

© Буршинов А.О., Яичникова Н.В., 2004
УДК 616.831-001:618.2

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

А.О. Буршинов, Н.В. Яичникова

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

В статье представлены результаты изучения 73 беременных с последствиями черепно-мозговой травмы. Дана клинико-неврологическая характеристика этой группы больных, приведены данные о распространённости и течении неврологических проявлений травматической энцефалопатии, об исходах беременности и родов.

Развитие производственных технологий и транспорта способствует увеличению травматизма. Среди причин летальности людей в возрасте до 45 лет черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает третье место. Она составляет 30-50% всех травм. Имеется постоянная тенденция к росту этих показателей на 2-3% ежегодно. У 40-90% лиц, перенесших ЧМТ, отмечаются различные последствия. Речь идёт о травматической болезни мозга, течение которой ухудшает качество жизни людей, перенесших ЧМТ. Практика родовспомогательных учреждений показывает, что растёт число женщин, перенесших ЧМТ, решивших выносить беременность и иметь ребёнка.

Известно, что различные экстрагенитальные заболевания нарушают нормальное развитие и течение беременности и родов. В свою очередь, возрастающие при беременности функциональные нагрузки на сердечно-сосудистую, дыхательную, экскреторную и другие системы, могут приводить к декомпенсации в течении экстрагенитальных заболеваний. В этой связи особого внимания заслуживает течение посттравматических неврологических расстройств у беременных.

В последнее десятилетие возрос интерес к изучению различных аспектов течения как самой черепно-мозговой травмы, так и её последствий [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Это привело к уточнению клинико-патогенетических параллелей и вариантов течения синдромов травматической энцефалопатии, разработке современной классификации [11]. Большинство авторов, изучавших течение беременности при последствиях ЧМТ, указывают, что у таких женщин чаще наблюдаются ранние и поздние гестозы, самопроизвольные аборт, преждевременные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, кровотечения [1, 2].

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-неврологической характеристики, распространённости и течения неврологических синдромов травматической энцефалопатии у беременных.

Материалы и методы

В основу работы положен анализ течения ТЭ у 73 женщин, перенесших до беременности черепно-мозговую травму. Оценивались динамика состояния больных в связи с беременностью и родами, а

также течение и исход беременности. Тяжесть перенесённой черепно-мозговой травмы была различной: сотрясение головного мозга – у 45, ушиб мозга – у 28. Временной интервал от травмы до наступления беременности составлял от 11 месяцев до 15 лет. Сроки возникновения клинических проявлений заболевания колебались от 1 до 3 лет. Женщины были в возрасте: до 20 лет – 17, 21-25 лет – 25, 26-30 лет – 14, 31-35 лет – 11, 36-39 лет – 6. Первобеременных было 29, повторнобеременных – 44.

План обследования включал клиническое наблюдение, оценку неврологического статуса, офтальмоскопию, нейровизуальные (магнитно-резонансная томография) и нейрофизиологические методы исследования (электроэнцефалография, реоэнцефалография), психологическое тестирование, направленное на исследование тревожных и депрессивных расстройств (тесты Ч.Д. Спилберге-ра, Ю.Л. Ханина и Бека). Больные наблюдались неврологом в течение всей беременности, как в женской консультации, так и в специализированном отделении патологии беременности. При необходимости беременные госпитализировались в отделение патологии родильного дома и в неврологический стационар, где уточнялся диагноз и проводилось лечение. Факт и характер перенесённой ЧМТ устанавливали на основании изучения анамнеза и медицинских документов лечебных учреждений, в которых больные находились сразу после травмы.

Соответственно классификации [6], все больные были сгруппированы в 6 групп. Первую группу составили женщины с астеническим синдромом (13), вторую – с вегетативно-дистоническим синдромом (27), третью – с синдромом ликвородинамических нарушений (17), четвёртую – больные с церебрально-

очаговым синдромом (6), пятую – с синдромом посттравматической эпилепсии (7) и шестую – женщины с преобладанием симптомов, характерных для психоорганического синдрома (3).

Для оценки течения беременности и её исходов была набрана контрольная группа. В неё вошли 30 здоровых женщин, имевших беременность и существенно не отличавшихся по возрасту, условиям труда и быта от лиц основной группы.

Из всех 73 женщин 13 (18%) жаловались на периодическую общую слабость, раздражительность, тревожность, эмоциональную лабильность, быструю утомляемость, снижение памяти, нарушение сна. Очаговой неврологической симптоматики у них обнаружено не было. Преемственное наблюдение с учётом результатов параклинических методов обследования позволило отнести этих пациенток к больным, у которых ведущим в клинике травматической энцефалопатии был астенический синдром. У 10 женщин (77%) с наступлением беременности общее состояние ухудшилось, они чувствовали себя "постоянно уставшими", сон стал прерывистым, коротким или наоборот долгим, не приносил улучшения, присутствовало чувство сонливости и раздражительности. Причём у 5 наблюдаемых эти изменения сочетались с признаками гестоза I половины беременности.

Беременные из второй группы наблюдения жаловались на головную боль, преимущественно пульсирующего и давящего характера, которая усиливалась при перемене погоды, при изменении температуры окружающей среды, периодические головокружения, сопровождающиеся постоянным шумом в голове, быструю утомляемость, раздражительность, тревожность, сердцебиения, тахи- и брадикардию, неприятные ощу-

щения в области сердца, преходящие сердцебиения, похолодание конечностей, повышенную потливость (27 женщин - 37%). Все вегетативные расстройства носили перманентный характер и до наступления беременности. У 15 больных отмечалось прогрессирование. Женщины жаловались на усиление головных болей, повышение артериального давления, припадки ортостатического характера, из них у 5 - присутствовал ранний гестоз, у 1 - поздний, у 2 - сочетанный.

Пациенткам, которые жаловались на распирающие головные боли, тошноту, головокружения, после офтальмоскопии был поставлен синдром ликвородинамических нарушений (17 больных - 21%). У 14 (82%) женщин во время беременности усилились распирающие головные боли, ухудшилось зрение, появились мушки перед глазами во время приступа, на глазном дне отмечалось усугубление застойных явлений, у 10 эти изменения происходили на фоне гестоза (у 3 - ранний гестоз, у 4 - поздний, у 3 - сочетанный).

У 6 (8%) пострадавших на фоне очаговых изменений со стороны ЦНС с клиническими признаками церебрально-очагового синдрома, при офтальмоскопическом обследовании в 1 случае отмечалась односторонняя атрофия зрительного нерва. У 3 (50%) женщин прогрессирование синдрома сочеталось с гестозом. Они жаловались на многократную рвоту, снижение аппетита, потерю массы тела, слюнотечение, раздражительность, подавленное настроение, общую слабость.

У 8 больных (12%) были зарегистрированы epileptические приступы. У 5 беременных наблюдались ранние эпилептические приступы в течение первой недели после ЧМТ в виде генерализованного судорожного приступа. В последующем, че-

рез два года у 1 пациентки развились резкие генерализованные эпилептические приступы (реже 1 раза в 9 месяцев), за время беременности приступов не было, а у 4 - генерализованные и парциальные частые эпилептические приступы. У 3 женщин через 9 месяцев - 1,2 года после ЧМТ развились фокальные по типу джексоновских epileptических приступов. У одной больной - с резкими приступами, а у 2 - с частыми эпилептическими приступами. С наступлением беременности у 5 (63%) женщин с эпилептическими приступами отмечалось их увеличение на 15-22 неделе (у 3 с генерализованными и у 2 - с частыми приступами). Характер эпилептических приступов при этом не изменился и повторялся в группах мышц тех же конечностей, что и до беременности. А у 4 беременных с прогрессированием синдрома также были отмечены признаки гестозов (у 1 - ранний гестоз, у 1 - поздний и у 2 - сочетанный),

У 3 женщин (4%) были отмечены клинические признаки, характерные для психоорганического синдрома в виде глубоких изменений личности, с появлением черт характера, не свойственных преморбидному состоянию, до травмы. Особенно нарушалась аффективно-волевая сфера. Больные жаловались на раздражительность с приступами гнева и недовольства. Психологическое тестирование показало у всех обследованных женщин преобладание депрессивных или тревожно-депрессивных расстройств и личностной тревожности. У больных этой группы отмечалась неустойчивость настроения, выраженная эмоциональная лабильность в сочетании с депрессивными реакциями на ипохондрическом фоне, грубое нарушение сна, постоянная утренняя головная боль ноющего характера. У 2 женщин (67%) отмечалось изменение состояния с постоянным ухудшением настроения, с частыми приступами депрессии или раздражительности,

злости, которое сочеталось с патологическим течением беременности (у 1 - поздний гестоз и у 1 - сочетанный).

Стоит отметить, что у пациенток с прогрессирующим течением заболевания было отмечено частое сочетание этих изменений с признаками патологического течения беременности.

Приведём пример прогрессирования заболевания с наступлением беременности.

Больная М., 19 лет, продавщица, 18.11.2000 г. поступила в неврологическое отделение областной клинической больницы (история болезни №5738) с жалобами на приступы потери сознания, во время которых возникал прикус языка и судороги (со слов очевидцев). В детстве росла и развивалась нормально. Родители к моменту её рождения были здоровы. Перенесённые заболевания: ОРВИ, хронический пиелонефрит. В пятилетнем возрасте было сотрясение головного мозга. Вскоре появились приступы потери сознания, начинавшиеся со смеха или плача. Во время приступа судорог, прикуса языка, открытия сфинктеров не было. Приступы возникали в разное время суток. Обследовалась и лечилась в детском неврологическом отделении. Постоянно регулярно принимала фенobarбитал 0,05 г и бензонал 0,05 г на ночь. Со временем приступы трансформировались: больная «просыпалась от ощущения прохождения тока в правых конечностях, наблюдала, как возникают подёргивания руки и, затем, ноги справа, затем ничего не помнила». При нарушении режима приёма лекарств или после употребления алкоголя приступы учащались до пяти за ночь.

Менструации с 14 лет, по 3 дня, регулярные, б/б. Половая жизнь с 16 лет. Не замужем. Настоящая беременность первая. При обращении к неврологу в сроке 4 недели беременности отметила

учащение приступов. Явлений гестоза нет. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Артериальное давление 110/50 мм. рт. ст. Пульс – 75 уд. / 1 мин. Анализ крови и мочи в норме. В последние 2 недели у больной приступы стали повторяться до 3-5 приступов в день. Она стала регулярно принимать антиконвульсанты. Учитывая быстро прогрессирующее течение заболевания, опасаясь возможного тератогенного действия лекарств, и по желанию самой пациентки был сделан медицинский аборт. После аборта самочувствие улучшилось. Приступы стали возникать реже: сначала до 2-3 в неделю, а в дальнейшем 1-2 в месяц.

Таким образом, беременность оказала отрицательное влияние на течение заболевания. Беременность была прервана медицинским абортом на сроке 5 недель.

У 35 женщин из 73 беременность протекала физиологически, а у 32 (44%) – патологически (у 18 беременных – ранний гестоз, у 7 – поздний, а у 8 – сочетанный). У 2 женщин беременность была прервана выкидышем, а 4 женщинам был сделан медицинский аборт (1 беременная с вегетативно-дистоническим синдромом, 2 – с синдромом ликвородинамических нарушений и 1 - с синдромом посттравматической эпилепсии). В контрольной группе признаки гестоза встречались у 4 (13%): у 3 - ранний, у 1 - сочетанный. У 67 пациенток беременность благополучно завершилась родами, из них у 35 женщин (52%) были патологические роды. Преждевременные роды на 31-37 неделе наблюдались в 28 случаях, из них стремительные роды – 10, с родовым травматизмом наружных половых органов – 19, разрывы промежности и влагалища – 3, преждевременное излитие вод – 28, длительный безводный промежуток - в 5 случаях. Амниотомия у

17 женщин, вторичная слабость родовой деятельности у 11, у 5 из них гипотоническое кровотечение. Преждевременная отслойка плаценты у 6, кесарево сечение было выполнено 4 беременным. По шкале Апгар состояние новорожденных оценивалось следующим образом: 7-8 баллов у 32; 6-7 баллов у 21; 5-6 баллов у 14 младенцев. А в контрольной группе патологические роды были только у 1 женщины (3%) с сочетанным гестозом.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования подтвердили наличие прямой зависимости между тяжестью клинических проявлений неврологических синдромов травматической энцефалопатии и характером течения беременности. У 32 женщин (44%) из 73 были отмечены признаки гестоза. У пациенток с патологическим течением беременности (ранний и/или поздний гестоз) ухудшилось субъективное состояние и появилась отрицательная динамика в неврологическом статусе, при офтальмоскопическом и нейровизуальном методах исследования. В контрольной группе гестоз встречался только у 13% женщин. После проведенной комплексной терапии гестоза, включавшей в себя вазоактивные, седативные и дегидратационные средства, психотерапию, состояние больных улучшилось: ранний гестоз регрессировал, а признаки позднего гестоза уменьшились. Эти данные позволяют нам утверждать, что для предотвращения неблагоприятного течения беременности и уменьшения вероятности её неблагоприятного исхода у женщин в резидуальном периоде ЧМТ следует проводить своевременное и адекватное лечение гестозов.

Отмечена отрицательная динамика синдромов ТЭ во время беременности. Наши результаты подтверждают данные разных авторов о негативном влиянии

перенесённых ЧМТ на течение беременности [13].

Физиологические изменения, характерные для беременности, могут способствовать усугублению течения травматической болезни головного мозга. Избыток эстрогенов, отмечающийся в I триместре беременности, способствует повышению проницаемости патологически изменённых сосудов, релаксации фиброзной ткани тела матки в связках таза [3, 12]. Эти изменения могут приводить к аномалии родовой деятельности, родовому травматизму матери [4, 14, 15]. Изменение кислотно-щелочного равновесия в сторону алкалоза приводит к задержке воды и солей натрия, что может негативно влиять на течение травматической болезни головного мозга, к учащению epileptических припадков.

Выводы

1. В структуре неврологических синдромов травматической энцефалопатии у беременных преобладал вегетативно-дистонический синдром (у 37%). Другие синдромы встречались реже: синдром ликвородинамических нарушений (у 23%), астенический синдром (у 18%), синдром посттравматической эпилепсии (у 10%), церебрально-очаговый синдром (у 8%), психоорганический синдром (у 4%).
2. Беременность является фактором риска при последствиях ЧМТ, способствующим провоцированию неврологических проявлений травматической энцефалопатии.
3. Прогрессирование ТЭ чаще происходит при осложнённом течении беременности.
4. У женщин с последствиями ЧМТ беременность чаще протекает с гестозом.
5. Женщины, перенесшие до беремен-

ности черепно-мозговые травмы, представляют группу риска по развитию осложнённого течения беременности и родов, неблагоприятных исходов для матери и плода и требуют своевременного профилактического лечения в виде комплексной терапии гестоза, которая включает в себя вазоактивные, седативные и дегидратационные средства, психотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архангельский А.Е. Патология нервной системы и беременность: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Е. Архангельский. – СПб., 1999. – 32с.
2. Буршинов А.О. Неврологические осложнения при беременности, в родах и послеродовом периоде: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.О. Буршинов. – Иваново, 1997. – 21с.
3. Ванина Л.В. Беременность и сердечно-сосудистая система / Л.В. Ванина. – М.: Медицина, 1991. – 224с.
4. Волкова Е.В. Особенности центральной гемодинамики и жидкостных объёмов у беременных с артериальной гипертензией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Волкова. – М., 1991. – 24с.
5. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей / Под ред. Г.А. Акимова, М.М. Одинак. – СПб.: Изд-во «ГИППОКРАТ», 2000. – 664с.
6. Катамнез больных, оперированных по поводу травматических субдуральных гематом / Ю.С. Мартынов, Е.В. Сурская, Е.В. Малкова, Н.А. Шувакина // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – №5. – С.23-26.
7. Классификация последствий черепно-мозговой травмы / Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов, А.Д. Кравчук, В.А. Охлопков // Неврологический журн. – 1998. – №3. – С.12-14.
8. Лихтерман Л.Б. Иммунопатология травматической болезни головного мозга / Л.Б. Лихтерман, И.В. Ганнушкина. – Ульяновск, 1996. – 529с.
9. Макаров А.Ю. Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация / А.Ю. Макаров // Неврологический журн. – 2001. – №2. – С.38-41.
10. Нейротравматология: Справочник / Под ред. акад. А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, проф. А.А. Потапова. – М.: ИПЦ «Вазар-ферро», 1994. – 358с.
11. Одинак М.М. Классификация и клинические проявления последствий черепно-мозговой травмы / М.М. Одинак, А.Ю. Емельянова // Воен.-мед. журн. – 1998. – №1. – С. 46-51.
12. Персианинов А.С. Особенности функций системы кровообращения у беременных, рожениц и родильниц / А.С. Персианинов, В.Н. Демидов. – М.: Медицина, 1977. – 288с.
13. Усоскин И.И. Беременность и роды при органических заболеваниях ЦНС / И.И. Усоскин. – М.: Медицина, 1974. – 223с.
14. Шехтман М.М. Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных / М.М. Шехтман, Т.М. Варламова, Г.М. Бурдули. – М.: «Триада-Х», 2001. – 128с.
15. Шехтман М.М. Болезни органов дыхания и кровообращения у беременных / М.М. Шехтман, Г.М. Бурдули. – М.: «Триада-Х», 2002. – 232с.

TRAUMATIC ENCEPHALOPATHY IN PREGNANCY

A.O. Burchinov, N.V. Yaichnicova

In clause the results of study 73 pregnant women with consequences of a cranial- brain trauma are submitted. The characteristic of this group of the patients is given clinical neurological, the data on prevalence and current neurological of displays traumatic encephalopathy, about outcomes of pregnancy and sorts are given.