

ния, особенно если до этого вводили бензодиазепины. При тяжелых аритмиях в анамнезе вместо фенитоина вводят фенбарбитал.

4) Если после введения фенитоина в дозе 20 мг/кг в/в приступы продолжают, дополнительно вводят еще 10 мг/кг. При сохранении эпилептического статуса показана интубация трахеи и общая анестезия, поскольку, если он продолжается более 1 ч, значительно повышается риск осложнений и летального исхода. Более эффективно в/в введение препаратов из группы бензодиазепинов, например диазепам или лоразепам, однако при этом высок риск артериальной гипотонии и угнетения дыхания.

5) Общая анестезия или барбитуратная кома – последние средства лечения судорожного эпилептического статуса. При этом требуется постоянный контроль ЭЭГ.

6) Во время лечения контролируют концентрацию кальция в сыворотке и кислотно-щелочное равновесие, печат водно-электролитные нарушения.

Заключение

Эпилептические приступы являются фактором риска прерывания беременности. Купирование приступов эпилепсии в период беременности является не менее опасным мероприятием, поскольку при лечении противосудорожными средствами возрастает риск врожденных пороков развития плода. Поэтому женщинам, страдающим эпилепсией, следует объяснять необходимость планирования беременности. В период вынашивания плода беременным проводят монотерапию индивидуально подобранным препаратом, позволяющим эффективно контролировать частоту приступов при его использовании в наименьшей дозе.

Список литературы

1. Беременность и болезни нервной системы [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.medicum.nnov.ru/doctor/library/obstetrics/Nisvander/11.php>
2. Эпилепсия во время беременности и родов [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.polismed.ru/epilepsia-post004.html>
3. Фернадес Р., Самуэльс М. Неврология. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.
4. Браславец А.Ю. Неотложная неврология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
5. Соколова И.В., Карпов С.М. Симптоматическая эпилепсия в детском и подростковом возрасте // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №1. – С. 45-46.
6. Карпов С.М., Шевченко П.П., Усачева М.Н., Цыганова В.Г. Современные представления об эпилепсии в период беременности // Успехи современного естествознания. – 2013. – №9. – С. 126-127.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Селезнева А.А., Шевченко П.П.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
e-mail: anna303303@list.ru*

Актуальность

Рассеянный склероз (РС) – демиелинизирующее заболевание нервной системы. Данная патология чаще всего диагностируется у женщин детородного возраста (между 20-30-ю годами) (4). Но до сих пор вопрос, можно ли беременеть при рассеянном склерозе, остается не решенным.

Цель: проанализировать, возможна ли беременность при рассеянном склерозе и как она влияет на течение данного заболевания.

Результаты исследования

Вплоть до 1970-х годов женщинам с РС настоятельно рекомендовалось избегать беременности. Научные данные последних лет внесли сомнения на этот запрет. Патогенез рассеянного склероза до конца не известен, но исследования в области молекулярной биологии, иммунологии и генетики позволили под-

твердить значительную роль иммунной аутоагрессии в таком патологическом процессе, как повреждение миелина (2). Следовательно, при лечении рассеянного склероза используется иммуномодулирующая и гормональная терапия. А так как во время беременности меняется иммунологический и гормональный фон, клиническая активность рассеянного склероза во время гестации не изменяется или незначительно снижается.

Предполагается существование различных физиологических механизмов иммуносупрессии при беременности, которые и ответственны за подавление иммуноопосредованных патологических реакций при РС. Так, повышенная экспрессия молекул HLA 2 класса и противовоспалительных цитокинов ИФН-т фетоплацентарного комплекса вызывает торможение активации Т-хелперов, уменьшение продукции провоспалительных цитокинов, повышение секреции защитных цитокинов. Происходит также активация Т-супрессоров, торможение миграции иммунокомпетентных клеток в центральную нервную систему, снижение экспрессии молекул HLA и адгезии, уменьшение образования аутоантител (1).

Но следует отметить, что риск развития рецидива заболевания резко возрастает в послеродовом периоде. У родильницы поражаются пирамидные и мозжечковые структуры, что проявляется тетрапарезом, параличом или гемиплегией различной степени выраженности, интенциональным тремором, значительными дискоординаторными нарушениями. У больных также нарушаются все виды чувствительности, психика, функция тазовых органов (4). Все эти изменения приводят к значительному уменьшению качества жизни и в конечном итоге к инвалидизации.

Имуномодулирующая и иммуносупрессивная терапия цитостатиками и интерферонами, а также препараты баклофен, сирдалуд и финлепсин абсолютно противопоказаны во время беременности в связи с их тератогенным действием. Единственным иммуномодулятором, применение которого во время беременности обсуждается в настоящее время, является Копаксон. После родов в случае развития обострения рекомендуется немедленное назначение кортикостероидов, курс терапии солумедролом, при обязательном подавлении лактации. Даже при отсутствии обострения в послеродовом периоде рекомендуется обязательное проведение иммуномодулирующей терапии интерферонами, Копаксоном или иммуноглобулином G (5).

Выводы

Клиника рассеянного склероза существенно не меняется во время беременности, но значительно ухудшается в раннем послеродовом периоде и связывают это с гормональной и иммунной перестройкой организма. Решение о возможности беременности при рассеянном склерозе остается за женщиной, страдающей от данной патологии. Но предупредить о возможных последствиях – прямая обязанность каждого невролога.

Список литературы

1. Завалишин И.А., Захарова М.Н., Переседова А.В., Аскарлова Л.Ш., Бирюкова О.Э. Рассеянный склероз и беременность. НИИ неврологии РАМН. – Москва.
2. Бурнусус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза.
3. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П. Клинико-морфологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния.
4. Карпов С.М., Батурич В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. – 2013. – № 3.
5. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз: руководство для врачей. 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012.
6. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.