# Беременность и эпилепсия

**Эпелепсия – это хроническое неврологическое заболевание, которое характеризуется возникновением локальных (парциальных) и генерализированных судорожных припадков. Лечение эпилепсии подразумевает длительное (чаще всего многолетнее) применение противоэпилептических лекарств.Резкое, чрезмерно синхронное нарушение электрической активности головного мозга проявляется изменениями сознания и (или) двигательными, чувствительными и поведенческим симптомами с возможным переходом в генерализованный классический приступ, во время которого больной падает, судорожно сокращаются мышцы конечностей и туловища, при этом человек часто прикусывает язык, изо рта появляется пена. В конце припадка может отмечаться непроизвольное мочеиспускание.**
**При эпилепсии с поздним началом (у лиц старше 30 лет) основным этиологическим фактором чаще является черепно‑мозговая травма, у больных более старшего возраста – церебральная сосудистая патология. Чаще всего возникает наследственного предрасположения с дополнительными вредностями, обычно в виде экзогенных факторов (травмы, инфекционные поражения центральной нервной системы).**

**Генерализованный или большой припадок - участвуют все области головного мозга (коры).**

* Для наблюдающего со стороны, выглядит так: пострадавший на короткий миг замирает, останавливается на полуслове, внезапно издает крик или приглушённый хрип, всё тело напрягается, человек падает на землю, бьётся в судорогах;
* Сознание отсутствует, глаза обычно закрыты;
* Наблюдается задержка дыхания, после прекращения припадка дыхание частое и глубокое;
* Возвращение в сознание происходит постепенно, в течение нескольких минут;
* Характерно непроизвольное мочеиспускание;

 **Частичный или фокальный припадок -** участвует только часть мозга, соответственно, локализованы и судороги. В зависимости от части мозга, в которой наблюдается аномальная электрическая активность, различается и клиническая картина припадка.

* Например, если участвует часть мозга, руководящая движениями руки, это выражается в ритмических подёргиваниях пальцев, покачивании, вращении кистью;
* Если задействованы другие участки мозга, симптомы могут включать в себя странные, неописуемые ощущения или мелкие повторяющиеся движения, например, навязчивое поправление одежды, теребление, подмигивание, причмокивание;

 **Бессудорожный генерализованный припадок (малый припадок, или абсанс),** наиболее распространён среди детей.

* Нарушение сознания внешне выражается замершим, остекленевшим, бессмысленным взгядом;
* Могут наблюдаться мелкие подёргивания мышц, периодически повторяющиеся движения;
* Как правило, эти приступы кратковременны, продолжаются буквально несколько секунд.

## Согласно последним обобщенным данным, обострение эпилепсии во время беременности наблюдается приблизительно в 10% случаев, в 5% происходит урежение частоты припадков, а в 85% — существенного изменения частоты припадков не отмечается.**Так, во время генерализированных припадков наблюдаются значительные нарушения циркуляции крови в области плаценты, в связи с чем, у женщин страдающих частыми генерализированными припадками во время беременности значительно повышается риск рождения ребенка с различными дефектами развития.**

Генерализованном припадке имеется большая вероятность травм, в том числе живота, что может привести к отслойке плаценты и сопровождается грубыми нарушениями маточно-плацентарного кровообращения. Вместе с тем считается, что бессудорожные припадки практически не оказывают влияния  на рост и развитие плода.

**Подготовка к беременности**

Если женщина больна эпилепсией, то к беременности она должна подойти осознанно. Лечение данного заболевания проводится квалифицированным эпилептологом постоянно, начиная с периода полового созревания. Лекарственная терапия может быть отменена, если на фоне приема медикаментов приступов не возникало.

Эпилепсия встречается у 1% всего населения, из которых более 40% являются женщинами детородного возраста. По другим источникам из всех беременных больными являются около 1% женщин. У некоторых женщин заболевание впервые проявляется во время беременности, это так называемая гестационная эпилепсия. Регулярный прием эпилептических препаратов позволяет избавиться от приступов заболевания.

**Схема наблюдения за беременными, больными эпилепсией**

При компенсированном состоянии эпилепсии с ремиссией эпилептических припадков регулярность наблюдения неврологом составляет 1 раз в 2 мес, акушером-гинекологом — согласно нормативам. При наблюдающихся парциальных припадках регулярность наблюдения неврологом — 1 раз в 1 мес; акушером-гинекологом — 1 раз в 2 нед. Больные эпилепсией должны знать, что им следует обращаться к эпилептологу при любом учащении эпилептических припадков. Причинами учащения либо утяжеления припадков могут быть недосыпание, соматическая патология, в том числе положительный водный баланс, нарушение медикаментозного режима
ЭЭГ-исследование и определение концентрации АЭП проводятся при компенсированном течении эпилепсии 1 раз в 2 мес, при наблюдающихся припадках — при каждом обращении беременной к неврологу.
Концентрации гормонов фетоплацентарного комплекса (плацентарный лактоген, прогестерон, эстриол, кортизол) и a-фетопротеин исследуются начиная с конца первого триместра беременности и в дальнейшем не реже 1 раза в месяц.
Динамическое УЗИ плода проводится при постановке беременной на учет, в 19–21-ю неделю (для исключения аномалий развития плода) и в дальнейшем 1 раз в 4 нед. Начиная с 20-й недели беременности, учитывая высокий риск развития фетоплацентарной недостаточности, при УЗИ целесообразно проводить допплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода.
С учетом определенного риска развития врожденной патологии (все противоэпилептические препараты считаются потенциально тератогенными) обязательным является консультация генетика до 17-й недели беременности и при показаниях дополнительно проводятся биопсия хориона, амниоцентез с определением концентрации a-фетопротеина в амниотической жидкости и цитогенетическим.( Альфа-фетопротеин -это вещество, которое вырабатывается печенью ребенка и попадает в кровь матери через амниотическую жидкость и плаценту.Повышение говорит о нарушение позвоночного столба(спиномозговая грыжа или гидроцефалия),а снижение о синдроме Дауна лишь каждого 5 ребенка)
Начиная с 26-й недели беременности показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и состояния плода.
Диагностика и лечение фетоплацентарной недостаточности проводится по стандартным схемам. С определенной осторожностью необходимо использовать пирацетам из-за возможного провоцирования припадков.Лечение, предпринимаемое для остановки и предотвращения новых эпилептических приступов, также может оказать вредное влияние на развитие ребенка. Особенно опасны для плода высокие дозы противоэпилептических препаратов и комбинации нескольких лекарств.

Особенности течение родов.

1. Показания к проведению кесарева сечения:
—эпилептический статус
2. учащение эпилептических припадков в предродовом периоде;
3 отрицательная динамика состояния плода.

2. Эпилепсия не является противопоказанием для родов через естественные родовые пути. Родоразрешение должно идти физиологическим путем.

3. Медикаментозное ведение ро­дов и их обезболивание не отличаются от обычного. Противопоказания к проведению эпидуральной анестезии очень редки, в частности нарушение циркуляции спинномозговой жидкости вследствие перенесенной патологии с вовлечением ликвороциркуляторных пространств. Есть только одно правило: женщина поступает на роды и должна иметь антиконвульсанты, принимать их как обычно, желательно в те же часы. Эти указания должны быть расписаны эпилептологом. Без показаний назначать бензодиазепины не рекомендуется ввиду их токсического действия на новорожденного. Риск судорог во время родов при правильном лечении — 1–2 %.

4. В послеродовом периоде в связи с риском обострения эпилепсии необходимо соблюдать регулярность приема АЭП и режим отдыха.

5. Снижение потребности в АЭП после родов обусловливает возможность их передозировки вплоть до развития интоксикации. Появление у родильницы сонливости, нистагма, атаксии требует срочного исследования концентрации АЭП. Интоксикация АЭП обусловлена относительным повышением концентрации АЭП вследствие снижения общей массы роженицы, кровопотери в родах, изменения абсорбции препаратов и некоторыми другими факторами. Обычно достаточно в послеродовом периоде возвратиться к суточной дозировке АЭП, применявшейся до беременности (в случаях, если суточная доза АЭП во время беременности повышалась).

6. Согласно рекомендациям международных экспертов, сразу после рождения ребенку необходимо внутримышечно ввести витамин К в дозировке 1 мг/кг.

7. При сохраняющихся парциальных припадках рекомендуется постоянное нахождение с роженицей кого-то из родственников.

1. Отказ от грудного вскармливания новорожденного совершенно не обоснован, так как во время беременности попадание АЭП в кровь ребенка обычно выше, чем с молоком матери. Кормление грудью необходимо осуществлять в положении лежа, для того чтобы в случае развития припадка избежать травмы новорожденного.

Осложнения некомпенсированной эпилепсии во время беременности

Со стороны плода: врожденные пороки развития — 2,4 %; гипоксия — 10,4 %; асфиксия в родах — 23,2 %; масса новорожденного менее 2500 г — 7–10 %.

Со стороны матери: спонтанные аборты; отслойка плаценты; преждевременные роды (4–11 %); поздние гестозы (28,8 %); ускорение родового акта; кровотечения в раннем (16,9 %) и позднем (28,4 %) периодах.

Очень важен показатель перинатальной смертности, который в 1,2–2 раза превышает среднестатистический уровень и до настоящего времени не получил достаточно четкого объяснения. Компенсация эпилепсии у будущей матери является необходимым условием благоприятного исхода как для матери, так и для плода.