для других больных лучше всего избегать такого гемодинамического стресса, как схватки и потуги. Большинство авторов предлагают плановое оперативное родоразрешение на 38 неделе, хотя ретроспективные исследования показали, что этим больным можно рожать самостоятельно с применением эпидуральной анальгезии и исключением потужного периода. При стабильном состоянии пациентки у кесарева сечения нет никаких преимуществ перед таким методом родоразрешения. Решение о виде родоразрешения при нелеченой аневризме должно быть строго индивидуальным и основываться на данных анамнеза и клиники.

У беременных женщин с обильно васкуляризированными опухолями головного мозга так может развиваться внутримозговое кровоизлияние, так как эстрогены могут оказать патологический вазоактивный эффект на аномальные кровеносные сосуды.

Если пациентке выполнялась операция по поводу аневризмы, то анестезия будет такой же, как и у любой другой больной акушерского профиля. Если аневризма не оперирована, то необходимо всеми силами поддерживать стабильность гемодинамики и избегать артериальной гипертензии. Если планируется родоразрешение через естественные родовые пути, то необходима эпидуральная анальгезия и исключение потужного периода, чтобы избежать боли и напряжения при потугах. Для обезболивания кесарева сечения лучше применять регионарную анестезию, чтобы избежать гипертензивной реакции на ларингоскопию.

Головная боль

Патогенез

Женщины в 2-3 раза чаще мужчин страдают основными видами головной боли – мигренью и головной болью напряжения. Головная боль у беременных встречается очень часто, и причин для ее появления может быть множество. Лечение головной боли у беременных должно проводиться с учетом действия препаратов на сократимость матки и состояние плода.

Акушерские аспекты

Мигренозные боли - это следствие спазма сосудов головного мозга, за которым наступает спонтанное их расширение. На эти процессы в значительной мере влияют гормоны при беременности. Около 79% женщин, страдающих мигренью, во время беременности отмечают выраженное улучшение. Послеродовые мигрени могут быть спровоцированы резким снижением уровня эстрогенов. Если для лечения мигрени у беременной приходится использовать медикаменты, то нужно обязательно учитывать их возможное отрицательное действие на плод. Простые анальгетики, такие, как парацетамол в сочетании с низкими дозами кофеина безопасны и зачастую их приема вполне достаточно. В особо тяжелых случаях можно воспользоваться внутривенной формой парацетамола (Перфалган), но при этом терапия не должна проводиться больше нескольких дней. При очень интенсивных болях приходится применять наркотические анальгетики. Эрготамин и суматриптан, которые являются препаратами выбора для лечения мигрени у небеременных, во время беременности абсолютно противопоказаны, так как их применение несет выраженную угрозу преждевременных родов, а в первом триместре эти препараты оказывают тератогенное действие на плод. Относительно возможных осложнений беременности у женщин, страдающих мигренью, не выявлено факторов риска для развития неврологических либо акушерских осложнений, как во время беременности, так и во время родов. Более того,

исследования показали, что нет риска мальформаций и других возможных осложнений со стороны плода.

Достоверные данные о том, что препараты, применяемые для обезболивания родов, могут увеличивать частоту мигрени в послеродовом периоде, отсутствуют. Проведены исследования, свидетельствующие об отсутствии негативного влияния эпидуральной анальгезии на частоту неврологической симптоматики в послеродовом периоде. Также у больных мигренью не увеличивается частота постпункционной головной боли после регионарной анестезии. Тем не менее, у этих рожениц лучше избегать применения нейроаксиальных методов обезболивания, поскольку постпункционная головная боль может маскироваться основным заболеванием.

Литература

- Заболевания нервной системы у беременных: акушерские и анестезиологические аспекты ведения родов. Е.М.Шифман, С.Е.Флока, Ю.Н.Ермилов.
(<https://www.critical.ru/actual/obstetrics/neouro.htm>)
- Заболевания нервной системы и беременность - Макаров И.О. (<https://www.art-med.ru/articles/list/art220>)
- Акушерство: национальное руководство /под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.