

METODIKA

NĖŠTUMAS IR EKSTRAGENITALINĖS LIGOS (ŠIRDIES LIGOS, KEPENŲ LIGOS, EPILEPSIJA)



LIETUVOS IR ŠVEICARIJOS
BENDRADARBIAVIMO PROGRAMA

METODIKOS DALYS

- I. Metodikos aprašas
- II. Metodikos procedūrų aprašas
- III. Metodikos įdiegimo aprašas
- IV. Metodikos audito aprašas
- V. Informacija visuomenei

PARENGĖ

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Barčaitė
D. Bartkevičienė
T. Biržietis
Ž. Bumbulienė
E. Drejerienė
D. Kačkauskienė
D. Laužikienė
E. Machtejevienė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
G. Mečėjus
I. Mockutė
I. Poškienė
D. Ramašauskaitė
L. Rovas
M. Šilkūnas
G. Valkerienė
J. Zakarevičienė

RECENZENTAI

V. Abraitis
L. Bagušytė
E. Barčaitė
A. Bartusevičius
E. Benušienė
T. Biržietis
G. Drašutienė
E. Drejerienė
A. Gaurilčikas
V. Gintautas
K. Jarienė
R. Jonkaitienė
G. Jurkevičienė
M. Kliučinskas
J. Kondrackienė
M. Minkauskienė
I. Mockutė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
R. Nadišauskienė
D. Railaitė
K. Rimaitis
D. Simanavičiūtė
R. Tamelienė
A. Vitkauskienė
D. Vėlyvytė
D. Veličkienė
D. Vaitkienė
R. Mameniškienė

2014 m. (2019 m. redakcija)

Metodikai pritarė Lietuvos akušerių ginekologų draugija
Lietuvos akušerių sąjunga

2019 metų redakcija

PARENGĖ

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Bartusevičienė
T. Biržietis
J. Celiešiūtė
M. Francaitė-Daugėlienė
V. Gintautas
K. Jarienė
M. Kliučinskas
D. Laužikienė
G. Naskauskienė
E. Machtejevienė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
M. Minkauskienė
D. Ramašauskaitė
K. Rimaitis
M. Šilkūnas
J. Voločovič
J. Zakarevičienė

RECENZENTAI

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Bartusevičienė
E. Benušienė
G. Domža
G. Drąsutienė
D. Gasiūnaitė
G. Jurkevičienė
M. Kliučinskas
D. Laužikienė
R. Mameniškienė
L. Maleckienė
M. Minkauskienė
V. Mizarienė
R. Nadišauskienė
V. Paliulytė
D. Ramašauskaitė
G. Ramonienė
D. Vaitkienė
R. Vansevičiūtė – Petkevičienė
D. Veličkienė
Ž. Visockienė
J. Voločovič
J. Zakarevičienė
B. Žaliūnas

TURINYS

I. Metodikos aprašas	4
1. Širdies ligos	5
Bendroji dalis	5
Literatūros sąrašas.....	11
2. Kepenų ligos	11
Bendroji dalis	11
Literatūros sąrašas.....	22
3. Epilepsija	23
Bendroji dalis	23
Priedai	29
Literatūros sąrašas	31
II. Metodikos procedūrų aprašas	32
III. Metodikos įdiegimo aprašas	34
IV. Metodikos audito aprašas	36
V. Informacija visuomenei	38

METODIKA

NĒŠTUMAS IR EKSTRAGENITALINĒS LIGOS (ŠIRDIES LIGOS, KEPENU LIGOS, EPILEPSIJA)

I. METODIKOS APRAŠAS

1. ŠIRDIES LIGOS

BENDROJI DALIS

Rekomendacijos parengtos remiantis Europos Kardiologų Draugijos širdies ir kraujagyslių ligų gydymo nėštumo metu gairėmis.

Nėščiųjų širdies ir kraujagyslių sistemos ligos pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos Australijos modifikacijos dešimtojo leidimo sisteminį ligų sąrašą TLK-10-AM žymimos:

O90.3 Kardiomiopatija po gimdymo. Būklės, klasifikuojamos I42.

O10.1 Anksčiau buvusi hipertenzinė širdies liga, komplikuojanti nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo. Bet kuri būklė, klasifikuojama I11.-, kuri nurodyta kaip akušerinio stebėjimo priežastis nėštumo, gimdymo ir laikotarpiu po gimdymo.

O99.4 Kraujo apytakos sistemos ligos, komplikuojančios nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo. Būklės, klasifikuojamos I00–I99.

Santrumpos

EKG – elektrokardiograma

MMMH – mažos molekulinės masės heparinas

NYHA – Niujorko širdies asociacija

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

VV – veikimo vienetai

1. Nėštumo komplikacijų rizikos vertinimas

1.1. Konsultavimas iki nėštumo

1.1.1. Širdies ir kraujagyslių sistemos liga serganti ir pastoti planuojanti moteris turi būti konsultuojama ir ištiriama, nėštumo komplikacijų rizika įvertinama dar iki nėštumo. Nėštumo rizika priklauso nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligos ir pacientės būklės. Kiekvienu konkrečiu atveju ši rizika vertinama individualiai.

1.1.2. Iki nėštumo turi būti sudarytas ligonės priežiūros, tyrimų ir gydymo planas nėštumo laikotarpiu, įvertinama, ar vartojami vaistai nekenkia embrionui ir vaisiui. Kai kurių medikamentų vartojimą rekomenduojama visai nutraukti, kiti keičiami į alternatyvius, kurių leidžiama vartoti nėštumo metu.

1.1.3. Ligonę, kuriai nustatoma vidutinė ir didelė širdies ir kraujagyslių sistemos komplikacijų rizika nėštumo metu, aptaria daugiadalykė specialistų komanda, kurią sudaro patyrę gydytojai kardiologai, akušeriai ginekologai ir kiti [IC].

1.2. Rizikos vertinimas

1.2.1. Širdies ir kraujagyslių liga sergančią moterį po pastojimo turi konsultuoti kardiologas ir įvertinti galimų komplikacijų nėštumo metu riziką [IC].

1.2.2. Didelės rizikos pacientės turi būti prižiūrimos ir gydomos centruose, kuriuose yra įvairių sričių specialistų [IC].

1.2.3. Širdies ir kraujagyslių ligomis sergančios nėščiosios pagal komplikacijų riziką skirstomos į IV klases (PSO). Širdies ir kraujagyslių ligomis sergančių nėščiųjų komplikacijų nėštumo ir gimdymo metu rizikos klasės pagal PSO pateikiamos 1 lentelėje.

1 Lentelė. Širdies ir kraujagyslių ligomis sergančių nėščiųjų komplikacijų rizikos nėštumo ir gimdymo metu klasės pagal PSO.

Rizikos klasė	Širdies ir kraujagyslių liga ar būklė	Komplikacijų nėštumo ir gimdymo metu rizika
I	<ol style="list-style-type: none"> Maža ar lengva yda: plaučių arterijos stenozė, atviras arterinis latakas, mitralinio vožtuvo prolapsas. Sėkmingai koreguotos paprastos ydos (prieširdžių ar skilvelių pertvaros defektas, atviras arterinis latakas, anomalinis plaučių venų įtekėjimas). Pavienės prieširdžių ar skilvelių ekstrasistolės. 	Nėščiosios mirties rizika nepadidėjusi. Sergamumas padidėjęs nežymiai arba nepadidėjęs.
II	<ol style="list-style-type: none"> Neoperuotas prieširdžių ar skilvelių pertvaros defektas. Operuota <i>Falot</i> tetrata. Didžioji dalis aritmijų. Ternerio sindromas be aortos dilatacijos. 	Nėščiosios mirties rizika padidėjusi nežymiai. Sergamumas padidėjęs vidutiniškai.
II-III	<ol style="list-style-type: none"> Lengva kairiojo skilvelio disfunkcija (išstūmio frakcija daugiau 45 proc.). Hipertrofinė kardiomiopatija. Natyvinio ar biologinio vožtuvo yda, nepriklausanti PSO I ar IV klasei (maža mitralinio vožtuvo stenozė, vidutinė aortos vožtuvo stenozė). Marfano sindromas ar kita paveldima krūtininės aortos patologija be aortos dilatacijos. Aortos diametras mažesnis nei 45 mm, jei yra dviburis aortos vožtuvas. Koreguota aortos koarktacija. Atrioventrikulinės pertvaros defektas. 	Priskiriama arba II arba III klasei pagal ligos ar būklės sunkumą.
III	<ol style="list-style-type: none"> Vidutinė kairiojo skilvelio sistolinė disfunkcija (išstūmio frakcija 30-45 proc.). Mechaninis širdies vožtuvas. Anamnezėje nėštumo kardiomiopatija be liekamosios kairiojo skilvelio disfunkcijos. Sisteminis dešinysis skilvelis su gera ar nežymiai sumažėjusia funkcija. <i>Fontan</i> kraujotaka (jei pacientės bei širdies būklė nekomplikuota). Mėlynosios širdies ydos (nekoreguotos). Kitos kompleksinės širdies ydos. 	Didelė nėščiosios mirties rizika ar sunkus sergamumas. Reikalinga ekspertų konsultacija. Jeigu nėštumas tęsiamas, būtina intensyvi specialistų (kardiologų ir akušerių ginekologų) priežiūra nėštumo, gimdymo ir laikotarpio po gimdymo.

	8. Vidutinė mitralinio vožtuvo stenozė. 9. Didelė besimptomė aortos vožtuvo stenozė. 10. Vidutinė aortos dilatacija, (40-45 mm, jei yra Marfano sindroma ar kita paveldima krūtininės aortos patologija, 45-50 mm esant dviburiam aortos vožtuvui, 20-25 mm/m ² esant Turnerio sindromui, <50 mm esant Fallot tetradai). 11. Skilvelinė tachikardija.	
IV	1. Plaučių arterinė hipertenzija (bet kurios kilmės). 2. Ženkli sisteminio skilvelio disfunkcija (išstūmio frakcija <30 proc., III-IV NYHA* funkcinė klasė). 3. Buvusi nėštumo kardiomiopatija ir išlikusia bet kokia kairiojo skilvelio disfunkcija. 4. Didelė mitralinio vožtuvo stenozė. 5. Didelė simptominė aortos vožtuvo stenozė. 6. Sisteminis dešinysis skilvelis su vidutine ar ženkliu disfunkcija. 7. Ženkli aortos dilatacija (>45 mm, jei yra Marfano sindromas ar kita paveldima krūtininės aortos patologija, >50 mm esant dviburiam aortos vožtuvui, >25mm/m ² esant Turnerio sindromui, >50 mm esant Fallot tetradai). 8. Ehlers Danlos sindromas. 9. Didelė, nekoreguota (ar po buvusios korekcijos) aortos koarktacija. 10. Fontan kraujotaka su bet kokia komplikacija.	Labai didelis mirštamumas ir sunkus sergamumas, nėštumas draudžiamas. Jeigu pacientė pastoja, rekomenduojama nėštumą nutraukti. Jeigu nėštumas tęsiamas, priežiūra kaip III rizikos klasės.

1.2.4. Nėščiosioms, kurios priklauso I klasei, komplikacijų rizika yra labai maža, todėl kardiologas nėštumo metu turėtų konsultuoti 1-2 kartus.

1.2.5. Vidutinės rizikos (II klasė) nėščiąsias kardiologas konsultacija nėštumo metu turėtų konsultuoti kiekvieną nėštumo trečdalį.

1.2.6. Didelės rizikos (III klasės) nėščiąsias kardiologas turėtų konsultuoti vieną kartą per 1-2 mėnesius.

1.2.7. Nėštumas griežtai nerekomenduojamas IV klasės nėščiosioms, bet, jeigu jis tęsiamas, kardiologas turėtų konsultuoti kartą per mėnesį. Kiekvieno vizito metu būklė ir rizikos klasė vertinama kartotinai, todėl tolesnis priežiūros planas gali keistis.

1.2.8. Jeigu nėščiajai atsiranda naujų ar neaiškių širdies ir kraujagyslių būklės sutrikimų, reikėtų atlikti EKG, echokardiografiją ir ją turėtų konsultuoti kardiologas [IC]. Jeigu diagnozei nustatyti nepakanka echokardiografijos, papildomai gali būti atliekamas širdies magnetinio rezonanso tomografija (be kontrastinės medžiagos) [IIC].

2. Rizika vaisiui

2.1. Komplikacijų vaisiui ir naujagimiui būna 20 – 28 proc. atvejų, perinatalinis mirtingumas siekia 1 – 4 proc. Komplikacijų rizika yra tiesiogiai susijusi su motinos būkle.

2.2. Širdies ir kraujagyslių ligomis sergančios nėščiosios turi didesnę tikimybę susilaukti naujagimio su įgimta širdies yda. Įgimtos širdies ydos paveldėjimo rizika siekia nuo 3 iki 50 proc. Tai autonominiu dominantiniu būdu paveldimos ligos – Marfano sindromas, hipertrofinė kardiomiopatija, ilgo QT sindromas, chromosominės ligos, krūtininės aortos dilatacija, plautinė hipertenzija, prieširdžių pertvaros defektas ir kt.

2.3. Nėščiosioms rekomenduojama prenatalinė diagnostika ir genetinė konsultacija [IC]. Vaisiaus ultragarsinis tyrimas atliekamas 11⁺⁰ – 13⁺⁶ ir 18⁺⁰ – 22⁺⁰ nėštumo savaitėmis. Nustatant kompleksines širdies ydas pirmuoju nėštumo trečdaliu, ultragarsinio tyrimo tikslumas yra 85 proc., specifiškumas – 99 proc. Optimalus laikas vaisiaus širdies ydoms nustatyti – 18⁺⁰ – 22⁺⁰ nėštumo savaitės, nes tuomet aiškiai matoma širdis ir stambiosios kraujagyslės. Ultragarsinis tyrimas širdies ydoms nustatyti ir/ar patvirtinti gali būti kartojamas 24⁺⁰ – 26⁺⁶ savaitę. Po 30⁺⁰ nėštumo savaitės širdį vertinti tampa sunkiau dėl vaisiaus dydžio. Visų širdies ydų nustatymo ultragarsu dažnis yra apie 45 proc.

2.4. Ultragarsinį tyrimą turi atlikti patyręs akušeris ginekologas.

3. Gimdymas

3.1. Gimdymo priežiūros planas turėtų būti sudarytas nėštumo metu dar iki gimdymo, nurodant numatomą gimdymo laiką, gimdymo sužadinimo būdą, skausmo malšinimo būdą ir priežiūrą gimdymo metu.

3.2. Pagalbą gimdymo metu ir po jo turi teikti patyrę kardiologai, akušeriai ginekologai ir anesteziologai reanimatologai, o esant vidutinei ir didelei komplikacijų rizikai gimdymą planuoti tretinio lygio centre.

3.3. Gimdyti rekomenduojama sulaukus 40 nėštumo savaičių. Tačiau sprendimas turėtų būti priimamas individualiai. Gimdymo laiko parinkimui įtaką turi nėščiosios širdies ir kraujagyslių sistemos būklė, gimdos kaklelio pasiruošimas gimdymui, vaisiaus būklė bei brandumas.

3.4. Gimdymo priežiūra turėtų būti tokia pati kaip normalaus gimdymo, jei širdies yda lengva, gydymo nereikia arba yra atlikta sėkminga ydos korekcija.

3.5 Gimdymą galima sužadinti misoprostoliu, mechaniniais metodais, nuleidžiant vaisiaus vandenį ir stimuliuojant oksitocinu (žr. Metodiką „Gimdymo sužadinimas”).

3.6. Pirmenybė teikiama gimdymui natūraliu būdu [IC]. Gimdant natūraliu būdu, netenkama mažiau kraujo ir yra mažesnė infekcijos rizika, o atliekant cezario pjūvio operaciją didėja venų trombozės ir embolijos rizika.

3.7. Sutarimo dėl absoliučių kontraindikacijų gimdymui natūraliu būdu nėra. Ar atlikti cezario pjūvio operaciją, reikėtų apsvarstyti šiais atvejais:

3.7.1. Vartojami geriamieji antikoagulantai.

3.7.2. Sunki aortos patologija (aortos diametras > 45 mm, IV tipo Ehlers Danlos sindromas, ūminė ar lėtinė aortos disekacija).

- 3.7.3. Sunki plautinės hipertenzijos forma, įskaitant Eisenmengerio sindromą
- 3.7.4. Sunkus ūminis ir lėtinis bet kurios kilmės širdies nepakankamumas.
- 3.7.5. Ryški mitralinio vožtuvo stenozė ir širdies nepakankamumas III-IV NYHA funkcinės klasės bei plautinė hipertenzija.
- 3.7.5. Ryški simptominė aortos vožtuvo stenozė.
- 3.7.6. Mechaniniai širdies vožtuvų protezai kai didelė jų trombozės rizika. Cezario pjūvio operacija planuojama siekiant trumpiausio laiko be geriamųjų antikoagulantų.
- 3.7.7. Hipertrofinė obstrukcinė kardiomiopatija, kai yra ryški kairiojo skilvelio nutekamojo trakto obstrukcija.

3.8. Gimdymo metu būtina stebėti pulsą ir arterinį kraujospūdį. Pulsoksimetrija ir nuolatinė EKG – prireikus, ankstyvai dekomensacijos diagnostikai. Retais atvejais hemodinamai stebėti gali būti naudojamas *Swan-Ganz* kateteris.

3.9. Skausmui malšinti gali būti taikoma juosmeninė epidurinė analgezija. Regioninė anestezija gali sukelti sisteminę hipotenziją (iki 10 proc.), todėl turi būti atsargiai skiriama pacientėms, kurioms yra obstrukcinės širdies ydos.

3.10. Gimdymo metu:

3.10.1. Rekomenduojama kairė šoninė padėtis.

3.10.2. Antruoju laikotarpiu vengti stangintis, leisti gimdos susitraukimams savaime stumti vaisių tarpvietės link. Stangintis rekomenduojama išlaikus 2 val., kol vaisiaus galva nusileis pakankamai žemai. Esant reikalui galima naudoti vakuuminį ekstraktorių arba akušerines reples.

3.10.3. Antibiotikų profilaktika visoms gimdyvėms nerekomenduojama [IIC].

3.11. Gimdymas, jei ligonė vartoja geriamuosius antikoagulantus:

3.11.1. Geriamuosius antikoagulantus būtina pakeisti į MMMH ar nefrakcionuotą hepariną nuo 36 nėštumo savaitės. MMMH keičiami į i/v nefrakcionuotą hepariną, likus mažiausiai 36 val. iki gimdymo sužadavimo ar cezario pjūvio operacijos. Nefrakcionuoto heparino skyrimą reiktų nutraukti likus 4-6 val. iki planuoto gimdymo ir pradėti vėl vartoti po 4-6 val. po gimdymo, jeigu nėra kraujavimo. Jeigu atliekama skubi operacija vartojant MMMH ar hepariną, reiktų apsvarstyti protamino sulfato skyrimo galimybę.

3.11.2. Jeigu ligonė vartoja gydomąją geriamųjų antikoagulantų dozę ir būtina skubiai užbaigti gimdymą, reiktų spręsti dėl cezario pjūvio operacijos, nes yra didelis vaisiaus intrakranijinių kraujosrūvų pavojus. Prieš operaciją skiriamas protrombino kompleksas ar šviežiai šaldyta plazma, kad TNS taptų $\leq 1,5$ Gimusio naujagimio būklė yra hipokoaguliacinė, todėl jam gali būti skiriama šviežiai šaldyta plazma ir vitaminas K. Tokia naujagimio būklė išlieka dar 8-10 dienų nuo tada, kai motina nutraukia geriamųjų antikoagulantų vartojimą.

3.12. Skilvelinė aritmija nėštumo ir gimdymo metu. Jeigu yra pailgėjusio QT sindromas ir yra simptomų, reiktų skirti β blokatorius nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo, jeigu nėra kontraindikacijų. β blokatoriai skiriami siekiant išvengti motinos staigios mirties, gimdymo metu vartojami, β blokatoriai, nesustabdo gimdymo veiklos.

4. Laikotarpis po gimdymo

4.1. Trečiuoju gimdymo laikotarpiu galima skirti oksitociną, lašinant į veną lėtai – 2 VV per 10 min.

4.2. Kraujavimą po gimdymo galima stabdyti misoprostoliu 200 – 1000 mcg ir kitais prostaglandiniais, ergometrino vartoti negalima.

4.3. Rekomenduojamos elastingės kojinės, pradėti anksti vaikščioti, siekiant sumažinti tromboembolinių komplikacijų riziką.

4.4. Didelės rizikos ligonėms, ypač su didele plautine hipertenzija, rekomenduojama stebėti hemodinamiką 24 – 48 val. po gimdymo, o prireikus ir ilgiau.

5. Maitinimas krūtimi

5.1. Daugelis širdies ir kraujagyslių sistemą veikiančių vaistų patenka į motinos pieną, todėl kiekvienu konkrečiu atveju dar iki gimdymo reikėtų aptarti galimybę maitinti krūtimi.

5.2. Jei yra sunkus III-IV klasės širdies nepakankamumui ir/ar sunki bendra ligonės būklė, reikėtų apsvarstyti naujagimio maitinimą dirbtiniu maistu.

Literatūra

1. Regitz-Zagrosek V. et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. European Heart Journal. 39(34), 2018, 3165–3241, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy340>

2. NĖŠTUMAS IR KEPENŲ LIGOS

BENDROJI DALIS

Intrahepatinė nėščiujų cholestazė ir ūminė riebalinė nėščiujų hepatozė pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos Australijos modifikacijos dešimtojo leidimo sisteminį ligų sąrašą TLK-10-AM žymima:

O26.6 Kepenų pažeidimai nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo

Santrumpos

ALT (GPT) – alanininė transaminazė (serumo gliutamapiruvattransaminazė)

AST (GOT) – asparagininė transaminazė (serumo glutamatoksaloacetattransaminazė)

ADTL – aktyvintas dalinis tromboplastino laikas

DIK – disminuota intravazalinė koaguliacija

INC – intrahepatinė nėščiųjų cholestazė

INR – tarptautinis normalizuotas santykis

HELLP – hemolizės, padidėjusio kepenų fermentų kiekio kraujo serume ir trombocitopenijos sindromas (angl. akronimas – *haemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count syndrome* – *HELLP syndrome*)

KTG – kardiogramą

KMI – kūno masės indeksas

LCHAD – hidroksiacilkoenzimo A dehidrogenazė

NST – nestresinis testas

RR – riebalų rūgštys

TR – tulžies rūgštys

ŪRNH – ūminė riebalinė nėščiųjų hepatozė

1. INTRAHEPATINĖ NĖŠČIŪJŲ CHOLESTAZĖ

1.1. Apibūdinimas

1.1.1. Intrahepatinė nėščiųjų cholestazė (INC) – tai kepenų liga, pasireiškianti odos niežuliu be pirminės odos pažaidos požymių, padidėjusiu kraujo serumo tulžies rūgščių ir kepenų fermentų kiekiu, nesant kitos kepenų ligos.

1.2. Dažnis

1.2.1. INC dažnis svyruoja nuo < 1 iki 27,6 proc. Lietuvoje INC serga 0,5 proc. nėščiųjų.

1.3. Rizikos veiksniai

1.3.1. Šeiminė anamnezė.

1.3.2. INC ankstesnio nėštumo metu.

1.3.3. Kepenų ligos

1.3.4. Niežulio epizodai naudojant kombinuotas kontraceptines tabletes ar liuteininės menstruacinio ciklo fazės metu.

1.3.5. Nėštumo patologija (daugiavaisis nėštumas, staigi, dėl neaiškių priežasčių vaisiaus žūtis, atlikta *in vitro* apvaisinimo procedūra ir kt.).

1.3.6. Vyresnis nėščiosios amžius.

1.4. Etiopatogenezė

1.4.1. INC etiologija nėra visiškai aiški, bet galvojama, kad įtakos turi hormonų poveikis, paveldimumas ir aplinkos veiksniai.

1.4.2. TR yra pagrindinis patogenetinis ligos veiksnys. TR pereina placentos barjerą, patenka į vaisiaus kraują, gali kauptis vaisiaus audiniuose ir amniono skystyje.

1.4.3. TR gali sukelti staigią vaisiaus žūtį, mekonijaus patekimą į amniono skystį, priešlaikinį gimdymą, naujagimio kvėpavimo sutrikimo sindromą (dėl poveikio vaisiaus plaučiams).

1.4.4. Vaisiau žūties rizika didėja, didėjant TR kiekiui motinos kraujyje. Ši rizika žymiai padidėja, kai TR yra ≥ 100 mcmol/l, nustačius bet kuriuo nėštumo laikotarpiu. Staigios vaisiaus žūties patofiziologija nėra visiškai aiški, tačiau galvojama, kad TR tiesiogiai sukelia vaisiaus širdies ritmo sutrikimą arba placentos choriono paviršiaus kraujagyslių spazmą.

1.4.5. Padidėjusi priešlaikinio gimdymo rizika aiškinama dėl TR padidėjusia miometro oksitocino receptorių ekspresija.

1.4.6. Vaisiaus augimo sulėtėjimas ir oligohidramnionas INC nebūdingas.

1.4.7. Kepenų bioptatuose nustatoma cholestazės požymių: kanalėlių išsiplėtimas, tulžies kamščiai hepatocituose ir kanalėliuose be uždegimo požymių.

1.5. Komplikacijos

1.5.1. Motinai:

1.5.1.1. Priešlaikinis gimdymas.

1.5.1.2. Nėščiųjų pielonefritas.

1.5.1.3. Cezario pjūvio operacija.

1.5.1.4. Kraujavimas po gimdymo dėl vitamino K stokos.

1.5.1.5. Sunkiais atvejais: vitaminų A, D, E, K trūkumas, osteopenija dėl vitamino D trūkumo, pirminė biliarinė cirozė, ūminė riebalinė hepatozė, tulžies pūslės akmenligė.

1.5.2. Vaisiui ir naujagimiui:

1.5.2.1. Vaisiaus žūtis.

1.5.2.2. Neišnešiotumas.

1.5.2.3. Nestabili vaisiaus būklė.

1.5.2.4. Mekonijus amniono skystyje.

1.6. Diagnostika ir eigos ypatumai

1.6.1. INC diagnozuojama remiantis klinikiniais ir laboratoriniais požymiais. Pagrindinis klinikinis ligos požymis yra niežulys be pirminės odos pažaidos, pagrindinis laboratorinis požymis – padidėjęs kraujo serumo tulžies rūgščių kiekis.

1.6.2. Klinikiniai ir laboratoriniai INC požymiai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Klinikiniai ir laboratoriniai INC požymiai.

Požymis	Požymio apibūdinimas
Klinikiniai požymiai	
Niežulys	<ol style="list-style-type: none">1. Niežulys be pirminės odos pažaidos yra pagrindinis ligos požymis.2. Būdinga niežulio lokalizacija - delnų ir padų srityje, nors gali būti ir viso kūno.3. Niežulys nuolatinis ir (ar) vis stiprėjantis, ypač naktį.4. Niežulys įvairaus intensyvumo. Jei labai niežti, nėščiosios nusikaso iki žaizdų, apžiūrint galima pastebėti įvairių nusikasyimo žymių.5. Niežulys gali sutrikdyti miegą, dėmesio koncentraciją, bloginti nuotaiką.6. Niežulys gali atsirasti anksčiau nei kraujo laboratorinių tyrimų pakitimai.
Gelta	<ol style="list-style-type: none">1. Pasireiškia 10-20 proc. atvejų.2. Gelta prasideda ligai progresuojant po 1 – 4 savaitių.3. Gelta gali pasireikšti tik akių odenos pageltimu. Viso kūno gelta atsiranda, kai kraujo serumo bilirubino kiekis viršija 34 $\mu\text{mol/l}$.
Kiti požymiai	<ol style="list-style-type: none">1. Nuovargis, apetito stoka.2. Pykinimas, vėmimas.3. Skausmas dešinėje pilvo pusėje.4. Tamsus šlapimas, balkšvos išmatos.5. Steatorėja ir riebalų malabsorbcija.
Laboratoriniai požymiai	
Kraujo serumo tulžies rūgščių (TR) kiekis	<ol style="list-style-type: none">1. Padidėjęs kraujo serumo TR kiekis yra pagrindinis laboratorinis INC požymis, aptinkamas > 90 proc. sergančiųjų.2. TR padidėjimas gali būti pirmasis ir vienintelis ligos požymis.3. Vienkartinį TR rodmenį reikėtų vertinti atsargiai. Galimi reikšmingi TR kiekio svyravimai net ir kelių dienų laikotarpiu. Didesnis kiekis aptinkamas, jei tirama moteriai pavalgus.4. TR padidėjimas $\geq 40 \mu\text{mol/l}$, aptinkamas 20 proc. sergančiųjų.
Kraujo serumo aminotransferazių (ALT, AST) kiekis	Padidėjęs aminotransferazių kiekis aptinkamas 60 proc. atvejų. Dažniausiai padidėja iki 2 kartų, tačiau retesniais atvejais gali būti ir > 1000 U/l.
Bilirubino kiekis	Bendrojo ir tiesioginio bilirubino kiekis padidėja 25 proc. atvejų.

1.6.3. Ligos požymiai pasireiškia po 30 nėštumo savaitės 80 proc. atvejų. Ankstyvos INC atvejai (iki 13 nėštumo savaitės) reti, tuomet ligos eiga sunkesnė. Po gimdymo INC požymiai greitai praeina, tačiau retais atvejais gali išlikti ir keletą savaičių ar net mėnesių.

1.6.4. Vien tik kepenų fermentų tyrimas nerodo blogos ligos prognozės [B].

1.6.5. Pradėjus empirinį gydymą nuo niežulio, esant nepakitusiems kraujo tyrimams, vėliau TR ir kepenų fermentai gali ir nebepadidėti.

1.6.6. INC eigos ypatumai pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. INC eigos ypatumai

INC eiga	Dažnis	Požymių pasireiškimas
1. Tipiška	80 proc.	Niežulys II ir III nėštumo laikotarpiu, padidėjusi kepenų fermentų ir/ar TR kiekis
2. Netipiška	20 proc.	
2.1. Ankstyva pradžia		Niežulio pradžia – pirmosios nėštumo savaitės
2.2. Tik nėščiųjų niežulys		Tipiškas niežulys, kai kepenų fermentų kiekis nepadidėjęs
2.3. Susilpnėjanti iki gimdymo		Niežulio susilpnėjimas prieš gimdymą, kepenų fermentų kiekis sumažėja arba išlieka toks pats
2.4. Pasireiškianti po gimdymo		Būdingas geltos sindromas, užsitęsusi eiga 1-2 mėnesius ir praeinanti savaime

1.7. Diferencinė diagnostika

1.7.1. Niežulys pasitaiko 23 proc. moterų nėštumo metu ir tik nedidelė dalis būna dėl INC.

1.7.2. Diferencijuoti reikėtų su:

1.7.2.1. Specifinėmis niežulį sukeliančiomis nėščiųjų būklėmis (nėščiųjų niežulys, atopinis bėrimas, polimorfinis bėrimas, pūslinė, pūslėlinis dermatitas, pemfigoidas ir kt.).

1.7.2.2. Su nėštumu nesusijusiomis odos ligomis (atopinis dermatitas, alerginis dermatitas ir kt.).

1.7.2.3. Specifinėmis kepenų pakenkimą sukeliančiomis nėščiųjų ligomis (preeklampsija su sunkiaisiais požymiais, HELLP sindromas, ūminė riebalinė nėščiųjų hepatozė, nėščiųjų pykinimas ir vėmimas).

1.7.2.4. Su nėštumu nesusijusiomis kepenų ligomis (virusinis hepatitas, autoimuninis hepatitas, pirminė kepenų cirozė arba sklerozuojantis cholangitas, vaistų sukeltas hepatitas ir kt.).

1.8. Antenatalinė priežiūra

1.8.1. Diagnozės nustatymo metu rekomenduojama:

1.8.1.1. Įvertinti bendrąją nėščiosios būklę (arterinį kraujospūdį, pulsą, kvėpavimo dažnį, odos būklę: gelta, bėrimas, pustulės, nukasymai ir kt.).

1.8.1.2. Atlikti laboratorinius kraujo tyrimus: bendrąjį kraujo tyrimą, TR, AST, ALT, bilirubiną, ADTL, INR.

1.8.1.3. ŠF tirti nereikia, nes ŠF izofermentą gamina ir placenta, todėl nėštumo metu ji padidėja iki 40 proc.

1.8.1.4. Atlikti pilvo organų ultragarsinį tyrimą. Kepenys gali būti padidėjusios, bet jų parenchima išlieka normali. Kartais pastebimas intrahepatinių latakų išsiplėtimas.

1.8.1.5. Gastroenterologo, dermatologo konsultacija pagal poreikį.

1.8.1.6. Įvertinti vaisiaus judesius, atlikti nestresinį testą, atlikti vaisiaus biometriją ir vaisiaus vandens kiekio tyrimą, įvertinti virkštelės arterijos kraujotaką.

1.8.2. Tolesnės priežiūros rekomendacijos:

1.8.2.1. Kartoti TR, AST, ALT 1 kartą per savaitę, net jei diagnozės nustatymo metu šie tyrimai buvo normalūs. Kitus kraujo tyrimus kartoti pagal poreikį.

1.8.2.2. Vaisiaus judesių savikontrolė kasdien. Vaisiaus biometriją, virkštelės arterijos kraujotakos tyrimą kartoti kas 2-3 sav., o esant reikalui ir dažniau. Nestresinį testą ir vaisiaus vandens kiekio tyrimą kartoti 1 kartą per savaitę nuo 30 iki 34 sav., 1 – 2 kartus per savaitę nuo 34 sav., gali būti ir dažniau. Nestresino testo registravimo dažnis sprendžiamas individualiai, jei nėštumas < 30 savaičių.

1.8.2.3. Vaisiaus ultragarsinis tyrimas, NST registravimas nepadedą prognozuoti galimos staigios vaisiaus žūties sergančioms INC [C].

1.9. Gydymas

1.9.1. Gydyimo tikslas – sumažinti simptomus ir nėštumo komplikacijų riziką.

1.9.2. Sergant šia liga, nėštumas dažniausiai užbaigiamas nelaukiant termino dėl didėjančios vaisiaus žūties rizikos. Nėštumo užbaigimas – etiologinis INC gydymas.

1.9.3. Ursodeoksicholio rūgštis yra pirmo pasirinkimo ir dažniausiai naudojamas medikamentas INC gydyti. Poveikis: sumažina niežulį ir kepenų fermentų kiekį [A], gali pagerinti perinatalines baigtis. Niežulys visiškai išnyksta 41 proc., o sumažėja 60 proc. ligonių. Dozavimas: 15 mg/kg kūno svorio per dieną. Kadangi niežėjimas intensyvesnis naktį, du trečdalius dozės patariama vartoti vakare. Jei niežulys sumažėja nepakankamai, retais atvejais gali būti skiriama maksimali 21 mg/kg paros doze. Ursodeoksicholio rūgštis neturi toksinio poveikio vaisiui ir naujagimiui, nesukelia ilgalaikių padarinių.

1.9.4. Ursodeoksicholio rūgšties vartojimą rekomenduojama baigti gimdymui prasidėjus.

1.9.4. Kiti medikamentai:

1.9.4.1. Antihistamininiai preparatai (difenhidraminas, hidroksizinas) slopina niežulį, sukelia bendrą slopinamąjį poveikį, tačiau neveikia tulžies rūgščių apykaitos. Gali būti vartojami vakare. Nevartotini pirmuoju nėštumo laikotarpiu. Šalutinis poveikis: sukelia mieguistumą, gali sukelti prieš laiką gimusių naujagimių kvėpavimo sutrikimą.

1.9.4.2. Kad S-adenozilmetioninas gerintų moters ar vaisiaus būklę, duomenų nepakanka, todėl vartoti nerekomenduojamas [A].

1.9.4.3. Deksametazonas slopina placentos estrogenų gamybą, silpnina niežulį. Dozavimas: po 12 mg per dieną 7 dienas. Skiriami išimtiniais atvejais, aptarus naudą ir riziką su paciente [D].

1.9.4.4. Preparatai, kuriuose yra maistinių skaidulų (Mucofalk, Lepicol, Psyllium, sėmenų, pupenių lipai). Poveikis: skaidulos suriša tulžies rūgštis žarnyne, kraujo serume sumažina tulžies rūgščių koncentraciją, susilpnina niežulį, tačiau jo nepanaikina.

1.9.4.5. Vitaminas K mažina pogimdyminio kraujavimo riziką. Jei yra ankstyva cholestazės pradžia ar sunki eiga, ar pailgėjęs protrombino laikas, tuomet galima skirti 5-10 mg geriamojo vitamino K ar 5–10 mg leisti į veną gimdymo dieną.

1.9.5. Odos priežiūrai gali būti vartojami emolientai: maitinamieji ir drėkinamieji kremai, losjonai su šlapalu, raktažolių, alyvuogių aliejus.

1.9.6. Niežulį ir jo keliamą diskomfortą gali mažinti ledukų kompresais, vėsiu dušu, buvimu vėsioje patalpoje.

1.9.7. Rekomenduojama laikytis tausojančios dietos, mažinti riebalų kiekį, didinti augalinės ląstelienos kiekį, gerti daugiau skysčių. Galima skirti multivitaminų papildų nėščiosioms.

1.10. Gimdymas

1.10.1. Vieningos įrodymais pagrįstos nuomonės, kada sergančiosioms INC užbaigti nėštumą nėra. INC sukeltų komplikacijų dažnis nėra didelis, tačiau retais atvejais gali įvykti sunki staigi ir neprognozuojama komplikacija – vaisiaus žūtis. Kita vertus, tiek priešlaikinis gimdymas, tiek pats gimdymo sužadinimas gali turėti nepageidaujamų jatrogeninių pasekmių.

1.10.2. Numatant gimdymo laiką, atsižvelgiama į keletą veiksnių ir jų derinį. Vertinama bendra nėščiosios būklė, kaip anksti liga prasidėjo, gretutinė nėštumo patologija ir sisteminės ligos, gimdos kaklelio pasiruošimas gimdymui, vaisiaus būklė, o svarbiausia – TR ir kepenų fermentų kiekis. TR kiekis vertinamas pagal didžiausią rodmenį.

1.10.3. Rekomenduojamas nėštumo užbaigimo laikas:

1.10.3.1. Sergant INC gimdymas visada sužadinamas ne vėliau 39⁺⁰ nėštumo savaitės.

1.10.3.2. Jei TR dažnai pakyla ir/ar išlieka ≥ 40 $\mu\text{mol/l}$ reikėtų apsvarstyti galimybę gimdyti 36⁺⁰–37⁺⁰ nėštumo savaitę.

1.10.3.3. Gimdymas gali būti sužadinamas ir 34⁺⁰–36⁺⁰ nėštumo savaitę, jei TR dažnai padidėja ir/ar išlieka ≥ 100 $\mu\text{mol/l}$, vargina stiprus niežulys, nepaisant gydymo, yra gelta arba jei ankstesnio nėštumo metu vaisius žuvo iki 36⁺⁰ nėštumo savaitės dėl INC ir šio nėštumo metu taip pat yra INC.

1.10.3.4. Planuojant gimdymą iki 37⁺⁰ sav., kiekvienu atveju sprendžiama individualiai. Sprendimą turi priimti gydytojų konsiliumas.

1.10.7. Sergančios INC turėtų gimdyti natūraliu būdu, jei nėra kitų indikacijų atlikti cezario pjūvio operaciją.

1.10.8. Gimdymą galima sužadinti misoprostoliu, mechaniniais metodais, nuleidžiant vaisiaus vandenį ir stimuliuojant oksitocinu (žr. Metodiką „Gimdymo sužadinimas“).

1.10.9. Gimdymo priežiūra turėtų būti tokia pati kaip normalaus gimdymo metu.

1.11. Priežiūra laikotarpiu po gimdymo

1.11.1. Niežulys paprastai išnyksta per pirmąsias dienas po gimdymo, gelta po 2 – 4 savaitių, kepenų fermentų ir TR kiekis sumažėja po 1 – 4 savaitių po gimdymo [B]. Rekomenduojama kartoti šiuos tyrimus 3 – 5 dieną po gimdymo dinamikai vertinti.

1.11.2. Vėliau, praėjus 6 – 8 savaitėms po gimdymo reikia TR ir kepenų fermentų tyrimus pakartoti. Jei kraujo tyrimų rodmenys nemažėja ar turi tendenciją kilti, moterį reikia siųsti pas specialistą konsultuotis ir tirti dėl kitų kepenų ligų.

1.12. Maitinimas krūtimi

INC nėra kontraindikacija žindymui.

1.13. Pasikartojimo rizika

INC kito nėštumo metu pasikartoja 60 – 70 proc. atvejų.

1.14. Ilgalaikė prognozė

INC sirgusioms moterims patariama vengti hormoninių kontraceptinių priemonių, kurių sudėtyje yra estrogeno, o pakeičiamąją hormonų terapija menopauzės laikotarpiu skirti galima.

1.15. Profilaktika

Nėra.

2. ŪMINĖ RIEBALINĖ NĖŠČIŪJŲ HEPATOZĖ

2.1. Apibūdinimas

ŪRNH yra ūmi būklė nėštumo metu, pasireiškianti sunkiu kepenų funkcijos sutrikimu, galinti sukelti sunkių padarinių motinai ir vaisiui.

2.2. Dažnis

ŪRNH yra reta liga, nustatoma vienai iš 7000 – 20000 nėščiujų.

2.3. Rizikos veiksniai

2.3.2.1. Vaisiaus ilgų grandinių riebiųjų rūgščių hidroksiacilkoenzimo A dehidrogenazės (LCHAD) trūkumas.

2.3.2.2. ŪRNH ankstesnio nėštumo metu.

2.3.2.3. Daugiavaisis nėštumas.

2.3.2.4. Preeklampsija, HELLP sindromas.

2.3.2.5. Vyriška vaisiaus lytis.

2.3.2.6. Mažas kūno masės indeksas (KMI $<20\text{kg/m}^2$).

2.4. Etiopatogenezė

ŪRNH yra genetinė metabolinė liga priskiriama mitochondrinių citopatijų šeimai. ŪRNH patogenezė nėra aiški. Galvojama, kad svarbus vaidmuo tenka sutrikusiam riebalų rūgščių (RR) metabolizmui. Laisvų kraujo RR kiekis padidėja normalaus nėštumo metu, ypač antroje pusėje. RR reikalingos normaliam vaisiaus augimui ir vystymuisi. Jei motinos – vaisiaus RR metabolizmas yra sutrikęs, tarpiniai produktai gali kauptis motinos kraujyje, hepatocituose ir sukelti hepatocitų pakenkimą.

2.4. Klinikiniai požymiai

2.4.1. Būdinga ŪRNH pradžia – 34 – 38 nėštumo savaitė.

2.4.2. Ligos eiga įvairi – nuo besimptomės iki žaibiškai progresuojančios sunkios eigos.

2.4.3. Pradiniai klinikiniai požymiai yra nespecifiški: bendras negalavimas, pykinimas, vėmimas, apetito stoka, pilvo, ypač skrandžio srities skausmas, galvos skausmas. Daugumai ligonių būna padidėjęs AKS ir patologinė proteinurija.

2.4.4. Ligai progresuojant gali atsirasti ūminis kepenų nepakankamumas, pasireiškiantis gelta, ascitu, encefalopatija, DIK sindromu. Greitai vystosi hipoglikemija. Daugumai nėščiąjų atsiranda inkstų pakenkimas ir dauginis organų nepakankamumas. Rečiau gali atsirasti centrinio tipo necukrinis diabetas, ūminis pankreatitas.

2.4.5. Būdingi laboratoriniai požymiai:

2.4.5.1. Serumo aminotransferazių kiekis padidėja visada, dažniausiai 5 – 10 kartų, bet nesiekia 500 IU/L.

2.4.5.2. ↑ bilirubinas.

2.4.5.3. ↓ gliukozė.

2.4.5.4. ↑ kreatininas.

2.4.5.5. ↑ leukocitų kiekis.

2.4.5.6. ↑ amoniakas.

2.4.5.7. ↑ šlapimo rūgštis.

2.4.5.8. ↑ protrombino laikas, INR, ADTL.

2.4.5.9. ↑ trombino laikas.

2.4.5.10. ↓ koaguliacijos inhibitorių.

2.4.5.11. ↓ trombocitų kiekis.

2.4.5.12 ↓ fibrinogeno.

2.4.5.13. Kraujyje – fragmentuoti eritrocitai ir echinocitai.

2.4.5.14. Šlapime – patloginė proteinurija.

2.4.6. Diagnostikos vaizdavimo tyrimai – galimi nespecifiniai radiniai. Ultragarsu galima matyti nespecifinius kepenų pokyčius, tokius kaip riebalinė infiltracija arba prašviesėjimas.

2.4.7. Histologinis tyrimas – mikrovezikulinė riebalinė hepatocitų infiltracija.

2.5. Diagnostika ir eigos ypatumai

2.5.1. Diagnozė nustatoma pagal klinikinius požymius, vyraujant kepenų funkcijos sutrikimui antroje nėštumo pusėje, kai atmetamos kitos galimos kepenų funkcijos sutrikimo priežastys ir sindromai.

2.5.2. Jei nėščiajai antroje nėštumo pusėje atsiranda pykinimas, vėmimas, pilvo skausmai, bendras negalavimas, hipertenzija, galvos skausmas, apetito stoka, reikia įtarti ir iširti dėl galimos ŪRNH.

2.5.3. Įvertinus bendrąją būklę, atliekama: bendras kraujo tyrimas, keatininas, šlapalas, gliukozė, AST, ALT, LDH, bilirubinas, šlapimo rūgštis, baltymo nustatymas šlapime.

2.5.4. Kepenų fermentų padidėjimas neatspindi ligos progreso intensyvumo bei negali parodyti ligos eigos.

2.5.6. Krešėjimo tyrimai atliekami dėl bendro ligoinės ištyrimo ir būklės patikslinimo.

2.5.7. Diagnostiniai vaizdavimo tyrimai nėra būtini, bet gali padėti įvertinti bendrąją ligoinės būklę.

2.5.8. Kepenų biopsija diagnozei nustatyti daugeliui ligonių nebūtina, atliekama tik išskirtiniais atvejais.

2.6. Diferencinė diagnostika

Dažniausiai tenka diferencijuoti su HELLP sindromu ir preeklampsija su sunkiaisiais požymiais. Kai kuriais atvejais atskirti neįmanoma, kai kada keletas būklių gali būti kartu. Diferencijuoti reikėtų su sisteminėmis ligomis, tokiomis kaip hepatitu, tulžies pūslės ligomis, ir vaistų ar kitų medžiagų sukeltu kepenų pakenkimu.

2.7. Nėščiosios priežiūra ir gydymas

2.7.1. Patvirtinus diagnozę, nėštumas užbaigiamas. Nėštumo užbaigimas – etiologinis ŪRNH gydymas.

2.7.2. Įvertinama ir stabilizuojama nėščiosios būklė, taikomas simptominis gydymas, palaikant pakenktų organų ir sistemų funkciją, įvertinama vaisiaus būklė ir sprendžiama kaip skubiai ir koku būdu gimdyti.

2.7.3. Jei įmanoma, ligonę reikia pervežti į Perinatologijos centrą. Prižiūrint ir gydant ligonę, sergančią ŪRNH, reikalinga daugiadalykė komanda: akušeris ginekologas, gastroenterologas, nefrologas, hematologas, anesteziologas reanimatologas, neonatologas, o prireikus kepenų ligų specialistas, transplantologas ir kt.

2.7.4. Nėštumas, patvirtinus ŪRNH, netęsiamas ilgiau nei 24 valandas.

2.7.5. Esant galimybei, vaisiaus plaučiai brandinami gliukokortikoidais, skiriama magnio sulfato vaisiaus smegenų neuroprotekcijai (žr. metodiką „Priešlaikinis gimdymas“).

2.7.6. Nėštumas užbaigiamas nedelsiant, jei yra sunki motinos būklė (daugelio organų pakenkimas, diseminuota intravaskulinė koagulacija, kepenų infarktas, plaučių edema, inkstų nepakankamumas ir kt.) ir/ar nestabili vaisiaus būklė.

2.7.7. Galima leisti gimdyti natūraliu būdu, jei ligonės būklė yra patenkinama, liga neprogresuoja žaibiškai ir numatoma, kad gimdymas įvyks per 24 val. Rekomenduojamas epiduralinis gimdymo skausmo malšinimas.

2.7.8. Antihipertenziniais vaistais gydoma, jei arterinis kraujospūdis >150/90. Gydymui tinka labetolis, nifedipinas arba hidralazinas.

2.7.9. Stebimas ir koreguojamas kraujo gliukozės kiekis.

2.7.10. Deksametazonas, nėščiosios būklei pagerinti, neskiriamas.

2.7.11. Lašinant skysčių, būtina stebėti diurezę ir vertinti plaučių edemos riziką. Vengti teikiamo skysčių balanso, perkrova skysčiais yra itin pavojinga.

2.7.12. Jei yra inkstų funkcijos nepakankamumas, pankreatitas, kvėpavimo sutrikimo sindromas, plaučių edema, gali tekti vartoti diuretikų, taikyti hemodializę, parenterinį maitinimą, dirbtinę plaučių ventiliaciją, perpilti kraują ar jo komponentus.

2.8. Priežiūra po gimdymo

2.8.1. Nėščiųjų mirtingumas dėl ŪRNH per pastaruosius 10 metų sumažėjo nuo 75 iki < 5 proc. dėl ankstyvos diagnostikos, skubaus nėštumo užbaigimo ir pagerėjusios reanimacijos ir intensyviosios terapijos.

2.8.2. Daugumai moterų visi ligos požymiai praeina po gimdymo ir pasveikstama praėjus 1 – 4 savaitėms.

2.8.3. Kepenų funkcijos rodmenys ir krešėjimo rodmenys atsistato per dvi dienas. Tačiau kai kuriais atvejais kepenų ir inkstų funkcija, krešėjimo rodmenys po gimdymo dar keletą dienų blogėja ir tik po to pradeda atsistatinėti.

2.8.4. Tyrimus rekomenduojama kartoti kas 6 val., o būklei gerėjant – rečiau.

2.8.5. Po gimdymo tirti naujagimį, ar nėra LCHAD trūkumo.

Literatūra

1. Lee RH, Kwok KM, Ingles S, et al. Pregnancy Outcomes during an Era of Aggressive Management for Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *American Journal of Perinatology* . 2008;25:341-45.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Obstetric cholestasis*. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011 Apr. 14 p. (Green-top guideline; no. 43).
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Obstetric cholestasis. Green-Top Guideline No 43* . 2006.
4. Greenes V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World Journal of Gastroenterology* . 2009;15(17):2049-66.
5. Knight, LJ. Rates of iatrogenic delivery for obstetric cholestasis at less than 37 weeks of gestation including observations of perinatal outcome. January 2012. Royal Cornwall Hospital.
6. Pathak B, Sheibani L, Lee RH. Cholestasis of Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* . 2010;37:269-82.
7. Saleh MM, Abdo KR. Consensus on the management of obstetric cholestasis: National UK survey. *BJOG* . 2007;114:99-103.
8. Mays JK. The active management of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* . 2010;22:100-3.
9. Burrows R, Clavisi O, Burrows E. Interventions for treating cholestasis in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic reviews* . 2010(2).
10. Joshi D, James A, Quaglia A, et al. Liver disease in pregnancy. *The Lancet* . 2010;375:594-605.

3. EPILEPSIJA

BENDROJI DALIS

Metodika apibūdina moterų, sergančių epilepsija, reprodukcinės funkcijos bei nėštumo priežiūros ypatybes. Metodika neanalizuoja epilepsijos, nesusijusios su nėštumu, diagnostikos ir gydymo.

Metodika parengta, remiantis Jungtinės Karalystės Nacionalinio Klinikinių Gairių Centro Atnaujintų Klinikinės Farmakologijos Gairių (angl. *National Clinical Guideline Centre, Pharmacological Update of Clinical Guideline, NCGC*, January 2012) ir Pietų Australijos Vaikų Klinikinių Gairių (angl. *South Australian Paediatric Clinical Guidelines, SAPCG*) rekomendacijomis.

Pateiktas naujas 2014 metais patvirtintas epilepsijos apibrėžimas ir nauja 2017 metais priimta epilepsijos priepuolių klasifikacija.

Epilepsija pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos Australijos modifikacijos dešimtojo leidimo sisteminį ligų sąrašą TLK-10-AM žymima:

G40 Epilepsija.

G40.0 Nuo smegenų pažeidimo vietos priklausoma židininė dalinė idiopatinė epilepsija ir epilepsiniai sindromai, kai priepuolių pradžia lokalizuota.

G40.1 Nuo smegenų pažeidimo vietos priklausoma židininė dalinė simptominė epilepsija ir epilepsiniai sindromai su paprastais daliniais priepuoliais.

G40.2 Nuo smegenų pažeidimo vietos priklausoma židininė dalinė simptominė epilepsija ir epilepsiniai sindromai su sudėtingais daliniais priepuoliais.

G40.3 Išplitusi (generalizuota) idiopatinė epilepsija ir epilepsiniai sindromai.

G40.4 Kitokia išplitusi (generalizuota) epilepsija ir epilepsiniai sindromai.

G40.5 Ypatingieji epilepsiniai sindromai.

G40.6 Didieji priepuoliai, nepatikslingi (su mažaisiais priepuoliais arba be jų).

G40.7 Mažieji priepuoliai, nepatikslingi, be didžiųjų priepuolių.

G40.8 Kitokia epilepsija.

G40.9 Epilepsija, nepatikslinga.

O99.3 Psichikos sutrikimai ir centrinės nervų sistemos ligos, komplikuojančios nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo.

Santrumpos

CNS – centrinė nervų sistema

EEG – elektroencefalografija

VNE – vaistai nuo epilepsijos

1. Apibūdinimas

1.1. Epilepsija – tai lėtinė nervų sistemos liga, pasireiškianti kartotiniaus epilepsijos priepuoliais. Epilepsijos priepuoliu vadinami simptomai ir požymiai, atsirandantys dėl staigios ir labai stiprios galvos smegenų žievės neuronų elektrinės iškrovos.

1.2. Epilepsinė būklė (*status epilepticus*) – tai užsitęsęs vienas priepuolis arba priepuolių serija, kai tarp jų neatsistato normali centrinės nervų sistemos veikla, t. y. priepuoliai kartojasi taip dažnai, kad kitas prasideda dar nepasibaigus prieš tai buvusiojo popriepuoliniam slopinimui. Generalizuoti toniniai kloniniai traukuliai turi pasibaigti per 5 minutes, kitos rūšies priepuolių epilepsinė būklė diagnozuojama priepuoliui ar jų serijai užsitęsus 15 minučių.

1.3. Epilepsijos diagnozei patvirtinti reikalinga bent viena iš šių sąlygų:

1.3.1. Mažiausiai du nesukelti (ar refleksiniai) priepuoliai, kai laiko tarpas tarp jų yra daugiau nei 24 val.

1.3.2. Vienas nesukeltas (ar refleksinis) priepuolis, kai pakartotinių priepuolių tikimybė per ateinančius 10 metų yra tokia pat, kaip po dviejų nesukeltų priepuolių (daugiau kaip 60 proc.).

1.3.3. Epilepsijos sindromo diagnozė.

2. Dažnis

2.1. Epilepsija yra dažniausia lėtinė nervų sistemos liga, komplikuojanti nėštumą. Epilepsija serga 1 iš 200 reprodukcinio amžiaus moterų. Sergamumas aktyvia gydytina epilepsija yra 4 – 9 iš 1000 gyventojų.

2.2. Daugelis nėščiųjų turi tęsti vaistų nuo epilepsijos vartojimą nėštumo metu, kad apsisaugotų nuo priepuolių. Vaistų nuo epilepsijos (VNE) vartoja 0,3 – 0,6 proc. nėščiųjų.

2.3. Epilepsijos priepuolių dažnis nėštumo metu ir ankstyvuojamu laikotarpiu po gimdymo nesikeičia 54 – 80 proc., mažėja 3 – 24 proc. ir padažnėja 14 – 32 proc. nėščiųjų. Galvojama, kad priepuolių padažnėjimas nėštumo metu yra susijęs su stresu, miego sutrikimais ir pakitusia vaistų nuo epilepsijos farmakokinetika.

3. Etiologija

3.1. Ligos priežastys yra įvairios. Kaip pagrindines galima įvardyti genetines, kai epilepsija susergama dėl tam tikro geno defekto, ir struktūrinius galvos smegenų pažeidimus. Šiuolaikiniais tyrimo metodais 65 – 70 proc. epilepsijos atvejų nenustatoma jokios specifinės organinės priežasties, likusioms 30 – 35 proc. sergančiųjų epilepsija galima nustatyti veiksnį, sukėlusius struktūrinį CNS pažeidimą.

3.2. Asmenys, kurių giminėje yra sergančiųjų epilepsija, turi didesnę riziką sirgti epilepsija, tačiau ne visos epilepsijos rūšys yra paveldimos.

3.3. Etiologijai nustatyti svarbu išsami šeimos, nėštumo bei gimdymo ir neurologinės raidos anamnezė, neurologinė apžiūra, elektroencefalografija (EEG), vaizdiniai smegenų tyrimai, kartais genetiniai bei neurometaboliniai tyrimai.

4. Klasifikacija

4.1. Epilepsijos ir epilepsinių sindromų klasifikacija pateikiama 4 lentelėje.

4 lentelė. Epilepsijos ir epilepsinių sindromų klasifikacija (Tarptautinė lyga prieš epilepsiją, 1989 m.)

Pobūdis	Apibūdinimas	
Priklausoma nuo vietos (židininė ar dalinė) epilepsija	A. Idiopatinė	- Gerybinė vaikystės epilepsija su centrotemporalinėmis iškrovomis. - Vaikystės epilepsija su okcipitalinėmis iškrovomis.
	B. Simptominė	- Labai reti sindromai, tokie kaip dalinė nenutrūkstama epilepsija. - Sindromai, sukelti priepuolių, kylančių iš specifinių smegenų dalių, galintys turėti skirtingas, bet apibrėžtas priežastis (pvz., smilkininės skilties epilepsija, kaktinės skilties epilepsija, momeninės skilties epilepsija, pakaušinės skilties epilepsija).
	C. Kriptogeninė	Nenustatytos etiologijos.
Generalizuota epilepsija	A. Idiopatinė	Pvz., gerybiniai naujagimių traukuliai, vaikų ir jaunuolių absencija, jaunuolių miokloninė epilepsija.
	B. Simptominė	Labai reti nespecifinės etiologijos, specifiniai sindromai, kurių vyraujantis bruožas – epilepsija.
	C. Kriptogeninė	Reta, su numanoma, bet nepatikslinkta etiologija epilepsija.
Nepatikslinkta, ar židininė, ar generalizuota epilepsija	Su židininės bei generalizuotos epilepsijos požymiais	- Naujagimių traukuliai; - Sunki miokloninė kūdikių epilepsija; - Epilepsija su nepertraukiamomis „aštri-lėta banga“ iškrovomis lėto miego metu; - Įgyta epilepsinė afazija.
	Be aiškių židininės ar generalizuotos epilepsijos požymių	
Specialieji sindromai	Febriliniai traukuliai ir metaboliniai traukuliai (pvz., sukelti alkoholio)	

4.2. Epilepsinių priepuolių klasifikacija, vertinant klinikinius duomenis ir EEG pateikiama 5 lentelėje.

5 lentelė. Epilepsinių priepuolių klasifikacija, vertinant klinikinius duomenis ir EEG (Tarptautinė lyga prieš epilepsiją, 2017)

Pobūdis	Apibūdinimas	
Daliniai	Paprastieji židininiai priepuoliai (išlikusi sąmonė)	- Su motoriniais simptomais. - Su sensoriniais simptomais.

(židininiai) priepuoliai		- Su autonominiais (vegetaciniais) simptomais. - Su psichiniais simptomais.
	Sudėtingieji židininiai priepuoliai (sutrikusi sąmonė)	- Prasideda kaip paprasti daliniai, vėliau sutrinka sąmonė. - Sutrikusi sąmonė nuo pradžios.
	Paprasti ar sudėtingieji židininiai priepuoliai, pereinantys į pakartotinai generalizuotus priepuolius (gali atsirasti taip greitai, kad paprasta dalinė pradžia gali būti nepastebima).	
Generalizuoti priepuoliai	A. Absenciniai priepuoliai. B. Miokloniniai priepuoliai. C. Kloniniai priepuoliai. D. Toniniai priepuoliai. E. Atoniniai priepuoliai. F. Toniniai-kloniniai priepuoliai (<i>grand mal</i>).	
Nesuklasifikuoti priepuoliai	Dėl nepakankamų duomenų ar klasifikacijos netinka nei vieniems anksčiau išvardytiems.	

5. Diagnostika

5.1. Epilepsijos diagnozė nustatoma pagal klinikinius požymius iš asmens ir liudytojų pasakojimų, todėl būtina kuo tiksliau apibūdinti buvusį epizodą, norint nustatyti epilepsijos priepuolio rūšį.

5.2. Rekomenduojama pacientę ištirti jau po pirmojo priepuolio, nes nustatyta patologija leidžia prognozuoti pasikartojimus [III].

5.3. Priepuolio pasikartojimo rizika priklauso nuo pacientės amžiaus, etiologijos, sindromo, gydymo ir kitų veiksnių. Kuo ilgesnis laikas praėina nuo paskutinio priepuolio, tuo pasikartojimo rizika mažėja.

5.4. Epilepsijos diagnozavimas ir gydymas – tai susijusios, tačiau atskiros problemos. Gydymas priklauso nuo nustatytos diagnozės, parenkamas individualiai vertinant priepuolių rūšį, epilepsijos sindromą, gydymo galimybes, paciento norus, individualų rizikos ir naudos santykį.

5.5. Vienas iš pagrindinių pagalbinių tyrimo metodų yra EEG, kuri padeda patvirtinti epilepsijos diagnozę, atskirti epilepsijos formas, įtarti struktūrinius organinius CNS pokyčius. EEG miego metu arba vaizdinis EEG stebėjimas suteikia ypač daug informacijos. CNS struktūrinius pokyčius galima nustatyti vaizdiniais smegenų tyrimais: galvos smegenų kompiuterine tomografija, magnetinio rezonanso tyrimu ar pozitronų emisijos tomografija.

6. Konsultavimas iki nėštumo

6.1. Epilepsija sergančioms moterims turi būti suteikta su liga susijusi informacija, paaiškinta apie gydymą, kontracepciją, vaisingumą, nėštumą, žindymą ir paveldėjimo riziką [III]. Pageidautina, kad informacija būtų suteikta ir partneriui, ir tėvams.

6.2. Rekomenduojama suteikti informaciją dar iki to laiko, kai jos prisireikia [III].

7. Kontracepcijos metodai

7.1. Moteris, serganti epilepsija, bet nevartojanti jokių vaistų nuo epilepsijos, gali naudoti visus kontracepcijos metodus.

7.2. Vaistai nuo epilepsijos, kurie yra kepenų citochromo P-450 sistemos induktoriai (karbamazepinas, fenitoinas, fenobarbitalis, primidonas, topiramatas, okskarbazepinas), mažina geriamųjų kontraceptinių preparatų poveikį, tuomet geriamieji kontraceptikai ir implantai nevartotini.

7.3. Geriamieji kontraceptikai mažina lamotrigino koncentraciją – yra pavojus priepuolių pasikartojimui, o tomis dienomis, kai geriamųjų kontraceptikų gerti nereikia, lamotrigino koncentracija padidėja. Jeigu planuojant nėštumą geriamųjų kontraceptikų nebevartojama, būtina koreguoti lamotrigino dozę, siekiant išvengti toksiškumo.

7.4. Skubios kontracepcijos veiksmingumas moterims, vartojančioms vaistų nuo epilepsijos, nežinomas [III]. Rekomenduojamos didesnė nei įprasta vaistų dozė: pirma dozė 1,5 mg levonorgestrelio ir dar po 12 val. antra 0,75 mg levonorgestrelio dozė.

7.5. Intrauterinė sistema su levonorgestreliu – veiksmingas kontracepcijos metodas moterims, vartojančioms vaistų nuo epilepsijos [III].

8. Konsultavimas planuojant nėštumą

8.1. Epilepsija nėra nėštumo kontraindikacija. Sėkmingai pagimdo net 90 proc. moterų, sergančių epilepsija.

8.2. Labai svarbu konsultuoti iki pastojimo, kad išvengti neplanuoto pastojimo ir sumažinti komplikacijų riziką. Jei 9 mėn. iki nėštumo moteriai, sergančiai epilepsija, priepuoliai nesikartojo, tai yra net 84 – 92 proc. tikimybė, kad nėštumo metu traukulių nebus [B].

8.3. Svarbu išaiškinti nekontroliuojamų traukulių grėsmę nėštumui, epilepsinės būklės riziką ir galimą vaistų nuo epilepsijos teratogeninį poveikį. Neįrodyta, kad židininiai priepuoliai, absansai ir mioklonijos darytų neigiamą įtaką nėštumui ar vaisiaus vystymuisi, nebent moteris susižalotų.

8.4. Moteriai paaiškinama, kokia yra nėštumo planavimo ir vaistų nuo epilepsijos vartojimo svarba bei kokios galimos savavališko dozės sumažinimo ar vartojimo nutraukimo pasekmės: traukulių grėsmė, epilepsinės būklės ir staigios mirties, susijusios su epilepsija, rizika.

9. Rizika vaisiui

9.1. Epilepsija sergančių nėščiųjų vaisiaus apsigimimų rizika yra dvigubai didesnė (4 – 6 proc.) lyginant su šia liga nesergančiomis (2 – 3 proc.). Jei vaistai nuo epilepsijos nėštumo metu nevartojami, apsigimimų rizika yra 3,5 proc. Apsigimimams įtakos turi tiek pati liga, tiek ligai gydyti vartojami vaistai.

9.2. Įgimtų apsigimimų rizika priklauso nuo vaistų nuo epilepsijos skaičiaus ir dozės.

9.3. Didžiausią teratogeninį poveikį turi valproatas, rizika tiesiogiai priklauso nuo dozės ir didėja vartojant derinyje su kitais vaistais nuo epilepsijos. Jei moteris iki nėštumo vartojo valproatą, pageidautina pakeisti jį kitu preparatu. Rekomenduojama skirti trumpo veikimo (neprailginto atsipalaidavimo), išdalinant dozę į 3 – 4 kartus per parą. Jei kito vaisto skirti negalima, reikėtų

mažinti dozę. Valproato nevartojant, sumažėja nervinio vamzdelio ir veido patologijos [B] bei hipospadijų rizika [C].

9.4. Nevartojant fenitoino, karbamazepino ar fenobarbitalio, mažėja specifinių įgimtų vystymosi ydų rizika: nevartojant fenitoino, mažėja gomurio nesuaugimo, karbamazepino – užpakalinės gomurio dalies patologijos, nevartojant fenobarbitalio mažėja įgimtų širdies ydų rizika [C].

9.5. Epilepsijos paveldėjimo rizika yra 15 – 20 proc., jei abu tėvai serga epilepsija, ir 10 proc., jei anksčiau gimęs vaikas serga epilepsija.

9.6. Jei abu partneriai serga epilepsija ar liga yra paveldima, tikslinga išankstinė genetiko konsultacija.

9.7. Pažinimo funkcijos sutrikimo nebūna, jei nėščioji serga epilepsija, bet nevartoja vaistų nuo epilepsijos. [B]. Kad išvengti arba sumažinti pažinimo funkcijos sutrikimų, nėštumo metu pirmenybė teikiama monoterapijai vietoj politerapijos [B] ir neskiriamas valproatas.

9.8. Vartojančioms vaistų nuo epilepsijos nėščiosioms padidėja mažo pagal nėštumo laiką vaisiaus rizika [B].

10. Gydymas

10.1. Ketinančią pastoti moterį gydytojas neurologas turėtų konsultuoti dar iki nėštumo ir peržiūrėti skiriamą gydymą. Šešis mėnesius iki pastojimo vertinamas priepuolių dažnumas ir, jiems nesikartojant bei atsižvelgus į epilepsijos tipą, gydymas nutraukiamas arba supaprastinamas iki monoterapijos tinkamiausiu vaistu su pačia mažiausia veiksminga doze.

10.2. Svarbu atsižvelgti į tai, kad kai kurių vaistų (lamotrigino, okskarbazepino, levetiracetamo) koncentracija nėštumo metu mažėja. Priepuoliai gali padažnėti, todėl vaisto dozę tenka didinti.

10.4. Vaistų nuo epilepsijos poveikio stebėjimas kraujyje nėštumo metu atliekamas tik nėščiosioms, kurioms yra nestabili epilepsija ar kurios gydomos fenitoinu.

10.5. Moterims, vartojančioms VNE, 1 – 3 mėn. iki pastojimo ir pirmuoju nėštumo laikotarpio rekomenduojama vartoti folio rūgšties dozes 5 mg per parą [C].

10.6. Motinos ir vaisiaus kraujavimo profilaktikai skiriama po 20 mg vitamino K per parą nuo 37 nėštumo savaitės ir iki gimdymo. Tačiau įrodymų, kurie patvirtintų ar paneigtų nėštumo metu vartojamo vitamino K naudą mažinant hemoraginių komplikacijų riziką naujagimiams moterų, sergančių epilepsija, nepakanka.

11. Antenatalinė priežiūra

11.1. Epilepsija sergančią nėščiąją prižiūri akušeris ginekologas ir neurologas, pageidautina epilepsijos specialistas (žr. 1 priedą).

11.2. Konsultacijų dažnį nustato patys specialistai.

11.3. Dėl padidėjusios apsigimimų rizikos nėščiajai rekomenduojama prenatalinė diagnostika: ultragarsinė patikra 11⁺⁰ – 13⁺⁶ nėštumo savaitę, ypač dėl anencefalijos, ir 18⁺⁰ – 20⁺⁰ nėštumo savaitę dėl kitų apsigimimų (nervinio vamzdelio, širdies, veido ir kt.).

11.4. Jei prasideda epilepsinė būklė, būtina užtikrinti nėščiosios gyvybines funkcijas, skirti deguonies, įvertinti vaisiaus būklę, diferencijuoti su eklampsija, į veną suleisti smūginę diazepamo dozę (0,2 mg/kg kūno svorio) 1 mg/min. greičiu. Jei traukuliai tęsiasi, vaisiaus būklė blogėja, nėštumas užbaigiamas cezario pjūvio operacija.

12. Gimdymas

7.1. Epilepsija sergančios moterys turi gimdyti tretinio lygio ligoninėje [C].

7.2. Epilepsija sergančios nėščiosios gimdo natūraliu [B]. Cezario pjūvis rekomenduojamas, tuo atveju, jei trečiuoju nėštumo laikotarpiu kartojasi epilepsijos priepuoliai arba patirtas stresas išprovokavo epilepsinę būklę.

7.3. Priešlaikinio gimdymo rizika padidėja daugiau nei 1,5 karto [B]. Priešlaikinis gimdymas ypač tikėtinas rūkančioms pacientėms [C].

7.4. VNE vartojančioms nėščiosioms kraujavimo vėlyvuoju nėštumo laikotarpiu ir cezario pjūvio operacijos rizika padidėja daugiau kaip 2 kartus.

7.5. Jei gimdymo metu ištinka priepuolis, į veną reikia lėtai suleisti 10 mg diazepamo.

7.6. Epilepsija sergančių moterų naujagimių perinatalinio mirtingumo rizika nepadidėja [B]. VNE vartojančios gimdyvės turi didesnę tikimybę, jog naujagimio vertinimas pagal V. Apgar skalę pirmąją minutę bus mažesnis nei 7 balai [C]. Po gimdymo naujagimiui į raumenis sušvirškčiama 1 mg vitamino K [B].

13. Žindymas

13.1. Nors VNE patenka į motinos pieną, jų koncentracija išlieka maža ir neigiama įtaka kūdikiui neįrodyta, todėl pagimdžiusios moterys turi būti skatinamos žindyti [B].

13.2. Manoma, kad valproinės rūgšties, fenitoino ir karbamazepino nepatenka į motinos pieną tiek, kiek patenka primidono, levetiracetamo, gabapentino, lamotrigino ir topiramato (primidonas, levetiracetamas – [B], gabapentinas, lamotriginas ir topiramatas [C]).

PRIEDAI

1 priedas. Nėščiosios, sergančios epilepsija, priežiūros lapas

1 priedas. Nėščiosios, sergančios epilepsija, priežiūros lapas

IKI PASTOJIMO		Komentarai
Gydytojo neurologo konsultacija planuojant nėštumą	TAIP / NE	
Skirta 5 mg folio rūgšties	TAIP / NE nuo.....	
Gydymo supaprastinimas iki monoterapijos	TAIP / NE	
NĖŠTUMO METU		
Nėštumo laikas akušerio-ginekologo konsultacijos metusav.	
Epilepsijos priepuolių vertinimas iš dienyno	TAIP / NE	
Neurologo konsultacija	TAIP / NE	
Vaistas nuo epilepsijos ir dozė		
Vaistų keitimas nėštumo metu		
20 mg geriamojo vitamino K dozė nuo 37 nėštumo savaitės	TAIP / NE	
ULTRAGARSINĖ PATIKRA		
11 ⁺⁰ –13 ⁺⁶ nėštumo sav.	TAIP / NE	
18 ⁺⁰ –20 ⁺⁰ nėštumo sav.	TAIP / NE	
GIMDYMO METU		
1 mg vitamino K naujagimiui į raumenis	TAIP / NE	
KONTRACEPCIJA		

Literatūra

1. Leicestershire Partnership NHS Trust. Clinical guidelines on the management of epilepsy, March 2012.
2. Harden CL, Hopp J, Ting TY, 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, doi: 10.1111/j.1528-1167.2009.02128.x
3. Harden CL, Meador KJ, Pennell PB, et al. Practice Parameter update: Management issues for women with epilepsy—Focus on pregnancy (an evidence-based review): II. Teratogenesis and perinatal outcomes. *Neurology* 2009, 73(2):133-141.
4. Harden CL, Pennell PB, Coppel BS et al. Management issues for women with epilepsy—Focus on pregnancy (an evidence-based review): III. Vitamin K, folic acid, blood levels, and breast-feeding. *Epilepsia* 2009, 50(5):1247–1255, doi: 10.1111/j.1528-1167.2009.02130.x
5. Nelson-Piercy C. *Handbook of Obstetric Medicine*. Third edition 2006.
6. Schachter SC, Pedley TA, Lockwood CJ, et al. *Management of epilepsy and pregnancy*. 2019. www.uptodate.com
7. Scottish Obstetric Guidelines and Audit Project. *The Management of Pregnancy In Women with Epilepsy*, December 1999.
8. Simon D. Shorvon. The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia*, 2011, 52(6):1052–1057.
9. Endziniene M. Epilepsija. *Klinikinė neurologija*, red. Budrys V., Vilnius, Vaistų žinios, 2009:405-429.
10. Fisher R., Cross J., French J. et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017 Apr;58(4):522-530. doi: 10.1111/epi.13670. Epub 2017 Mar 8.
11. Borgelt L. et al. Epilepsy during pregnancy: focus on management strategies. *Int J Womens Health*. 2016; 8: 505–517. Published online 2016 Sep 19. doi: 10.2147/IJWH.S98973.
12. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4):475–482, 2014, doi: 10.1111/epi.12550
13. National Institute for Health and Clinical Excellence (National Clinical Guideline Centre): *The Epilepsies. The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. Methods, evidence and recommendations*, January 2012.
14. South Australian Paediatric Clinical Guidelines. *Epilepsy and pregnancy management*, Nov 2012.

METODIKA

**NĖŠTUMAS IR EKSTRAGENITALINĖS LIGOS (ŠIRDIES
LIGOS, KEPENŲ LIGOS, EPILEPSIJA)**

II. METODIKOS PROCEDŪRŲ APRAŠAS

Metodikos procedūrų aprašas šiai metodikai netaikomas

METODIKA

NĖŠTUMAS IR EKSTRAGENITALINĖS LIGOS (ŠIRDIES LIGOS, KEPENŲ LIGOS, EPILEPSIJA)

III. METODIKOS ĮDIEGIMO APRAŠAS

Metodikos įdiegimo aprašas šiai metodikai netaikomas

METODIKA

NĚŠTUMAS IR EKSTRAGENITALINĚS LIGOS (ŠIRDIES LIGOS, KEPENŲ LIGOS, EPILEPSIJA)

IV. METODIKOS AUDITO APRAŠAS

Metodikos audito aprašas šiai metodikai netaikomas

METODIKA

NĒŠTUMAS IR EKSTRAGENITALINĒS LIGOS (ŠIRDIES LIGOS, KEPENU LIGOS, EPILEPSIJA)

V. INFORMACIJA VISUOMENEI

NĖŠTUMAS IR ŠIRDIES LIGOS

Ką verta žinoti apie nėštumą ir širdies ligas?

Nėštumo metu moterims, sergančioms širdies ligomis, yra labai svarbi tiek akušerio-ginekologo, tiek gydytojo kardiologo priežiūra. Dauguma širdies ligomis sergančiųjų moterų gali saugiai pastoti ir susilaukti sveiko vaiko.

Nėštumo metu širdies darbas suintensyvėja, todėl moterims, sergančioms širdies ligomis, jau sutrikusi širdies funkcija patiria dar didesnę krūvį. Kadangi nėščios moters organizmas turi aprūpinti maisto medžiagomis ir deguonimi besivystantį vaisių, darbas, tenkantis širdžiai, padidėja. Tai gali lemti naujus širdies ritmo sutrikimus, bloginti širdies funkciją.

Širdies funkcijos sutrikimai yra pati dažniausia nėščių moterų mirties priežastis. Širdies nepakankamumo pasunkėjimas – dažniausia nėštumo sukelta širdies ligos komplikacija, kuri pasireiškia trečiuoju nėštumo laikotarpiu arba jau po gimdymo.

Kaip nustatoma širdies ligų rizika ir kokia nėščiosios priežiūra?

Moterims, sergančioms širdies ligomis, rekomenduojama gydytojo kardiologo konsultacija dar prieš nėštumą. Šios konsultacijos metu įvertinami moters nusiskundimai, ligos simptomai, atliekama išsami apžiūra, diagnostiniai tyrimai, kurie leidžia numatyti būsimo nėštumo riziką.

Svarbu gydytojui kardiologui pasakyti apie visus vartojamus vaistus, nes nėštumo metu gali būti pakeistos jų dozės, vartojimo būdas, medikamentai gali būti pakeisti kitais, saugesniais nėštumo metu.

Maža rizika	Didelė rizika
<ul style="list-style-type: none">• Moterys, turinčios nedidelio laipsnio prieširdžių ar skilvelio pertvaros patologiją, kuri nėra plautinės hipertenzijos komplikacija• Nedidelė ar vidutinio laipsnio regurgitacija pro širdies vožtuvus• Nedidelė ar vidutinė kairiojo širdies skilvelio išstumiamojo trakto obstrukcija• Praeityje atliktos širdies operacijos dėl širdies ydų, jei nėra liekamųjų reiškinių	<ul style="list-style-type: none">• Sunkaus laipsnio širdies funkcijos nepakankamumas (III–IV NYHA funkcinė klasė)• Sunki plautinė hipertenzija, Eisenmengerio sindromas (didelė plaučių embolijos rizika)• Didelio laipsnio kairiojo širdies skilvelio išstūmimo trakto obstrukcija• „Mėlynosios“ širdies ydos

Didelės rizikos grupės moterims nėštumo metu yra didelė širdies nepakankamumo pablogėjimo bei su juo susijusios mirties rizika. Šiomis ligomis sergančioms moterims dažniausiai rekomenduojama vengti nėštumo. Pastojus ar gimdymo metu didelės rizikos grupės nėščiosioms pasitaiko daugiau komplikacijų – savaiminiai persileidimai, didelė priešlaikinio gimdymo rizika, vaisiaus augimo sulėtėjimo pavojus, gali progresuoti širdies funkcijos nepakankamumas.

Daugumos moterų, sergančių širdies ligomis ir priklausančių mažos rizikos grupei, priežiūra nėštumo metu nesiskiria nuo sveikų. Tiesa, nėštumą prižiūri, be gydytojo akušerio-ginekologo, ir gydytojas kardiologas, pas kurį nėščioji turėtų atvykti bent kartą per tris mėnesius, jei nėra didesnių negalavimų. Kardiologo konsultacijų dažnis priklauso nuo nėščiosios savijautos ir širdies ligos simptomų.

Širdies funkcija nėštumo metu vertinama atliekant širdies echoskopiją, darant širdies elektrokardiogramą, gali būti atliekamas krūvio mėginys.

Motinių, sergančių įgimtomis širdies ydomis (prieširdžių ar skilvelių pertvaros patologija, atviras arterinis latakas ir kt.), vaikams taip pat yra didesnė širdies ydų rizika. Nėštumo metu 18⁺⁰ – 20⁺⁰

savaitę rekomenduojama atlikti ultragarsinį tyrimą, kurio metu gali būti nustatoma įgimta vaisiaus širdies patologija.

Didelės rizikos grupės nėščiosioms nėštumo metu rekomenduojama riboti fizinį krūvį, atsiradus širdies funkcijos nepakankamumo progresavimo simptomų privalomas gulimas lovos režimas, prireikus gali būti skiriama deguonies terapija. Nuo 20 nėštumo savaitės šioms moterims reikalinga III lygio gydytojo kardiologo priežiūra, o II nėštumo laikotarpio pabaigoje jos turi būti guldamos į ligoninę.

Sergančioms širdies nepakankamumu pacientėms yra didelė rizika gimdyti prieš laiką. Šiai grėsmei įtaką daro nepakankamai efektyvus širdies darbas, todėl vaisius negauna pakankamai reikiamų medžiagų, gali sutrikti jo augimas, svoris būti mažesnis, dėl kraujotakos sutrikimų gali būti nepakankama placentos funkcija (tai taip pat blogina vaisiaus būklę). Kuo sunkesnė moters būklė, tuo anksčiau rekomenduojama gimdyti. Vis dėlto stengiamasi nėštumą išsaugoti kuo ilgiau, nes nuo to tiesiogiai priklauso vaisiaus išgyvenamumas ir neurologinė jo būklė.

Kaip gydomas širdies nepakankamumas nėštumo metu?

Širdies nepakankamumu sergančios moterys, vartojančios medikamentų, turėtų pasikonsultuoti su gydančiu kardiologu dėl tolesnės terapijos prieš planuojamą nėštumą.

Kai kurie vaistai, lengvinantys širdies nepakankamumo simptomus, yra žalingi besivystančiam vaisiui. Dėl šios priežasties dar iki nėštumo vartojami vaistai gali būti pakeičiami kitais, mažiau žalingais vaisiui.

Visoms moterims, sergančioms širdies nepakankamumu, ir toliau nėštumo metu rekomenduojama riboti druskos kiekį maiste, vengti sunkaus fizinio krūvio.

Kokiais atvejais skiriami kraujo krešėjimą veikiantys vaistai ir antibiotikai?

Moterims, vartojančioms antikoagulantų (kraujo krešėjimą veikiančių vaistų) dėl buvusių širdies vožtuvų protezavimo operacijų, nėštumo metu ir toliau reikėtų tęsti antikoaguliacinį gydymą, vaisto dozę koreguoti atsižvelgus į kraujo krešėjimo tyrimų rezultatus. Tyrimų duomenimis, nėštumo laikotarpiu rekomenduojamos varfarino dozės yra iki 5 mg per parą, siekiant išvengti vaisto poveikio vaisiui. 36 – 38 nėštumo savaitę gydymą netiesioginio veikimo antikoaguliantais (varfarinu) reikėtų pakeisti į gydymą tiesioginio veikimo antikoaguliantais (heparinu). Kraujo krešėjimą veikiančių vaistų vartojimas turėtų būti visai nutrauktas gimdymo ar cezario pjūvio operacijos metu ir atnaujintas po gimdymo, jei nėra kraujavimo požymių. Visus šiuos pakeitimus kontroliuoja nėštumą prižiūrintis gydytojas.

Nėščiosioms, kurioms yra didelė infekcinio endokardito rizika (po širdies vožtuvų protezavimo operacijų, sergančioms obstrukcinėmis širdies ydomis, įgytomis širdies ydomis, hipertrofine kardiomiopatija, Marfano sindromu, plautine hipertenzija, mitralinio vožtuvo prolapsu su regurgitacija, anksčiau persirgusioms infekciniu endokarditu), rekomenduojama skirti profilaktines antibiotikų dozes prieš gimdymą ir po jo.

Kokia yra gimdymo ir pogimdyminio laikotarpio priežiūra moterims, sergančioms širdies ligomis?

Nėščioji gimdymo metu ir po jo yra prižiūrima akušerio, akušerio ginekologo bei kardiologo, prireikus – gydytojo anesteziologo. Gimdymo priežiūros planas sudaromas individualiai atsižvelgiant į širdies ir kraujagyslių ligos sunkumą bei gydytojų kardiologų ir akušerių–ginekologų rekomendacijas ir aptariamas su nėščiąja. Širdies nepakankamumu sergančioms moterims rekomenduojama gimdyti trečiojo lygio ligoninėje.

Gimdymo laikas yra parenkamas, atsižvelgiant į nėščiosios būklę ir širdies funkciją. Prireikus gimdymas gali būti sužadinamas prieš laiką.

Daugumai sergančiųjų širdies ligomis gimdyti rekomenduojama natūraliai. Gimdymo metu atidžiai sekama nėščiosios būklė, rekomenduojamas skausmo malšinimas (epiduralinis gimdymo skausmo malšinimas), siekiant išvengti streso, kurį sukelia skausmas. Antruoju gimdymo laikotarpiu, jei reikia, gali būti naudojamas instrumentinis gimdymo užbaigimas vakuuminio ekstraktoriumi arba replėmis.

Įvertinus nėščiosios būklę prieš gimdymą, prireikus, dažniausiai didelės rizikos grupės nėščiosioms, nėštumas gali būti užbaigiamas cezario pjūvio operacija. Indikacijos operacijai yra obstrukcinės širdies ydos (sunki aortos ar dviburio vožtuvo stenozė), III–IV klasės širdies nepakankamumas, plautinė hipertencija, aortos išsiplėtimas.

Po gimdymo aktyvus moters būklės stebėjimas tęsiamas iki 24 valandų. Jeigu reikia, atnaujinamas gydymas antikoagulantais, skiriama antibiotikų infekcinio endokardito profilaktikai.

NĖŠTUMAS IR KEPENŲ LIGOS

Kas yra nėščiųjų cholestazė?

Nėščiųjų cholestazė – tai sutrikimas pažeidžiantis kepenis nėštumo metu. Pagrindinis simptomas – odos niežėjimas, nesant išbėrimo. Niežėjimas pranyksta po gimdymo.

Kokios priežastys lemia cholestazės atsiradimą nėštumo metu?

Kas sukelia nėščiųjų cholestazę, tiksliai nežinoma. Manoma, kad įtakos gali turėti genetiniai ir aplinkos veiksniai.

Hormonai. Manoma, kad padidėjęs nėštumo hormonų kiekis turi įtakos ir kepenų veiklai bei gali būti vienas iš nėščiųjų cholestazę sukeliančių veiksnių. Estrogenai gali pakeisti kepenyse vykstančius procesus, kurių metu perdirbamos įvairios medžiagos, tarpe jų ir tulžies druskos. Tulžis – tai žalsvai gelsvas skystis, kuris gaminamas kepenyse, iš jų patenka į žarnyną, kur padeda virškinti maisto medžiagas. Sergant nėščiųjų cholestaze, tulžies į žarnyną patenka mažiau. Tulžies druskos kaupiasi organizme ir sukelia niežulį (tyrimų duomenimis, vienai iš penkių moterų, sergančių nėščiųjų cholestaze, tulžies druskų kiekis organizme būna padidėjęs net iki keturių kartų ir šioms moterims yra didesnė rizika gimdyti prieš laiką).

Genetiniai ir aplinkos veiksniai. Nėščiųjų cholestaze dažniau serga moterys iš Šiaurės Amerikos ir Skandinavijos. Taip pat yra duomenų, kad ši liga turi šeiminių polinkių, be to, yra didelė rizika pasikartoti ir kito nėštumo metu.

Kaip nustatoma nėščiųjų cholestazė?

Nėščiųjų cholestazės diagnozė nustatoma tik atmetus kitas pablogėjusią kepenų funkciją galinčias sukelti priežastis.

Gydytojo konsultacija. Apsilankymo pas gydytoją metu yra išsiaiškinami negalavimai bei viso nėštumo eiga. Svarbi ir prieš nėštumą buvusi savijauta, persirgtos ligos, nėščiosios šeimos narių ligos.

Apžiūra. Niežtinčios odos vietos ir visas kūnas yra atidžiai apžiūrimas. Svarbu atmesti kitas priežastis, galinčias sukelti odos niežėjimą (alergiją, dilgėlinę ir kt.) Gali būti, kad nėščiųjų cholestazė pasireiškė kartu su kita liga, kuriai taip pat būdingas niežulys.

Laboratoriniai kraujo tyrimai. Kepenų fermentų tyrimas – kraujyje esančių kepenų fermentų kiekio, kuris atspindi kepenų funkciją ir kepenų ląstelių pažeidimą, nustatymas. Bilirubino kiekio kraujyje nustatymas parodo tulžies druskų kiekį organizme. Bilirubino kiekis gali būti padidėjęs net ir tuomet, jei kepenų fermentų kiekis kraujyje normalus. Taip pat atliekami ir kiti kraujo

tyrimai, kurie padeda atmesti kitas sutrikusios kepenų funkcijos priežastis, tokias kaip virusinis hepatitas, citomegalo virusas, autoimuninės ligos ir kitos.

Kai kurioms moterims kraujo pokyčiai tyrimais gali būti nustatomi tik praėjus kelioms savaitėms po niežulio atsiradimo. Tokiu atveju, tyrimai turėtų būti kartojami kiekvieną savaitę.

Ultragarsinis tyrimas. Vaizdinis tyrimas, kurio metu apžiūrima, ar nėra struktūrinių kepenų pokyčių, tulžies pūslės akmenų.

Kontroliniai tyrimai po gimdymo. Nėščiųjų cholestazė praeina po gimdymo, tačiau po gimdymo kraujo tyrimais nustatomi padidėję kepenų fermentų rodmenys, gali rodyti kitas kepenų ligas, nesusijusias su nėštumu ir gimdymu. Tokiu atveju reikalinga specialisto (gastroenterologo) konsultacija.

Kokia nėščiųjų cholestazės įtaka moters ir naujagimio sveikatai?

Pasekmės nėščiajai. Nėščiųjų cholestazė nėra susijusi su rimtomis pasekmėmis nėščiosios sveikatai. Niežulys gali būti įvairaus intensyvumo. Dažniausiai jis prasideda po 28 nėštumo savaitės, nors gali prasidėti bet kuriuo nėštumo metu. Niežti delnus ir kojų padus. Niežėjimas gali išplisti į rankas ir kojas, rečiau – atsirasti veide, nugaroje, ant krūtinės. Jis būna nuolatinis, tačiau gali itin suintensyvėti vakarais ar naktį. Oda nebūna išberta, tačiau gali atsirasti nukasymo žymių. Dėl intensyvesnio niežulio naktį, vargina nemiga naktį bei padidėjęs mieguistumas ir nuovargis dienos metu. Po gimdymo niežulys praeina savaime ir nesukelia ilgalaikių sveikatos problemų. Kartais moterims, sergančioms nėščiųjų cholestaze, gali atsirasti gelta (odos pageltimas dėl padidėjusio bilirubino kiekio kraujyje). Gali varginti bloga savijauta, silpnumas, sumažėti apetitas. Tamsus šlapimas ir šviesios išmatos taip pat yra nėščiųjų cholestazės simptomai.

Pasekmės naujagimiui (iki galo neištyrinėtos). Didėja rizika, kad naujagimis gali pasituštinti iki gimimo ir dėl to vaisiaus vandenys gimdymo metu gali būti žali. Didėja prieššlaikinio gimdymo rizika. 1 iš 10 moterų sergančių nėščiųjų cholestaze, pagimdo iki 37 nėštumo savaitės. Neseniai atliktų tyrimų duomenimis, moterų, sergančių nėščiųjų cholestaze, rizika, kad vaisius žus gimdoje, yra tokia pati kaip ir sveikų nėščiųjų.

Kaip gydoma nėščiųjų cholestazė?

Vienintelis būdas išgydyti nėščiųjų cholestazę yra gimdymas. Vaistų, galinčių visiškai išgydyti šią ligą prieš vaiko gimimą, nėra. Tačiau iki gimdymo yra gydomi ligos simptomai.

Odos kremas ir tepalas palengvina niežėjimą.

Vaistai (ursodeoksicholio rūštis) sumažina tulžies druskų gamybą kepenyse bei palengvina odos niežėjimą.

Vitaminas K (sergant nėščiųjų cholestaze, sumažėja vitamino K pasisavinimas organizme).

Vitaminas K palaiko reikiamą kraujo krešumą ir moterims, sergančioms nėščiųjų cholestaze, turi didesnę riziką kraujuoti gimdymo metu. Po gimimo vitaminas K skiriamas ir naujagimiui.

NĖŠTUMAS IR EPILEPSIJA

Ką verta žinoti apie epilepsiją nėštumo metu?

Epilepsija serga nedidelė dalis visų nėščiųjų (0,3 – 0,6 proc.). Vis dėlto tai viena svarbiausių nėščiųjų neurologinių ligų. Nepaisant to, epilepsija sergančios moterims gali sėkmingai pastoti, išnešioti vaisių ir pagimdyti sveiką naujagimį.

Pagrindinis šios ligos simptomas – pasikartojantys traukulių priepuoliai. Sunku nuspėti, ar nėštumas turės įtakos epilepsijos eigai. Kai kurioms moterims nėštumo metu epilepsijos priepuoliai suretėja ir būklė pagerėja, kitoms traukulių priepuoliai padažnėja, tampa sunkesni. Daliai moterų nėštumas nedaro jokios įtakos epilepsijos eigai.

Epilepsija sergančios moterys turėtų kreiptis į akušerį-ginekologą pačioje nėštumo pradžioje, kiek įmanoma anksčiau. Tuomet gydytojas jau nuo pat ankstyvo nėštumo sudarys priežiūros planą, jei reikės – kartu konsultuos ir gydytojas neurologas. Svarbiausia sąlyga, norint sklandaus nėštumo ir gimdymo, yra glaudžiai bendradarbiauti su gydančiais gydytojais.

Kaip gydoma epilepsija nėštumo metu?

Dauguma sergančiųjų epilepsija vartoja vaistų, kuriais kontroliuoja epilepsijos priepuolius. Didžioji šių medikamentų dalis didina apsigimimų riziką vaisiui nėštumo metu. Šie vaistai gali sukelti įvairių vystymosi sutrikimų: širdies ydą, viršutinės lūpos ir gomurio nesuaugimą, stuburo slankstelių vystymosi sutrikimą ir kt.

Sveikoms, epilepsija nesergančioms moterims rizika, kad vaikas gims, turėdamas anksčiau minėtų ir panašių vystymosi sutrikimų, yra 1 iš 50. Epilepsija sergančioms moterims, vartojančioms vaistų, ši rizika padidėja iki 1 iš 12 – 25. Tai reiškia, kad dauguma moterų, sergančių epilepsija ir vartojančių vaistų, pagimdys sveiką naujagimį.

Norint sumažinti vystymosi sutrikimų riziką, kartais reikia pakeisti vienus epilepsijai gydyti skirtus vaistus kitais, saugesniais, sumažinti vartojamą dozę arba pakeisti vartojimo būdą. Šie pakeitimai turėtų būti daromi tik pasitarus su epilepsiją gydančiu gydytoju neurologu. Dar geriau, jei tokie pakeitimai būtų daromi prieš nėštumą. Svarbu, kad epilepsijos gydymą koreguotų tik gydytojas specialistas, ypač nėštumo metu. Pakeitus vaistus arba nustojus jų vartoti, epilepsijos priepuoliai gali padažnėti arba pasunkėti. Sunkus epilepsijos priepuolis nėštumo metu yra pavojingas tiek vaisiui, tiek nėščiajai.

Epilepsija sergančioms moterims nuo pat nėštumo pradžios, dar geriau – jau prieš nėštumą, rekomenduojama gerti didesnes folio rūgšties dozes (iki 5 mg per dieną). Folio rūgštis padeda apsaugoti besivystantį vaisių nuo anti epilepsinių preparatų poveikio, mažina vaisiaus nervų sistemos pažeidimų riziką. Folio rūgštis skiriama ir sveikoms moterims nėštumo metu, tačiau joms skiriamos mažesnės šio preparato dozės.

Kokia epilepsija sergančios moters priežiūra nėštumo metu?

Nėštumo metu bus atliekami ultragarsiniai tyrimai, kurie padės nustatyti, ar vaisius neturi vystymosi sutrikimų. Svarbu, kad gydytojas, atliekantis tyrimą, žinotų, kad nėščioji serga epilepsija ir kokių vaistų vartoja.

Nėštumo metu gali būti atliekami kraujo tyrimai, kuriais galima nustatyti epilepsijai gydyti skirtų medikamentų koncentraciją organizme.

Jei nėščiosios ar jos partnerio šeimos nariai serga epilepsija, tikėtina, kad vaisius paveldės šią ligą. Siekiant išvengti epilepsijos priepuolių nėštumo metu rekomenduojama laikytis tokių taisyklių:

-Griežtai laikytis gydytojo nurodymų, vartojant vaistų nuo epilepsijos. Negalima savarankiškai nutraukti jų vartojimo, mažinti dozę, prieš tai nepasitarus su gydančiu gydytoju. Savarankiškas epilepsijos gydymo pakeitimas didina epilepsijos priepuolių dažnį bei jų sunkumą. Epilepsijos priepuolio metu nėščiosios ir vaisiaus pažeidimo pavojus yra didesnis už galimai vaistų sukeltą pažeidimą.

-Svarbu gydančiam gydytojui pasakyti apie visus nėštumo metu vartojamus vaistus (receptinius, parduodamus be recepto, žolinius preparatus ir kt.). Visi preparatai, vartojami nėštumo metu, gali įvairiai veikti vienas kitą, todėl didėja epilepsijos priepuolių rizika.

-Geras ir ramus miegas naktį mažina epilepsijos priepuolio riziką.

-Sveika ir taisyklinga mityba.

Kokia epilepsija sergančios moters priežiūra gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiu?

Epilepsija sergančių moterų gimdymą prižiūri akušeris ir akušeris-ginekologas, kurie atidžiai seka moters būklę viso gimdymo metu ir, jei reikia, koreguoja gydymą. Moterys sėkmingai gali gimdyti

natūraliai. Nors epilepsijos priepuoliai gimdymo metu yra reti, vis dėlto nerekomenduojama gimdyti vandenyje.

Kai kurie vaistai nuo epilepsijos gali sutrikdyti naujagimio kraujo krešėjimą, todėl prieš gimdymą rekomenduojama vartoti vitamino K. Po gimdymo vitamino K bus suleista ir naujagimiui.

Dažniausiai epilepsija sergančios moterys gali žindyti naujagimius. Žindymo nauda yra didesnė už žalą, kurią galėtų sukelti į motinos pieną patenkanti nedidelė vaistų nuo epilepsijos dalis.