

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ

В.В. Архипов, к. м. н., доцент, **Ф.Л. Хайруллина**, доцент, **В.Н. Радутный**, кафедра акушерства и гинекологии, Институт последипломного образования, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Частота эпилепсии весьма значительна и не имеет тенденции к снижению. Нередко манифестация болезни связана с беременностью. Существенной проблемой является то, что препараты для лечения эпилепсии являются тератогенными. Кроме того, у данного контингента женщин чаще встречаются осложнения беременности и родов. Необходимо совместное ведение женщин с эпилепсией акушером-гинекологом и эпилептологом.

Ключевые слова: эпилепсия, ведение беременности, родов.

The frequency of epilepsy is significant and there is no tendency of its decrease. Manifestation of the disease is often connected with pregnancy. The acute problem is the fact that the medications for the treatment are teratogenic. Besides this group of women have pregnancy and labor complications more often. Women with epilepsy should be treated by both maternity nurse and epileptologist.

Key words: epilepsy, pregnancy conducting, labor.

Эпилепсия в настоящее время является самым распространенным психоневрологическим заболеванием в мире и встречается с частотой около 1% в популяции, а до 40% больных – женщины репродуктивного возраста. До 1% беременных страдают эпилепсией, более чем в 10% случаев болезнь впервые проявляется во время беременности и у такого же количества женщин эпилепсия наблюдается исключительно во время беременности. Большинство больных нуждаются в длительном приеме антиконвульсантов. Несмотря на то что благополучное вынашивание беременности является весьма сложной проблемой, значительные опасения вызывает возможность возникновения вторичных пороков развития на фоне приема противосудорожных препаратов из-за их тератогенного действия или развития слабоумия у детей в последующем. С другой стороны, среди причин врожденных аномалий и аномалий развития в постнатальном периоде называют клинические проявления эпилепсии у матери во время беременности, в том числе вызванные прекращением приема антиконвульсантов. При этом при генерализованных судорожных припадках наблюдаются грубые ишемическо-гипоксические расстройства, в том числе в системе «мать-плацента-плод», что в некоторых случаях может привести к внутриутробной гибели плода. Кроме того, при некоторых формах эпилепсии вероятность наследования ребенком заболевания достигает 10%, а по некоторым данным до 40%, причем, более высокий процент характерен для форм хорошо поддающихся медикаментозной терапии.

Больные эпилепсией женщины вдобавок к общим сложностям, связанным с болезнью, испытывают ряд индивидуальных проблем полового и социального характера. Но тем не менее, среди женщин, больных эпилепсией, все больше стремящихся иметь детей, жить полноценной жизнью и быть полноправными членами общества. Решение о беременности принимается будущими родителями. Но только партнерство невролога, генетика, акушера-гинеколога и самой женщины позволяет добиться наиболее благоприятного течения и исхода беременности.

Идеальным является вариант, когда напоминанием о заболевании является лишь регулярный прием медикаментов, а кли-

нические проявления патологии практически отсутствуют. Очень важно, что современные возможности позволяют при помощи инвазивных методик мониторировать развивающуюся беременность, объективно отслеживать комплекс морфометрических, функциональных, гормональных, биохимических показателей, отражающих развитие беременности. При этом, в связи с решением женщины, больной эпилепсией, родить ребенка, у акушеров-гинекологов, эпилептологов, неонатологов и педиатров в последующем возникает масса проблем.

Чрезвычайно важным является постоянная планомерная работа неврологов (эпилептологов) совместно с акушерками-гинекологами с больной девочкой, начиная с пубертатного возраста и ее родственниками, чтобы они были полностью информированы о проблеме. Одной из первых подлежит решению проблема контрацепции, так как многие препараты противосудорожного действия значительно снижают контрацептивный эффект комбинированных оральных контрацептивов и могут привести к нежелательной беременности. Что касается беременности, необходимо убедить женщину и ее окружение в том, что беременность должна быть запланирована. Задача невролога на этапе планирования заключается в подборе рациональной лекарственной терапии, результатом которой должна стать стойкая медикаментозная ремиссия при монотерапии с использованием наименьшей суточной дозы или уменьшением разовой дозы с увеличением кратности приема (либо прием дюранных форм), чтобы избежать высоких пиков содержания антиконвульсантов в организме. Успешной терапией следует считать отсутствие генерализованных судорожных припадков. И если дальнейшее увеличение дозы не приводит к существенному эффекту, следует ограничиться данной минимальной дозой.

Противопоказаниями беременности является труднокурабельная эпилепсия с частыми генерализованными припадками, статусное течение заболевания, выраженные изменения личности больной. Беременность возможна в случаях стойкой медикаментозной ремиссии, при субкомпенсации с редкими или фокальными приступами. На прегравидарном этапе задача акушера-гинеколога – добиться нормализации менструальной

функции, т. к. около 40% больных имеют те или иные нарушения. Такой же процент пациенток требуют лечения анемии. При повышении уровня печеночных ферментов, что при приеме антиконвульсантов бывает достаточно часто, рекомендуется прием гепатопротекторов.

Задача генетика исключить наследственную патологию. При идиопатических генерализованных эпилепсиях вероятность наследования весьма значительна, при симптоматических парциальных – до 3%. До 17 недель возможно проведение биопсии хориона. При планировании беременности и в первом триместре женщина должна принимать фолиевую кислоту в дозе 5 мг в сутки.

При компенсированном состоянии регулярность наблюдения неврологом 1 раз в 2 месяца, при парциальных припадках в 2 раза чаще. Наблюдение акушера-гинеколога согласно нормативам. У больных должна быть стойкая мотивация приема антиконвульсантов, т. к. риск для плода значительно выше при генерализованных припадках, чем от приема противосудорожных препаратов. Больная должна обращаться к неврологу при любом учащении припадков. При беременности рекомендуется проведение ЭЭГ, определение концентрации противосудорожных препаратов в плазме, содержание гормонов фетоплацентарного комплекса, диагностическое УЗИ, в том числе с доплерографическим исследованием кровотока, с 26 недель показано проведение КТГ с оценкой топомоторики состояния матки и состояния плода. Показанием к досрочному родоразрешению являются склонность к серийному течению припадков и эпилептический статус. Эпилепсия не является противопоказанием для родов через естественные родовые пути. Медикаментозное обеспечение родов, в том числе обезболивание, не отличается от обычного, это касается и проведения регионарной анестезии.

В послеродовом периоде существует риск обострения эпилепсии, поэтому необходим строгий контроль за приемом противосудорожных препаратов. Если доза во время беременности не увеличивалась, ее следует оставить прежней. Грудное вскармливание не противопоказано, т. к. во время беременности к плоду попадает значительно больше лекарственных препаратов, чем через молоко при кормлении. Ребенку, в связи с возможной недостаточностью витамин-К-зависимых факторов свертывания из-за приема антиконвульсантов, показано профилактическое введение витамина К (Конакол для новорожденных) подкожно 1 мг/кг. В работе представлены данные о 26 женщинах, страдающих эпилепсией, родоразрешенных в условиях акушерского стационара высокого риска. Идиопатическую эпилепсию имели 12 женщин, 14 – органическую на резидуально-органическом фоне. Возраст женщин колебался и составил от 17 до 25 лет – 20 человек; 26-34 года – 6 человек. Первородных из них 20 женщин, повторнородящих 6. Продолжительность заболевания варьировала от 1 года до 4 лет – у 6; от 5 до 10 лет – у 7; от 11 до 15 лет – у 4; от 16 до 20 лет – у 6 и свыше 20 лет – у 3 женщин. До беременности регулярно принимали противосудорожные препараты 15 пациенток (депакин, финлепсин, бензонал,

ламиктал, феназепам); нерегулярно – трое, остальные 8 не принимали препараты вовсе. Во время беременности продолжали регулярный прием противосудорожных препаратов 11 женщин. В 4 случаях во время беременности имело место учащение судорожных припадков, причем, чаще припадки стали у женщин, принимающих депакин (2 случая) и финлепсин (2 случая). Реже припадки во время беременности стали у женщин на фоне приема финлепсина, у 5 женщин во время беременности припадки стали реже без приема антиконвульсантов. При поступлении всем беременным было проведено комплексное клиническое, лабораторное, инструментальное, аппаратное обследование. Оценивались показания состояния фетоплацентарного комплекса при помощи УЗИ, доплерографического исследования кровотока в системе «мать-плацента-плод», кардиотокография. Все пациентки были консультированы неврологом с проведением электроэнцефалографии. Следует отметить, что при этом у подавляющего числа женщин были выявлены выраженные изменения с наличием эпиактивности с тенденцией к генерализации, выраженной дисфункции срединных мозговых структур, снижению порога судорожной готовности, пирамидной недостаточности. В 2 случаях имелись грубые органические изменения в виде кист лобно-височных областей. Одной пациентке ранее проводилось шунтирование желудочков головного мозга. После всестороннего обследования 4 пациенток с незначительными изменениями ЭЭГ, отсутствием признаков внутриутробного страдания плода были родоразрешены через естественные родовые пути. Двое из них были первородящие, двое повторнородящие, в одном случае произошли преждевременные роды при сроке гестации 33 недели у повторнородящей женщины. В 4 случаях показанием к абдоминальному родоразрешению явилась прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода. В 18 случаях беременные были родоразрешены абдоминальным путем по рекомендации невролога в связи с наличием выраженных изменений на ЭЭГ. Маловесные дети родились в 6 случаях, крупные в 2, остальные дети – с нормальными массо-ростовыми показателями. Крупные дети были рождены матерями, не принимавшими антиконвульсанты ни до беременности, ни во время ее; маловесные дети родились у женщин, принимавших противосудорожные препараты. Кроме того, в 1 случае имел место порок сердца у новорожденного – дефект межжелудочковой перегородки и открытый аортальный проток на фоне приема депакина (припадков во время беременности у женщины не было). В одном случае у новорожденного наблюдалась киста сосудистого сплетения головного мозга на фоне приема финлепсина (2 припадков за беременность). В одном случае диагностирована тазовая дистопия почки на фоне приема новопассита (припадков во время беременности не было). В одном случае имело место тяжелое гипоксическое поражение ЦНС плода на фоне приема депакина (2 припадков за беременность). Перинатальных потерь в исследуемой группе не было. Дородовых и послеродовых кровотечений, гнойно-септических осложнений не



Акушерство и гинекология. Раздел II

наблюдалось. Приступы эпилепсии произошли в послеродовом периоде у 3 родильниц. Таким образом, проблема эпилепсии у беременных женщин в настоящее время не решена полностью и требует дальнейшего изучения с целью оптимизации лечебно-диагностических мероприятий у данного контингента женщин. Не вызывает сомнения необходимость совместного ведения больной эпилепсией врачом

неврологом (эпилептологом) и акушером-гинекологом, как вне беременности, так и на этапе прегравидарной подготовки и во время беременности.



ЛИТЕРАТУРА

1. Карлов В.А., Власов П.Н., Краснопольский В.И., Петрухин В.А. Терапевтическая тактика при эпилепсии во время беременности. Методические указания 2001; 130: 15.