

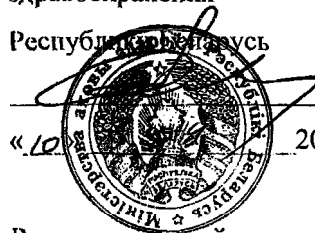
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра
здравоохранения

Республики Беларусь

Р.А.Часнойть
«10» _____ 2008 г.



Регистрационный номер № 144-1108

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ
ЭПИЛЕПСИЕЙ

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Витебский государственный медицинский
университет

Витебский областной диагностический
центр

Авторы: О.И.Прусакова, С.Н.Занько, Г.И.Наумова, А.А.Пашков

Витебск
2008

618.3 + 616.253

B26

В соответствии с эпидемиологическими данными встречаемость эпилепсии в популяции достигает 1%, из них от 25% до 40% больных являются женщинами детородного возраста. Около 1% беременных женщин страдают эпилепсией; причем у 13% манифестация заболевания приходится на период беременности, а приблизительно в 14% припадки у женщин наблюдаются исключительно во время беременности. Ежегодно около 0,3-0,4% новорожденных рождаются от матерей, страдающих эпилепсией.

ФОРМУЛА МЕТОДА

Разработан алгоритм по подготовке женщин, страдающих эпилепсией, к беременности. Сформулированы показания и противопоказания к вынашиванию беременности у этих женщин. Определены сроки, кратность и объем современных неинвазивных и инвазивных методик наблюдения за женщинами, страдающими эпилепсией, во время беременности.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Беременные женщины, страдающие эпилепсией.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Индивидуальная непереносимость назначаемых лекарственных средств.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

1. Противозепилептические средства. Вальпроевая кислота и ее соли в таблетках, ретардная форма по 500 мг¹, карбамазепин в таблетках, ретардная форма по 200 и 400 мг, клонозепам в таблетках по 0,5 и 1 мг, ламотриджин в таблетках по 25, 100 мг, топирамат в таблетках по 25, 100 мг, фенобарбитал в таблетках по 100

¹ В первом триместре беременности разрешено применение только Депа

Библиотека ВГМУ



2. Гормональные средства. Дидрогестерон (Дюфастон) в таблетках; монофазные гормональные контрацептивы (Нон-Овлон, Овидон) в таблетках; посткоитальные контрацептивы (левоноргестрел (Постинор)) в таблетках.

3. Средства, влияющие на обмен веществ. Актовегин в таблетках и растворе для инъекций, метионин в таблетках.

4. Витамины и их аналоги. Фолиевая кислота в таблетках по 0,001, токоферола ацетат в капсулах, аскорбиновая кислота в таблетках и растворе для инъекций, препараты магния в таблетках, пиридоксина гидрохлорид в таблетках и растворе для инъекций, тиамин бромид в таблетках и растворе для инъекций, витамин К (Викасол), эссенциальные фосфолипиды в таблетках и растворе для инъекций, кокарбоксилаза в растворе для инъекций, хофитол в таблетках.

4. Спазмолитические: дротаверин в таблетках 0,04мг, папаверин в таблетках и растворе для инъекций и токолитические средства: фенотерол (Партусистен) в таблетках и растворе для инъекций, гексопреналин (Гинипрал) в таблетках и растворе для инъекций.

5. Диуретические средства. Фуросемид в таблетках и растворе для инъекций.

6. Оборудование для проведения электроэнцефалографии беременной; скринингового ультразвукового исследования с доплерометрическим определением кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода; эхокардиографии плода; биопсии хориона; амниоцентеза; кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и состояния плода.

7. Оборудование для проведения и исследования общего и биохимического анализа крови; определения противосудорожного

Пр. 2010 г.

Витебский государственный
медицинский университет
БИБЛИОТЕКА

средства и гормонов в крови; биопсии хориона; амниотической жидкости.

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА КРИТЕРИИ ОТБОРА БОЛЬНЫХ

Беременные женщины, страдающие эпилепсией.

МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Методика обследования состоит из основного диагностического блока, который проводится всем беременным, страдающим эпилепсией, и дополнительных блоков, которые проводятся выборочно, в зависимости от сопутствующих припадкам нарушений в неврологическом и гинекологическом статусах.

ОСНОВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ БЛОК

Состоит из трех компонентов: предгравидарного консультирования; показаний и противопоказаний к сохранению беременности; особенностей акушерско-гинекологического консультирования беременных, страдающих эпилепсией.

1. Предгравидарное консультирование

Основная цель предгравидарного консультирования – обеспечение полной осведомленности женщины, страдающей эпилепсией и планирующей деторождение, обо всех факторах риска, имеющихся при данном заболевании для нее самой и ее потомства, преимуществах и недостатках проводимого противосудорожного лечения с тем, чтобы она могла осознанно принять решение о возможности сохранения уже имеющейся беременности или о ее прерывании. Предгравидарная подготовка осуществляется в тесном сотрудничестве пациентки и ее родственников, невролога, акушера-гинеколога, генетика, терапевта и должна проводиться со всеми женщинами, планирующими

беременность, а также с женщинами группы резерва родов. Основные медицинские вопросы должны касаться методов и значения пренатального скрининга, наследуемости эпилепсий, тератогенности противоэпилептических средств и возможности их коррекции, способов возможного родоразрешения, особенностей грудного вскармливания и ухода за ребенком.

Основные положения и рекомендации предгравидарного консультирования с позиций доказательной медицины и с учетом уровня доказательности можно сформулировать следующим образом:

- предгравидарное консультирование необходимо проводить со всеми женщинами детородного возраста (С) с обязательной консультацией генетика;
- если необходимо внести изменения в схему противоэпилептического лечения, это необходимо сделать до беременности, желательно за 6 месяцев до ее наступления, если это возможно (I);
- если необходимо, предпочтительно назначение монотерапии (I);
- риск врожденных мальформаций у детей, рожденных от женщин, больных эпилепсией и принимающих противоэпилептические средства (ПЭС), повышен и приблизительно равен 3% при лечении карбамазепином и ламотриджином, около 7% при лечении вальпроевой кислотой и достигает 15% при лечении двумя и более противоэпилептическими средствами (II). При этом прослеживается определенная дозозависимость мальформаций;

- наиболее грубые пороки развития формируются на самых ранних стадиях беременности, часто еще до того, как женщина узнает о том, что она беременна (I);

- женщины, страдающие эпилепсией и планирующие беременность, должны принимать фолиевую кислоту по 5 мг в день до зачатия и на протяжении первого триместра беременности (B) и далее на протяжении всей беременности по 0,4 мг (I);

- применение фенитоина, вальпроата, карбамазепина, ламотриджина и фенобарбитала повышает риск развития крупных пороков развития и незначительных морфологических аномалий (II). Соответственно при подготовке к беременности следует тщательно обсудить с пациенткой риск и преимущества применения каждого средства (C);

- в отношении тератогенного действия новых ПЭС сведения накапливаются (III). Пока неизвестно, повышается ли риск врожденных аномалий плода человека при применении вигабатрипа, леветирацетама, топирамата, окскарбазепина, прегабалина и тиагабина. Габапентин, прегабалин и тиагабин не увеличивали количество аномалий плода в исследованиях на животных (III);

- все беременности, развивающиеся у женщин с эпилепсией, необходимо регистрировать в соответствующем регистре, независимо от того, принимают ли эти женщины противоэпилептические средства или нет (C).

Всем женщинам, планирующим беременность, необходимо уточнить диагноз (эпилепсия) и провести максимально полный комплекс обследований (в Республике Беларусь проводимое и планируемое лечение привести в соответствие клиническим протоколам диагностики и лечения больных с патологией нервной системы № 274

от 19.05.2005 года), для чего они должны быть направлены на консультацию к неврологу или психиатру (при наличии психиатрических эквивалентов).

Одним из важнейших вопросов предгравидарного акушерско-гинекологического консультирования является вопрос правильного выбора способа контрацепции. ***Беременность у женщин, страдающих эпилепсией, должна быть только планируемая.*** Вопросы контрацепции следует обсуждать с девочками, начиная с пубертатного возраста. Основными методами контрацепции у женщин, страдающих эпилепсией, являются барьерные. Если женщина настаивает на оральной контрацепции, необходимо помнить о том, что если она получает энзим-индуцирующие противоэпилептические средства (карбамазепин, фенobarбитал, фенитоин, примидон, топирамат, окскарбазепин), то она должна получать эти комбинированные оральные контрацептивы в высоких дозах, с содержанием эстрогена не менее 50 мкг (Ноновлон, Овидон) для компенсации более высокой скорости выведения гормона. Если женщина принимает комбинированные оральные контрацептивы, содержащие 30 мг эстрогена, то рекомендуется следующая схема: три цикла подряд без перерыва принимать по 2 таблетки (30мкг+30мкг эстрогена) и потом четырехдневный перерыв. У женщин, страдающих эпилепсией, не рекомендуется использовать для контрацепции чистые прогестины. При необходимости экстренной контрацепции необходимо увеличить первую дозу левоноргестрела до двух таблеток (1,5 мг), затем принять еще одну таблетку (750 мкг) через 12 часов.

2. Показания и противопоказания к сохранению беременности

Этот аспект медицинского участия относится к категории крайне ответственных, так как касается моральных, социальных,

психологических, юридических сторон жизни молодой женщины, семьи. В Российских методических рекомендациях (№ 2001/130 от 17.07.2001 года) указано, что при наличии стойкой медикаментозной ремиссии заболевания или заболевания в стадии субкомпенсации с редкими эпилептическими припадками эпилепсию нельзя относить к факторам, инициирующим прерывание беременности. В рекомендациях Международной противоэпилептической лиги говорится, что женщины, страдающие эпилепсией и решившие забеременеть, должны иметь минимальное количество припадков, которого можно достигнуть в результате лечения.

В вышеназванных Российских рекомендациях противопоказаниями к вынашиванию беременности считаются:

- труднокурабельная эпилепсия с частыми эпилептическими припадками;
- статусное течение эпилепсии;
- выраженные изменения личности, представляющие угрозу для здоровья и жизни, как матери, так и плода.

В руководстве Международной противоэпилептической лиги есть понятие «информированного согласия», что подразумевает необходимость информирования женщины, страдающей эпилепсией, при планировании беременности или при состоявшейся беременности обо всех возможных вариантах течения беременности, основного заболевания, о последствиях болезни матери и ее лечения для плода.

Статьей 35 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» оговорены ситуации, когда разрешено искусственное прерывание беременности. В частности статья гласит: «Операция искусственного прерывания беременности (аборт) сроком не более 12 недель проводится в организациях здравоохранения по *желанию женщины*.

При наличии социальных показаний и *желания женщины* допускается искусственное прерывание беременности сроком не более 22 недель в государственных организациях здравоохранения. При наличии медицинских показаний и *согласия женщины* искусственное прерывание беременности проводится в организациях здравоохранения независимо от срока беременности. Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности определяется Советом Министров Республики Беларусь. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь». (Постановление МЗ РБ № 15 от 07.02.2007г.)

3. Особенности акушерско-гинекологического консультирования беременных, страдающих эпилепсией.

При компенсированном состоянии эпилепсии с ремиссией эпилептических припадков регулярность наблюдения акушером гинекологом – до 22 недель 1 раз в 4 недели, с 22 до 30 недель 1 раз в 2 недели, после 30 недель 1 раз в 7 дней, согласно протоколу МЗ РБ № 66 от 05.02.2007 года. При наблюдающихся припадках обязательна консультация акушера-гинеколога дополнительно после каждого генерализованного припадка, сопровождавшегося падением.

Все беременные, страдающие эпилепсией, должны принимать фолиевую кислоту в дозе 5 мг в сутки с момента прекращения контрацепции и до конца 1 триместра беременности. Т.к. в отношении всех противозепилептических средств существует мнение о наличии у них потенциально тератогенных свойств, способных вызывать развитие у плода крупных врожденных пороков, гипотрофии, когнитивных нарушений, микроцефалии, мелких анатомо-функциональных аномалий и внутриутробной смерти. Появление же специфических дефектов

развития зависит от того, в какую фазу эмбриогенеза плод подвергается действию противоэпилептического средства. Пороки развития нервной трубки развиваются до ее закрытия между 21 и 28 днями после первого дня последнего менструального цикла. Расщелины губы появляются до 35 дня, а расщелины неба – до 70 дня, в то время как врожденные пороки сердца развиваются при действии препарата до 42 дня. Токсическое действие на мозг плода продолжается в течение всей беременности. В то же время по данным P.N.Kirke et al.(1993) отмечена взаимосвязь между наличием дефектов нервной трубки у плода и концентрацией фолатов в эритроцитах беременной женщины в ранних сроках беременности. При концентрации фолатов, превышающей 400 мкг/л, этот риск составляет 0,8 на 1000 родов, а при концентрации ниже 150 мкг/л – 6,6 на 1000 родов. В Medical Research Council Study, сообщалось об уменьшении количества дефектов нервной трубки у женщин, получавших 4 мг фолиевой кислоты в день до и во время беременности на 70%.

Затем на протяжении всей беременности фолиевую кислоту следует принимать по 1 мг в день.

Важным моментом в процессе акушерско-гинекологического наблюдения беременных, страдающих эпилепсией, является направленный контроль концентрации в крови гормонов фетоплацентарного комплекса: плацентарного лактогена, прогестерона, эстриола, кортизола и α -фетопротеина. Исследование последних целесообразно начинать с конца I триместра беременности и проводить в дальнейшем (кроме α -фетопротеина) не реже 1 раза в 3 месяца. Особенно это важно, если беременная принимает лекарственные средства группы карбамазепина в дозе выше 10 мг/кг, что может

вызвать искажение данных гормонального профиля фетоплацентарного комплекса.

Определение уровней фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, эстриола, прогестерона, тестостерона необходимо проводить при манифестации эпилептических припадков в 1 триместре беременности.

Диагностика и лечение фетоплацентарной недостаточности проводится по стандартным схемам, однако следует учитывать не только влияние лекарственного средства на плод, особенности обмена веществ у беременной женщины, участие плаценты и плода в метаболизме применяемых лекарств, но и противопоказания к применению некоторых лекарственных средств при эпилепсии. В первом триместре беременности женщинам группы риска по фетоплацентарной недостаточности могут профилактически назначаться лекарственные средства, улучшающие метаболизм и антиоксидантную защиту (витамин Е 100 мг 1 раз в день, аскорбиновую кислоту по 100 мг 3 раза в день, поливитамины с минеральными добавками, хофитол по 2 таблетки 3 раза в день перед едой, актовегин 200 мг 2-3 раза в день, дротаверин по 0,04 мг 2-3 раза в день). Эффективная продолжительность терапии составляет 2-3 недели.

Терапия фетоплацентарной недостаточности во втором и третьем триместрах беременности проводится соответственно тяжести клинических и лабораторных проявлений. Воздействие медикаментозных средств направлено на расслабление мускулатуры матки (гексопреналин, фенотерол, препараты магния и витамина В6), расширение сосудов маточного и плодово-плацентарного отделов плаценты (дротаверин, папаверин), улучшение клеточного и тканевого

метаболизма (витамин Е, аскорбиновая кислота, метионин, эссенциальные фосфолипиды, актовегин, кокарбоксилаза).

Не следует использовать пирацетам, эуфиллин, инстенон, эстрогеносодержащие лекарственные средства и большое количество жидкости (более 1000 мл) даже под прикрытием фуросемида из-за возможного провоцирования припадков.

Акушеры-гинекологи должны направлять беременных женщин, страдающих эпилепсией, только в специализированные центры для высококвалифицированного ультразвукового исследования. Динамическое скрининговое ультразвуковое исследование плода следует проводить уже в сроке 11-12 недель трансвагинально (для исключения дефектов нервной трубки, в частности анэнцефалии, и решения вопроса, при необходимости, раннего прерывания беременности). Целевое ультразвуковое исследование плода необходимо провести в сроке 18 недель, в этом случае дефекты нервной трубки будут исключены у 95% плодов.

Для выявления врожденных пороков сердца показана эхокардиография плода в сроке 18-20 недель. Это исследование позволяет обнаружить до 85% врожденных пороков сердца.

Выявление лицевых мальформаций при ультразвуковом скрининге возможно, но чувствительность этого метода пока не определена.

Начиная с 20 недель беременности, учитывая высокий риск развития фетоплацентарной недостаточности, при ультразвуковом исследовании целесообразно проводить доплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода.

При проведении ультразвуковой фетометрии необходимо учитывать факт определенной избирательности врожденных аномалий в

соответствии с используемым противоэпилептическим средством (таблица 1).

Таблица 1.

Врожденные пороки развития у плодов, матери которых принимают противоэпилептические препараты

Структурные и функциональные дефекты	Фенитоин	Вальпроевая кислота	Карбамазепин	Фенobarбитал
Врожденные пороки сердца	+	+	+/-	+
Расщепление губы и/или неба	+	+	-	+
Дефекты нервной трубки	-	+	+	-
Пороки развития мочеполовой системы	+	+	+	+
Задержка психоречевого развития	+	+	+/-	+/-
Стигмы	+	+	+	+

Примечание: +/- - данные исследований неубедительны; + - дефект имеется; - - дефект отсутствует.

Учитывая риск развития врожденной патологии (все противоэпилептические средства считаются потенциально тератогенными) обязательным является консультация врача-генетика до 17 недель беременности.

Всем пациенткам, которые лечатся карбамазепином, производными вальпроевой кислоты, в сроке 16-18 недель беременности следует определять альфа-фетопротеин в крови беременной. При наличии показаний дополнительно проводится биопсия хориона, амниоцентез с определением концентрации α -фетопротеина и уровня ацетилхолинэстеразы в амниотической жидкости с цитогенетическим исследованием.

Начиная с 26-й недели беременности показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и состояния плода.

Беременных, страдающих эпилепсией, целесообразно госпитализировать в отделение патологии беременности в сроке 26-28 недель, для комплексного обследования и проведения профилактического лечения.

Беременных, страдающих эпилепсией, с целью профилактики преждевременных родов целесообразно госпитализировать в сроке 34-35 недель и проводить дородовую госпитализацию в сроке 38-39 недель в роддом с возможностями проведения реанимационных мероприятий для матери и ребенка, так как срок беременности к моменту родоразрешения в среднем составляет 36 недель.

Беременные, принимавшие противоэпилептические средства, стимулирующие микросомальные ферменты печени (карбамазепин, фенобарбитал, фенитоин, топирамат, окскарбазепин), должны принимать витамин К в дозе 15 мг в день внутрь на протяжении последнего месяца беременности.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ БЛОКИ

Состоят из обследований, которые определяются ведением при первом припадке во время беременности, эпилептическим статусом и симптоматической терапией.

ВЕДЕНИЕ ПРИ ПЕРВОМ ПРИПАДКЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Обязательна госпитализация в отделение, где возможно акушерско-гинекологическое и неврологическое сопровождение.
- При развитии припадка «впервые в жизни» в первой половине беременности следует провести дообследование для исключения текущего церебрального процесса (объемного,

воспалительного, сосудистого характера, врожденных аномалий и др.) согласно клиническим протоколам диагностики и лечения больных с патологией нервной системы № 274 от 19.05.2005 года. В этот период беременности преэклампсия не развивается. Выясняются провоцирующие факторы припадка, а пациентке дополнительно даются рекомендации по соблюдению водно-солевого режима и режима сон-бодрствование. *При развитии припадка во второй половине беременности и явлениях гестоза – в экстренном порядке следует исключить, прежде всего, эклампсию.*

- В первом триместре определить уровень гонадотропных гормонов и при снижении уровня прогестерона до 40-60% от нормы назначить гестагены (дюфастон 20-40 мг/сутки), т.к. согласно литературным данным, эндокринные причины занимают второе место среди причин раннего невынашивания после генетических аномалий и составляют до 30-40%, так что лечение будет иметь два вектора: неврологический (профилактика гестационной эпилепсии) и гинекологический.

- При неотягощенном анамнезе (включая семейный), нормальном неврологическом статусе, отсутствии структурных изменений головного мозга и эпилептических феноменов на электроэнцефалограмме в первом триместре при информированном согласии пациентки можно воздержаться от назначения противосеипептических средств после первого припадка. Во всех остальных случаях рекомендуется назначить противосеипептическое средство, так как имеются единичные сообщения о внутричерепном кровоизлиянии у плода и внутриутробной смерти плода после единичного генерализованного тонико-клонического припадка у

матери. Решение о назначении противоэпилептического средства принимается только врачом неврологом или психиатром.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Во время беременности встречается менее чем у 1% женщин, страдающих эпилепсией.
- *При развитии во второй половине беременности и явлениях гестоза – в экстренном порядке следует исключить, прежде всего, эклампсию.*
- Не является показанием к прерыванию беременности.
- Лечение по приказу МЗ РБ № 484 от 13.06.2006, согласно клиническому протоколу оказания скорой медицинской помощи взрослому населению.
- Дополнительно рекомендуется: введение тиамина 100 мг внутримышечно или внутривенно и болюсное введение глюкозы (50 мл 40-50% раствора).

ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

1. Для профилактики тошноты и рвоты у беременных возможно назначение антигистаминных лекарственных средств, витамина В₆, имбиря, укропной воды, полоскания рта лимонным соком и т.д.

2. При приеме противоэпилептических средств возможно повышение уровня ферментов (лактатдегидрогеназы, аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы, γ -глутаматтранспептидазы и щелочной фосфатазы), поэтому целесообразно провести комплекс мероприятий, направленных на компенсацию функции печени. С этой целью можно использовать гепатопротекторы, например, эссенциальные фосфолипиды, согласно инструкции фирм-производителей.

3. Если наблюдается анемия, то рекомендуется использовать препараты железа по стандартной схеме.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Оптимизировать лечение до наступления беременности;
- при необходимости применения противоэпилептических средств использовать монотерапию;
- выбирать наиболее эффективное противоэпилептическое средство для данного типа припадков или синдрома;
- использовать наименьшую эффективную дозу;
- для исключения значительных колебаний концентрации противоэпилептического средства в крови рекомендуется более частый дробный прием (суточная доза обычных противоэпилептических средств делится на 3-4 приема). Для ретардных форм рекомендуется 2-кратный прием.

С позиций доказательности основные положения и рекомендации по неврологическому сопровождению беременных, страдающих эпилепсией, выражаются в следующем:

- не переходить на другое противоэпилептическое средство во время беременности с единственной целью – уменьшить риск тератогенного действия (I);
- коррекция противоэпилептического лечения проводится по клиническим показаниям (в зависимости от частоты припадков) (C);
- хотя вальпроевая кислота является наиболее удобным противоэпилептическим средством для некоторых женщин с эпилепсией, риск и преимущества ее применения необходимо тщательно обсудить с пациенткой (C);

- необходимо определять концентрацию не связанного с белком (свободного) ПЭС до беременности, для того чтобы установить его базовый уровень концентрации в сыворотке, как только стало известно, что женщина забеременела. Кроме того, концентрацию противосудорожных средств определяют в начале каждого триместра (4-5 неделя; 14-15 неделя; 28-29 неделя), на 35-36 неделе, когда имеется максимальный объем циркулирующей жидкости в организме и на последнем месяце беременности (39-40 неделя), при учащении припадков или появлении побочных эффектов препарата, а также в течение 8 недель после родов (III);

- если имеется семейный анамнез относительно дефектов нервной трубки, то необходимо избегать назначения карбамазепина и вальпроевой кислоты, если удастся контролировать припадки с помощью других противосудорожных средств.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ОШИБКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕТОДА

При точном соблюдении инструкции ошибки исключены. Осложнения определяются возможными побочными эффектами соответствующих лекарственных средств.

Библиотека ВГМУ

