

Гафурова М.Р.

Оценка эффективности системы прегравидарной подготовки в оптимизации перинатальных исходов у женщин с эпилепсией

Ташкентский институт усовершенствования врачей, кафедра акушерства и гинекологии №2, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Gafurova M.R.

Evaluation of the effectiveness of the training pregravidal optimize perinatal outcomes in women with epilepsy

Резюме

С целью оценки эффективности системы и алгоритма ведения беременности у женщин страдающих эпилепсией, был проведен сравнительный анализ течения беременности, родов и состояния новорожденных у 57 женщин с эпилепсией, прошедших прегравидарную подготовку по предложенной схеме и группой сравнения, в которую вошли 45 женщины со спонтанной беременностью и эпилепсией. Данная методика позволила снизить частоту осложнений течения беременности, родов, послеродового периода и добиться улучшения перинатальных исходов у женщин с эпилепсией.

Ключевые слова: беременность, эпилепсия, прегравидарная подготовка

Summary

In order to evaluate the effectiveness of the algorithm and management of pregnancy in women with epilepsy, a comparative analysis of the course of pregnancy, childbirth and neonatal status in 57 women with epilepsy who received pregravid preparation on the proposed scheme and a comparison group, which included 45 women with spontaneous pregnancy and epilepsy. This technique allowed to reduce the incidence of complications of pregnancy, childbirth, postpartum and to improve perinatal outcomes in women with epilepsy.

Keywords: pregnancy, epilepsy, pregravid preparation

Введение

Актуальность проблемы эпилепсии не вызывает сомнений из-за широкой распространенности заболевания, тяжелого социального и экономического бремени не только для больного и его родственников, но и общества в целом.

Согласно статистическим данным, за последние десятилетия отмечается увеличение показателей заболеваемости эпилепсией в мире в 1,5 раза [1]. Вероятность эпилепсии в популяции составляет около 0,5 - 3%, при этом 25-40% больных являются женщинами детородного возраста [2]. С каждым годом растет и количество беременных женщин, страдающих эпилепсией. Данные ряда авторов относительно частоты такого сочетания различны, в среднем, от 0,3 до 1% от общего количества родов [2,3]. Таким образом, около 1% беременных женщин страдают эпилепсией, причем у 13% от данного числа, манифестация заболевания приходится на период беременности, а приблизительно у 14% припадки наблюдаются исключительно во время беременности — так называемая гестационная эпилепсия [4].

Следовательно, эпилепсия у женщин, особенно детородного возраста, в настоящее время становится междисциплинарной проблемой, требующей особого подхода со стороны неврологов, психиатров, акушеров-гинекологов, педиатров, генетиков и врачей других специальностей. В связи с чем важным аспектом является разработка принципов ведения женщины с эпилепсией, с целью прогнозирования, предупреждения и лечения осложнений гестации, а также оптимизации состояния плода и новорожденного у данного контингента больных.

В результате проведенного в рамках нашей диссертационной работы, рандомизированного исследования в различных регионах Узбекистана, установлено, что сочетание беременности и эпилепсии выявлено у 1,2% женщин от общего числа беременных. Таким образом, данный показатель в Узбекистане несколько выше, чем в общей популяции, на 0,2%. Причем, как свидетельствуют, данные ретроспективного анализа медицинской документации, более высок процент декомпенсированных и субкомпенсированных форм, существенно повышающих риск перинатальных потерь. Данный факт, по нашему

мнению, объясняется некоторыми особенностями национального менталитета (скрывается сам факт наличия эпилепсии у женщины) и слабой приверженности терапии. Учитывая вышеизложенное, а также то, что последние исследования данной проблемы в Республике проводились в последний раз в 1987 году Садыковой М.Х., значительное расширение диапазона антиэпилептических препаратов и возможность использования новых информативных и в тоже время неинвазивных методов мониторинга внутриутробного состояния плода, послужили основанием для разработки и внедрения в практическое здравоохранение новой методики – прегравидарной подготовки женщин, страдающих эпилепсией и алгоритма ведения беременности у них.

Цель исследования: оценка эффективности предложенной системы прегравидарной подготовки и алгоритма ведения беременности у женщин страдающих эпилепсией.

Материалы и методы

В основе предложенной системы лежит комплексная и патогенетически обоснованная терапия с учетом наиболее часто встречающихся осложнений беременности и родов. Как показали результаты наших ретроспективных исследований — это анемия, угроза прерывания беременности, ФПН, преэклампсия и преждевременные роды. Исследование проводилось в Перинатальных центрах различных регионов Узбекистана и семейных поликлиниках г. Ташкента. Обязательным условием было динамическое совместное ведение беременности, родов и послеродового периода акушером - гинекологом, эпилептологом и терапевтом. Планирование беременности у женщин с эпилепсией должно проводиться с соблюдением интергенетического интервала не менее 3 лет. Предпочтение отдавалось берьерным методам и внутриматочной контрацепции ввиду неблагоприятного взаимного влияния АЭП и гормональных контрацептивов. Соблюдалось необходимое условие - раннее выявление беременности и взятие на диспансерный учет в женской консультации всех беременных с эпилепсией, проводилась тотальная витаминизация и превентивная антианемическая терапия. Для профилактики развития фетоплацентарной недостаточности и врожденных аномалий развития ЦНС у ребёнка беременным назначали фолиевую кислоту по 5 мг в сутки за 4 недели до планируемой беременности и в первом триместре. На большой срок её назначать нежелательно, так как повышение уровня фолатов в крови вызывает снижение порога судорожной готовности [5]. Среди женщин с эпилепсией выявлено преобладание беременных с низким уровнем жизни. Их питание имеет углеводную ориентацию, что связано с недостаточной культурой питания, а также нерациональной структурой суточного продуктового набора. Недостаточное поступление железа с пищей, нарушение метаболических реакций в организме, приём антиэпилептических препаратов, вызывающих изменение метаболизма фолиевой кислоты - вот неполный перечень факторов, способствующих развитию анемии у больных эпилепсией женщин. Поэтому

необходима адекватная антианемическая фармакотерапия. Суточная доза для профилактики анемии и лечения легкой формы заболевания 50-60 мг Fe2, а для лечения выраженной анемии - 100-120 мг Fe2.

Формирование гипоксии плода также является весьма характерным осложнением течения беременности и родов у женщин с эпилепсией, присоединение морфофункциональных и дистрофических изменений в ФПК приводят к ФПН в 33,33% случаев [6]. Причем, в трети из них эта патология развивается в конце 2-го триместра. Поэтому мы проводили превентивную терапию ФПН. Медикаментозная коррекция и профилактика осложнений беременности у женщин с эпилепсией, включала в себя следующие группы препаратов: бета-адреносимпатолитики, спазмолитики; препараты, улучшающие микроциркуляцию и реологические свойства крови (антиагреганты, ангиопротекторы, антикоагулянты); препараты, корригирующие метаболические и обменные нарушения (смеси аминокислот, белки, инфузионные растворы, содержащие электролиты, микроэлементы); препараты, повышающие устойчивость головного мозга и тканей плода к гипоксии (антигипоксанты, нейрорепротекторы). Комплекс метаболической терапии проводится 3 раза в процессе беременности курсами по 10-14 дней под контролем состояния фетоплацентарного комплекса. Для коррекции гипомagneмии при угрозе прерывания беременности мы применяли препарат «МагнеВ6», который, кроме того, у больных эпилепсией повышает восприимчивость к противосудорожным препаратам, снижает тяжесть эпилептических приступов. Для уменьшения тонуса миометрия - при угрозе преждевременных родов и с целью улучшения маточно-плацентарного кровотока - применяли гинипрал. Препарат вводили внутривенно капельно в дозе 5 мл на 200 мл физиологического раствора в течение 1-2 дней; затем пациентки принимали препарат в таблетированной форме по 0,25 мг (1/2 таблетки) каждые 4 ч. Для нивелирования возможных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы за 20 мин до приема гинипрала назначали внутрь изоптин по 40 мг. Учитывая высокую частоту угрозы прерывания беременности и преждевременных родов, а также осложненной гестации, требующих экстренного родоразрешения у женщин с эпилепсией, в целях профилактики РДС (респираторного дистресс-синдрома) у новорожденных, рекомендуется назначение дексаметазона по 4 мг 2 раза в день в/м 2-3 дня или в таблетках по 2 мг 4 раза в первый день, по 2 мг 3 раза во второй день, по 2 мг 2 раза в третий день. На курс лечения началось от 8 до 12 мг. Профилактика РДС имела смысл при сроках гестации 28-34 недели, в более ранние сроки гестации антенатальное созревание легких требует более длительного использования препаратов. Эти дозы повторяют через 7 суток 2-3 раза в день.

Ведение родов у женщин, страдающих эпилепсией, мы подчиняли принципам управления родовым актом с помощью современных методов диагностики состояния матери и плода и прогноза сократительной деятельности

Таблица 1. Основные осложнения настоящей беременности

Вид осложнения	Основная группа		Группа сравнения	
	п	%	п	%
Угроза прерывания беременности	11	19,29	19	42,22
Фетоплацентарная недостаточность	14	24,56	21	46,67
Анемия	20	35,08	28	62,22
Презеклампсия	6	10,52	12	26,67
а) легкое течение	5	8,77	6	13,33
в) тяжелое течение	-	-	3	6,67
Преждевременное излитие околоплодных вод	2	3,5	5	11,11
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	-	-	1	2,22
Преждевременные роды	5	8,77	9	20

майки (УЗИ с определением БФПП, КТГ и доплерографическое исследование гемодинамики ФПК) с позиций прогнозирования вероятных осложнений для матери и плода.

С целью оценки эффективности предложенной нами системы профилактики и лечения гестационных осложнений у женщин с эпилепсией был произведен сравнительный анализ течения беременности и родов в двух группах:

- основная (1А группа) — 57 беременных женщин, страдающих эпилепсией, с полной дородовой подготовкой, получившие комплексную превентивную терапию,

- группа сравнения (1Б группа) - 45 беременных с эпилепсией, со спонтанной беременностью.

Группы были сопоставимы по паритету, социальному составу, возрасту, массе тела, времени и причинам развития эпилепсии, по форме и частоте эпилептических припадков, данным акушерского и гинекологического анамнеза, наличию экстрагенитальных заболеваний.

Результаты и обсуждение

Наиболее частым осложнением беременности в обеих группах, как указано в таблице 1, была анемия, однако в основной группе она развивалась в 1,8 раза реже (35,08%), чем в группе сравнения (62,22%), преобладала лёгкая форма, отсутствовали тяжёлые формы заболевания. Высокая эффективность антианемической терапии в основной группе объясняется, по-видимому, преобладанием анемии I степени среди обследованных (в 75% случаев), своевременная коррекция которой приводит к хорошим результатам лечения данной патологии. На втором месте по частоте развития стояла фетоплацентарная недостаточность, однако, в основной группе она встречалась в 1,9 раза реже, по сравнению с группой сравнения.

Было отмечено, что частота угрозы прерывания беременности на фоне превентивной терапии снизилась в 2,2 раза. Также в основной группе уменьшилось число преждевременных родов в 2,3 раза. Согласно современным представлениям, при развитии гипоксии именно плод индуцирует преждевременные роды, тогда как нормализация внутриутробного состояния плода, в результате своевременной терапии, позволила нам успешно пролонгировать беременность.

В результате полноценной дородовой подготовки отмечено снижение частоты преэклампсии в 2,5 раза и преобладание лёгкой формы (в 83,33%). Тяжёлая преэклампсия, трудно поддающаяся лечению, отмечалась только у 3 женщин в 1Б группе в 6,67% случаев.

Частота преждевременного отхождения околоплодных вод у женщин с эпилепсией, получивших комплексную превентивную подготовку, была ниже в 3,2 раза.

Роды через естественные родовые пути произошли у 50 (87,71%) беременных 1А группы, что на 12,16% больше, чем у женщин 1Б группы 34(75,55%). Частота индуцированных родов снизилась в 2 раза в 1А группе и составила 12,3%. У женщин этой группы в 10,52% случаев были проведены программированные роды. Это было связано с завершением комплексной подготовки к родам и достижением зрелости плода, что позволило проводить возбуждение родов в более благоприятных условиях и избежать возможного обострения эпилепсии, прогрессирования преэклампсии и ФПН. При анализе течения родов было выявлено, что у женщин основной группы имело место снижение процента оперативного родоразрешения. Так, из общего числа пациенток, относящихся к 1А группе, роды завершились кесаревым сечением у 12,3%, в то время как у беременных, не получивших лечения в необходимом объёме, данная операция произведена в 24,44% случаев.

Данный положительный эффект связан с уменьшением частоты слабости родовой деятельности в 5 раз у пациенток основной группы, уменьшением частоты и тяжести преэклампсии, преждевременного излития околоплодных вод, снижением числа осложнений со стороны плода, которые входили в число показаний к оперативному родоразрешению у женщин группы сравнения.

Объём кровопотери при родоразрешении через естественные родовые пути в 1А группе варьировал от 100 мл до 350 мл, составил в среднем 179,1±30,41 мл и достоверно отличался от аналогичных показателей в 1Б группе (320 ± 35,7 мл) (p<0,001).

Частота кровотечений в III периоде родов и в раннем послеродовом периоде у больных основной группы снизилась на 20,47% по сравнению с группой сравнения. Это можно объяснить снижением показателя мате-

Таблица 2. Частота осложнений у новорожденных.

Вид осложнения	Основная группа	Группа сравнения
Хроническая внутриутробная гипоксия, %	21,05	44,44
Синдром ЗВРП, %	3,5	11,11
Асфиксия новорожденного, %	3,5	22,22
Аспирация околоплодными водами, %	-	4,4
Гипертензионный синдром новорожденного, %	1,75	4,4
Синдром дыхательных расстройств, %	-	4,4
Судорожный синдром, %	-	2,22
Гипоксическое поражение центральной нервной системы, %	8,77	37,78
Незрелость	12,28	26,67
Врожденные пороки развития, %	1,75	6,67
Аntenатальная гибель плода, ‰	-	39,21
Перинатальная смертность, ‰	-	49,01
Нарушение восстановления первоначальной массы, %	17,54	31,11

ринского травматизма на 13,81% за счёт учащения в 2,8 раза использования в родах у женщин 1А группы таких оперативных пособий, как эпизио- и перинеотомия. В основной группе не наблюдалось ни одного случая гипотонического кровотечения, что произошло, по-видимому, в результате своевременного проведения профилактических мероприятий у данного контингента женщин.

Коррекция соматической патологии, осложнений беременности и родов отразилась на состоянии плода и новорожденного у женщин с эпилепсией в основной группе.

У женщин 1Б группы родилось живыми 42 (93,30%) ребёнка, в то время как во 1А группе - 57 (100%) детей. Из них доношенных было 71,42% в группе сравнения и 87,71% в основной, недоношенных - 21,44% и 8,77% соответственно, переносимых - 7,14% и 3,52%.

Наш опыт показывает, что при преварительном обследовании и своевременно проведенном адекватном лечении, тщательном мониторинге гестационного процесса у больных с эпилепсией рождение доношенных жизнеспособных детей составляет 91,2%.

Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар на первой минуте была выше в основной группе и составляла $8,13 \pm 0,2$ балла ($7,75 \pm 0,81$ балла в группе сравнения), и на пятой минуте - $8,96 \pm 0,41$ балла против $8,18 \pm 1,24$ соответственно ($p < 0,05$).

Синдром ЗВРП диагностирован у 5 (11,11%) плодов в группе сравнения, в то время как в основной группе — у 2 (3,5%) детей. Остальные дети в основной группе родились без клинических признаков гипотрофии, что указывает на эффективность проводимой терапии ФПН в 70% случаев.

Хроническая внутриутробная гипоксия оставалась наиболее частым осложнением у новорожденных (44,44%), но число случаев уменьшилось в 2 раза после лечения и составило 21,05%. Второй по частоте развития была незрелость новорожденного, которая в основной группе встречалась также в 2 раза реже, чем в группе сравнения. Число случаев асфиксии новорожденного снизилось в 6 раз - с 22,22% в 1Б группе до 3,5% в основной группе.

С признаками перинатального гипоксического поражения центральной нервной системы в основной группе родилось в 4 раза меньше новорожденных. Гипертензионный синдром новорожденного встречался в 2,5 раза реже по сравнению с показателями в группе сравнения. Врожденные пороки развития встречались в 1А группе в 3,8 раза реже, чем в 1Б группе. Перинатальных потерь в основной группе не было.

Результаты наших исследований показали достоверное снижение частоты осложнений у новорожденных в раннем неонатальном периоде у женщин с эпилепсией основной группы (таблица 2).

Характерные нарушения восстановления первоначальной массы у новорожденных от рожениц с полной дородовой подготовкой в 1,8 раза реже наблюдались в основной группе, где отмечалось у 17,54% детей. Прибавка массы тела в данной группе детей составила $188,3 \pm 49,6$ г против $52,5 \pm 23,7$ г в группе сравнения ($p < 0,05$).

Заключение

Результаты наших исследований показывают, что эпилепсия является фактором перинатального риска, значительно ухудшающим прогноз исхода гестации для матери и плода. Поэтому данная группа женщин требует поиска путей совершенствования целенаправленных лечебно-профилактических мер.

Снижение частоты осложнений течения беременности, родов, послеродового периода, улучшение перинатальных исходов у женщин с эпилепсией даёт основание полагать, что предложенный нами комплекс превентивной терапии и системы дородовой подготовки эффективен и может быть применён в повседневной практике. ■

Гафурова М.Р. - к.м.н., докторант кафедры акушерства и гинекологии №2 Ташкентского института усовершенствования врачей, г. Ташкент; Адрес для переписки: 100084, г. Ташкент, ул.Арифова, д.1, кв. 64, тел +998909114445, e-mail: malika-1973@yandex.ru

Литература:

1. Авадини Д. Клинические формы и классификация эпилепсии: матер. международной конф. «Эпилепсия - медико-социальные аспекты. Диагностика и лечение.» Под ред. Е.И. Гусева и А.Б.Гехт. - М., 2004.-С. 29-46
2. Власов П.Н. Эпилепсия у женщин. Медицинская кафедра: научно-практический журнал.2005;3:95-96.
3. Hilesmaa V.K. Pregnancy and birth in women with epilepsy. *Neurology*. 2010; 42: 8 - 11.
4. Доброхотова Ю.Э., Гехт А.Б., Локшина О.Б. Некоторые аспекты течения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2005;Т. 5.Вып 6: 13-17
5. Шаповаленко С.А. Комплексная диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на разных стадиях гестации. *Вестник Росс. ассоциации акушеров-гинекологов*. 2006; 2: 43-47.
6. Yerby M.S. Pregnancy and the Mother with Epilepsy. *North Pacific Epilepsy Research*. 2006./ www.seizures.net