https://doi.org/10.61788/njn.v1i17.12 Milli Nevrologiya Jurnalı, 2017 № 1 (11), 77-83

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Магалов Ш.И., Меликова Ш.Я.*, Мамедбейли А.К., Мехтиева Ш.Н.
Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра Неврологии и медицинской генетики, Баку, Азербайджан

Исследованы 96 беременных женщин с эпилепсией в возрасте от 17 лет до 41 года. У 65 женщин (68%) были обнаружены парциальные формы, у 31 (32%) - генерализованные формы эпилепсий. У 11 (11%) женщин эпилептические припадки впервые появились во время этой беременности. Учащение припадков наблюдалось у 23 (27%), урежение - у 21 (25%), отсутствие припадков у 27 (32%) (у 10 из них припадки отсутствовали на протяжении года до беременности), у 14 (16%) частота припадков не менялась. 68 (71%) беременных принимали антиэпилептические препараты (АЭП), 22 (23%) - не принимали, 6 (6%) прекратили прием АЭП с 7-9-й недель беременности. Монотерапию получили 63 беременные (93%), политерапию - 5 (7%) беременных. При монотерапии учащение припадков отмечалось у 18 (30,5%), урежение - у 10 (16,95%), отсутствие припадков - у 21 (35,6%), частота не менялась - у 10 (16,95%). При политерапии припадки участились у 2-х, стали реже у 2-х, частота не изменилась - у 1 беременной. Нами было выявлено неадекватное назначение карбамазепина (КБЗ) при юношеской абсансной эпилепсии (ЮАЭ) у 1 беременной и рекомендована смена КБЗ на другой АЭП после родоразрешения; была проведена коррекция терапии у 9 женщин (у 2-х до, у 7- во время беременности), в результате которой у 5 беременных отмечалось снижение частоты припадков, у 3-х-припадки не наблюдались, у 1 частота не изменилась. В целом, у большинства обследованных беременных с эпилепсией в результате динамического наблюдения и правильного выбора АЭП и его дозы удалось добиться заметного контроля над припадками (урежение припадков - у 25%, отсутствие - у 32%).

Ключевые слова: эпилепсия, беременность, парциальные, генерализованные, монотерапия, политерапия.

Эпилепсия - хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся различными проявлениями, течением и прогнозом. Распространенность эпилепсии в разных странах находится в широком диапазоне от 1,5 до 50 случаев на 1000 населения, а заболеваемость составляет от 16 до 111 случаев на 100000 населения [4,9,12,13,15,16,21], при этом 20-40% больных составляют женщины детородного возраста [14,22]. По данным литературы, рождаемость детей у женщин, страдающих эпилепсией, составляет 0,3-0,4% [25], и более чем 90% этих женщин рожают здоровых детей [2,8].

Эпилепсия у женщин - это самостоятельная и весьма актуальная проблема. Беременность у женщин, страдающих эпилепсией, сопряжена с решением таких вопросов как влияние эпилепсии и антиэпилептических препаратов (АЭП) на здоровье матери и ребенка и влияние беременности на течение эпилепсии [17]. Основной целью при ведении беременных с эпилепсией является достижение оптимального контроля над припадками при минимальном воздействии АЭП на плод. Установлено, что риск развития эпилептических припадков во время беременности может быть на 50-70% ниже, если они отсутствовали на протяжении года до момента наступления беременности [28].

Сведения о применении и эффективности старых (вальпроат, карбамазепин, бензобарбитал, фенитоин, фенобарбитал) и новых АЭП (ламотриджин, леветирацетам, клобазам, топиромат, окскарбазепин, этосуксимид) у беременных с эпилепсией противоречивы и немногочисленны. Так, в исследованиях Vajda FJE et al, сравнительный анализ эффективности старых и новых АЭП показал, что при приеме ламотриджина (ЛТД) припадки контролировались хуже, чем при приеме вальпроата (ВК). В то же время контроль над припадками был одинаков при использовании леветирацетама (ЛЕВ), ВК и карбамазепина (КБЗ). Однако эффективность ЛЕВ была выше по сравнению с ЛТД и топироматом (ТПМ) [27,29]. В проспективном исследовании EURAP 42 стран [3], среди 3784 беременных женщин с эпилепсией количество беременностей без припадков было значительно ниже у женщин, получавших ЛТД (58,2%) по сравнению с получающими ВК (75,0%), КБЗ (67,35%) или фенобарбитал (ФБ) (73,4%).

*e-mail: neuro81@rambler.ru

Целью исследования явилось изучение адекватности и эффективности выбранной фармакотерапии и ее коррекция у беременных с эпилепсией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 96 беременных женщин с эпилепсией за период с 2013 по 2016 годы. Беременные были исследованы на базах кафедры Неврологии и медицинской генетики Учебно-Терапевтической Клиники Азербайджанского Медицинского Университета, отделения Неврологии и Родильного отделения Клинического Медицинского Центра, в женских консультациях №7, 9 и 10, в родильных домах №1 и 2.

Типы припадков и диагноз эпилепсии были определены согласно Международной классификации типов припадков (ILAE,1981) и классификации эпилепсий и эпилептических синдромов (ILAE,1989) [6,7]. На каждую женщину была заполнена формализованная карта обследования, в которой подробно отражались анамнестические сведения о наследственной предрасположенности, возрасте и первых признаках дебюта заболевания, наличии в анамнезе черепно-мозговой травмы, перенесенных нейроинфекций, фебрильных судорог, описание неврологического статуса и параклинических показателей беременной, а также сведения, отражающие течение и исход беременности при эпилепсии (количество и исходы предыдущих беременностей, тип эпилептического приступа и его частота до и во время беременности, продолжительность, получаемая терапия, ее эффективность и др.).

Возраст беременных на момент обследования был от 17 лет до 41 года, дебюта эпилепсии составил от 5 до 35 лет. У 47 (49%) женщин беременность была первой, у 33 (34%) – второй, у 10 (11%) – третьей, у 3 (3%) – четвертой, у 2 (2%) – пятой, у 1 (1%) – шестой. У двух беременных (12%) эпилепсия впервые появилась при третьей беременности.

Припадки во время беременности наблюдались у 69 женщин (72%). У 65 женщин (68%) были обнаружены парциальные формы, у 31 (32%) – генерализованные формы эпилепсий.

Были установлены следующие формы парциальных эпилепсий (ПЭ): височная эпилепсия (ВЭ) – у 21 (32,3%), лобная эпилепсия (ЛЭ) – у 8 (12,3%), теменная эпилепсия (ТЭ) – у 5 (7,7%), затылочная эпилепсия (ЗЭ) – у 1 (1,5%), симптоматическая парциальная эпилепсия со вторично-генерализованными тонико-клоническими припадками (СПЭВГТКП) – у 30 (46,2%).

Среди генерализованных эпилепсий (ГЭ) юношеская абсансная эпилепсия (ЮАЭ) была диагностирована у 6 (19,3%), юношеская миоклоническая эпилепсия (ЮМЭ) – у 10 (32,3%), эпилепсия с изолированными ГСП при пробуждении (ЭИГСПП) – у 5 (16,1%), эпилепсия с изолированными ГСП в любое время суток (ЭИГСП) – у 10 (32,3%).

У 11 (11%) женщин эпилептические припадки впервые появились во время этой беременности: у 8 из них были диагностированы парциальные формы (у 3 – ВЭ, у 1 – ЛЭ, у 4 – СПЭВГТКП), у 3 – идиопатические формы эпилепсий (у 1 – ЮМЭ, у 1 – ЭИГСПП, у 1 – ЭИГСП). У 6 женщин с ПЭ и 2 с ГЭ беременность была первой, у 2 беременных с ПЭ и 1 - с ГЭ – повторной. У 5 припадки появились в первом триместре, у 4 – во втором, у 2 - в третьем. Из них АЭП получали 4 беременные с ПЭ: 3-м был назначен КБЗ (у 2-х I, у 1 – II беременность), 1 – ЛЕВ (I беременность). 4 беременные с ПЭ и 3 с ИГЭ отказались принимать АЭП из-за опасения тератогенности препарата.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование динамики частоты припадков у 85 беременных с диагностированной до беременности эпилепсией выявило, что учащение припадков наблюдалось у 23 (27%), у 8 (35%) – в первом, у 7 (30%) – во втором, у 8 (35%) – в третьем триместре), урежение – у 21 (25%), отсутствие припадков у 27 (32%), у 14 (16%) частота припадков не менялась.

У 13 женщин (15,29%) за год до беременности припадки отсутствовали. Частота припадков у них во время беременности изменилась следующим образом: у 1 (с ГЭ) уменьшилась (не получала лечения), у 2 (с ПЭ) - увеличилась (принимали карбамазепин), у 10 (76,9%) (7 с ПЭ и 3 с ГЭ) припадков не наблюдалось (4 не получали лечения – 2 с ПЭ и 2 с ГЭ).

У беременных с ПЭ учащение припадков наблюдалось в 19 случаях (33%), урежение – в

15 (26%), отсутствие - в 15 (26%),частота не изменилась – в 8 (14%), припадки впервые появились при беременности – в 8 случаях (8%). Отсутствие припадков за год до беременности отмечалось у 9 беременных с ПЭ, из которых у 2-х припадки участились, у 7 – отсутствовали.

У беременных с ГЭ учащение припадков наблюдалось в 4 случаях (14%), урежение - в 6 (21%), отсутствие – в 12 (43%), частота не изменилась – в 6 (21%), припадки впервые появились при беременности – в 3 случаях (3%). Отсутствие припадков за год до беременности отмечалось у 4-х беременных с ГЭ. Из них у 1-й отмечалось урежение, у 3-х – отсутствие припадков. Таким образом, у большинства беременных с отсутствием припадков за год до беременности отмечалось благоприятное течение эпилепсии во время беременности с отсутствием припадков у 76,9% из них, к тому же припадки лучше контролировались у беременных с генерализованными формами эпилепсий.

68 (71%) беременных принимали АЭП, 22 (23%) – не принимали, 6 (6%) прекратили прием АЭП из-за опасения тератогенного эффекта препарата с 7-9-й недель беременности, как только узнали о своей беременности.

Из получавших лечение 68 беременных у 48 беременных (71%) отмечались ПЭ, у 20 беременных (29%) – ГЭ. Монотерапию получили 63 беременные (93%): КБЗ 28 (44%), ВК 21 (33%), ЛТД 5 (8%), ЛЕВ 5 (8%), ББ 2 (3%), ТПМ 2 (3%), политерапию получали 5 (7%) беременных (ВК+ББ-2, ЛТД+ББ-1, КБЗ+ВК-1, ЛЕВ+ЭТС-1).

Из получавших АЭП 68 беременных (63 моно-, 5 политерапию) у 4 (6%) – припадки впервые появились при беременности. После назначенной этим женщинам монотерапии (3 – КБЗ, 1 – ЛЕВ) у всех наблюдалось снижение частоты припадков. Из остальных 59 беременных, получающих монотерапию, учащение припадков отмечалось у 18 (30,5%), урежение - у 10 (16,95%), отсутствие припадков – у 21 (35,6%), частота не менялась – у 10 (16,95%). При политерапии припадки участились у 2-х, стали реже у 2-х, частота не изменилась – у 1 беременной.

Изменение частоты припадков в зависимости от принимаемого АЭП указано в таб. 1.

Таблица 1

Изменение частоты припадков в зависимости от принимаемого АЭП

АЭП	**Количество беременных**	**Изменение частоты припадков**			
		↑	↓	--	=
		n			
КБЗ	25	13	6	5	1
ВК	21	3	2	10	6
ЛЕВ	4	1	-	3	
ЛТД	5	1	1	1	2
ББ	2			2	
ТПМ	2		1		1
ВК+ББ	2	1	1		
ЛТД+ББ	1		1		
КБЗ+ВК	1				1
ЛЕВ+ЭТС	1	1			
Всего	64	20	12	21	11

Примечание: АЭП - антиэпилептический препарат, КБЗ - Карбамазепин, ВК - Вальпроевая кислота, ЛЕВ - Леветирацетам, ЛТД - Ламотриджин, ББ - Бензобарбитал, ТПМ - топиромат, ВК+ББ - Вальпроевая кислота+Бензобарбитал, ЛТД+ББ - Ламотриджин+Бензобарбитал, КБЗ+ВК - Карбамазепин+Вальпроевая кислота; ↑ - учащение припадков, ↓ - урежение, -- - отсутствие припадков, = - частота не изменилась, n - количество беременных.

Как видно из таблицы, припадки лучше контролировались у беременных, принимавших препараты вальпроевой кислоты. Учащение припадков наблюдалось лишь у 3-х беременных (14,29%), полное отсутствие припадков – у 10 (47,6%). В литературе приводятся данные, согласно которым ВК была единственным препаратом при монотерапии с низким риском припадков во время беременности [24]. У беременных, принимавших КБЗ, припадки контролировались хуже, что проявилось учащением припадков у 13 (52%) из них и их полным отсутствием лишь у 5 (20%). Согласно данным, приведенным в литературе, у беременных, получавших КБЗ, полное отсутствие припадков наблюдалось у 67,35% [3]. Низкую эффективность КБЗ у исследованных беременных можно объяснить выявленным нами неадекватным назначением его у 1 беременной с ЮАЭ, несоблюдением режима, депривацией сна и нарушением комплаентности к терапии – у 10 (76,9%) из 13 с учащением припадков. В литературе также приводятся данные, согласно которым у 68% беременных с эпилепсией повышение частоты припадков во время беременности было связано с нарушением комплаентности к терапии или депривацией сна [23].

Беременная с ЮАЭ в течение 6 лет принимала КБЗ (100 мг/сут), который обычно усугубляет абсансы. Хотя во время беременности у нее ГТКП не наблюдались, а количество абсансов немного уменьшилось, на 19-20 неделях беременности у нее развился статус генерализованных приступов, после которого доза КБЗ была повышена до 200 мг/сут. После этого ГТКП не наблюдались, а абсансы продолжались с прежней частотой. При ЮАЭ препаратом выбора является ВК, эффективны сочетания ВК+ЭТС, ВК+ЛТД [1,20,26]. Однако поскольку смену препарата при лечении эпилепсии рекомендуется проводить до беременности [10,11,18], этой беременной была рекомендована смена КБЗ на другой АЭП после родоразрешения.

Коррекция терапии была проведена нами у 9 женщин: у 2-х – смена вальпроата на ЛТД и ЛЕВ во время планирования беременности, в результате чего у первой припадки стали реже, у второй – не наблюдались; у 3-х - доза ВК, первоначально составляющая 1050, 1300, 1500 мг/сут, была понижена с 3-4-й недели беременности до 900 (у 2-х) и 1000мг/сут (у 1) соответственно, в результате чего у 1 частота припадков снизилась, у 2-х припадки не наблюдались; у 1 во время беременности доза ЛЕВ и ЭТС была понижена, а у 3 (ЛТД, ЛЕВ, ВК) – повышена, после чего частота припадков снизилась у принимающих ЛТД, ЛЕВ и ВК, не изменилась у получающей сочетание ЛЕВ и ЭТС беременной. Одна беременная самопроизвольно понизила дозу ВК из-за опасения тератогенности препарата, частота припадков у нее не изменилась.

У не получавших лечения 22 беременных припадки впервые появились при беременности – у 7 (32%). Из 15 беременных с диагностированной до беременности эпилепсией учащение припадков наблюдалось у 1, частота не менялась у 2, у 6 беременных отмечалось урежение, у 6 - отсутствие припадков.

У беременных, не получавших АЭП, с урежением (у 6) и отсутствием (у 6) припадков во время беременности улучшение, возможно, было связано с отсутствием припадков за год до беременности (у 4-х), с редкими припадками с частотой припадков до беременности меньше 1-2 раза в месяц (у 6), отсутствие припадков во время беременности у 2 беременных, возможно, было связано со случайным изменением частоты припадков. В литературе также отмечается, что в некоторых случаях невозможно объяснить причину улучшения течения эпилепсии при беременности, и оно может быть связано со случайной флуктуацией частоты припадков или с другими факторами (например, гормональными изменениями) [23]. У прекративших лечение 6 беременных (4 с ПЭ и 2 с ГЭ) учащение наблюдалось у 2 (33%), урежение – у 3 (50%), частота не менялась – у 1 (17%).

Анализ лечения, получаемого беременными, выявил характерное для Азербайджана применение препаратов преимущественно вальпроевой кислоты (33%) и карбамазепина (44%). Новые антиконвульсанты, которые в

настоящее время доступны, использовались, редко (у 13 беременных (19%)) (ЛТД у 5, ЛЕВ у 5, ТПМ у 2, ЛЕВ+ЭТС у 1) и в 70% случаев (9 беременных) были назначены нами.

Из получавших лечение 68 беременных учащение припадков наблюдалось у 20 (29%). Из не получавших 22 и прекративших прием АЭП 6 беременных учащение припадков наблюдалось только у 3 (11%) (1 - не получавшая и 2 прекративших прием АЭП). Однако в исследовании Schmidt et al, 1983 [23] не было обнаружено значимого различия между изменением частоты припадков у получавших и не получавших лечение. По-видимому, этот вопрос еще требует дальнейшего уточнения.

Таким образом, в целом, у большинства обследованных беременных с эпилепсией в результате динамического наблюдения и правильного выбора АЭП и его дозы удалось добиться заметного контроля над припадками (урежение припадков - у 25%, отсутствие - у 32%). Однако всё еще не достигнут уровень, наблюдаемый в ведущих исследованиях Европы, соответствующие показатели в которых выше и составляют 50-85% [3,5,11,19,30]. В этом направлении еще предстоит большая работа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Магалов Ш.И. и др. Медикаментозное лечение эпилепсии в г.Гяндже: эффективность и неадекватность // Азербайджанский Психиатрический журнал.-2014.-N 1(26).-с.84-94.
2.Магалов Ш.И. Эпилепсия. Баку: 2014.160 стр.
3. Battino D., Tomson T., Bonizzoni E., Craig J., et al. Seizure control and treatment changes in pregnancy: Observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry // Epilepsia, 54(9):1621-1627, 2013.
4. Benn E.K., et al. Estimating the incidence of first unprovoked seizure and newly diagnosed epilepsy in the low-income urban community of Northern Manhattan, New York City // Epilepsia, 2008. 49(8): p. 1431-1439.
5. Borthen I, Eide MG et al.Delivery outcome of women with epilepsy: a population-based cohort study // An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.2010, p.1537-1543.
6. Commission of Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures // Epilepsia 1981;22:489-501.
7. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for Revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes // Epilepsia. 1989; 30(4):389-99.
8. Crawford P. Epilepsy and pregnancy.MIDIRS. 2002;12(3):327-1.
9. Forsgren L, Beghi E, Oun A, Sillanpää M. The epidemiology of epilepsy in Europe - a systematic review // Eur J Neurol. 2005 Apr;12(4):245-53.
10. Harden C.L. Antiepileptic drug teratogenesis: what are the risks for congenital malformations and adverse cognitive outcomes? // Int Rev Neurobiol. 2008;V. 83. - P. 205-13.
11. Harden C.L., Jennifer Hopp et al. Management issues for women with epilepsy-Focus on pregnancy (an evidence-based review): I. Obstetrical complications and change in seizure frequency // Epilepsia.2009; 50(5):1229-1236.
12. Hauser W.A., Annegers J.F., Rocca W.A. Descriptive epidemiology of epilepsy: contributions of population-based studies from Rochester, Minnesota // Mayo Clin Proc - 1996. - V. 71. - P. 576-586.
13.Hauser WA. Incidence and prevalence. In: Engel J Jr, Pedley TA, eds. Epilepsy: A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997:47-57.
14. Legros B, Bottin P, de Borchgrave V, Delcourt C, de Tourtchaninoff M et al. Therapeutic issues in women with epilepsy // Acta Neurol. Belg., 2003,103 (3) : 135-139.
15. Magalov Sh.I. et al. The Prevalence of Epilepsy in the Nakhichevan Autonomous Republic of Azerbaijan // CNS&Neurological Disorders-Drug Targets Vol. 11, Number 2, March 2012, p.102-110.
16. Medina MT, Durön RM. Prevalence, incidence, and etiology of epilepsies in rural Honduras: the Salamä Study // Epilepsia. 2005 Jan; 46(1):124-31.
17. Morrell MJ. Epilepsy in women // Am Fam Physician. 2002 Oct 15;66(8):1489-94.
18. Ornoy A, Zvi N, Arnon J et al. The outcome of pregnancy following topiramate treatment: a study on 52 pregnancies // Reprod Toxicol.2008; 25(3):388-389.
19. Patel Sima I. Pennell P.B. Management of epilepsy during pregnancy: an update // Therapeutic advances in neurological disorders.2016 Mar; 9(2): 118-129
20. Rowan A.J., Meijer J.W., de Beer-Pawlikowski N, et al. Valproate-ethosuximide combination therapy for refractory absence seizures // Arch Neurol. 1983 Dec;40(13):797-802.
21. Senanayake,N & Roman, GC. Epidemiology of epilepsy in developing countries.Bulletin of the World Health Organization (Geneva, WHO). 1993;Vol 71, No 2.
22. Shinnar S, Pellock JM. Update on the epidemiology and prognosis of pediatric epilepsy // J Child Neurol. 2002 Jan;17 Suppl 1:S4-17.
23.Schmidt D, Canger R, Avanzini G, Battino D, Cusi C, Beck-Mannagetta G, Koch S, Rating D, Janz D. Change of seizure frequency in pregnant epileptic women // J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1983; 146:751-755.
24. Thomas SV, Syam U, Devi JS. Predictors of seizures during pregnancy in women with epilepsy // Epilepsia.

2012 May;53(5):85-8.
25. Tomson T., Hiilesmaa V. Epilepsy in pregnancy // BMJ.2007; 335: 769-773.
26. Tracy A. Glauser, M.D., Avital Cnaan, Ph.D., Shlomo Shinnar,Ethosuximide, Valproic Acid, and Lamotrigine in Childhood Absence Epilepsy // N Engl J Med. 2010 Mar 4; 362(9): 790-799.
27. Vajda FJE, Graham J, Hitchcock AA, et al. Is lamotrigine a significant human teratogen?Observations from the Australian Pregnancy Register // Seizure 2010;19:558-561.
28. Vajda F.J.E., Hitchcock A., Graham J. et al. Seizure control in antiepileptic drug- treated pregnancy // Epilepsia. 2008;Vol. 49(1):P. 172-176.
29. Vajda FJE. The efficacy of the newer antiepileptic drugs in controlling seizures in pregnancy // Epilepsia. 2014 Aug; 55(8):1229-34.
30.Viinikainen K., Heinonen S., Eriksson K., Kalviainen R. Community-based, prospective, controlled study of obstetric and neonatal outcome of 179 pregnancies in women with epilepsy // Epilepsia. - 2006. - V. 47. - P. 186-92.

XÜLASƏ

EPİLEPSİYALI HAMİLƏLƏRDƏ QICOLMA ƏLEYHİNƏ PREPARATLARIN EFFEKTİVLİYİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Mahalov Ş.İ., Məlikova Ş.Y., Məmmədbəyli A.K., Mehtiyeva Ş.N.
Azərbaycan Tibb Universiteti, Nevrologiya və tibbi genetika kafedrası, Bakı, Azərbaycan

17 yaşdan 41 yaşadək olan 96 epilepsiyalı hamilə qadın öyrənilmişdir. Qadınların 65-də (68%) epilepsiyanın parsial, 31-də (32%) generalizə olunmuş formaları aşkar edilmişdir. Qadınların 11-də (11%) epileptik tutmalar ilk dəfə hazırki hamiləlik dövründə yaranmışdır. Hamiləlik dövründə 23 (27%) qadında tutmaların sayı artmış, 21-də (25%) azalmışdır, 27-də (32%) tutmalar müşahidə edilməmişdir, 14-də (16%) isə tutmaların sayı dəyişməmişdir. Qadınların 68-i (71%) qıcoma əleyhinə preparatları qəbul edir, 22-si (23%) qəbul etmirdilər, 6 (6%) qadın isə qıcoma əleyhinə preparatın qəbulunu hamiləliyin 7-9-cu həftəsindən dayandırmışdır. Hamilələrdən 63 nəfərdə (93%) monoterapiya, 5-də (7%) politerapiya qəbul edirdilər. Monoterapiya zamanı qadınların 18-də (30,5%) tutmaların sayı artmış, 10-da (16,95%) azalmış, 21-də müşahidə edilməmişdir (35,6%) (onların 10-da hamiləlikdən öncəki bir il müddətində tutmalar müşahidə edilməmişdir), 10-da (16,95%) tutmaların sayı dəyişməmişdir. Politerapiya zamanı 2 qadında tutmaların sayı artmış, 2-də azalmış, 1-də isə dəyişməmişdir. Bizim tərəfimizdən gənclik absans eilepsiyası zamanı karbamazepin (KBZ) preparatının qeyri-adekvat təyin edildiyi aşkar edilmişdir və hamiləlik bitdikdən sonra KBZ-ni digər qıcolma əleyhinə olan preparatla əvəz edilməsi tövsiyə edilmişdir; 9 qadında (2 nəfər - hamiləlikdən öncə, 7 nəfər - hamiləlik zamanı) müalicənin korreksiyası aparılmışdır. Nəticədə 5 qadında tutmaların sayı azalmış, 1-də dəyişməmişdir, 3-də tutmalar müşahidə edilməmişdir. Beləliklə, müayinə olunmuş qadınların əksəriyyətində dinamik müşahidənin aparılması və qıcolma əleyhinə preparatının və onun dozasının düzgün seçilməsi ilə tutmaların ifadəli nəzarətini əldə etmək mümkün olmuşdur (tutmalar 25% halda azalmış, 32%-qeyd edilməmişdir).
Açar sözlər: epilepsiya, hamiləlik, parsial, generalizə olunmuş, monoterapiya, politerapiya.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF ANTICONVULSANT THERAPY IN PREGNANT WOMEN WITH EPILEPSY

Magalov Sh.I., Melikova Sh.Y., Mammadbayli A.K., Mehtiyeva Sh.N.
Azerbaijan Medical University, Chair of Neurology and medicine genetics, Baku, Azerbaijan

96 pregnant women with epilepsy aged 17 years to 41 years have been studied. Partial forms of epilepsy have been determined in 65 women (68%), generalized forms - in 31 (32%). In 11 (11%) women seizures first appeared during this pregnancy. The seizure frequency increased in 23 (27%), decreased in 21 (25%), remained

unchanged in 14 (16%), 27 (32%) of women were seizure-free during pregnancy (10 of them were seizure-free during one year before pregnancy). 68 (71%) pregnant women received antiepileptic drugs (AED), 22 (23%) - did not received, 6 (6%) stopped taking AEDs from 7-9 weeks of pregnancy. Monotherapy received 63 (93%), polytherapy 5 (7%) of pregnant women. In monotherapy the seizure frequency increased in 18 (30.5%), decreased in 10 (16.95%), remained unchanged in 10 (16.95%), 21 (35.6%) pregnant women remained seizure-free. In polytherapy seizure frequency increased in 2 women, decreased in 2, remained unchanged in 1. We have identified the inadequate prescribing of the carbamazepine (CBZ) in Juvenile Absence Epilepsy in 1 pregnant and recommended to replace CBZ by other AED after delivery; correction of therapy in 9 women was conducted before (in 2) and during (in7) pregnancy. As result of our correction of the therapy seizure frequency decreased in 5, remained unchanged in 1 pregnant women, 3 women were seizure-free. In general, as result of dynamic monitoring of pregnant women and appropriate choice of AED and its dose the significant control of seizures (seizure frequency decreased in 25%, seizure-free women - 32%) has been achieved in majority of surveyed pregnant women with epilepsy.
Keywords: epilepsy, pregnancy, partial, generalized, monotherapy, polytherapy.

Redaksiyaya daxil olub: 22.02.2017
Çapa tövsiyə olunub: 03.03.2017
Rəyçi: prof. Şirəliyeva R.K.