

Опыт ведения беременных с патологией нервной системы в условиях дневного стационара консультативно-диагностического отделения

Е. В. Беляева, Е. В. Шапошникова, Л. В. Лапшина, М. В. Беляева

Ежегодный рост числа беременных с экстрагенитальной патологией связан как с увеличением заболеваемости в популяции, так и с улучшением качества диагностики — введением новых критериев для постановки диагноза [1, 2]. Заболевания нервной системы, осложняющие беременность, роды и послеродовой период, характеризуются высокой распространностью и нестабильным течением, что создает определенные сложности при ведении и родоразрешении таких пациенток [3–5].

Главная цель здравоохранения — повышение доступности и качества медицинской помощи и, как следствие, улучшение здоровья граждан, увеличение продолжительности жизни. Приоритетными задачами системы здравоохранения Красноярского края в настоящее время являются: снижение смертности населения, в том числе предотвращение материнской смертности от экстрагенитальной патологии; совершенствование службы охраны здоровья матери и ребенка; реализация программ в области лекарственного обеспечения, кадровой политики [6]. Особенную группу среди беременных с экстрагенитальной патологией составляют пациентки с заболеваниями нервной системы, требующей от акушеров-гинекологов, неврологов, нейрохирургов, своевременной диагностики и правильного наблюдения за течением беременности с позиции комплексного междисциплинарного подхода. Ведение беременности у таких женщин может быть сопряжено с трудностями, обусловленными взаимоотягочающим влиянием между хроническим заболеванием и самой беременностью, а также трудностью подбора методов аппаратной диагностики и лекарственной терапии с учетом соотношения польза/риск для пациентки/плода [7, 8].

С февраля 2008 г. в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» на базе КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» начал свою работу городской центр охраны материнства и детства, с открытием которого реализована идея концентрации технологий и узких специалистов для проведения консультативно-диагностической и лечебной работы всем беременным женщинам г. Красноярска. В состав центра входит консультативно-диагностическое отделение (КДО) для беременных, родильниц, а также пациенток на этапе предгравидарной подготовки с экстрагенитальной, в том числе с неврологической патологией.

Медицинским обоснованием для открытия центра послужило несколько факторов. С одной стороны — ежегодный естественный прирост населения с 2008 по 2016 гг., в том числе увеличение количества беременных, а также увеличение количества первородящих женщин в возрасте старше 35 лет и, соответственно, увеличение экстрагенитальной патологии [6]. С другой — довольно часто беременной с экстрагенитальной патологией в короткие сроки требуется квалифицированная консультация узкими специалистами для решения вопросов: о возможности вынашивания беременности, возможных рисках со стороны здоровья матери и плода, тактике ведения беременности и выбора способа родоразрешения [2, 9–11]. В амбулаторной практике на прием к узким специалистам можно попасть только после консультации терапевта, срок консультации невролога отодвигается до 1 месяца ожидания. Нередко врачи территориальных поликлиник недостаточно осведомлены об особенностях течения заболеваний нервной системы у беременных, методах диагностики, тактике ведения и лечения [2, 7, 8, 12].

С первых дней работы отделения мы столкнулись со сложностью госпитализации беременных с экстрагенитальной патологией в круглосуточные и дневные стационары городских и краевых учреждений здравоохранения г. Красноярска. Особенно остро эта проблема складывалась для пациенток с неврологической патологией (обострение дорсопатий, острые краиальные и периферические невропатии, декомпенсированные хронические краиалгии и др.). Решение этой проблемы мы нашли в открытии на базе нашего отделения специализированного неврологического дневного стационара (ДС) для лечения беременных. Врач-невролог КДО проводит отбор и направление пациенток в ДС. Врач-невролог ДС проводит: консультативный осмотр с постановкой диагноза, составлением плана обследования и лечения на основании разработанных нами алгоритмов, с учетом срока беременности и наличия сопутствующей патологии; осмотр пациенток в ходе лечения; анализ проведенных обследований и эффективности лечения; коррекцию лечения; экспертизу временной нетрудоспособности; при выписке дает рекомендации по дальнейшей тактике ведения совместно с акушером-гинекологом и терапевтом женской консультации, а также решает вопрос о месте и способе родоразрешения.

Целью настоящего исследования было проанализировать структуру, особенности ведения и результаты лечения беременных с экстрагенитальной неврологической патологией в условиях ДС специализированного консультативно-диагностического отделения.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 811 беременных женщин, пролеченных за счет ОМС в условиях ДС за период 2014–2017 гг. В 2014 г. — 206 человек (3080 койко-дней), 2015 г. — 200 человек (3001

койко-день), 2016 г. — 204 человека (3067 койко-дней), 2017 г. — 211 человек (2997 койко-дней). ДС работает в две смены, в штате имеется два врача: невролог и терапевт; медсестра процедурного кабинета и санитарка. Палата рассчитана на 5 коек, которые работают в две смены. Имеется процедурный кабинет, кабинет нейрофизиолога, в котором выполняются электрокардиография, эхокардиография, реоэнцефалография, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Лабораторные обследования проводятся в центральной клинико-диагностической лаборатории, при необходимости пациентки направляются на консультацию к узким специалистам КДО (кардиолог, офтальмолог, эндокринолог, уролог, сосудистый хирург, акушер-гинеколог-гемостазиолог). Возраст пациенток от 18 до 44 лет, средний возраст пациенток составил $29,3 \pm 2,2$ года.

Результаты и их обсуждение

Полученные нами данные показывают, что лидирующее место в структуре заболеваний занимают дорсопатии — 594 человека (73,2%), на втором месте первичные головные боли — 152 человека (18,7%), на третьем месте периферические невропатии — 65 человек (8,1%) (табл.).

Заболевание	Соотношение за 2014–2017 гг., % (n = 811)	Таблица			
		2014 г. (n = 206)	2015 г. (n = 200)	2016 г. (n = 204)	2017 г. (n = 201)
Мигрень	69 (8,6%)	13	23	16	17
Головная боль напряжения	83 (10,2%)	21	15	26	21
Невропатия бедренного нерва	2 (0,3%)	0	1	1	0
Паралич Белла, невропатия лицевого нерва	20 (2,4%)	1	7	5	7
Туннельная невропатия срединного, локтевого нерва	43 (5,4%)	11	8	11	13
Цервикокраниалгия	201 (24,9%)	52	48	46	55
Цервикокрахиалгия	23 (2,8%)	5	7	6	5
Радикулопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника	38 (4,5%)	10	11	9	8
Люмбошиалгия	332 (40,9%)	89	82	84	77

При беременности повышается нагрузка на опорно-двигательный аппарат из-за повышения массы тела, происходит перенос центра силы тяжести. Физиологическое изменение хрящевой ткани происходит под влиянием релаксина. Суставные связки, хрящи, синовиальные оболочки лобкового и подвздошно-крестцового сочленений подвергаются разрыхлению и серозному пропитыванию, симфиз расходится на 0,5–0,6 см [2]. Также следует отметить, что беременность является провоцирующим фактором дебюта вертеброгенных болевых синдромов, обусловленных дегенеративными изменениями в позвоночнике. Вертеброгенные дорсопатии самая частая причина временной нетрудоспособности у беременных. Трудность в лечении таких пациенток состоит в том, что большинство эффективных препаратов противопоказаны во время беременности или не прошли клинические испытания влияния на беременность и плод.

С болевыми и мышечно-тоническими синдромами шейного отдела позвоночника пролечено 224 человека (27,7%), пояснично-крестцового отдела позвоночника — 370 человек (45,4%), из них с обострением радикулопатии — 38 человек (4,5%), у 12 человек острая радикулопатия дебютировала на фоне беременности. Вертеброгенные люмбошиалгии обычно обостряются во II и III триместрах, сочетаются с нагрузочной дисфункцией крестцово-подвздошного сочленения и симфизопатией беременной, в 75% сопровождаются крампи нижних конечностей. В эти сроки беременности следует проводить дифференциальную диагностику с компрессионно-ишемическими плексопатиями, гестационным пиелонефритом и гидронефрозом, тромбозом вен нижних конечностей.

Головная боль у беременных наиболее частая причина обращения к неврологу. В 90% случаев она носит доброкачественный характер [7], в основном проявляется головной болью напряжения — 83 пациентки (10,2%) и мигреню — 69 беременных (8,6%). Обострение этих заболеваний чаще всего бывает в сроке до 20 недель беременности и связано с изменившимся гормональным фоном, вегетативной дисфункцией, метаболическими нарушениями, с увеличением психоэмоциональной нагрузки на фоне беременности, а также побочными явлениями гормональной поддержки гестагенами (дидрогестерон, микронизированный прогестерон) в первой половине беременности. Во II и III триместрах головные боли значительно уменьшаются и становятся редкими [8, 12]. Показанием для госпитализации в ДС являются декомпенсированная первичная головная боль, интенсивностью по визуально-аналоговой шкале 6–10 баллов, приступы мигрени с частотой 1–2 раза в неделю длительностью приступов от 24–72 часов. У 20 пациенток декомпенсация приступов мигрени сочеталась с головной болью напряжения. 10 пациенток с первичной головной болью имели лекарственно-индуцированную (абузусную) головную боль, обусловленную избыточным ежедневным употреблением в течение нескольких лет комбинированных анальгетиков, ежедневным многолетним приемом триптанов (2 пациентки). В основном

беременные опасаются принимать какие-либо лекарственные препараты, боясь навредить будущему ребенку. Пациентки с абузусной головной болью продолжают принимать обезболивающие препараты, рискуя возможными последствиями влияния на плод.

Особого внимания требуют беременные, страдающие мигренью с затянувшейся аурой длительностью более 30 минут (зрительной, чувствительной, речевой, двигательной, стволовой), со склонностью к статусному течению мигрени. В таких случаях требуется проведение дифференциальной диагностики с ишемическим поражением головного мозга, транзиторной ишемической атакой, мигренозным инфарктом. Данные пациентки относятся к группе высокого риска по развитию цереброваскулярной патологии. При беременности риск тромбоэмбологических осложнений увеличивается в 5–6 раз. Развивающаяся во II и III триместрах физиологическая гиперкоагуляция в сочетании со снижением естественного антикоагулянтного потенциала крови и фибринолитической активности создает предпосылки для развития тромбозов различной локализации и не исключает наличие нарушений мозгового кровообращения [4]. Всем пациенткам с головной болью, дорсопатиями шейного отдела позвоночника проводится исследование системы гемостаза. При выявлении врожденной или приобретенной тромбофилии высокого риска пациентка ведется совместно с врачом акушером-гинекологом, специализирующимся по патологии гемостаза. Амбулаторно получает профилактические дозы низкомолекулярных гепаринов, антиагрегантов (ацетилсалicyловая кислота) в качестве профилактики венозных тромбоэмбологических осложнений [11].

Высокая частота развития компрессионно-ишемических невропатий периферических нервов во время беременности обусловлена рядом факторов: перестройка гормонального фона приводит к увеличению объема соединительной ткани в области сухожильных влагалищ; развивающиеся нарушения водно-электролитного обмена в результате гиперпродукции альдостерона, приводящие к задержке жидкости с увеличением тканевого давления в типичных местах компрессии; развивающийся гиповитаминоз витаминов группы В, витамина D, А. Дополнительными повреждающими факторами могут быть генерализованные сосудистые нарушения при преэклампсии, усугубляющие ишемическое повреждение центральной нервной системы и периферических нервов в условиях компрессии.

Компрессионно-ишемическая невропатия срединного нерва в области запястья (синдром запястного канала) занимает в структуре ДС 41 случай (5,4%), у половины пациенток было выявлено поражение нервов с обеих сторон, невропатия локтевого нерва — 2 случая. Срединный нерв ущемляется при прохождении под поперечной связкой запястья и сухожилиями флексоров. Больных беспокоят мучительные парестезии и распирающие боли в области кисти, чаще всего парестезии локализуются в области 2-го и 3-го пальцев, боли могут иррадиировать в предплечье, реже в плечо. Из-за подобных ощущений пациентки вынуждены просыпаться, вставать с постели, встрихивать кисть, растирать руку. Выявляется гипестезия в зоне иннервации нерва. При осмотре кисть отечная, гипергидроз ладони, положительные проба Фалена и синдром Тиннеля. У части больных боли продолжаются в дневное время, присутствует утренняя слабость в кисти (трудно удержать кружку), нарушена мелкая моторика.

Идиопатическая невропатия лицевого нерва (паралич Белла) у беременных женщин возникает в 10 раз чаще, чем в общей популяции [7], обычно заболевание возникает остро после 30 недель беременности, в 70% случаев накануне развития паралича мимических мышц, беременные женщины отмечали перенесенные острые респираторные вирусные инфекции или контакт с больными родственниками. Компрессии нерва в костном канале пирамиды височной кости способствуют нарушения водно-электролитного баланса [3], отечный синдром и физиологическое снижение иммунитета. В ДС пролечены все женщины (20 человек, 2,4%), обратившиеся с остро развившимся парезом лицевого нерва. В половине случаев пациентки по скорой помощи были проконсультированы неврологами круглосуточных стационаров, в госпитализации всем было отказано.

Стандарты лечения в дневном стационаре разработаны в КДО совместно неврологом, терапевтом, акушером-гинекологом и клиническим фармакологом с учетом срока беременности. Лечебный процесс заключается в создании охранительного амбулаторного режима, психотерапевтических методов воздействия и комплекса медикаментозного лечения на основе разработанных стандартов. Всем пациенткам разъясняются особенности физиологических процессов, происходящих на фоне беременности, пациенткам с головной болью объясняется доброкачественная природа заболевания, рекомендуется модификация образа жизни с целью уменьшения провоцирующих головную боль факторов.

При лабораторных исследованиях у 22% больных дневного стационара выявлена легкая гипомагнеземия, у 75% — умеренная гипомагнеземия и у 35% — гипокальциемия. Медикаментозное лечение включает в себя: внутривенную магнезиальную терапию, регос пидолат или цитрат магния; парентеральное введение витаминов группы В в средних терапевтических дозах; применение таблетированных препаратов. Магнезиальная терапия обладает анальгетическим, противоотечным, седатирующим действием. С учетом противопоказаний проводится физиотерапевтическое лечение (дарсонвализация области головы и воротниковой зоны). Лечение болевых синдромов нестероидными противовоспалительными препаратами (кетопрофен, ибупрофен) и антиpirетиками (парацетамол) проводится с учетом срока беременности, коротким курсом 5–7 дней, минимальными терапевтическими дозами. Нейропатический болевой синдром у больных с радикулопатиями поддавался лечению назначением карбамазепина в суточной дозе, не превышающей 150 мг. Ограничен выбор препаратов с ноотропным, нейротрофическим действием. Согласно официальной инструкции производителя разрешено применение

следующих препаратов: глицин, депротеинизированный гемодериват крови телят, гопантеновая кислота — актив. В качестве профилактического лечения мигрени и абзусной головной боли применялся β-блокатор — метопролол в дозе 25–50 мг в сутки. Беременным разрешен к применению только один анксиолитик — тофизопам, из седативных препаратов — экстракт валерианы, «Персен», антиоксидант — янтарная кислота, рибоксин, никотинамид, рибофлавин, антиагрегант — дипиридамол, малые дозы ацетилсалициловой кислоты. Пациенткам с невропатией лицевого нерва с выраженным прозопарезом назначался преднизолон 50 мг в течение 3 дней с последующим уменьшением дозы на 5 мг в сутки до полной отмены препарата. Всем пациенткам разъясняются принципы диетотерапии, направленной на коррекцию водно-солевого обмена и уменьшение отечного синдрома. В процессе лечения даются рекомендации по правильному выполнению лечебной физкультуры с учетом сроков беременности, обучение изометрической гимнастике для снятия мышечного напряжения мышц плечевого и поясничного пояса.

Средний срок временной утраты трудоспособности в дневном стационаре составил $15 \pm 0,7$ дня. Гестационный срок пациенток составил от 10 до 36 недель. Выдача листка временной нетрудоспособности потребовалась 556 женщинам, 535 человек (96,2%) выписаны с улучшением и приступили к работе. С продолжением листка нетрудоспособности выписаны 21 женщина, из них: 11 человек продолжили лечение по основному неврологическому заболеванию в амбулаторных условиях (8 человек с болевым синдромом на фоне радикулопатии, 3 — с невропатией лицевого нерва); переведено в круглосуточный стационар 10 человек (6 человек — в акушерский стационар с осложнениями со стороны беременности, 1 пациентка в неврологическое отделение — с подтвержденным диагнозом «синдром Гийена–Барре», 1 пациентка в хирургическое отделение с аппендицитом, 1 пациентка в инфекционное отделение с острой токсикоинфекцией, 1 пациентка в урологическое отделение с гестационным пиелонефритом).

Все пациенты ДС заполняют при выписке анкету «Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями». По результатам анкетирования выявлена стопроцентная удовлетворенность результатами лечения и оказанной медицинской помощью, а также удовлетворенность компетенцией медицинского персонала и условиями пребывания в ДС. Результаты дополнительного опроса пациентов свидетельствуют о том, что преимуществом лечения в ДС является сохранение для пациентов привычного образа жизни в домашних условиях.

Считаем, что лечение пациенток в условиях дневного стационара позволяет значительно сократить сроки временной нетрудоспособности. Использование адекватной терапии приводит к компенсации заболевания и уменьшает осложнения во время беременности со стороны нервной системы. Открытие дневного стационара позволило решить следующие задачи: снизить количество беременных, направляемых на госпитализацию в круглосуточные стационары; своевременно начать лечение беременной, что снижает риск осложнений беременности; обеспечить совместное наблюдение за беременной специалиста по профилю заболевания и акушера-гинеколога; отработать алгоритмы обследования и лечения беременных в условиях дневного стационара с последующим утверждением и внедрением в практику.

Заключение

Работа консультативно-диагностического отделения как самостоятельной структурной единицы, оказывающей консультативно-диагностическую и лечебную помощь беременным, родильницам, а также пациенткам на этапе предгравидарной подготовки с экстрагенитальной, в том числе неврологической, патологией, позволяет концентрировать в одном центре узких специалистов, медицинские современные диагностические технологии и обеспечить специализированной, качественной, доступной медицинской помощью всех беременных с экстрагенитальной патологией в рамках системы ОМС в короткие сроки. Открытие дневного стационара позволило сократить занятость коек круглосуточных стационаров неврологического профиля и уменьшить длительность пребывания на листке нетрудоспособности до 14–15 дней.

Литература

1. Якунина А. В., Романова Т. В., Хивинцева Е. В. Влияние экстрагенитальной неврологической патологии на ведение беременности и родов // Практическая медицина. 2012. № 2 (57). С. 145–148.
2. Скоромец А. А. Соматоневрология: руководство для врачей. СПб: СпецЛит. 2009. 655 с.
3. Медведев С. Е., Волкова В. Н., Волков Н. Н., Чухловина М. Л. Особенности церебральной патологии у беременных: результаты ретроспективного одномоментного исследования // Фарматека. 2018. № 6 (359). С. 43–48.
4. Макацария А. Д. Тромбогеморрагические осложнения в акушерско-гинекологической практике. М.: МИА, 2011. 1056 с.
5. Беляева Е. В., Лапшина Л. В., Шапошникова Е. В. Случай доношенной беременности у пациентки после геморрагического инсульта при болезни моя моя // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2016. Т. 116. № 12–2. С. 25–29.
6. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения красноярского края по итогам деятельности за 2016 год. Министерство здравоохранения Красноярского края. Красноярск, 2017. 133 с.
7. Левин О. С., Штульман Д. Р. Неврология: справочник практического врача. 9-е изд. М.: МЕДпресс-информ,

2014. 1024 с.
8. Табеева Г. Р. Головная боль: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 296 с.
 9. Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2007 № 736. URL: <http://base.garant.ru/12158174>
 10. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)» [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н. URL: <http://base.garant.ru/70352632>.
 11. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Под ред. Серова В. Н., Сухих Г. Т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1024 с.
 12. Неврология: национальное руководство / Под ред. Гусева Е. И., Коновалова А. Н., Скворцовой В. И. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 880 с.
-

Е. В. Беляева¹

Л. В. Лапшина

Е. В. Шапошникова, кандидат медицинских наук

М. В. Беляева

КГБУЗ КМРД № 4, Красноярск

¹ Контактная информация: lebel@bk.ru

Опыт ведения беременных с патологией нервной системы в условиях дневного стационара консультативно-диагностического отделения/ Е. В. Беляева, Л. В. Лапшина, Е. В. Шапошникова, М. В. Беляева

Для цитирования: Лечащий врач № 3/2019; Номера страниц в выпуске: 56-59

Теги: перинатальные осложнения, болевой синдром, нейропатия.

© «Открытые системы», 1992-2019. Все права
защищены.