

**Министерство здравоохранения Московской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Московской области
«Московский областной научно-исследовательский институт
акушерства и гинекологии»
(ГБУЗ МО МОНИАГ)**

Особенности ведения беременности и родоразрешение женщин с черепно-мозговой травмой

Пособие для врачей

**Москва
МАКС Пресс
2018**

УДК 618:616.4
ББК 57.16:54.15
О-75

Авторы:

д.м.н., проф. *В.А. Петрухин*, д.м.н., проф. *Л.С. Логутова*, д.м.н. *А.Ю. Лубнин*,
д.м.н. *П.Н. Власов*, д.м.н. *Т.С. Будькина*, д.м.н. *М.А. Чечнева*, к.м.н. *К.Н. Ахведиани*,
к.м.н. *А.А. Травкина*, к.м.н. *Е.Ю. Упрямова*, к.м.н. *Т.С. Коваленко*, к.м.н. *М.В. Капустина*,
к.м.н. *Е.В. Магилевская*, к.м.н. *А.П. Мельников*, к.м.н. *Н.В. Шидловская*, к.м.н. *М.В. Троицкая*;
младшие научные сотрудники: *П.А. Петров*, *О.А. Яхонтова*, *В.Ю. Роголевы*;
врачи *Т.В. Реброва*, *Т.В. Давыдова*, *В.И. Улятовская*, *А.А. Волынкин*

Рецензенты:

д.м.н., проф. *Л.С. Александров* – проф. кафедры акушерства и гинекологии №1
лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России;
д.м.н. *А.Г. Гаврилов* – врач отделения черепно-мозговой травмы
ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

**Особенности ведения беременности и родоразрешение
O-75 женщин с черепно-мозговой травмой: Пособие для врачей /**
В.А. Петрухин и др. – М.: МАКС Пресс, 2018. – 20 с.
ISBN 978-5-317-06228-6

На основании проводимых в ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (МОНИИАГ) исследований у беременных с последствиями черепно-мозговой травмы, анализа полученных анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных данных разработаны алгоритм обследования, ведения беременности, родоразрешения и анестезиологическое обеспечение беременных с последствиями черепно-мозговой травмы (ПЧМТ). Использование предложенного алгоритма обследования данного контингента беременных позволяет обеспечить более раннюю диагностику гестационных осложнений и своевременное назначение патогенетической терапии. В связи с междисциплинарным характером проблемы, пособие предназначено для врачей акушеров-гинекологов, нейрохирургов, неврологов, анестезиологов, терапевтов, неонатологов.

Работа выполнялась в ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии», ФГБУ «Научно-исследовательский институт нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» и на кафедре нервных болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова».

УДК 618:616.4
ББК 57.16:54.15

Методическое издание

Напечатано с готового оригинал-макета

Подписано в печать 17.09.2019 г.

Формат 60х90 1/16. Усл.печ.л. 1,25. Тираж 100 экз. Заказ 201.

Издательство ООО «МАКС Пресс». Лицензия ИД N 00510 от 01.12.99 г.

119992, ГСП-2, Москва, Ленинские горы, МГУ им. М.В. Ломоносова,

2-й учебный корпус, 527 к. Тел. 8(495)939-3890/91. Тел./Факс 8(495)939-3891.

ISBN 978-5-317-06228-6

© МОНИИАГ, 2018

ВВЕДЕНИЕ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) сохраняет высокий уровень в структуре всех видов травм среди населения, как по распространённости, так и по смертности и инвалидизации и не имеет тенденции к снижению [1, 2].

В России по причинам смертности ЧМТ занимает второе место, превышая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в 10, а от рака – в 20 раз, а по причинам нетрудоспособности – первое [1, 3, 4].

Около 5,3 миллионов человек в мире испытывают различные нарушения здоровья, связанные с последствиями черепно-мозговой травмы (ПЧМТ), включая когнитивные и нервно-психические [5]. ПЧМТ (травматическая болезнь головного мозга) необходимо рассматривать наравне с другими соматическими хроническими заболеваниями и недопустимо игнорирование их наличия [6]. ПЧМТ с клиническими проявлениями даже через 1 год после легкой ЧМТ наблюдаются в 10–50% случаев, а через 3 года выявляются у 50% женщин и 30% мужчин [7]. Вместе с тем, в литературе в настоящее время нет сведений об истинных цифрах частоты и структуры отдаленных ПЧМТ.

По данным литературы, во время беременности происходит ухудшение течения (декомпенсация) различных имеющихся хронических заболеваний, что на фоне снижения рождаемости делает проблему коморбидных экстрагенитальных (в том числе травматической болезни головного мозга) заболеваний актуальной [4]. Рутинная недооценка возможных ПЧМТ и отсутствие единой тактики ведения таких пострадавших в остром периоде травмы в совокупности приводят к достаточно высокой (до 10–20%) степени их инвалидизации в более отдаленные сроки, причем негативное влияние могут оказывать даже легкие ЧМТ [8].

Необходимость тщательной диагностики посттравматических расстройств обусловлена тем, что в компенсированном состоянии они могут быть клинически незначимы даже спустя много лет после ЧМТ, но при беременности и родоразрешении могут прогрессировать, поэтому своевременный и правильный выбор метода родоразрешения у беременных высокого риска имеет

большое значение для снижения материнской и детской заболеваемости и смертности.

ЧМТ, полученная женщиной до или во время беременности, приводит к изменениям в ЦНС (в том числе и церебральной ликвородинамики), что требует более тщательного изучения для определения показаний к различным методам родоразрешения (естественное родоразрешение, ограничение потуг во втором периоде родов, кесарево сечение). Сочетание спектра клинических проявлений ПЧМТ с акушерскими осложнениями может стать причиной затруднений в выборе тактики ведения беременности и метода родоразрешения, что представляет актуальность предстоящей научно-исследовательской работы. Последние годы неуклонно растёт число женщин, перенёсших ЧМТ, решивших родить ребёнка. Так, распространённость ПЧМТ среди всей неврологической патологии в поликлиническом отделении ГБУЗ МО МОНИИАГ в 2016 г. составляла 9,3%, а в 2014–2015 гг. – 6,9% от общего числа пациенток неврологического амбулаторно-поликлинического приёма в ГБУЗ МО МОНИИАГ [9].

Таким образом, изучение частоты ЧМТ и характер ее последствий у беременных, профилактика акушерских осложнений, оценка перинатального исхода и сопоставление его с особенностями течения беременности дают возможность значительно улучшить исходы родов для матери и новорожденного, путём разработки комплексного междисциплинарного подхода к ведению и родоразрешению женщин с последствиями ЧМТ, оптимизации их наблюдения в послеродовом периоде.

ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕТОДА

Документально подтвержденные ЧМТ в анамнезе; возраст беременной старше 18 лет; наличие информированного согласия.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕТОДА

Тяжелое соматическое заболевание или текущий церебральный процесс сосудистого, нейродегенеративного, опухолевого генеза; индивидуальная непереносимость отдельных медикаментозных препаратов; отзыв информированного согласия.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Алгоритм обследования ведения беременности и родоразрешения беременных с ПЧМТ и наблюдение родильниц в послеродовом периоде.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – это комплекс контактных повреждений (мягких тканей лица и головы, костей черепа и лицевого скелета) и внутричерепных повреждений (повреждений вещества головного мозга и его оболочек), имеющих единый механизм и давность образования.

Классификация ЧМТ [1, 2, 10]

По степени тяжести:

- легкая (сотрясение головного мозга, легкий ушиб),
- средняя (серьезный ушиб),
- тяжелая (ушиб головного мозга тяжелой степени, острое сдавление головного мозга).

Для определения степени тяжести используют шкалу комы Глазго. Состояние пострадавшего оценивается от 3 до 15 баллов в зависимости от уровня спутанности сознания, способности открывать глаза, речевой и двигательной реакций. Легкая ЧМТ оценивается в 13–15 баллов, среднетяжелая – в 9–12, тяжелая – в 3–8 баллов.

По типу: открытая (на голове имеются раны) и закрытая (отсутствуют нарушения кожных покровов головы).

По виду повреждения:

- изолированная (повреждения затрагивают только череп);
- сочетанная (поврежден череп и другие органы и системы);
- комбинированная (травма получена не только механически, на организм также воздействовали лучевая, энергия и химические вещества и пр.).

Клинические формы ЧМТ:

1) сотрясение мозга (СГМ) – незначительное травмирование с обратимыми последствиями, характеризуется кратковременной потерей сознания – до 15 мин, большинству пострадавших госпитализация не требуется, после осмотра врач может назначить компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ);

2) ушиб головного мозга (УГМ) – легкой, средней и тяжелой степени, характеризуется нарушением мозговой ткани из-за удара мозга о стенку черепа, часто сопровождается кровоизлиянием;

3) диффузное аксональное повреждение – повреждаются аксоны (отростки нервных клеток), проводящие импульсы, страдает ствол мозга, в мозолистом теле мозга отмечаются микроскопические кровоизлияния;

4) сдавление головного мозга: в полости черепа образуются внутричерепные гематомы – эпидуральные, субдуральные, внутримозговые, вдавленные переломы, очаг размозжения, пневмоцефалия;

5) сдавление головы.

В основе ПЧМТ лежат следующие нарушения:

- 1) тканевые: мозговые (атрофия, рубцы, спайки и др.);
- 2) черепные (дефекты, остеолиз, остеосклероз и др.);
- 3) ликвородинамические (дисциркуляция, дизрезорбция, ликворея и др.);
- 4) сосудистые (дисциркуляция, ишемия, тромбоз и др.).

На практике тканевые, ликворные и сосудистые последствия ЧМТ часто сочетаются, однако ведущим считается тот синдром, клинические проявления которого, субъективные и объективные, наиболее выражены.

Клиническая картина [1, 3, 8, 11]

Наиболее часто в отдаленном периоде травмы мозга развивается **сосудистый вегетативно-дистонический синдром**. Характерны преходящая артериальная гипертензия или гипотензия, синусовая тахикардия или брадикардия, ангиоспазмы (церебральные, кардиальные, периферические), нарушения терморегуляции (субфебрилитет, термоасимметрии, изменения терморегуляционных рефлексов). Субъективно доминируют головные боли, проявления астении, многообразные сенсорные феномены (парестезии, соматалгии, феномены деперсонализации и дереализации). Объективно отмечаются преходящие изменения мышечного тонуса, анизорефлексии, нарушения болевой чувствительности по пятнисто-мозаичному и псевдокорешковому типу, изменения сенсорно-болевой адаптации.

Астенический синдром занимает ведущее место в клинической картине, проявляясь во всех ее периодах. В отдаленном периоде встречается у большинства больных и характеризуется состоянием повышенной утомляемости и истощаемости, ослаблением или утратой способности к продолжительному умственному и физическому напряжению, нарушением сна. В то же время астенический синдром крайне редко встречается в чистом виде, или классическом варианте. Зачастую он входит в структуру синдрома вегетативной дистонии, в значительной мере определяясь характером и выраженностью вегетативных дисфункций.

Синдром ликвородинамических нарушений, часто развивается в отдаленном посттравматическом периоде. Причиной служит не только нарушение продукции ликвора, но и нарушение целостности оболочек мозга, сопровождающееся ликвореей, а также длительное или неадекватное использование дегидратирующих препаратов. Среди ликвородинамических нарушений наиболее часто выделяют посттравматическую гидроцефалию.

Посттравматическая гидроцефалия – быстро прогрессирующий процесс избыточного накопления спинномозговой жидкости в ликворных пространствах вследствие нарушения ее резорбции и циркуляции.

Выделяют **нормотензивную, гипертензивную и окклюзионную форму посттравматической гидроцефалии.**

Клинически **гипертензивная и окклюзионная формы** проявляются прогрессирующими общемозговым и психоорганическим синдромами. Наиболее характерны жалобы на распирающие головные боли, чаще в утренние часы, нередко сопровождающиеся тошнотой, рвотой, головокружениями, нарушением походки. Быстро развиваются интеллектуально-мнестические нарушения, заторможенность и замедленность психических процессов. Характерным проявлением является застойные явления на глазном дне. **Нормотензивная форма** гидроцефалии характеризуется умеренными головными болями также преимущественно в утренние часы, психической и физической истощаемостью, снижением внимания и памяти.

Церебрально-очаговый синдром проявляется различными вариантами

нарушения высших корковых функций, двигательными и чувствительными расстройствами, поражением черепных нервов.

Частота развития **посттравматической эпилепсии** колеблется от 5 до 50%, так как травма мозга – один из наиболее частых этиологических факторов эпилепсии. Частота возникновения и сроки развития припадков в большинстве случаев связаны с тяжестью травмы. Так, после тяжелой травмы, особенно сопровождавшейся сдавлением мозга, припадки развиваются в 20–50% случаев, обычно в первый год после травмы.

Диагностика ПЧМТ у беременных [1, 3, 8, 12–14]

От своевременного установления диагноза и адекватной терапии зависит прогноз течения заболевания. Кроме клинического, неврологического обследования большое значение для объективизации патологического процесса, лежащего в основе формирования ПЧМТ, придается инструментальным методам обследования. Значительно расширились возможности диагностического процесса при введении в клиническую практику методов нейровизуализации: **компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии**. В литературе и повседневной жизни широко распространено мнение, что применение этих методов во время беременности противопоказано, в то же время нет доказательств о вредном их воздействии на плод.

Органогенез происходит преимущественно до 15 нед беременности, когда плод наиболее чувствителен к тератогенным эффектам ионизирующей радиации в виде микроцефалии, микрофтальмии, задержки роста плода, катаракты. Тератогенное влияние на плод крайне маловероятно после 15 нед беременности. МРТ гораздо безопаснее КТ, так как отсутствует ионизирующая радиация (рентгеновские лучи). Однако этот метод вызывает некоторый нагрев тканей, поэтому его не проводят в I триместре беременности без крайней необходимости. Во II и III триместрах применение методов нейровизуализации считается безопасным, и проводят их с экранизацией живота.

Во время беременности возможно проведение неинвазивных методов исследования головного мозга (ГМ). **Электроэнцефалография (ЭЭГ)** позволяет выявить эпилептиформную активность, ее динамику и оценку функционального

состояния ГМ. На ЭЭГ патологические изменения выявляются у большинства обследованных с отдаленными последствиями ЧМТ и зависят от тяжести травмы и клинического синдрома отдаленного периода. Наиболее часто патологические изменения неспецифичны и представлены неравномерностью альфа-ритма, наличием медленноволновой активности, общим снижением биопотенциалов, реже межполушарной асимметрией.

Цереброваскулярную гемодинамику оценивают с помощью **ультразвуковой транскраниальной доплерографии (ТКД)**. Как правило, встречаются разнообразные изменения в виде атонии, дистонии, гипертонии сосудов головного мозга, затруднения венозного оттока, асимметрии кровоснабжения полушарий мозга, что в значительной мере отражает степень компенсации посттравматического процесса.

Основные принципы ведения беременных с ПЧМТ

С целью уточнения характера патологического процесса, степени декомпенсации необходим тщательный сбор жалоб и анамнеза: изучение медицинской документации относительно факта, характера травмы, течения посттравматического периода; особое внимание следует обращать на наличие всевозможных вариантов расстройств сознания.

Во время беременности обязательно совместное наблюдение пациентки с ПЧМТ акушером-гинекологом и неврологом с частотой визитов 1 раз в 2 недели до 28 нед. беременности, далее еженедельно. При компенсированном течении регулярность наблюдения неврологом составляет 1 раз в 2 мес. Кратность консультаций увеличивается при любом ухудшении состояния беременной.

Консультации офтальмологом осуществляются трижды в течение беременности: в I триместре, в 22–24 нед и в 32 нед, когда во время беременности происходят наиболее выраженные гемодинамические изменения. Кратность консультаций увеличивается при появлении жалоб со стороны органа зрения, присоединении преэклампсии (ПЭ).

Кроме общепринятых клинических методов обследования (клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, посев мочи, исследование гормонов: щитовидной железы и ФПК), проводятся диагностика и,

по показаниям, лечение урогенитальной инфекции.

Комплексное УЗИ должно включать оценку ФПК, доплерографию, оценку центральной гемодинамики матери с целью определения типа кровообращения и общего периферического сопротивления, как предикторов развития гестационных осложнений (преэклампсия).

Согласно приказу МЗ РФ № 457 от 28.12.2000г «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врождённых заболеваний у детей» УЗИ проводится в 10–14 нед, 20–24 нед, 32–34 нед. гестации. При необходимости кратность УЗИ увеличивается.

Беременная ежедневно осуществляет самоконтроль АД не менее 2–3 раз в день. Контроль массы тела проводится в I и II триместрах 1 раз в 10 дней, в III триместре – 1 раз в 5–7 дней.

При наличии хронической артериальной гипертензии (АГ) или выявлении гестационной АГ, беременная проходит обследование согласно представленному алгоритму обследования беременных с АГ.

Поддержание оптимального уровня АД

Необходимо применение лекарственных препаратов, не противопоказанных при беременности (β -адреноблокаторы, α_2 -адреномиметики, блокаторы кальциевых каналов; **Во время беременности противопоказано назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (категория D по FDA) [15,16].**

Критерии начала гипотензивной терапии: АД \geq 140/90 мм рт. ст. Целевой (безопасный для матери и плода) уровень АД при проведении гипотензивной терапии: САД – 130–140 мм рт. ст., ДАД – 80–95 мм рт. ст.

Препаратами выбора для беременных являются препараты центрального действия (метилдопа 250–500 мг в сутки 2–3 раза в день), антагонисты кальция (нифедипин* по 10–20 мг 2–3 раза в день, амлодипин* 5–10 мг 1 раз в сутки – начальная доза – 10 мг/сут, поддерживающая доза – 20–30 мг/сут, максимальная – 60мг/сут), β -адреноблокаторы (атенолол 12,5–25 мг/сут 1–2 раза в день, метопролол по 25–100 мг 1–2 раза в сутки).

* В период беременности и во время грудного вскармливания препарат следует применять только после тщательного анализа соотношения положительного эффекта лечения и риска, связанного с его проведением.

С целью контроля эффективности терапии проведение суточного мониторинга АД (СМАД) является целесообразным.

При подозрении на преэклампсию (ПЭ) показана госпитализация в стационар, мониторинг АД и контроль состояния плода. В обязательном порядке проводится магниевая терапия под контролем уровня магния в крови. На фоне лечения терапевтическая концентрация магния в сыворотке крови 2,0–4,0 ммоль/л, уровень 6,5 ммоль/л считается критическим в плане развития осложнений (нарушения дыхания, судорогов, парезов).

Специфическая медикаментозная терапия у беременных с последствиями ЧМТ охватывает симптоматическое лечение, направленное на коррекцию когнитивных и психических нарушений, профилактику эпилептических приступов и прием препаратов, влияющих на патогенетические механизмы, лежащие в основе проявления ПЧМТ.

Антиагреганты:

– дипиридамол по 25–50 мг 3 раза в сутки.

Вазоактивные препараты:

– эуфиллин 2,4% по 10 мл внутривенно струйно или капельно 2 раза в день.

Препараты нейропротекторного действия:

– магния сульфат (блокатор NMDA-рецепторов) внутривенно капельно медленно 60мл 25% раствора в сутки в течение 5–7 дней;

– церебролизин 5мл внутривенно струйно 10 дней, далее 0,025 по 2 таб 3 раза в день (21 день).

Ноотропы:

– глицин по 100 мг 2–3 раза в сутки сублингвально (активатор тормозной нейротрансмиссии). Беременность не является противопоказанием для применения данного препарата. Глицин повышает умственную

работоспособность, уменьшает выраженность мозговых расстройств, нормализует сон;

– пирацетам 400 мг 2–3 раза в день (21 дней).

Препараты, улучшающие энергетический и тканевой метаболизм:

– актовегин 400 мг внутривенно капельно 5–10 дней с последующим переходом на таблетированные формы по 200 мг (1 таб.) 3 раза в день (21 день).

Ингибитор карбоангидразы ацетазоламид (обладает слабой диуретической активностью). Не рекомендуется в I триместре беременности, *категория действия на плод по FDA* — C («Риск не может быть полностью исключен»).

Блокатор кальциевых каналов:

– циннаризин 25 мг (1 таб.) 3 раза в день (21 день).

В каждом отдельном случае применения ацетазоламида и циннаризина следует оценивать ожидаемый эффект терапии и потенциальный риск для плода.

Необходимо с осторожностью применять препараты, улучшающие микроциркуляцию ГМ при наличии эпилепсии.

При симптоматической эпилепсии и указании на приём ПЭП обязательным является консультация генетиком, проведение ЭЭГ и определение концентрации ПЭП в организме беременной 1 раз в 2 месяца (при компенсированном течении эпилепсии).

Особую группу составляют беременные с последствиями УГМ тяжелой степени, которые длительное время находились на пролонгированном ИВЛ. В последствии у большинство развивается хронический стеноз гортани. В таком случае всем беременным показана консультация оториноларингологом, проведение эндифиброларингоскопии, исследование функции внешнего дыхания для дальнейшего решения вопроса о возможном проведении общей анестезии с интубацией трахеи.

При тяжелой степени сочетанной травмы (ЧМТ + скелетная травма, ЧМТ + абдоминальная + скелетная и др.) необходима консультация травматолога.

Наблюдение пациенток должно соответствовать протоколу ведения беременных с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями. Возникновение головных болей, зрительных нарушений, эпилептических припадков, является показанием к срочной консультации невролога, нейрохирурга, эпилептолога.

Плановая дородовая госпитализация беременной в акушерский стационар III уровня за 1–2 недели до предполагаемого срока родов (оптимально на 38–39-й неделе гестации).

Родоразрешение беременных с ПЧМТ

Характер и тяжесть травмы, выраженность того или иного неврологического синдрома, время, прошедшее с момента ЧМТ, а также общая динамика неврологических расстройств обуславливают применение нескольких вариантов родоразрешения:

- через естественные родовые пути без ограничения потуг;
- через естественные родовые пути с ограничением потуг (вакуум-экстракция);
- родоразрешение с исключением потуг (кесарево сечение – КС, наложение полостных/выходных щипцов).

Наряду с общепринятыми акушерскими показаниями к КС у беременных с ПЧМТ показаниями к абдоминальному родоразрешению являются следующие:

Абсолютные показания к КС:

- тяжелое поражение головного мозга;
- наличие или нарастание выраженного неврологического дефицита;
- сочетанные травмы с повреждением таза;
- эпистатус;
- наличие другой экстрагенитальной патологии, являющейся самостоятельным показанием к КС.

Альтернативным методом кесарева сечения является вагинальные оперативные роды (полостные/выходные акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода).

Показаниями к вагинальным оперативным родам являются

следующие:

- последствия после СГМ или УГМ средней тяжести;
- сочетание ЧМТ с другой экстрагенитальной патологией, требующей ограничение потуг (патология ССС, миопия высокой степени, ОНМК);
- сочетание ЧМТ с осложнениями гестации: АГ, умеренная преэклампсия.

При СГМ и УГМ легкой степени тяжести, компенсированном ее течении, отсутствии акушерских осложнений показаны роды через естественные родовые пути без ограничения потуг.

• **Обязательными условиями при родоразрешении через естественные родовые пути являются:** удовлетворительное состояние плода и беременной, биологическая готовность организма к родам и добровольное информированное согласие беременной на любой метод родоразрешения.

• Подготовка к самопроизвольным родам беременных проводится по общепринятым схемам. Возможно использование различных существующих в настоящее время методов подготовки (немедикаментозные, медикаментозные, механические).

• Роды ведутся совместно акушером-гинекологом, анестезиологом и неонатологом. Предпочтительно программированное родоразрешение в дневное время суток. Вопрос о сроках родоразрешения решается в зависимости от состояния матери и плода. Оптимальным является родоразрешение при доношенном сроке беременности (38–40 нед).

• В родах проводится постоянный мониторинг АД. При АГ противогипертензивная терапия продолжается в процессе родоразрешения.

• Если роженица ранее получала противосудорожные препараты (ПЭП), то терапия продолжается в прежних дозировках в процессе родов.

• Проводится постоянный контроль за состоянием плода (кардиотокография).

• В процессе родоразрешения с целью ограничения или исключения потуг (по рекомендациям нейрохирурга и невролога) возможны вагинальные оперативные роды: вакуум-экстракция плода или выходные (полостные) акушерские щипцы (показания к вагинальным оперативным родам см. выше).

• II и III периоды родов ведутся с подключённой инфузионной системой. Профилактика кровотечения в конце II периода родов осуществляется окситоцином – 10 мл внутривенно струйно.

• В случае выявления в процессе родоразрешения аномалий родовой деятельности применение утеротонических препаратов не противопоказано.

Метод анестезии во время КС и при родоразрешении через естественные родовые пути у беременных с ПЧМТ [13, 15]

В настоящее время регионарная анестезия (РА) (спинальная и перидуральная анестезия) широко применяется в акушерской анестезиологии, практически вытеснив общую анестезию.

Согласно последней информации, на долю общей анестезии при операции КС приходится не более 15–20% наблюдений. Однако наличие у беременных интракраниальной патологии может существенно изменить тактику анестезиологического обеспечения.

Наиболее оптимальным методом обезболивания при кесаревом сечении и при родоразрешении через естественные родовые пути является регионарная анестезия. Проведение во время оперативного родоразрешения спинальной или перидуральной анестезии или их комбинация обеспечивает гемодинамическую стабильность, адекватное обезболивание у данного контингента больных.

Ведение послеродового периода

В послеродовом периоде необходимо тщательное наблюдение, контроль за гемодинамическими показателями родильницы.

Основные мероприятия:

- наблюдение;
- мониторинг АД;
- продолжение антигипертензивной терапии;
- при АГ в родах и ПЭ – продолжение магнезиальной терапии;
- в связи с риском обострения эпилепсии в послеродовом периоде рекомендуется регулярный приём ПЭП. Что касается проблеме грудного вскармливания на фоне приёма ПЭП: грудное вскармливание показано, если позволяет состояние ребёнка. Синдром передозировки или отмены ПЭП у

новорожденных наблюдается очень редко.

– консультация невролога, окулиста, терапевта, кардиолога.

При выписке из акушерского стационара родильнице предоставляется выписка из истории родов, рекомендации:

1. Наблюдение акушером-гинекологом
2. Диспансерное наблюдение неврологом и эпилептологом (не реже чем раз в 6 мес. показано неврологическое обследование, а при необходимости и инструментальное; проведение ЭЭГ – не реже 1 раз в год).
3. При АГ продолжение гипотензивных препаратов под контролем АД с возможной коррекцией; при применении гипотензивных препаратов (нифедипин, метилдопа и др.) – грудное вскармливание не противопоказано.
4. Коррекция ПЭП эпилептологом 1 раз в месяц в течение 1 года, далее 1 раз в 3 месяца в течение 3 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Для создания алгоритма обследования и лечения пациенток с последствиями ЧМТ, ведения беременности, определения оптимальной тактики родоразрешения под нашим наблюдением находились 122 беременные с ЧМТ: 62 (50,8%) беременные с СГМ (1-я группа), 60 (49,2%) – с УГМ (2-я группа), среди них у 4 (3,2%) ЧМТ произошло во время беременности. Осложненное течение беременности констатировано у пациенток двух групп наблюдения и наиболее значимыми осложнениями явились: угроза прерывания беременности у 37 (30,3%), ранний токсикоз (рвота беременных) – у 18 (14,8%), преэклампсия – у 14 (11,5%) беременных.

В ГБУЗМО МОНИИАГ родоразрешены все 122 пациентки с последствиями ЧМТ: 52 (42,7%) беременным произведено КС, у 70 (57,3%) пациенток произошли роды через естественные родовые пути: самопроизвольные роды – у 64 (91,4%), путем вакуум экстракции плода (ВЭП) – у 6 (8,6%). Наиболее частым показанием к абдоминальному родоразрешению явилось наличие рубца на матке после КС в обеих группах – 19,4 и 13,3% соответственно. Только у 20% первородящих женщин 2-й группы (УГМ)

показанием к КС были рекомендации неврологов и нейрохирургов. Таким образом, неврологическая симптоматика не всегда определяла показания к абдоминальному родоразрешению, чаще лидировали акушерские показания.

Одни роды были преждевременными, показанием к досрочному родоразрешению явилась тяжёлая преэклампсия. Перинатальной и материнской летальности не было.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Результаты исследования позволили рационализировать тактику ведения беременности и родов у пациенток с перенесенной ЧМТ, что позволило снизить частоту гестационных и перинатальных осложнений у этого контингента женщин. Так, частота преэклампсии была снижена с 18 до 11,5% угрозы прерывания беременности с 43 до 30% в группах наблюдения.

Оптимизация тактики родоразрешения позволила снизить частоту КС, показанием к которому явилась данная патология, с 34 до 20% у пациенток 2-й группы, несмотря на то, что для этой части пациенток было характерно более значимое поражение ГМ. Несмотря на тяжесть заболевания и осложненное течение гестационного периода, через естественные родовые пути были родоразрешены 57,3% женщин. Все это позволило получить экономический эффект за счет сокращения продолжительности стационарного лечения беременных, родильниц и их новорожденных.

Результаты настоящей работы внедрены и используются в практике акушерских отделений ГБУЗ МО МОНИИАГ, а также в работе женских консультаций, перинатальных центров и родильных домов Московской области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б. Неврология. Национальное руководство. М: ГЭОТАР-Медиа. 2018; 40–55, 503–524.
2. Одинак М.М. Нервные болезни. СПб: СпецЛит. 2014; 191–210.

3. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма: диагностика и лечение. М.: ГЕОТАР -Медиа. 2014. 19–188.
4. Ногаева М.Г., Тулеутаева С.А. Частота встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных женщин. Трудный пациент. 2011; 9; 9: 39–42
5. Corrigan JD, Selessie AW, Orman JA. The epidemiology of traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil. 2010; 25: 3: 224.
6. Masel BE, DeWitt DS. Traumatic brain injury: a disease process, not an event. J. Neurotrauma. 2010; 27: 8: 1529–1540.
7. Whitnall L, Mcmillan TM, Teasdale G, Gurray GD. J Neurology Neurosurgery Psychiatry. 2006; 7: 5: 640–645.
8. Жулев Н.М., Яковлев Н.А. Легкая черепно-мозговая травма и ее последствия: Учебное пособие. М., 2004; 128.
9. Краснопольский В.И., Петрухин В.А., Ахвlediани К.Н., Волынкин А.А., Власов П.Н. Родоразрешение беременных с последствиями черепно-мозговой травмы. Доктор.Ру. Гинекология. Эндокринология. 2016; 124: 7: 57–60.
10. Лихтерман Л.Б. Классификация черепно-мозговой травмы. Судебная медицина РФ. 2015; 1: 1: 42–46.
11. Koliass AG, Guilfoyle MR, Helmy A, Allanson J et al. Traumatic brain injury in adults. Pract Neurol. 2013; 13: 4: 228–235.
12. Гринберг М.С. Нейрохирургия. Пер. с англ. Москва: МЕДпрессинформ. 2010; 678–743.
13. Bulas O., Eqloff A. Benefits and risks of MRI in pregnancy. Seminars in perinatology. 2013; 37: 5: 301–304.
14. Ray O, Bahado-Singh Luis F. Goncalves. Techniques, terminology, and indications for MRI in pregnancy. Seminars in perinatology. 2013; 37: 5: 333–334.
15. Ginozar Y, Reynolds F, Halpern S, Weiner CP. Anaesthesia and the Fetus. UK: Willey Blakkwell. 2013; 141–210: 327–352.
16. NICE Clinical guideline CG107: Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. Surveillance proposal GE document. 2015; 71.