

ЭПИЛЕПСИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

информация для пациенток с эпилепсией и их родственников



Составители: Алакова М.А., Котов А.С., Власов П.Н., Петрухин В.А., Елисеев Ю.В.

СПИСОК ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ

АДСМ – аналог вакцины АКДС, из которой исключен компонент, ответственный за иммунизацию против коклюша

АКДС - комбинированная вакцина против дифтерии, коклюша и столбняка

АЛТ – аланинаминотрансфераза, фермент, используемый в качестве маркера повреждений печени

АСТ – аспартатаминотрансфераза, фермент, используемый в качестве маркера повреждений печени, сердца и почек

АПМ – антиприступные медикаменты

Вакуум-экстракция - акушерская операция извлечения плода специальным аппаратом с применением вакуума

Вальпроаты – препараты на основе вальпроевой кислоты (Депакин, Конвулекс и другие)

Гиперкоагуляция – повышенная свертываемость крови

Депривация сна – недостаток или полное лишение сна

Интраназальный (препарат) - предназначенный для местного применения через нос

Коагулограмма – анализ для оценки свертывающей способности крови

КС – Кесарево сечение

МРТ – магнитно-резонансная томография

Оральные контрацептивы – гормональные противозачаточные препараты для перорального использования

Прогестерон – женский половой гормон, главный гормон беременности. Содержится в препаратах: Чарозетта, Новинет, Регулон, Диане-35, Жаннин, Ярина

Тератогенность - способность некоторых факторов вызывать уродства у развивающихся эмбрионов

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение

Эстрогены – женские половые гормоны, регулирующие частоту и периодичность менструального цикла. Содержатся в препаратах: Прогинова, Эстрофем, Микрофоллин, Фолликулин, Синэстерол, Овидон, Нон-овлон

ЭЭГ – электроэнцефалограмма

Фармакокинетика - раздел медицины, изучающий химические и биологические процессы, происходящие с лекарственным средством в организме.

1.0. ПОДГОТОВКА К БЕРЕМЕННОСТИ

1.1. Как влияют АПМ на эффективность противозачаточных средств?

Некоторые АПМ ускоряют обмен половых гормонов, содержащихся в оральных контрацептивах (противозачаточных таблетках), что снижает концентрацию этих гормонов в крови и приводит к нежелательной беременности в 8—12% случаев совместного применения препаратов. Информация об этом содержится в инструкции к любому АПМ. Если он влияет на эффективность противозачаточных средств, то их доза должна быть повышена или предложен другой способ контрацепции.

1.2. Требуются ли дополнительные средства контрацепции женщинам, принимающим АПМ?

Чаще всего требуются, так как ни одна из групп оральных контрацептивов не может быть рекомендована как единственный метод контрацепции. Необходимо применять препараты с увеличенным содержанием эстрогенов (50–100 мкг) в сочетании с барьерными методами (презервативами, спиралями, колпачками, диафрагмами и т.п.). Альтернативой может служить замена АПМ на другой, не влияющий на метаболизм половых гормонов. Однако оба этих метода не лишены недостатков: высокие дозы эстрогенов ассоциируются с большим риском серьезных побочных эффектов (например, гиперкоагуляцией). В то же время смена АПМ может привести к учащению приступов или развитию побочных эффектов.

1.3. Снижают ли комбинированные оральные контрацептивы эффективность АПМ?

В большинстве случаев применение гормональных контрацептивов не влияет на частоту и тяжесть эпилептических приступов. Однако в ряде публикаций отмечено положительное влияние ОК на эффективность терапии эпилепсии при их совместном применении с АПМ. Комбинированные (эстроген-гестагенные) препараты за счет эстрогенного компонента могут активировать фермент глюкуронилтрансферазу, что в ряде случаев ведет к снижению концентрации некоторых АПМ (например, ламотриджина и

окскарбазепина), поэтому при их совместном применении может возникнуть необходимость в повышении дозировки названных АПМ. Описаны значительные колебания концентрации вальпроевой кислоты при совместном применении с ОК. На результирующую взаимодействия ОК и АПМ (в частности вальпроатов) может оказывать доза ОК и АПМ, генетически обусловленный функциональный полиморфизм ферментов печени. Поэтому может потребоваться контроль за концентрацией АПМ в крови.

1.4. За какой срок и как нужно готовиться к предстоящей беременности и родам?

Это зависит от формы эпилепсии, эффективности терапии и количества принимаемых АПМ. Приняв решение забеременеть, сообщите об этом эпилептологу и проконсультируйтесь у акушера-гинеколога. Возможно, потребуется снижение дозы или замена АПМ. Целесообразен прием препаратов фолиевой кислоты в дозе 4–5 мг в день как минимум за 2–3 месяца до предполагаемой беременности.

1.5. Существует ли риск изменения репродуктивной функции у женщин, принимающих АПМ?

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. АПМ могут нарушать функции эндокринной системы и провоцировать развитие сексуальных нарушений (гипо- или гиперсексуальности), ожирения, гипотиреоза, поликистоза яичников, задержки полового развития, менструальной дисфункции и нарушения овуляции.

1.6 Можно ли беременеть женщинам с эпилепсией?

Эпилепсия как таковая не является противопоказанием для беременности.

1.7. Существуют ли противопоказания к беременности при эпилепсии?

Беременность противопоказана только у женщин с тяжелой эпилепсией, когда прием АПМ не позволяет избежать частых

генерализованных приступов, кроме того, имеются выраженные психические отклонения у матери.

1.8. Каков риск наследования эпилепсии будущим ребенком, если болеет один из родителей? Если оба?

Риск передачи эпилепсии ребенку от матери при идиопатических эпилепсиях составляет в среднем 10%, при криптогенных и симптоматических - 3%. Риск передачи эпилепсии от отца составляет в среднем 2,5%. Если эпилепсией страдают оба родителя, то риск наследования эпилепсии для ребенка увеличивается до 10–12%.

1.9. Нужно ли отменять прием АПМ на период зачатия?

Отменять прием АПМ на период зачатия нецелесообразно. Это может привести к срыву ремиссии, если таковая достигнута, или увеличению частоты приступов.

1.10. Какова «идеальная» доза АПМ, на которой следует беременеть?

Прием одного препарата, или монотерапия, снижает риск возможных дефектов развития плода. Доза АПМ должна быть как можно ниже, однако такой, на которой не возникают генерализованные судорожные приступы.

1.11. Нужно ли следить за концентрацией АПМ в крови до беременности?

Следует ли определять концентрацию АПМ и кратность исследования решает невролог. Показанием к проведению подобного анализа служит учащение/утяжеление приступов или появление симптомов интоксикации.

Согласно мнению экспертов, следует определять концентрацию в плазме ламотриджина и фенитоина, так как их концентрация может существенно снижаться во время беременности. Также в конце I триместра в связи с повышением клиренса может возникнуть необходимость в повышении суточной дозировки леветирацетама.

1.12. Какие анализы и исследования нужно пройти до планируемой беременности?

Количество и объем исследований определяется для каждой пациентки индивидуально. Обычно можно порекомендовать:

- Определение концентрации АПМ в плазме крови
- Общий анализ крови с определением уровня тромбоцитов
- Биохимический анализ крови с определением уровня АЛТ, АСТ, билирубина, щелочной фосфатазы.
- ЭЭГ или видео-ЭЭГ-мониторинг

В некоторых случаях при планировании беременности целесообразным является проведение ультразвукового исследования матки и ее придатков, а также проведение ряда гормональных исследований, отражающих функцию репродуктивной системы женщины.

1.13. Допустимо ли проведение ЭКО при приеме АПМ? Не усугубит ли это течение заболевания?

Для стимуляции выработки яйцеклетки женщинам – кандидатам на ЭКО – проводят массивное введение гормональных препаратов. Это может послужить провокатором приступов, однако оценить вероятность такой провокации затруднительно. Эпилепсия как таковая не является противопоказанием для проведения ЭКО.

1.14. Необходимо ли пройти генетическое исследование до беременности для установления вероятности передачи эпилепсии будущему ребенку?

Эпилепсия не является наследственным заболеванием, но в некоторых случаях может передаваться по наследству. 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 были случаи эпилепсии, пороков развития (врожденная расщелина верхнего неба или «заячья губа», деформации пальцев и др.) и наследственных заболеваний.
- у пациентки было два и более самопроизвольных выкидыша, случаи гибели плода или новорожденного.

2.0. БЕРЕМЕННОСТЬ

2.1. Как влияет прием АПМ на течение беременности?

Нет достоверных данных о повышении частоты осложнений беременности (преэклампсии, артериальной гипертензии, спонтанных абортов, изменения частоты припадков, эпилептического статуса) у больных эпилепсией женщин, принимающих АПМ, по сравнению с общей популяцией.

2.2. Требуется ли «специфическое» ведение беременности? У каких специалистов должна наблюдаться беременная с эпилепсией?

Во время беременности женщина должна наблюдаться неврологом и акушером-гинекологом, это обеспечит подбор оптимальной терапии и позволит снизить риск возможных осложнений во время беременности и родов. Если имеется какая-то сопутствующая патология: сахарный диабет, анемия, артериальная гипертензия, заболевания почек и другие, требуется наблюдение смежных специалистов.

2.3. Изменяется ли частота приступов во время беременности?

Согласно обобщенным данным, учащение приступов во время беременности наблюдается приблизительно в 10% случаев, в 5% происходит снижение их частоты, а в 85% - существенного изменения частоты припадков не отмечается. Важным показателем является длительность периода отсутствия приступов у пациентки до беременности: если на протяжении 9 месяцев приступов нет – очень высока вероятность того, что во время беременности приступов также не будет. Однако предсказать течение каждой конкретной беременности затруднительно.

2.4. Какие АПМ повышают риск врожденных мальформаций у плода? Какие препараты «лучше», а какие «хуже»?

К врожденным мальформациям (порокам развития) относят стойкие структурно-функциональные нарушения (органа, системы, организма), выходящие за пределы их строения. Считается, что любой АПМ может обладать определенным риском развития

врожденных мальформаций. Международные регистры (Европейский, Североамериканский) ведутся для установления реального тератогенного потенциала АПМ, однако проблема сложна ввиду ее многофакторности и трудности выделения роли АПМ в формировании пороков развития. Единого мнения о том, какой из АПМ наиболее безопасен, не существует.

2.5. Какие АПМ считаются оптимальными для беременных?

Оптимальной считается терапия одним АПМ в минимальной дозе. Немаловажным фактором безопасности является применение препаратов с контролируемым высвобождением активного вещества, которые можно применять 2 раза в день. Это позволяет исключить пики концентрации, особенно неблагоприятно влияющие на плод.

2.6. Существуют ли особенности приема АПМ во время беременности?

Пациентка должна получать как можно меньшее количество препаратов в минимальной дозе. Однако эта дозировка должна быть достаточной для предотвращения приступов. При наличии сильной рвоты (токсикоз) возможно введение АПМ иным способом (внутривенное или ректальное). При упорной рвоте показана госпитализация.

2.7. Какие состояния во время беременности могут спровоцировать появление (учащение) приступов? Как их предупредить?

Самыми частыми провокаторами приступов являются эмоциональный стресс и депривация сна. Повышение температуры тела может провоцировать приступы и ускорять выведение АПМ. Гипогликемия (снижение уровня глюкозы в крови) и употребление алкоголя, также могут привести к появлению/учащению приступов. Приступы могут участиться после черепно-мозговой травмы. Поэтому нужно вести правильный образ жизни, тщательно следить за состоянием здоровья и соблюдать режим труда и отдыха.

2.8. Может ли грипп (ОРВИ, ОРЗ) спровоцировать появление (учащение) приступов? Требуется ли проводить специфическую профилактику от гриппа у беременных с эпилепсией?

Тяжелые и среднетяжелые формы ОРВИ или гриппа отягощают течение эпилепсии и могут спровоцировать появление/учащение судорог. Несмотря на это, проведение специфической профилактики (вакцинации) не рекомендуется, так как, во-первых, ряд вакцин не имеют должной апробации, а значит, потенциально опасны для плода, а во-вторых, побочной реакцией на их введение является повышение температуры. Для профилактики гриппа у беременных применяют природные иммуномодуляторы («народные средства»), а также гигиенические мероприятия (избегать места с большим скоплением людей, мыть руки и лицо, промывать нос и глаза после возвращения с улицы).

2.9. Нужно ли следить за концентрацией АПМ в крови во время беременности?

См. ответ на вопрос 1.11.

2.10. Как следить за состоянием плода во время беременности?

Следить за состоянием плода позволяет динамическое ультразвуковое исследование и исследования в крови женщины ряда маркеров генетических аномалий у плода. Генетический скрининг на выявление врожденных мальформаций проводят на 11–12, 21–22 и 32 неделе беременности. При высоком риске врожденных аномалий у плода возможно проведение инвазивных диагностических процедур (биопсия хориона, кордо- и амниоцентез).

На более поздних сроках можно самостоятельно выполнять простой, но информативный тест «10 движений», основанный на шевелениях плода.

Начиная с 28 недели, беременная самостоятельно регистрирует движения плода на специальном листе. Подсчет 10 шевелений ведется с 9.00. Менее 10 шевелений за 12 часов (с 9.00 до 21.00) – сигнал тревоги, требующий обращения к акушеру-гинекологу и проведения кардиотокографического исследования.

2.11. Зависит ли вред, наносимый плоду, от типа приступов?

Генерализованные судорожные приступы считаются наиболее опасными как для матери, так и для ребенка. При их развитии очень большое число факторов оказывает отрицательное влияние на организм матери и ребенка. «Малые» приступы условно можно считать не оказывающими влияния, но важно помнить, что они могут «усиливаться» до генерализованных.

2.12. Принимать ли советы по приему АПМ во время беременности от гинеколога и/или педиатра?

Большинство гинекологов, неонатологов и педиатров очень опасаются негативного воздействия АПМ на организм матери и плода. Однако назначение АПМ – компетенция эпилептолога, изменение схемы лечения возможно только при согласовании с ним. Если другие специалисты вносят коррективы в терапию или настаивают на отмене АПМ, нужно сообщить об этом лечащему врачу и постараться наладить контакт между ними.

2.13. Действительно ли фолиевая кислота уменьшает негативное влияние АПМ на плод? С какого периода начинать ее прием, какова длительность приема?

Назначение фолиевой кислоты показано с целью профилактики патологического влияния на плод и снижения риска невынашивания беременности (самопроизвольных выкидышей). Данные мультицентровых популяционных исследований, проведенных в США и Европе, подтвердили значение дефицита фолиевой кислоты в механизме тератогенности таких АПМ, как барбитураты, фенитоин, карбамазепин. Препараты фолиевой кислоты должны назначаться еще до того, как пациентка забеременела, так как для большинства женщин сама беременность является неожиданностью. Рекомендуется начать прием препаратов фолиевой кислоты за 3 месяца до предполагаемой беременности в дозировке 3–5 мг в сутки и продолжать прием до 14 недели беременности.

2.14. Существуют ли препараты, снижающее негативное влияние АПМ на плод?

Помимо фолиевой кислоты показано применение комплексных витаминных препаратов, рекомендуемых беременным.

2.15. Как часто беременным нужно делать ЭЭГ? Не вредит ли это здоровью будущего ребенка?

ЭЭГ во время беременности показано пациенткам с учащением, утяжелением или видоизменением характера приступов. Сама по себе процедура ЭЭГ абсолютно безопасна, однако у некоторых пациенток она может вызывать эмоциональный дискомфорт.

2.16 Что делать, если случился приступ во время беременности?

Правильное поведение:

В начале и во время приступа

- Положить пациентку на бок
- Подложить мягкое под голову
- Ослабить воротник
- Придерживать голову
- Мягко, не применяя силу, успокаивать (при агрессивном поведении)
- Убрать все опасные предметы, окружающие больную

После приступа

- Оставаться рядом с пациенткой, пока она полностью не придет в себя
- Периодически проверять у нее дыхание и сердцебиение

Неправильное поведение:

В начале и во время приступа

- Разжимать челюсти
- Вкладывать в рот предметы (например, ложку) или таблетки
- Пытаться удержать тело
- Делать искусственное дыхание
- Пытаться любой ценой обездвижить пациентку
- Удерживать пациентку на спине с запрокинутой головой

После приступа

- Обливать холодной водой
- Давать нюхать нашатырь
- Надавливать на «целебные» точки
- Оставлять пациентку одну на спине с запрокинутой головой

2.17. Что можно предпринять при ощущении приближающегося приступа?

Во время появления предвестников приступа нужно постараться принять безопасное положение (лечь на пол, кровать) на удалении от острых углов, движущихся механизмов, огня, воды. Позвать близких или людей, способных оказать помощь.

2.18. Возможен ли прием дополнительной дозы препарата в экстренном порядке при предчувствии начавшегося приступа? Существуют ли средства экстренной помощи?

К сожалению, в России родственникам пациентов практически недоступны препараты «скорой помощи при приступах». Единственным реальным способом предотвратить приступ в российских условиях является применение таблеток диазепама (Реланиум) под язык при предчувствии приступов. Прием дополнительных доз АПМ как правило не имеет смысла, т.к. период всасывания достаточно длительный.

2.19. Что делать, если появились проблемы со сном?

Беременным противопоказан прием психотропных препаратов и сильных снотворных. Расстройства сна нужно лечить немедикаментозными методами: фитотерапией (отвар аира, иван-чая, душицы, ромашки, мяты, липы, пиона и др.); психотерапией (прослушивание перед сном негромкой расслабляющей музыки, ароматерапией); соблюдением гигиены сна, а также режима труда и отдыха.

2.20. Возможен ли прием препаратов, назначаемых гинекологами с целью сохранения беременности, но имеющих противопоказания у пациенток с эпилепсией (Утрожестан, Гинипрал, Инстенон и др.)?

При назначении данных препаратов всегда учитывается соотношение риск/польза. В условиях объективно высокого риска (при угрозе выкидыша) их прием допустим.

2.21. Возможен ли прием препаратов с антибактериальным, противопрозоидным действием (содержащих, например,

метронидазол), назначаемых гинекологом, но имеющих противопоказания у пациенток с эпилепсией?

Фторхинолоны (ципрофлоксацин, орфлоксацин и др.) противопоказаны при эпилепсии. Применения некоторых других групп антибиотиков и противомикробных препаратов: макролидов (азитромицина, кларитромицина, эритромицина, джозамицина), высоких доз пенициллинов (амоксициллина, ампициллина, бензилпенициллина), тетрациклина, изониазида, орнидазола, метронидазола также следует по возможности избегать. Однако если имеется воспаление, польза от антибактериальной терапии может превышать риск.

2.22. Как принимать АПМ при токсикозе?

При появлении первых симптомов токсикоза беременных (угнетении состояния, плохого самочувствия, ощущения тошноты, иногда усиленного слюноотечение, рвоты несколько раз в день, слабости, сонливости, снижение веса) обратитесь к акушеру-гинекологу. Тошнота и рвота при токсикозе могут существенно затруднять прием АПМ. Чтобы избежать снижения концентрации препаратов в крови можно воспользоваться внутривенными или ректальными их формами. При частой рвоте (до 20 и более раз в сутки) показана госпитализация.

2.23. Повышается ли риск аномалий развития плода после повышения дозы АПМ или замене одного препарата на другой?

Риск повышается с увеличением количества принимаемых АПМ. Увеличение количества врожденных аномалий не пропорционально количеству используемых АПМ: если женщина лечится одним АПМ риск аномалий развития у плода не превышает 3%, двумя – 5%, тремя – 10% и составляет более 20% если женщина принимает четыре АПМ и больше. Прямая зависимость аномалий развития от увеличения дозы установлена для вальпроатов, карбамазепина и ламотриджина. Аномалии развития плода, обусловленные приемом АПМ, могут возникать только в первые недели беременности, когда происходит закладка всех систем и органов плода. Изменение терапии АПМ на поздних сроках беременности (после первого триместра) никак не влияет на риск врожденных аномалий развития.

2.24. Могут ли здоровый образ жизни, прогулки на природе, отсутствие стрессов и т.п. позволить снизить частоту приступов и, как следствие, дозу АПМ у беременной?

Если приступы не провоцировать, риск их возникновения снижается. Однако достаточно часто приступы происходят совершенно непредсказуемо, и «здоровый образ жизни» не позволяет их предотвратить. Поэтому надо принимать достаточную дозу АПМ, а не только исключить провоцирующие факторы.

2.25. Может ли во время беременности произойти прекращение эпилептических приступов?

Существующее у пациенток и их родственников мнение о том, что беременность благотворно влияет на течение эпилепсии, не доказано. Действительно в части случаев (21%) описано полное прекращение припадков. Очевидно, речь в данном случае идет о женщинах с гормонально-зависимой эпилепсией. Следует ориентироваться на длительный период ремиссии у пациентки до беременности (9 месяцев и более). В этом случае вероятность развития припадков во время беременности минимальна.

2.26. Провоцирует ли прием вальпроатов дополнительную прибавку массы тела во время беременности? Как контролировать это побочное действие?

Действительно, прием вальпроатов ассоциируется с увеличением массы тела. Однако увеличение массы тела происходит и при беременности. Однозначно сказать, чем объясняется прибавка в весе – приемом вальпроатов или неправильным течением беременности – в большинстве случаев невозможно. Для коррекции массы тела показано наблюдение у гинеколога-эндокринолога и соблюдение диеты. Замена вальпроатов на другой АПМ во время беременности не обоснована, может привести к появлению/учащению приступов и допустима только в случае крайней необходимости.

2.27. В какой стадии беременности чаще всего увеличивается частота приступов? Зависит ли увеличение частоты от типов приступов?

У 15%–20% женщин может отмечаться увеличение количества приступов, чаще в первом или третьем 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 АПМ во время беременности.

2.28. Меняется ли аура приступов при беременности?

В большинстве случаев никаких изменений не происходит. За ауру может быть ошибочно принято обычное головокружение. Если у пациентки возникли какие-либо новые виды приступов, следует обратиться за помощью к эпилептологу.

2.29. Какие осложнения беременности возможны на фоне приема АПМ и как их избежать?

На фоне приема АПМ возможно развитие заболеваний печени, других паренхиматозных органов, патологии крови. Необходимо сдать клинический анализ крови с определением количества тромбоцитов. С риском кровотечения ассоциируется и дефект гена тетрафолатредуктазы (анализ на эту мутацию делают в некоторых московских клиниках и коммерческих лабораториях). Терапия анемии проводится до беременности с применением препаратов, содержащих железо и фолиевую кислоту, например, «Ферро-Фольгамма» 1 драже в сутки.

2.30. Влияет ли беременность на течение эпилепсии?

Предсказать, как повлияет беременность на течение эпилепсии в каждом конкретном случае затруднительно. Данные о частоте приступов при беременности приведены в ответе на вопрос 2.3.

2.31. Являются ли вредные привычки, физические, эмоциональные перегрузки провокаторами приступов у беременных?

О значении эмоционального стресса и депривации сна в развитии эпилептических припадков уже говорилось. Данные о влиянии усталости и физических упражнений на частоту приступов являются противоречивыми. Риск возникновения приступа после длительной физической активности существенно выше, чем после отдельных физических упражнений, прерываемых отдыхом.

Алкогольные напитки часто вызывают приступы, но женщины обычно осведомлены о пагубности употребления алкоголя во время беременности.

Прямой связи между курением и возникновением приступов не выявлено. Женщины не должны курить во время беременности, чтобы не увеличивать риска пороков развития у ребенка, а также других осложнений беременности (преэклампсия, задержка роста и гипоксия плода).

2.32. Может ли будущая мать рассчитывать на удлинение до/послеродового отпуска при увеличении частоты приступов?

Удлинение до/послеродового отпуска возможно только в случае возникновения осложнений в родах (значительного кровотечения, преэклампсии, отслойки плаценты, преждевременных родов и т.д.) и в послеродовом периоде (эндометрита, тромбофлебита, сепсиса, гнойного мастита). Вопрос о продлении послеродового отпуска решается комиссией в учреждении, где произошли роды. Увеличении частоты приступов в течение самой беременности не дает право увеличить до/послеродовый отпуск.

2.33. Допустимо ли прерывание беременности (и на каком сроке) при увеличении частоты приступов, и неэффективности АПМ? Не усугубит ли это течение эпилепсии?

Это зависит от характера приступов, дозировок АПМ и желания матери сохранить ребенка. Приступы, не сопровождающиеся генерализованными судорогами, по-видимому, не наносят плоду существенного вреда. Прием любых АПМ в любых комбинациях после первого триместра беременности не влияет на риск развития врожденных уродств у плода. Риск приступов во время любой операции, в том числе и искусственного родоразрешения, безусловно, увеличивается, особенно если у женщины неконтролируемые эпилептические приступы. С другой стороны,

риск приступов существует и во время обычных родов (см. ответ на вопрос 3.6.).

2.34. Что делать, если незапланированная беременность наступила во время приема высоких доз АПМ?

Большинство беременностей в мире являются незапланированными. Существует ряд исследований, позволяющих определить наличие у плода тяжелых аномалий развития (определение уровня альфа-фетопротеина, УЗИ плода, амниоцентез и другие). Необходимо обратиться к врачу генетику.

2.35. При смене АПМ (замене препарата, повышении дозы) во время беременности через какой период времени нужно определять его концентрацию в крови?

Определять концентрацию препарата нужно только в определенных случаях (см. ответ на вопрос 1.11.). Обычно концентрация определяется через 1 неделю после изменения дозы/смены препарата.

2.36. Какие медицинские манипуляции и исследования противопоказаны беременным с эпилепсией?

Противопоказаны все виды вакцинаций, а также проведение физиотерапии в области головы и шеи.

2.37. Можно ли во время беременности заменять АПМ на аналоги?

Качество используемого АПМ напрямую влияет на наличие/отсутствие побочных эффектов и их выраженность. Смена препарата на аналог может приводить к учащению приступов. Рекомендуется продолжать прием одного и того же препарата одной и той же фирмы-производителя.

2.38. Возможно ли снижение IQ (когнитивные нарушения) у будущего ребенка, если его мать принимала АПМ во время беременности?

Препараты отличаются друг от друга по степени воздействия на плод. Например, применение вальпроатов (особенно в высоких дозах) чаще других приводит к аномалиям развития и ведет к снижению IQ у ребенка. Однако если пациентка получает монотерапию вальпроатами с хорошим эффектом, то изменение схемы терапии не показано.

2. 39. Можно ли делать МРТ во время беременности?

МРТ не представляет опасности для матери и плода, ее можно проводить на любом сроке беременности.

3.0. РОДЫ

3.1. Какие осложнения могут возникнуть во время родов через естественные родовые пути при эпилепсии? Как их избежать?

Согласно статистическим данным, у женщин, больных эпилепсией, выше риск кровотечений, слабости родовой деятельности и преэклампсии (риск последней в 2 раза выше, чем в популяции), увеличивается риск отслойки плаценты, преждевременных родов, родовспоможение в 2 раза чаще осуществляется путем вакуум-экстракции плода или КС. Для снижения риска осложнений необходимо установление полного контроля над приступами.

3.2. Противопоказано ли родоразрешение через естественные родовые пути?

Ведение родов у пациенток с эпилепсией не отличается от обычного. Разумеется, если возникают состояния, представляющие угрозу для жизни матери или плода (судорожные приступы чаще 1 раза в неделю в последнем триместре беременности, слабость родовой деятельности, судорожный припадок во время родов и др.), целесообразно оперативное родоразрешение. Эпилепсия как таковая не является противопоказанием для естественного родоразрешения.

3.3. Какой вид обезболивания можно применять в родах? Какие препараты противопоказаны для обезболивания?

Медикаментозное ведение родов и их обезболивание при эпилепсии

не отличается от обычного. В большинстве случаев возможно применение длительной эпидуральной анальгезии. Вид обезболивания определяется анестезиологом применительно к конкретной ситуации.

3.4. Акушер-гинеколог настаивает на КС по причине эпилепсии в анамнезе. Как можно повлиять на его решение?

Для проведения КС у пациенток с эпилепсией существуют строгие показания (см. ответ на вопрос. 3.2.). Диагноз «эпилепсия» как таковой не является противопоказанием для естественного родоразрешения.

3.5. Насколько высока вероятность наступления приступа во время родов через естественные пути?

Вероятность эпилептического приступа во время родов и в течение 24 часов после родов выше, чем вероятность эпилептического приступа в другие периоды беременности. Прежде всего, это связано с пропуском приема АПМ. По нашим данным, полученным в результате наблюдения за более чем 500 беременностями, при отсутствии ремиссии частота припадков в родах достигает 5,6%, а среди пациенток с ремиссией – 0,5%.

3.6. Есть ли в России специализированные центры для родоразрешения (ведения беременных) женщин с эпилепсией?

Центров, которые специализировались бы именно на ведении женщин с эпилепсией, не существует. При выборе следует отдавать предпочтение крупным центрам, где есть реанимационное отделение, консультант-невролог, хорошее обеспечение лекарственными препаратами, диагностическим и хирургическим оборудованием. Опыт ведения пациенток с эпилепсией имеется, например, в МОНИИАГ.

3.7. Нужна ли госпитализация в стационар? За какой срок до предполагаемых родов?

Плановая госпитализация необходима только при наличии осложнений: сильных отеков, подъема АД, протеинурии, свидетельствующих о признаках преэклампсии, угрозе

преждевременных родов, признаках ухудшения состояния плода, угрозе кровотечения или с целью подготовки к операции кесарева сечения.

3.8. Имеет ли беременная право подать заявление на досрочное родоразрешение при увеличении частоты приступов?

Согласно приказу Минздрава РФ № 302 от 28 декабря 1993 г., если продолжение беременности и роды представляют угрозу жизни или ущерба для здоровья беременной или новорожденного, ставится вопрос о прерывании беременности.

3.9. Что предпочтительнее: КС или роды через естественные родовые пути для матери? Для ребенка?

Многие считают КС быстрым и легким способом родов. Операция всегда безболезненна, поскольку выполняется с использованием различных видов анестезии. Однако при КС увеличивается риск серьезных осложнений наркоза, развития кровотечения и гнойно-инфекционных осложнений. Требуется более долгая госпитализация. Не исключено появление боли после операции, и как результат, дополнительных трудностей в уходе за новорожденным. Дети, рожденные с помощью КС, имеют больше проблем с дыханием и поддержанием температуры. Поэтому в России КС проводится по строгим показаниям, которые хорошо известны акушерам-гинекологам.

3.10. Возможно ли проведение «нестандартных» родов при эпилепсии? (в воде, вертикальных родов, родов на дому так далее)?

Это крайне нежелательно, так как сопряжено с неоправданно высоким риском для матери и плода.

4.0. ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

4.1. Можно ли кормить ребенка грудью при приеме АПМ?

Грудное вскармливание обычно безопасно и рекомендовано в виду его высокой ценности для ребенка. АПМ действовали на плод на протяжении всей беременности, а содержание их в грудном молоке значительно ниже, чем в крови беременной. Также можно снизить количество препарата в молоке, принимая лекарство после кормления.

Концентрация препаратов в материнском молоке (относительно концентрации в плазме) достигает: Прегабалин ~ 100%; Этосуксимид 90%; Леветирацетам 90%; Гексамидин 80%; Топирамат 80%; Окскарбазепин ~ 60%; Ламотриджин 50%; Карбамазепин 45%; Фенобарбитал 40%; Фенитоин 20%; Бензодиазепины 15%; Вальпроевая кислота 3% (данные многочисленных публикаций).

4.2. Как проявляются побочные эффекты АПМ при грудном вскармливании?

Наиболее частым осложнением являются кожные проявления в виде аллергических реакций. Описаны случаи геморрагических осложнений (увеличение кровоточивости).

Применение фенобарбитала во время беременности может приводить как к седативным проявлениям у новорожденного (сонливость, слабое сосание, мышечная слабость, вялость, заторможенность), так и к синдрому отмены (двигательное возбуждение, беспокойный сон, частый беспричинный плач) если по каким-либо причинам вскармливание грудным молоком прекращается.

4.3. Изменять ли прием АПМ после беременности?

Если во время беременности повышалась доза АПМ, то после родов возможно появление токсических побочных эффектов. Это обусловлено понижением общей массы тела роженицы и изменением обмена веществ. Во избежание возникновения побочных эффектов из-за неадекватности дозы АПМ, после родов нужно обратиться к эпилептологу.

Еще одной опасностью является учащение припадков вследствие ухода за ребенком. Ночные пробуждения увеличивают риск приступов. Необходима помощь родственников или няни.

4.4. Может ли прием АПМ вызвать желтуху новорожденных?

Теоретически может. Причиной желтухи может служить не только прием АПМ, но и недоношенность ребенка, резус-конфликт, реакция на введение вакцины от вирусного гепатита В, вирусное или бактериальное заболевание и многое другое. Не будучи специалистом, определить причину невозможно. Длительное сохранение желтушного окрашивания кожи у маленького ребенка требует обязательного обследования. Оно должно включать общий анализ крови, определение уровня общего билирубина и его фракций, печеночных ферментов, пробы на гемолиз (проба Кумбса), ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

4.5. Как оценить, сколько препарата попадает с молоком в кровь ребенка?

Теоретическая возможность определить концентрацию препарата в грудном молоке существует в специализированных лабораториях. Однако в реальной жизни это исследование, как правило, не имеет смысла. Гораздо важнее наличие у ребенка клинических проявлений эффектов АПМ (см. ответ на вопрос 4.2.).

Доза препарата, которая попадает ребенку с грудным молоком, зависит от количества высасываемого молока. У детей старше 6 месяцев, которым уже ввели прикорм, доза получаемого препарата уменьшается по мере роста ребенка.

4.6. Если в период грудного вскармливания требуется увеличение дозы препарата, есть ли смысл продолжать кормить грудью?

Данный вопрос лучше обсудить с врачом. В любом случае новорожденного лучше кормить материнским молоком, уменьшив его количество путем добавления искусственных смесей.

4.7. Как узнать, унаследовал ли ребенок заболевание?

Эпилепсия – не единая болезнь, а совокупность различных эпилептических синдромов, каждый из которых имеет «свои» причины развития, «свою» тяжесть приступов и «свой» прогноз. Следовательно, ответ на этот вопрос зависит от того, какая

конкретно форма эпилепсии имеется у матери. Если не принимать во внимание редкие генетические заболевания, проявляющиеся в том числе эпилептическими приступами, вероятность «наследования» эпилепсии ребенком невысока. Конкретные цифры приведены в ответе на вопрос 1.8.

4.8. Относятся ли дети, рожденные от женщин, больных эпилепсией, к декретированной группе риска? Показан ли им весь объем профилактических прививок?

Для детей с высоким риском судорожных припадков предусмотрен отвод от профилактических прививок. Также вакцинация нежелательна в острой фазе инфекционных заболеваний, сопровождающихся повышением температуры тела. Плановая вакцинация откладывается до окончания острых проявлений заболевания. Возможно получение отвода от прививки АКДС или ее замена на АДСМ.

4.9. Допустимо ли снижение дозы АПМ на период кормления грудью?

Если у матери нет приступов, а у ребенка – побочных эффектов АПМ, изменение дозы нецелесообразно.

4.10. Нужно ли применять меры предосторожности во время кормления?

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 припадка. Для снижения концентрации АПМ в грудном молоке рекомендуется принимать препараты после кормления.