

УДК 616.853-619(584.5)

Член-корреспондент АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоева, Г.С.Ашурова

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ*Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибн Сино*

Исследователями разработан комплекс мероприятий по подготовке и ведению беременных женщин, страдающих эпилепсией, и приведены результаты внедрения их в практику. Предложенный комплекс мероприятий оказался весьма эффективным и способствовал улучшению перинатальных исходов.

Ключевые слова: эпилепсия – беременность – прегравидарная подготовка – антенатальный уход – антиэпилептическая терапия.

Все женщины репродуктивного возраста, проживающие в Республике Таджикистан, также как и в остальных странах, особенно Востока, стремятся иметь детей. Не являются исключением и женщины, страдающие эпилепсией. В тоже время течение беременности и родов у данного контингента, а также течение болезни при беременности способствуют возникновению проблем, требующих своевременного решения. В литературе есть указания на то, что существует зависимость динамики течения эпилепсии в период беременности от исходного течения заболевания в прегестационном периоде [1]. Исследованиями показано, что при исходно неблагоприятном течении эпилептического процесса, беременность может в 72.8% случаев вызывать ухудшение психического состояния и учащение эпилептических припадков. В тоже время при исходно благоприятном течении эпилепсии и адекватном лечении в 55% случаев роды заканчивались физиологически успешно.

При изучении сочетания эпилепсии и беременности возникают три основные проблемы: влияние беременности и родов на течение эпилепсии, влияние этого заболевания на беременность и роды, а также проблема особенностей внутриутробного состояния плода и его постнатального развития, учитывая еще и тот фактор, что женщины, страдающие эпилепсией, годами систематически принимают противосудорожные и седативные препараты [2].

Наряду с этим, к сожалению, в практике акушеров-гинекологов и семейных врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не проводится адекватная прегравидарная подготовка женщин, планирующих беременность женщинам, страдающим эпилепсией.

В связи с этим целью настоящей работы явилась разработка и внедрение мероприятий по ведению пациенток, страдающих эпилепсией.

На основании полученных результатов ретроспективного анализа (145 случаев) и проспективного наблюдения (60 случаев), а также прослеживая обзор литературы по эпилепсии у беременных, нами разработан комплекс мероприятий по ведению беременных с эпилепсией.

Адрес для корреспонденции: Ашурова Гулбахор Сангилроевна. 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, Таджикский государственный медицинский университет. E-mail: agulbahor73@mail.ru

Для апробации предложенного комплекса мероприятий, под нашим наблюдением находились 24 женщины с эпилепсией, взятые на учет за 2-3 месяца до планируемой беременности, но до завершения исследований (до послеродового периода) осталось всего 14 пациенток. Указанные женщины были жительницами г.Душанбе и находились под наблюдением невропатолога в Лечебно-диагностическом центре «Шифо». Возраст их колебался в пределах 19-27 лет. Из них 8 были первобеременными и 6 повторнобеременными. Состояли на учете невропатолога с детства, получали антиэпилептические препараты (АЭП) по схеме.

На наш взгляд, мероприятия должны проводиться в четыре этапа в следующие периоды:

- прегравидарная подготовка пациенток, страдающих эпилепсией, то есть за 2-3 мес. до наступления беременности;
- мероприятия по ведению беременных женщин, страдающих эпилепсией на антенатальном уровне;
- мероприятия по ведению родов пациенток, страдающих эпилепсией;
- мероприятия по ведению родильниц, страдающих эпилепсией, в послеродовом периоде.

Обязательным условием эффективности проведенных мероприятий является согласованное сотрудничество невропатолога, акушера-гинеколога и семейного врача при ведении пациенток с эпилепсией.

П р е г р а в и д а р н а я п о д г о т о в к а п а ц и е н т о к , с т р а д а ю щ и х э п и л е п с и е й

Важным компонентом комплекса мероприятий по ведению пациенток с эпилепсией является прегравидарная подготовка. Считаем необходимым проведение следующих мероприятий за 3 месяца до наступления беременности:

- консультация невропатолога по болезни;
- консультирование по поводу возможных учащений приступов и других осложнений как беременности, неонатальных исходов, так и развития осложнений беременности;
- информирование пациентки о возможной тератогенности антиэпилептических препаратов в случае их приёма;
- проведение коррекции лечения эпилепсии;
- проведение консультирования о замене, режиме и выборе вида и доз антиэпилептической терапии, желателен переход на монотерапию;
- выявление и лечение сопутствующей экстрагенитальной и генитальной патологии;
- определение массы тела;

Применение профилактических доз фолиевой кислоты – 4 мг в день за один-два месяца до наступления беременности и до 12-14 недель беременности.

Для профилактики пороков развития плода, желательно переходить на монотерапию с использованием малых доз антиэпилептических препаратов. По мнению ведущих эпилептологов, карбамазепин при беременности достаточно эффективен и менее токсичен, назначается по 10 мг/кг в сутки [2].

Для монотерапии можно использовать и фенобарбитал, который назначается по 60-240 мг при 2-кратном приёме в зависимости от частоты эпилептических припадков.

Мероприятия по ведению беременных с эпилепсией на антенатальном уровне

После наступления беременности антенатальный уход должен проводиться согласно Национальному стандарту совместно с невропатологом, или, если доступно – эпилептологом [3]. Последний необходим для динамического наблюдения за изменением или усугублением клинических проявлений основного заболевания, за эффективностью профилактики и лечения антиэпилептическими препаратами, при учащении приступов эпилепсии – для решения вопроса о прерывании беременности.

С этой же целью и для исключения наличия пороков развития плода необходимо проводить ультразвуковое исследование плода в динамике – в 18-20 и 26-28 недель беременности и доплерометрическое исследование кровообращения в системе мать-плацента-плод – после каждого эпилептического припадка во втором и третьем триместре беременности. При выявлении пороков развития – ставить вопрос о прерывании беременности в любом сроке беременности.

Показаниями к прерыванию беременности у пациенток, страдающих эпилепсией, должны быть следующие: отсутствие эффекта от АЭТ, учащение припадков при беременности, эпилептический статус, выраженные изменения личности, пороки развития плода, акушерские показания.

С целью своевременного выявления и профилактики осложнений беременности, особое внимание должно быть уделено консультированию по питанию, по опасным симптомам беременности и родов, а также предродовой подготовке (соответственно Национальным стандартам [3]).

Принимая во внимание снижение концентрации витамина К под влиянием АЭП, особенно фенобарбитала, вопрос назначения этого витамина перед родами и в родах следует решить в зависимости от показателей свертывающей системы у беременных.

Мероприятия по ведению родов пациенток, страдающих эпилепсией

Роды должны быть проведены с соблюдением принципов безопасного материнства и применением эффективных перинатальных технологий, родоразрешать такую пациентку желательно на втором или третьем уровне.

Для пациенток, страдающих эпилепсией, большое значение имеет присутствие специально обученного партнера в родах, знающего особенности болезни.

С началом родов необходимо поощрять свободное положение роженицы и выбора вертикальной позиции, как указано в стандарте.

Роды вести на фоне максимального обезболивания.

Режим и доза антиэпилептического препарата должны оставаться без изменения.

Роды при физиологическом течении, а также при присоединении осложнений вести строго по Национальному стандарту.

При учащении приступов эпилепсии при беременности или в родах - желательно присутствие невропатолога.

Мероприятия по ведению родильниц, страдающих эпилепсией, в послеродовом периоде

Учитывая тот факт, что родильница с эпилепсией нуждается в особой заботе, может быть в состоянии возбуждения или заторможенности или с наличием других клинических проявлений эпилепсии, партнер должен сопровождать ее в течение всего времени нахождения ее в стационаре и после выписки. Лишение сна, хроническое недосыпание или психическая нагрузка могут вызвать ухудшение ее состояния. При возникновении необходимости усиления антиэпилептической терапии после родов, соблюдение принципов грудного вскармливания проводить в зависимости от ситуации, так как АЭП могут оказывать седативное воздействие и на новорожденного. В связи с указанным, новорожденный от матери с эпилепсией также должен быть под наблюдением педиатра и детского невропатолога. Грудное вскармливание не отменяется, но при необходимости совместно с неонатологом и педиатром следует решить вопрос, будет ли ребенок на частичном или полном искусственном вскармливании.

Как было указано выше, у родильниц, страдающих эпилепсией, установлена высокая частота нервно-психических осложнений. Поэтому ведение указанного контингента в послеродовом периоде совместно с невропатологом улучшило бы качество жизни этих женщин. Кроме того, в связи с развитием указанных состояний или учащения приступов эпилепсии, возникает необходимость увеличения доз АЭП, коррекцию которых проводит лечащий невропатолог.

В литературе дискутируется вопрос о снижении концентрации витамина К как у матери, так и у плода под воздействием АЭП. В связи с указанным, в случае применения АЭП во время беременности, согласно общепринятым рекомендациям, необходимо назначение этого витамина новорожденному - однократное введение витамина К в дозе 1 мг/кг подкожно.

По истечении послеродового периода (42-х дней) необходимо решить вопрос о методе контрацепции. В связи с этим, учитывая влияние гормональных контрацептивных препаратов на концентрацию АЭП, интеллект у этого контингента, на наш взгляд, оптимальным средством для предохранения от беременности у женщин с эпилепсией является внутриматочная контрацепция.

Результаты исследования

Согласно предложенной схеме ведения пациенток с эпилепсией, исследуемые пациентки были переведены на монотерапию карбомизепимом. У шести пациенток была установлена легкая форма анемии, у трех - диффузное увеличение щитовидной железы и у трех - хронический пиелонефрит. У пяти женщин был установлен кольпит смешанной этиологии. Всем указанным пациенткам было проведено соответствующее обследование и лечение. Трем пациенткам была проведена санация полости рта. Всем женщинам было проведено консультирование по подготовке к беременности и по основному заболеванию со стороны акушера-гинеколога и невропатолога. Одновременно была назначена профилактическая доза фолиевой кислоты.

После наступления беременности, исследуемые пациентки находились под наблюдением акушера-гинеколога и невропатолога. На антенатальном звене исследуемые пациентки велись по стандарту. Ранний токсикоз развился у трех пациенток, угроза прерывания беременности – у двух, многоводие – у одной, умеренная преэклампсия – у одной. Гравидограмма и ультразвуковая фето-

метрия выявили у трех беременных отставание внутриутробного развития плода. У двух пациенток, исследованных доплерометрией, было установлено нарушение кровотока в системе мать-плацента-плод (табл.).

Таблица

Сравнительные показатели осложнений и перинатальных исходов у пациенток с эпилепсией

Структура сравниваемых показателей	Апробируемая группа, n=14		Группа сравнения, n=44	
	число	%	число	%
Ранний токсикоз	3	21.4	18	40.9
Угроза невынашивания	2	14.3	21	47.7
Многоводие	1	7.1	6	13.6
Умеренная преэклампсия	1	7.1	2	4.5
Учащение приступов при беременности	1	7.1	8	18.2
Дородовой разрыв плодных оболочек	3	21.4	16	36.4
Аномалия родовой деятельности	1	7.1	5	11.4
Гипотоническое кровотечение	-	-	4	9.1
Разрыв промежности	1	7.1	4	9.1
Преждевременные роды	-	-	5	11.4
Масса плода при рождении ниже 3000.0 г	6	42.9	23	52.3
Асфиксия при рождении	1	7.1	2	4.5
Задержка внутриутробного развития	5	35.7	15	34.1
Патологическая потеря массы плода	4	28.6	7	15.9
Ранняя неонатальная смертность	-	-	3	73:1000
Послеродовой психоз	1	7.1	4	9.1
Послеродовая депрессия	2	14.3	5	11.4
Учащение приступов эпилепсии	1	7.1	8	18.2
Гипогалактия	3	21.4	8	18.2
Метроэндометрит	-	-	2	4.5

Ухудшение состояния и учащение приступов эпилепсии установлено только у одной исследуемой к концу беременности, в связи с чем она была родоразрешена в 37 недель методом индукции родов амниотомией и применением окситоцина.

У всех исследованных пациенток роды произошли в 37-40 недель, то есть в срок, самопроизвольно. Роды были обезболены трамadolом и промедолом. У трех – роды осложнились дородовым излитием околоплодных вод, у одной – слабостью родовой деятельности, у двух – разрыв промежности 1- степени. Масса плодов при рождении у шести - была ниже 3000.0 г при длине ребенка 48-50 см. Один новорожденный родился в асфиксии средней степени тяжести, остальные - 8-10 баллов по шкале Апгар.

В послеродовом периоде у двух пациенток развилась депрессия, у одной – психоз, у трех - гипогалактия. Патологическая потеря массы тела новорожденных установлена у четырех.

Таким образом, результаты проведенной апробации мероприятий по ведению пациенток с эпилепсией в прегравидарном периоде, при беременности, родах и послеродовом периоде выявили, что многие показатели состояния женщин с эпилепсией при беременности и родах оказались намного лучше, перинатальной патологии отмечено значительно меньше, в послеродовом периоде почти в два раза уменьшились нервно-психические расстройства у родильниц. Следовательно, все пациентки с эпилепсией должны находиться под наблюдением невропатологов, акушеров-гинекологов и семейных врачей, а их дети – под наблюдением педиатров и детских невропатологов.

Коррекция терапии, оздоровление, лечение экстрагенитальной и генитальной патологии, профилактика и лечение возможных осложнений беременности, родов и послеродового периода должна проводиться согласованно всеми указанными специалистами.

Поступило 20.06.2011 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов П.Н. Эпилепсия у женщин: клинические, электрофизические, гормональные и терапевтические аспекты: Автореф. д.м.н.- М., 2000, 48 с.
2. Карлов В.А., Власов П.Н. и др. – Российский вестник акушера-гинеколога, 2002, № 3, с. 63-68.
3. Национальные стандарты по антенатальному уходу при физиологической беременности – Душанбе, 2008, 109 с.

М.Ф.Додхоева, Г.С.Ашурова

ТАРЗИ БУРДАНИ ЗАНОНИ ҲОМИЛАИ ГИРИФТОРИ ЭПИЛЕПСИЯ

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мачмӯи чорабиниҳои пешниҳодшуда оиди бурдани занони ҳомилаи гирифтори эпилепсия аворизҳои давраи ҳомилагӣ ва валодатро кам карда, оқибатҳои перинаталиро беҳтар мегардонад.

Калимаҳои калидӣ: эпилепсия – ҳомиладорӣ – тайёрии прегравидарӣ – назорати антенаталӣ – муолиҷаи зидди эпилептики.

M.F.Dodkhoeva, G.S.Ashurova

MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH EPILEPSY

Abuali ibni Sino Tajik State Medical University

This paper presents a set of measures for management of pregnancy in women with epilepsy and how to reduce complications during of pregnancy, childbirth and perinatal outcomes.

Key words: epilepsy – pregnancy – predgravidar preparation – antenatal care – antiepileptic treatment – management.