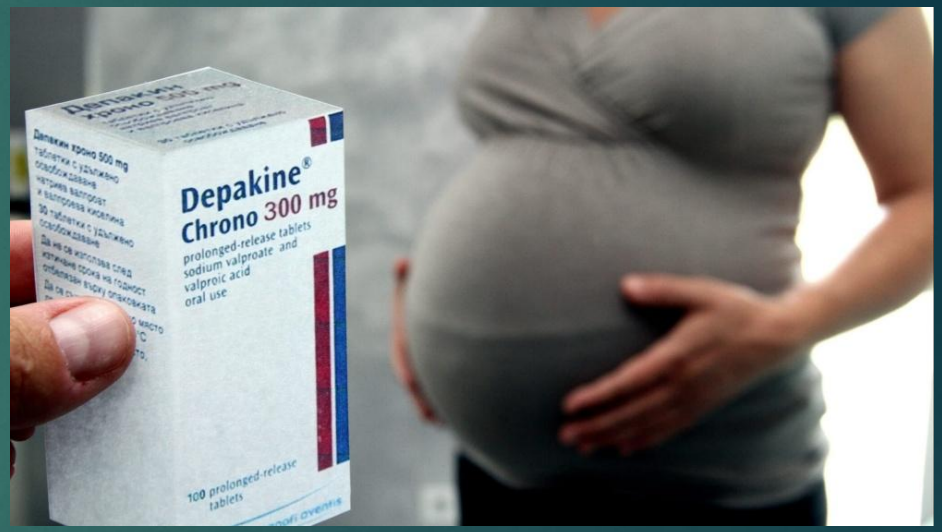
Эпилепсия и беременность. Дифференциальная диагностика с приступом эклампсии.

ПРЕЗЕНТАЦИЮ ВЫПОЛНИЛ СТУДЕНТК 4 КУРСА,Л2-172(2) ГРУППЫ

СЕВЕРИН ДАНИЛ

Эпилепсия и беременность

- Наступление беременности у женщины, больной эпилепсией, это не только желаемый, но и весьма ответственный этап жизни.
- Способность иметь детей при эпилепсии у женщин снижена в среднем в 2 раза по сравнению с общей популяцией. Это объясняется как социальными, так и органическими причинами.
- Антиэпилептические препараты (АЭП) могут нарушать функции эндокринной системы и провоцировать развитие сексуальных нарушений (гипо- или гиперсексуальности), ожирения, гипотиреоза, поликистоза яичников, задержки полового развития, менструальной дисфункции и нарушений овуляции.



Эпилепсия и беременность

- Прегравидарная (от лат. *gravida* — беременная) подготовка — комплекс профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, результатом которых является готовность будущих родителей к полноценному зачатию, вынашиванию и рождению здорового ребенка. Планирование беременности не сводится к тому, чтобы попринимать витамины, бросить пить и курить за 1–2 мес. до зачатия. Прегравидарная подготовка начинается за 6–10 мес. до желаемой беременности и включает определенный перечень процедур.

Планирование беременности у женщины с эпилепсией, начинается задолго до предполагаемой беременности

Эпилепсия и беременность

- Прегравидарная подготовка проходит в несколько этапов:
- Медицинское обследование супругов.
- Подготовка пары к зачатию, женщины — к вынашиванию ребенка.
- Определение благоприятных дней для зачатия.

Эпилепсия и беременность

- Количество и объем исследований до планируемой беременности определяются для каждой пациентки индивидуально терапевтом, гинекологом, генетиком. С точки зрения эпилептолога, необходимо определить концентрации АЭП в плазме крови; выполнить общий анализ крови с определением уровня тромбоцитов; биохимический анализ крови с определением уровня АЛТ, АСТ, билирубина, щелочной фосфатазы; сделать электроэнцефалограмму (ЭЭГ) или провести видео-ЭЭГ-мониторинг. В некоторых случаях при планировании беременности целесообразным является проведение ультразвукового исследования матки и ее придатков, а также ряда гормональных исследований, отражающих функцию репродуктивной системы женщины. Для подбора дозы АЭП показано регулярное исследование концентрации препарата в крови, а для поддержания постоянной концентрации желательно использовать лекарственные формы с замедленным высвобождением (дюрантные формы)
- Показанием к внеплановому определению концентрации АЭП в крови до беременности служит учащение/утяжеление приступов или появление симптомов интоксикации.
- В прегравидарный период рекомендуется провести консультацию генетика для определения риска возникновения эпилепсии у будущего ребенка. Эпилепсия не является наследственным заболеванием, но в некоторых случаях может передаваться по наследству. Риск передачи эпилепсии ребенку от матери при генетических эпилепсиях составляет в среднем 10%, при неизвестной этиологии и структурной эпилепсии — 3%. Риск передачи эпилепсии от отца составляет в среднем 2,5%. Если эпилепсией страдают оба родителя, то риск наследования эпилепсии ребенком увеличивается до 10–12%. Если женщина страдает структурной или эпилепсией неизвестной этиологии, риск для будущего ребенка возрастает втрое по сравнению с общей популяцией, в случае же генетической генерализованной или фокальной эпилепсии — в 10 раз.

Эпилепсия и беременность

- Пройти генетическое обследование нужно, если:
- в паре больны эпилепсией оба партнера;
- в паре уже есть ребенок с эпилепсией;
- в роду у одного или у обоих родителей были случаи эпилепсии, пороков развития (врожденная расщелина верхнего неба или «заячья губа», деформации пальцев и др.) и наследственных заболеваний;
- у пациентки было 2 и более самопроизвольных выкидыша, случаи гибели плода или новорожденного.

Эпилепсия и беременность

- Основной задачей врача является достижение полного контроля над приступами до наступления желаемой беременности. Важным показателем является длительность отсутствия приступов у пациентки до беременности: если на протяжении 9 мес. приступы отсутствуют, то очень высока вероятность того, что во время беременности приступов также не будет. Однако предсказать течение каждой конкретной беременности затруднительно.
- Отменять прием АЭП на период зачатия нецелесообразно. Женщину следует предупредить о том, что риск развития врожденных аномалий плода на фоне приема АЭП у нее повышается втрое, но что отказ от приема препарата чреват еще более серьезными последствиями — травмированием или гибелью плода в случае развития эпилептического приступа. Необходимо объяснить пациентке, что внезапное прекращение приема АЭП резко повышает риск возникновения приступов, может привести к срыву ремиссии, увеличить частоту имеющихся приступов.

Эпилепсия и беременность

- Назначение фолиевой кислоты показано с целью профилактики патологического влияния на плод и снижения риска невынашивания беременности (самопроизвольных выкидышей).
- Рекомендуется начать прием препаратов фолиевой кислоты за 3 мес. до предполагаемой беременности в дозировке 3–5 мг/сут. и продолжать прием до 14 нед. беременности. Помимо фолиевой кислоты, также показано применение комплексных витаминных препаратов, рекомендуемых беременным.
- Поскольку вальпроат натрия чаще, чем карбамазепин, оказывает тератогенный эффект, а комбинация вальпроата и ламотриджина особенно опасна, то препаратом выбора является карбамазепин, однако лишь в том случае, если отсутствуют противопоказания к его применению (большинство форм генетической генерализованной эпилепсии, вторичная билатеральная синхронизация на ЭЭГ у больных фокальными эпилепсиями).

Особенности ведения беременных с эпилепсией

- На данный период жизни ведущим врачом является акушер-гинеколог, у которого пациентка должна регулярно наблюдаться. До 28-й нед. осмотры проводят 1 р./мес., с 28-й по 36-ю нед.— 1 раз в 2 нед., а после 36-й нед. — каждую неделю. В течение всего срока беременности женщина должна наблюдаться у эпилептолога: при полном контроле приступов — 1 раз в 2 мес., при повторяющихся парциальных приступах — 1 р./мес. Следует предупредить пациентку о необходимости обращаться к врачу при учащении приступов. Если имеется какая-то сопутствующая патология: сахарный диабет, анемия, артериальная гипертензия, заболевания почек и др., — требуется наблюдение смежных специалистов.
- В период беременности следует использовать минимальные эффективные дозы АЭП, желательно в монотерапапии.

Особенности ведения беременных с эпилепсией

- Немаловажным фактором безопасности является применение препаратов с контролируемым высвобождением активного вещества, которые можно применять 2 р./сут. Это позволяет исключить пики концентрации, особенно неблагоприятно влияющие на плод.
- У 15–20% женщин может увеличиваться количество приступов, чаще в I или III триместре беременности. Увеличение частоты приступов нельзя прогнозировать исходя из типа приступов, длительности эпилепсии или учащения приступов во время предыдущей беременности. Даже наличие гормонально-зависимой эпилепсии не является прогностическим фактором учащения эпилептических приступов во время беременности. Возобновление приступов может быть обусловлено особенностями фармакокинетики АЭП во время беременности.
- Самыми частыми провокаторами приступов во время беременности являются эмоциональный стресс и депривация сна. Повышение температуры тела может провоцировать приступы и ускорять выведение АЭП.
- Для оценки полноценности функционирования плаценты и ранней диагностики фетоплацентарной недостаточности целесообразно исследование гормонов фетоплацентарного комплекса (плацентарный лактоген, прогестерон, эстриол, кортизол) ежемесячно с конца I триместра беременности.
- Особое внимание уделяется исследованию альфа-фетопротеина. При дефектах нервной трубки альфа-фетопротеин проникает сквозь стенку капилляров в области дефекта в околоплодные воды, а оттуда в кровоток матери. С внедрением в клиническую практику методики определения уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови матери удалось повысить точность диагностики дефектов нервной трубки плода.

Особенности ведения беременных с эпилепсией

- УЗИ плода проводят на 19–21-й нед. беременности для исключения аномалий развития. Высокий уровень альфа- фетопротеина в сыворотке крови матери является абсолютным показанием к проведению УЗИ плода.
- Важным диагностическим методом является кардиотокография. Этот метод позволяет получать более объективную информацию о состоянии сердечно-сосудистой системы плода по сравнению с аускультацией сердцебиений. При кардиотокографии оценивают сердечный ритм плода, его вариабельность, наличие акцелераций (учащение сердцебиений на 15–25 ударов в минуту при движениях плода) и децелераций (урежение сердцебиений не более чем на 30 секунд в период схваток). Нормальному состоянию плода соответствует частота сердечных сокращений 120–160 в минуту, хорошая вариабельность сердечного ритма (в основном за счет акцелераций) и отсутствие высокоамплитудных децелераций. Ценность данного метода исследования заключается в одновременном определении сердцебиений плода и моторики матки. Метод позволяет диагностировать внутриутробную гипоксию плода вследствие фетоплацентарной недостаточности.

Особенности родового периода у женщин с эпилепсией

- У женщин, больных эпилепсией, выше риск кровотечений, слабости родовой деятельности и преэклампсии (риск последней в 2 раза выше, чем в популяции), отслойки плаценты, преждевременных родов.
- Вероятность эпилептического приступа во время родов и в течение 24 ч после родов выше, чем вероятность эпилептического приступа в другие периоды беременности. Прежде всего это связано с пропуском приема АЭП.
- Показаниями к кесареву сечению являются учащение эпилептических приступов, судорожные приступы чаще 1 р./нед. в последнем триместре беременности, серийное или статусное течение эпилепсии в предродовом периоде, гипоксия плода, слабость родовой деятельности, судорожный приступ во время родов.

Ведение послеродового периода у женщин с эпилепсией

- Следует предупредить пациентку о необходимости тщательно соблюдать режим приема АЭП в этот период, поскольку имеется риск декомпенсации эпилепсии в послеродовом периоде вследствие физического перенапряжения, стресса, возросшей лекарственной нагрузки, повышения активности эстрогенов.
- Также после родоразрешения возможно появление симптомов передозировки АЭП вследствие снижения массы тела роженицы, кровопотери в родах, изменений метаболизма. В случае появления симптомов нейротоксичности — сонливости, диплопии, нистагма, атаксии необходимо срочное исследование концентрации АЭП в крови. Если дозировка препарата повышалась во время беременности, то целесообразно возвратиться к суточной дозе, применявшейся до беременности. Если у матери нет приступов, а у ребенка — побочных эффектов АЭП, изменение дозы нецелесообразно. Еще одна опасность кроется в учащении приступов вследствие ухода за ребенком, ночных пробуждений.

Ведение послеродового периода у женщин с эпилепсией

- Если у новорожденного обнаруживаются низкая активность, вялость при кормлении, желудочно-кишечные нарушения и другие симптомы, подозрительные на интоксикацию, то лучше перейти на искусственное вскармливание.

- Женщинам с эпилепсией кормление грудью необходимо осуществлять в положении лежа на кровати или сидя на полу, желательно в присутствии родственников. Это позволит свести к минимуму риск травмы матери и/или ребенка во время приступа.

Дифференциальная диагностика эклампсии и приступа эпилепсии

Таблица. Основные критерии дифференциальной диагностики судорожного синдрома в акушерской практике

Признак	Эклампсия	Гипопаратиреоз	Эпилепсия
Симптомы, предшествующие припадку	Головная боль, боль в подложечной области, нефропатия	Парестезии	Зрительная и/или другая аура; непроизвольный наклон или поворот головы
Кома	Возникает не сразу (на 2-ом этапе)	Сознание сохранено	Внезапная кома: падает, как подкошенная
Распространение судорог	Сверху вниз: 1-й этап – мелкие фибриллярные подергивания век, потом мышц лица, затем конечностей; 2-й этап – тонические судороги; 3-й этап – клонические судороги	Снизу вверх: сначала тонические судороги кистей и стоп, затем сгибателей конечностей, потом мышц лица; может быть опистотонус, ларингоспазм, спазм диафрагмы	Сначала тонические судороги мышц лица, разгибателей конечностей, туловища; потом клонические судороги
Болезненность судорог	Безболезненные	Очень болезненные	Наличие судорог не ощущает
Группы мышц	Судороги всей скелетной мускулатуры; носят мигрирующий характер	Спазм симметричных групп мышц (обе кисти, обе стопы и т.д.)	Судороги не симметричных мышц
Нарушение функции тазовых органов при судорожном приступе	Возможно, но более характерна задержка мочи из-за олигурии	Не бывает, поскольку наступает спазм мускулатуры сфинктеров	Непроизвольное мочеиспускание или непроизвольная дефекация
Прикусывание языка	Часто, из-за тризма челюстной мускулатуры	«Рыбий» рот: язык не травмируется	Всегда
Артериальное давление	Очень высокое	Нормальное или незначительно повышается	Не изменяется
Уровень кальция в крови	В норме	Выраженная гипокальциемия	В норме
Дезориентация после припадка	О припадке не помнит	Нет дезориентации	Всегда дезориентация

Прогноз и профилактика

- При адекватной противопароксизмальной терапии беременность у пациенток, страдающих эпилепсией, имеет благоприятный исход. Перед зачатием рекомендуется достичь не менее чем 3-летней медикаментозной ремиссии, позволяющей постепенно отменить лечение. Минимальным условием для планирования гестации является отсутствие генерализованных пароксизмов более полугода или субкомпенсация заболевания с редкими приступами (не чаще 4-х в год). В течение 2-3 месяцев до беременности показан профилактический прием фолиевой кислоты. Специфическая профилактика эпилепсии при гестации не предложена из-за полиэтиологичности заболевания.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!