**Содержание**

Введение

1. Влияние эпилепсии на плод
2. Влияние противосудорожных препаратов на плод
3. Врожденные пороки развития плода
4. Планирование беременности
5. Послеродовый период

Заключение

Список литературы

**Введение**

*Эпилепсия* — заболевание, проявляющееся повторными относительно стереотипными припадками, обусловленными патологическим электрическим разрядом в головном мозге. Это одно из наиболее распространенных хронических заболеваний, с которым приходится иметь дело акушерам. Эпилептические припадки могут сопровождаться любыми моторными, сенсорными или психическими проявлениями.

*Эпилептический статус* во время беременности — это серия постоянных или периодически прерывающихся судорожных припадков, сопровождающихся нарушением сознания. В перерывах между припадками сознание полностью не восстанавливается. Эпилептические припадки могут наблюдаться при разных заболеваниях. Если эпилептический припадок возник при беременности впервые в жизни, больную тщательно обследуют, чтобы выяснить его причину. Дифференциальную диагностику проводят со следующими состояниями: обмороками, мигренью, доброкачественным позиционным головокружением, преходящей ишемией мозга, нарколепсией, истерией и интоксикацией. Возможна симуляция. Факторы риска эпилептических припадков во время беременности — частые эпилептические припадки до беременности (чаще 1 раза в месяц) и перименструальные эпилептические припадки. Риск эпилептических припадков возрастает при прекращении приема противосудорожных средств, снижении их уровня в сыворотке (вследствие замедленного всасывания, повышения скорости клубочковой фильтрации и гормональных изменений во время беременности), а также на фоне тревожности и бессонницы, истерией и интоксикацией.

*Распространенность* эпилепсии среди населения в целом составляет 1%, среди беременных — 0,3— 0,6%. т.е. она встречается примерно у одной из 200 беременных женщин. Более 90% детей от матерей, больных эпилепсией, рождаются здоровыми. Риск пороков развития у плода составляет 2— 3%, что примерно в 2 раза выше среднего.

**1. Влияние эпилепсии на плод**

Припадки являются фактором риска угрозы прерывания беременности, могут привести к гипоксии плода. Генерализованные судорожные припадки оказывают более выраженное повреждающее действие на плод, так как во время припадка имеется большая вероятность получения травм, в том числе живота, что может привести к отслойке плаценты и сопровождается грубыми нарушениями маточно-плацентарного кровообращения. Чаще наблюдается судорожный эпилептический статус. Эпилептический статус представляет собой смертельную опасность, как для матери, так и для плода. Развиваются гипоксия и гипертермия, которые, в свою очередь, могут привести к поражению почек и головного мозга. Летальность колеблется от 3 до 20%. Эпилептический статус требует неотложной помощи. Эпилепсия может осложнять течение беременности и приводить к развитию врожденных аномалий у новорожденных. При этом риск внутриутробной и неонатальной смерти в 2-3 раза превышает таковой для населения в целом. Врожденные аномалии разной степени тяжести встречаются у 4-10% детей, матери которых страдают эпилепсией. Кроме того, у них часто наблюдаются снижение массы тела, замедление роста и нарушения когнитивных функций.

**2. Влияние противосудорожных препаратов на плод**

При лечении противосудорожными средствами риск врожденных пороков развития плода значительно возрастает. К числу противосудорожных средств относятся гексамидин, бензонал, бензобамил, дифенин (фенитоин), хлоракон, метиндион, карбамазепин (тегретол, стазепин) клоназепам, триметин, этосуксемид (суксилеп, ронтон), вальпроат натрия (конвулекс, депакин). Противосудорожное действие оказывают также фенобарбитал (люминал), транквилизаторы группы бензодиазепина.

Значительный практический интерес представляет изучение фармакокинетики противосудорожных препаратов в системе мать — плацента — плод. Наиболее полно изучен в этом отношении дифенин. Дифенин относится к лекарственным средствам, подвергающимся биотрансформации преимущественно в печени и имеющим низкий (<0,3) коэффициент выведения данным органом. При систематическом применении дифенина у ряда пациентов наблюдается снижение его устойчивой концентрации в сыворотке крови в период беременности. Установлено, что степень связывания препарата резко изменяется с 16-й недели беременности и вплоть до 5 дня после родов. Существенное влияние на метаболизм дифенина во время беременности оказывает повышенный уровень прогестерона. Секреция плацентой прогестерона повышает активность микросомальных ферментов печени, участвующих в процессах гидроксилирования дифенина и других противосудорожных препаратов. Применение во время беременности более высоких доз препаратов противосудорожного действия повышает риск их отрицательного влияния на плод и новорожденного. Установлено, что частота уродств развития у потомства больных эпилепсией в 2—3 раза превышает таковую в общей популяции. У детей, матери которых по поводу эпилепсии во время беременности принимали антиконвульсивные препараты, отмечена повышенная частота возникновения уродств (7%). Изменения со стороны ЦНС отмечались чаще у тех детей, матери которых в период беременности страдали приступами эпилепсии.

У детей, матери которых принимали при беременности противосудорожные препараты, часто наблюдаются задержка развития речи, аутизм, гиперактивность и миопия. У взрослых мужчин и женщин, подвергшихся внутриутробному воздействию фенобарбитала и фенитоина, определяются нарушения некоторых аспектов когнитивной функции, что связывают с нарушением гормонального баланса у плода под влиянием индукторов печеночных ферментов.

Все старые противосудорожные средства могут вызывать различные врожденные аномалии. Базы данных по врожденным аномалиям, созданные во многих странах, не позволяют выделить патологии, характерные для того или иного определенного противосудорожного средства, хотя частота их развития может быть разной. Например, при применении вальпроевой кислоты и карбамазепина расщелины позвоночника наблюдаются чаще, чем при использовании других препаратов, тогда как фенитоин и фенобарбитал чаще вызывают врожденные аномалии сердца и расщепление неба.

**3. Врожденные пороки развития**

*Врожденные пороки развития* принято подразделять на большие и малые аномалии. Большие аномалии представляют собой структурные дефекты, формирующиеся во время органогенеза и приводящие при отсутствии лечения к серьезным нарушениям функции органов или смерти. Они включают расщелину позвоночника (spina bifidum), врожденные заболевания сердца, ротолицевые расщелины ("заячья губа" и "волчья пасть"), атрезию кишечника и урогенитальные дефекты (гипоспадия). К малым аномалиям относят структурные отклонения от нормы, не приводящие к серьезным медицинским или косметическим последствиям, например, нарушения морфологии лица (V-образные брови, низко расположенные уши, широкий рот) и гипоплазию дистальных фаланг и ногтей.

**4. Планирование беременности при эпилепсии**

Женщинам, страдающим эпилепсией, следует объяснять необходимость планирования беременности. Они должны быть информированы о потенциально опасных последствиях противосудорожной терапии для плода и необходимости обследований с целью выявления врожденных аномалий.

Не менее, чем за 3-6 месяцев до планируемого зачатия, необходимо провести ревизию лекарственной терапии. Женщинам, у которых судороги не наблюдались в течение последних 2-5 лет и не выявлено отклонений при неврологическом обследовании, можно предложить полную отмену противосудорожных средств под тщательным врачебным контролем. В других случаях следует, по возможности, назначить монотерапию индивидуально подобранным препаратом, позволяющим эффективно контролировать судороги при его использовании в наименьшей дозе (при наиболее низкой концентрации в крови).

В двух клинических исследованиях ламотриджина, включавших в общей сложности 46 беременных женщин, не было выявлено ни одного случая врожденного дефекта, одна беременность закончилась спонтанным абортом. При выборе препарата для конкретного больного рекомендуют ориентироваться на его клиническую эффективность. Политерапии следует, по возможности, избегать, так как риск тератогенности значительно повышается при увеличении количества одновременно используемых лекарств. Если при приеме одного противосудорожного препарата частота врожденных аномалий составляет 3%, то при приеме 4 препаратов она увеличивается до 23%. Риск также повышается в случае, если одним из компонентов комбинации является вальпроевая кислота или клоназепам. Потенциально опасной является и комбинация фенобарбитала с кофеином.

Применение ферментоиндуцирующих противосудорожных средств приводит к дефициту витамина К и зависимых от него факторов свертывания крови плода, что может стать причиной внутреннего кровотечения в первые сутки после рождения. Это осложнение развивается у 10% нелеченных детей и сопряжено с 30% риском летальности. Наиболее часто нарушения свертывания наблюдаются при использовании фенитоина.

Для профилактики геморрагических осложнений у новорожденных женщинам, принимающим ферментоиндуцирующие противосудорожные препараты, за 4 недели до предполагаемых родов следует назначить витамин К (фитоменадион) в дозе 10-20 мг/сут. Новорожденным определяют время свертывания крови и сразу же после родов вводят 1 мг витамина К внутримышечно, при необходимости переливают замороженную плазму.

**5. Послеродовый период**

Желательно, чтобы в послеродовом периоде женщина продолжала получать тот же противосудорожный препарат, что и во время беременности. В случае, когда это невозможно, например, вследствие тошноты или рвоты после анестезии, рекомендуют внутривенное введение фенитоина сначала в дозе 10 мг/кг, а через 2 часа - 5 мг/кг. Если во время беременности проводилась коррекция дозы, то в послеродовом периоде ее в течение месяца следует довести до исходного уровня.

При решении вопроса о грудном вскармливании в каждом конкретном случае следует взвешивать соотношение польза/риск. Эпилепсия не является противопоказанием для кормления грудью. Большинство противосудорожных препаратов также не противопоказаны в период лактации. Противосудорожные препараты определяются в грудном молоке в более низких концентрациях, чем в сыворотке крови матери. Соотношения между концентрациями препаратов в грудном молоке и сыворотке крови матери составляют 0,1 для вальпроевой кислоты, 0,19 для фенитоина, 0,36 для фенобарбитала и 0,41 для карбамазепина. Исключение составляет этосуксимид, который создает в молоке почти такие же концентрации, что и в крови матери. От его применения в период кормления грудью следует воздерживаться.

**Заключение**

Эпилептические припадки являются фактором риска угрозы прерывания беременности, так как могут привести к гипоксии плода. Купирование приступов эпилепсии в период беременности является не менее опасным мероприятием, поскольку лечении противосудорожными средствами возрастает риск врожденных пороков развития плода. Чаще всего результатом противосудорожной терапии в период беременности являются: spina bifidum, врожденные заболевания сердца, ротолицевые расщелины ("заячья губа" и "волчья пасть"), атрезию кишечника и урогенитальные дефекты (гипоспадия), нарушения морфологии лица (V-образные брови, низко расположенные уши, широкий рот) и гипоплазию дистальных фаланг и ногтей. Поэтому женщинам, страдающим эпилепсией, следует объяснять необходимость планирования беременности. В период вынашивания плода беременным проводят монотерапию индивидуально подобранным препаратом, позволяющим эффективно контролировать судороги при его использовании в наименьшей дозе (при наиболее низкой концентрации в крови).