

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

2014 m.

Metodikai pritarė Lietuvos akušerių-ginekologų draugija
Lietuvos akušerių sąjunga

TURINYS

I. Metodikos aprašas	5
Bendroji dalis (Nėštumas ir širdies ligos).....	6
Bendroji dalis (Nėštumas ir kepenų ligos).....	11
Priedai (Nėštumas ir kepenų ligos).....	22
Literatūros sąrašas (Nėštumas ir kepenų ligos).....	24
Bendroji dalis (Nėštumas ir epilepsija).....	25
Priedai (Nėštumas ir epilepsija).....	31
Literatūros sąrašas (Nėštumas ir epilepsija).....	34
II. Metodikos procedūrų aprašas	35
III. Metodikos įdiegimo aprašas	37
IV. Metodikos audito aprašas	39
V. Informacija visuomenei	41

METODIKA

NĒŠTUMAS IR EKSTRAGENTĀLĀS LĪGAS (ŠIRDIES LĪGAS, KEPENŪ LĪGAS, EPILEPSIJA)

I. METODIKOS APRAŠAS

1. BENDROJI DALIS (NĖŠTUMAS IR ŠIRDIES LIGOS).

Šioje metodikoje rekomendacijos parengtos remiantis Europos Kardiologų Draugijos širdies ir kraujagyslių ligų gydymo nėštumo metu gairėmis (angl. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy).

TLK-10 kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją

O99.4 Kraujo apytakos sistemos ligos, komplikuojančios nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo

Būklės, klasifikuojamos I00–I99

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

Santrumpos

MMM_H – mažos molekulinės masės heparinas

BMR – branduolių magnetinis rezonansas

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

INR – tarptautinis normalizuotas santykis

EKG – elektrokardiograma

VV – veikimo vienetai

ŠŠP – šviežiai šaldyta plazma

AKF – angiotenziną konvertuojantis fermentas

1. RIZIKOS VERTINIMAS: NĖŠTUMO KONTRAINDIKACIJOS.

1.1. Konsultavimas iki nėštumo.

Jei žinoma ar įtariama, kad pacientė serga širdies ir kraujagyslių ar aortos liga, ją reikėtų konsultuoti iki nėštumo ir įvertinti riziką [IC]. Nėštumo rizika priklauso nuo širdies ligos ir pacientės būklės. Rekomenduojamas individualus rizikos vertinimas, kurį atlieka patyrę ekspertai – kardiologai ir akušeriai-ginekologai. Iki nėštumo turėtų būti sudarytas pacientės tyrimo ir gydymo planas bei priežiūros planas nėštumo metu. Iki pastojimo reikėtų įvertinti, ar pacientės vartojami vaistai nekenksmingi embrionui ir vaisiui. Kai kurių medikamentų (pvz., AKF inhibitorių ir sartanų) vartojimas gali būti nutraukiamas, kiti keičiami į alternatyvius, kurių leidžiama vartoti nėštumo metu.

1.2. Rizikos vertinimas: rizika motinai ir vaisiui.

Po pastojimo rizikos vertinimas turi būti atliekamas kiekvienai pacientei, sergančiai širdies ir kraujagyslių ligomis [IC]. Siekiant nustatyti tokių ligų komplikacijų riziką, PSO sukūrė rizikos vertinimo sistemą, kuri pateikiama 1-oje ir 2-oje lentelėse. Didelės rizikos pacientės turėtų būti gydomos specializuotuose centruose, kuriuose yra įvairių specialistų komanda [IC].

Moterų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, rizikos klasės nėštumo metu (PSO):

Rizikos klasė Rizika nėštumo ir gimdymo metu

- | | |
|-----|--|
| I | Motinos galimos mirties rizika nepadidėjusi, nedidelis sergamumo padidėjimas arba jo nėra |
| II | Nedidelis motinos galimos mirties rizikos ar vidutinis sergamumo padidėjimas |
| III | Didelis motinos galimos mirties rizikos padidėjimas ar sunkus sergamumas. Reikalinga ekspertų konsultacija. Jeigu nėštumas tęsiamas, būtina intensyvi specialistų (kardiologų ir akušerių-ginekologų) priežiūra nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo. |
| IV | Labai didelis mirtingumas ir sunkus sergamumas, nėštumas draudžiamas. Jeigu pacientė pastoja, rekomenduojama nėštumą nutraukti. Jeigu nėštumas tęsiamas, priežiūra kaip III klasės. |

Moterų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, rizikos vertinimas nėštumo metu (PSO):

Būklės, kai rizika nėštumo metu pagal PSO I klasės:

- Nekomplikuota, maža ar lengva yda: plaučių arterijos stenozė, atviras arterinis latakas, mitralinio vožtuvo prolapsas;
- Sėkmingai koreguotos paprastos ydos (prieširdžių pertvaros defektas, skilvelių pertvaros defektas, atviras arterinis latakas, anomalinis plaučių venų drenažas);
- Pavienės prieširdžių ar skilvelinės ekstrasistolės.

Būklės, kai rizika nėštumo metu pagal PSO II klasės:

- Neoperuotas prieširdžių ar skilvelių pertvaros defektas;
- Operuota *Falot* tetradą;
- Didžioji dalis aritmijų.

Būklės, kai rizika nėštumo metu pagal PSO II-III klasės (priklauso nuo pacientės):

- Lengva kairiojo skilvelio disfunkcija;
- Hipertrofinė kardiomiopatija;
- Natyvinio ar biologinio vožtuvo yda, nepriklausanti PSO I ar IV klasei;
- Marfano sindromas be aortos dilatacijos;
- Aortos diametras mažesnis nei 45 mm, jei yra dviburis aortos vožtuvas;
- Operuota aortos koarktacija.

Būklės, kai rizika nėštumo metu pagal PSO III klasės:

- Mechaninis vožtuvas;
- Sisteminiis dešinysis skilvelis;
- *Fontano* cirkuliacija;
- Cianozinė širdies yda (nekoreguota);
- Kita kompleksinė širdies liga;
- Aortos dilatacija 40–45 mm, jei yra Marfano sindromas;
- Aortos dilatacija 45–50 mm, jei yra dviburis aortos vožtuvas.

Būklės, kai rizika nėštumo metu pagal PSO IV klasės (nėštumas draudžiamas):

- Plautinė hipertenzija (dėl bet kokių priežasčių);
- Ženkli sisteminio skilvelio disfunkcija (kairiojo skilvelio išstūmio frakcija < 30 proc., NYHA* klasė III-IV);
- Buvusi perinatalinė kardiomiopatija ir išliko kairiojo skilvelio disfunkcija;
- Didelė mitralinė stenozė, didelė simptomatinė aortos stenozė;
- Marfano sindromas su aortos dilatacija >45 mm;
- Aortos dilatacija >50 mm, jei yra dviburis aortos vožtuvas;
- Didelė, nekoreguota įgimta aortos koarktacija.

*Niujorko širdies asociacija

Pacientėms, kurios priklauso I-ajai klasei, rizika labai maža, todėl kardiologas nėštumo metu turėtų konsultuoti vieną kartą. II klasės pacientės priklauso vidutinės rizikos grupei, todėl kardiologo konsultacija turi būti skiriama tris kartus (kiekvieną nėštumo trečdalį). III klasės pacientės priklauso didelės rizikos grupei, todėl kardiologas ir akušeris-ginekologas pacientę turėtų konsultuoti vieną kartą per mėnesį. IV klasės pacientėms nėštumas draudžiamas, bet jeigu jis tęsiasi, kardiologas ir akušeris-ginekologas pacientę turėtų konsultuoti 2 kartus per mėnesį.

Neonatologinių komplikacijų būna 20–28 proc. atvejų, perinatalinis mirštamumas siekia 1–4 proc. Vaisiaus būklė priklauso nuo motinos būklės.

Jeigu pacientei nėštumo metu atsiranda naujų ar neaiškių širdies ir kraujagyslių sutrikimų, reikėtų atlikti echokardiografiją ir ją turėtų konsultuoti kardiologas [IC]. Jeigu diagnozei nustatyti nepakanka echokardiografijos, širdies magnetinio rezonanso tyrimas (be gadolino) turi būti svarstomas kaip papildomas tyrimo metodas [IIC].

2. VAISIAUS BŪKLĖS VERTINIMAS.

2.1. Ultragarsinė patikra.

Pacientės, kuri serga įgimta širdies yda, vaisiui yra padidėjusi įgimtos širdies ydos rizika, todėl visoms moterims, kurioms yra įgimta širdies yda, ritmo sutrikimas, kardiomiopatija, aortos patologija ar kitokia širdies ir kraujagyslių patologija, reikalinga prenatalinė diagnostika [IC]. Vaisiaus ultragarsinis tyrimas atliekamas 11⁺⁰–13⁺⁶ ir 18⁺⁰–22⁺⁰ nėštumo savaitėmis, siekiant įvertinti vaisiaus širdį. Ultragarsinį tyrimą turėtų atlikti patyręs akušeris-ginekologas. Nustatant didžiausias širdies raidos ydas pirmuoju nėštumo trečdaliu, ultragarsinio tyrimo tikslumas yra 85 proc., specifiškumas – 99 proc. Optimalus vaisiaus širdies ydų nustatymo laikas –18⁺⁰–22⁺⁰ nėštumo

savaitės, nes tuomet aiškiai matyti širdis ir didžiosios kraujagyslės. Šį tyrimą taip pat turėtų atlikti patyręs akušeris-ginekologas. Po 30 nėštumo savaitės širdį vertinti tampa sunkiau dėl vaisiaus dydžio.

2.2. Vaisiaus ir gimdos kraujotakos tyrimas.

Šis tyrimas svarbus vertinant fetoplacentinę hemodinamiką. Grėsmingiausi simptomai – nulinė ir reversinė virkštelės arterijos kraujotaka (žr. vaisiaus būklės tyrimų nėštumo metu metodiką).

2.3. Biofizinis profilis.

Biofizinis profilis atliekamas įtarus, kad vaisiaus būklė nestabili. Tyrimas gali būti kartojamas kelis kartus per savaitę (priklauso nuo klinikinės situacijos). Geras šio testo rezultatas rodo, kad nėra didelės centrinės nervų sistemos hipoksemijos ir acidemijos.

3. GIMDYMO IR POGIMDYMINIO LAIKOTARPIO PRIEŽIŪRA.

3.1. Didelės rizikos gimdymas.

Pacientėms, sergančios širdies ligomis, pagalbą gimdymo metu ir po jo turėtų teikti patyrę kardiologai, akušeriai-ginekologai ir anesteziologai-reanimatologai. Gimdymo priežiūros planas turėtų būti sudarytas nėštumo metu iki gimdymo.

3.2. Gimdymo laikas.

Šiuo metu nėra patikimų įrodymų, todėl nėra standartinių rekomendacijų. Sprendimai turėtų būti priimami individualiai. Gimdymo laikas turi priklausyti nuo nėščiosios širdies ir kraujagyslių būklės, gimdos kaklelio pasiruošimo gimdyti ir vaisiaus būklės bei brandumo.

Pacientės, kurios serga širdies liga, bet jų širdies funkcija normali, turėtų laukti spontaninės gimdymo veiklos pradžios. Pirmenybė teikiama savaime prasidėjusiam, o ne sužadintam gimdymui.

Pacientėms kurioms yra nedidelė įgimta širdies yda, kurios nereikia gydyti, ir toms, kurioms atlikta sėkminga širdies chirurginė operacija ir šiuo metu likę tik minimalūs liekamieji reiškiniai, gimdymo būdas ir priežiūra turėtų būti tokie patys, kaip ir normalaus gimdymo metu.

3.3. Gimdymo sužadinimas (žr. Metodiką „Gimdymo sužadinimas“).

3.4. Gimdymas natūraliu būdu ar atliekant cezario pjūvio operaciją.

Pirmenybė teikiama gimdymui natūraliu būdu [IC] su individualiu gimdymo priežiūros planu, kuriame reikia nurodyti gimdymo terminą, pradžią (spontaninis ar sužadintas), prireikus – gimdymo sužadinimo būdą, skausmo malšinimo metodą, pacientės stebėjimo eigą gimdymo metu. Pacientės, kurioms yra didelė rizika, turėtų gimdyti III lygio ligoninėje, kur pagalbą teikia įvairių specialistų komanda. Gimdant natūraliu būdu, netenkama mažiau kraujo ir yra mažesnė infekcijos rizika, o atliekant cezario pjūvio operaciją didėja venų trombozės ir embolijos rizika.

Sutarimo dėl absoliučių gimdymo natūraliu būdu kontraindikacijų nėra. Cezario pjūvio operacija dažniausiai atliekama dėl akušerinių indikacijų [IIC]. Gimdymo užbaigimą, atliekant cezario pjūvio operaciją, reikėtų svarstyti šiais atvejais:

- vartojami geriamieji antikoagulantai ir yra priešlaikinis gimdymas [IIC];

- Marfano sindromas ir aortos skersmuo >40–45 mm [IIC];
- aortos disekacija;
- sunki aortos stenozė [IIC];
- sunki plautinės hipertenzijos forma (įskaitant Eisenmengerio sindromą) [IIC];
- sunkus [IIC] ar ūminis širdies nepakankamumas;
- pacientei įdėtas mechaninis širdies vožtuvas.

3.5. Hemodinamikos stebėjimas.

AKS ir ŠSD būtina stebėti gimdymo metu. Pulsoksimetrija ir nuolatinė EKG – prireikūs. Retais atvejais hemodinamikai stebėti gali būti naudojamas *Swan-Ganz* kateteris.

3.6. Anestezija arba analgezija.

Juosmeninė epiduralinė analgezija yra dažnai rekomenduojama. Regioninė anestezija gali sukelti sisteminę hipotenziją, todėl turi būti atsargiai skiriama pacientėms, kurioms yra obstrukcinis vožtuvų pažeidimas.

3.7. Gimdymas.

Gimdymo metu pacientei nerekomenduojama gulėti ant nugaros. Išvaymo periodu patariama kairė šoninė padėtis. Vengti stanginimosi, leisti gimdos susitraukimams savaime stumti vaisių tarpvietės link. Išvaymo metu galima naudoti vakuuminį ekstraktorių ar replės. Įprastinė antibiotikų profilaktika nerekomenduojama [IIC]. Antruoju gimdymo periodu patariama daryti nuolatinę KTG.

3.8. Gimdymas (jei pacientė vartoja geriamųjų antikoagulantų).

Geriamuosius antikoagulantus būtina pakeisti į mažos molekulinės masės hepariną (MMM) ar nefrakcionuotą hepariną nuo 36 nėštumo savaitės. Pacientėms, vartojančioms terapinę MMM dozę, reikėtų į veną suleisti heparino, likus mažiausiai 36 val. iki gimdymo sužadavimo ar cezario pjūvio operacijos. Heparino vartojimą reiktų nutraukti likus 4–6 val. iki planuoto gimdymo ir pradėti vėl vartoti po 4–6 val. po gimdymo, jeigu nėra pogimdyminio kraujavimo. Jeigu atliekama skubi operacija vartojant MMM ar hepariną, reikėtų apsvarstyti protamino sulfato skyrimo galimybę.

Jeigu pacientė vartoja terapinę geriamųjų antikoagulantų dozę ir būtina skubiai užbaigti gimdymą, reiktų spręsti dėl cezario pjūvio operacijos, nes yra didelis vaisiaus intrakranijinių kraujosruvų pavojus. Prieš operaciją reikia sulašinti šviežiai šaldytos plazmos, kad INR taptų ≤ 2 . Gimusio naujagimio būklė yra hipokoaguliacinė, todėl jam gali būti skiriama ŠŠP ir vitaminas K. Tokia naujagimio būklė išlieka dar 8–10 dienų nuo tada, kai motina nutraukia geriamųjų antikoagulantų vartojimą.

3.9. Skilvelinė aritmija nėštumo ir gimdymo metu.

Aritmija yra viena dažniausių širdies problemų nėštumo metu. Jeigu yra pailgėjusio QT sindromas ir yra simptomų, reikėtų skirti β blokatorių nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo, siekiant išvengti staigios mirties, jeigu nėra kontraindikacijų. β blokatoriai, vartojami gimdymo metu, nesustabdo gimdymo veiklos.

3.10. Priežiūra po gimdymo.

Lėta oksitocino (<2 VV/min.) infuzija trečiuoju gimdymo laikotarpiu nesukelia hipotenzijos ir yra gera pogimdyminio kraujavimo profilaktika. Metilergonovino vartoti negalima, nes sukelia vazokonstrikciją ir hipertenziją. Rekomenduojamos elastingos kojinės, ankstyvas vaikščiojimas, siekiant sumažinti tromboembolinių komplikacijų riziką. Hemodinamiką stebėti reikia 24 val. po gimdymo.

3.11. Žindymas.

Laktacija yra susijusi su maža bakteriemijos rizika dėl mastito. Jeigu pacientės būklė bloga - gali būti svarstomas naujagimio maitinimas mišiniais.

1. BENDROJI DALIS (NĖŠTUMAS IR KEPENŲ LIGOS).

Ligos, sveikatos problemos pavadinimas

INTRAHEPATINĖ NĖŠČIŪJŲ CHOLESTAZĖ

ŪMINĖ RIEBALINĖ NĖŠČIŪJŲ HEPATOZĖ

TLK-10 kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją

Kodas	Diagnozės aprašymas
O26.6	Kepenų pažeidimai nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo

Sąvokos ir terminai

Intrahepatinė nėščiųjų cholestazė – tai nėščiosioms būdinga kepenų liga, priskiriama savitųjų kepenų ligų grupei.

Santrumpos

INC – intrahepatinė nėščiųjų cholestazė

AST (GOT) – asparagininė transaminazė (serumo glutamatoksaloacetattransaminazė)

ALT (GPT) – alanininė transaminazė (serumo gliutamatpiruvattransaminazė)

ŠF – šarminė fosfatazė

GGT – gama gliutamiltranspeptidazė

TR – tulžies rūgštys

KFT – kepenų fermentų tyrimai

IVŽ – intrauterinė vaisiaus žūtis

KTG – kardiotokograma

NST – nestresinis testas

BKT – bendras kraujo tyrimas

UDCR – ursodeoksicholio rūgštis

SKT – sudėtinės kontraceptinės tabletės

proc. – procentai

R – riebalų kiekis

SK – augalinės ląstelienos kiekis

LCHAD – ilgų grandinių riebiųjų rūgščių hidroksiacilkoenzimo A dehidrogenazės trūkumas

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

AKS – arterinis kraujo spaudimas

ŠSD – širdies susitraukimų dažnis

KD – kvėpavimo dažnis

VPAE – viršutinio pilvo aukšto echoskopija

KT – kompiuterinė tomografija

ADTL – aktyvintas dalinis tromboplastino laikas

INR – tarptautinis normalizuotas santykis

DIK – disminuota intravazalinė koaguliacija

Ligos ar sveikatos problemos apibrėžimas ir (ar) apibūdinimas, paplitimas, etiologija, klasifikacija

Intrahepatinė nėščiųjų cholestazė yra kepenų liga, pasireiškianti odos niežuliu be pirminės odos pažeidimo požymių, padidėjusia tulžies rūgščių koncentracija kraujo serume ($\geq 10 \mu\text{mol/l}$), su kepenų fermentų suaktyvėjimu arba be jo, nesant kitos kepenų ligos ir praeinanti po gimdymo.

Tai kepenų liga, kurios pagrindinis simptomas yra nuolatinis niežulys, dažniausiai pasireiškiantis III nėštumo laikotarpyje. INC sukelia į kraują patekusios tulžies rūgštys, lemia nėštumo hormonų poveikis ir paveldimumas. Genetinės mutacijos variacijos MDR3 bei BSEP genuose gali būti įvairių įgimtų cholestazinių sindromų priežastis. Progesterono monosulfatų ir disulfatų koncentracijos padidėjimas antruoju ir trečiuoju nėštumo laikotarpiu skatina cholestazės pasireiškimą.

Dažniausiai serga Čilės, Bolivijos nėščiosios (apie 15 proc.). Švedijoje serga 3 proc., Italijoje – 1 proc., JAV – 0,01 proc., Lietuvoje – 0,5 proc. nėščiųjų.

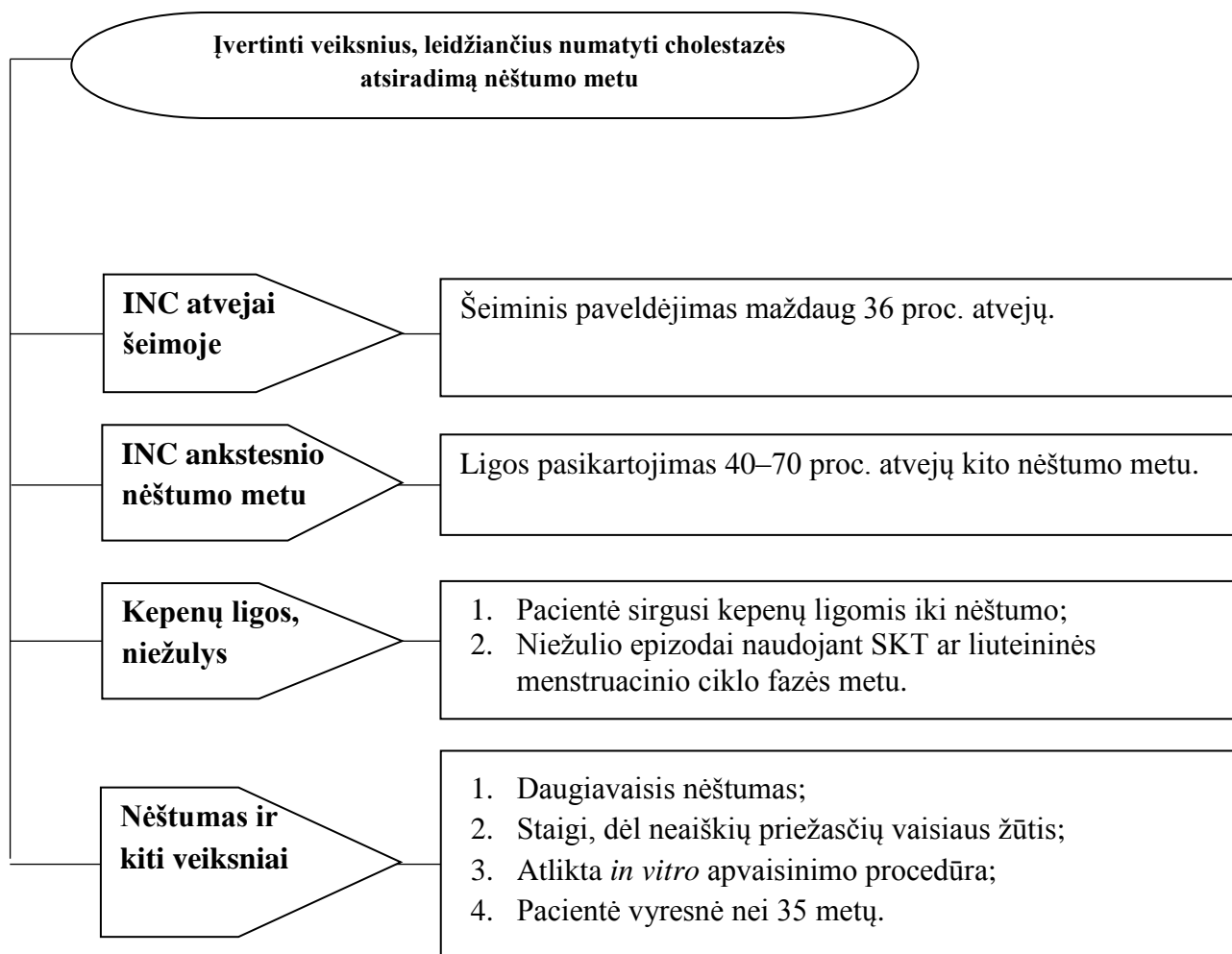
Intrahepatinės nėščiųjų cholestazės klasifikacija

INC forma	Pasireiškimas
1. Tipiška (80 proc. INC atvejų)	Niežulys II ir III nėštumo laikotarpiu, padidėjusi kepenų fermentų ir (ar) TR koncentracija.
2. Neįprastos formos (20 proc. INC atvejų)	
Ankstyvos pradžios forma	Niežulio pradžia – pirmosios nėštumo savaitės
Nėščiųjų niežulys	Tipiškų vietų niežėjimas, kai kepenų fermentai nepakitę
INC, susilpnėjanti iki gimdymo	Niežėjimo susilpnėjimas prieš gimdymą, pagerėjus ar išliekant kepenų fermentų aktyvumo padidėjimui
Pogimdyminė forma	Būdingas geltos sindromas, užsitęsusi eiga 1 ir 2 mėnesius ir praeinanti savaime

INTRAHEPATINĖ NĖŠČIŪJŲ CHOLESTAZĖ

1. INTRAHEPATINĖS NĖŠČIŪJŲ CHOLESTAZĖS DIAGNOSTIKA.

1.1. Intrahepatinės nėščiujų cholestazės prognozės veiksnių vertinimas.



1.2. Intrahepatinės nėščiujų cholestazės diagnostikos gairės.

INC diagnozuojama, jei nėra kitų niežulio ar kepenų funkcijos sutrikimo priežasčių.

Klinikiniai požymiai (žr. 2 priedą)	<ol style="list-style-type: none">1. Nėra kitos niežulio priežasties [C];2. Po gimdymo niežulys išnyksta, o kepenų fermentų kiekis sunormalėja [C].
Laboratoriniai tyrimai	<ol style="list-style-type: none">1. Padidėję KFT rodmenys, kurie vertinami pagal nėštumo normos ribas [C] (žr. 1 priedą);2. Padidėjusi TR koncentracija*.

Diferencinė diagnostika

1. Atmesti kitas niežulio ar kepenų fermentų padidėjimo priežastis [C];
2. Išsiaiškinti persirgimas infekcines ligas, medikamentų ir narkotikų vartojimą.

* jei yra galimybė ištirti

1.3. Intrahepatinės nėsčiųjų cholestazės klinikiniai požymiai.

Simptomų pasireiškimo laikas

1. Ligos simptomai 80 proc. atvejų tampa pastebimi po 30 nėštumo savaitės;
2. Reti ankstyvos (anksčiau nei 8–13 nėštumo savaitę) INC atvejai (tuomet ligos eiga sunkesnė).

Niežulys

1. Pagrindinis simptomas yra niežulys be pirminės odos pažeidimo;
2. Būdingiausias delnų ir padų srityje, nors gali būti ir viso kūno;
3. Nuolatinis ir(ar) vis stiprėjantis niežėjimas, ypač naktį;
4. Niežulys įvairaus intensyvumo. Jei labai niežti, nėsčiosios nusikaso iki žaizdų;
5. Niežulys gali sutrikdyti miegą, dėmesio koncentraciją, bloginti nuotaiką.

Gelta

1. Pasireiškia 10–20 proc. INC atvejų;
2. INC progresuojant, po 2–4 savaičių prasideda gelta:
 - lengva gelta pasireiškia tik akių odenos pageltimu (*subicterus*);
 - jei bilirubino kiekis kraujo serume viršija 34 $\mu\text{mol/l}$, prasideda viso kūno gelta (*icterus*), geriausiai matoma veide, liemens srityse, gleivinėje, sklerose.

Kiti retesni simptomai

Nuovargis, apetito stoka, pykinimas, vėmimas, skausmas dešinėje pilvo pusėje, tamsus šlapimas, balkšvos išmatos, steatorėja ir riebalų malabsorbcija

1.4. Intrahepatinės nėsčiųjų cholestazės diagnostiniai tyrimai.

1.4.1. Bendrosios būklės vertinimas (AKS, ŠSD, KD, odos apžiūra: išbėrimas, pustulės, nukasymai ir kt.).

1.4.2. Laboratoriniai kraujo tyrimai

1.4.2.1. Bendrasis kraujo tyrimas.

1.4.2.2. Tulžies rūgščių koncentracija – jei yra atlikimo galimybė.

- Kraujyje nustatoma padidėjusi tulžies rūgščių koncentracija.
- TR koncentracija serume padidėja 10–100 kartų (norma –10 $\mu\text{mol/l}$).
- Komplikacijos vaisiui siejamos su TR koncentracija $>40 \mu\text{mol/l}$.
- Normali TR koncentracija serume ir persistentinis niežulys nereiškia, kad nėra NHC.

1.4.2.3. Kepenų fermentų tyrimai vertinami pagal nėštumo normos ribas [C].

Transaminazių, gama gliutamilttransferazės, bilirubino viršutinė nėsčiosios normos riba yra apie 20 proc. mažesnė nei ne nėštumo metu (žr. 1 priedą).

- ALT ir AST aktyvumas padidėja 2–10 kartų (ALT aktyvumas kartais gali padidėti iki 30 kartų).
- Tik ŠF padidėjimas nerodo kepenų ligos. ŠF gamina ir placenta, todėl normalaus nėštumo atveju ji būna padidėjusi iki 40 proc.
- Bilirubino koncentracija 4–5 kartus padidėja tik 20 proc. atveju, tačiau bendrojo bilirubino koncentracija nebūna didesnė nei 100 $\mu\text{mol/l}$.
- GGT padidėjimas nėra būdingas. Jei nustatomas, tuomet reikia ieškoti MDR 3 geno mutacijos ar kitos kepenų ligos.

1.4.2.4. Kraujo krešumo tyrimai (ADTL, INR).

Protrombino aktyvumo tarptautinis normalizuojantis santykis (INR rodiklis) būna normalus arba padidėjęs dėl galimos vitamino K stokos.

1.4.3. Papildomi tyrimai reikalingi diferencinei diagnostikai (apie jų poreikį sprendžia individualiai nėsčiąją gydantis akušeris ginekologas).

1.4.3.1. Gydytojo gastroenterologo konsultacija .

1.4.3.2. Gydytojo dermatologo konsultacija.

1.4.3.3. Kitų specialistų konsultacijos (prireikus).

1.4.3.4. Pilvo organų ultragarsinis tyrimas.

Retai INC atveju gali būti padidėjusios kepenys, bet jų parenchima išlieka normali.

Kartais pastebimas intrahepatinių latakų išsiplėtimas.

1.4.3.5. Kepenų biopsija.

INC atveju biopsijuose gali būti nustatoma cholestazės požymių: kanalėlių išsiplėtimas, tulžies kamščiai hepatocituose ir kanalėliuose.

1.4.3.6. Kiti biocheminiai kraujo žymenys ir šlapimo tyrimai, reikalingi diferencinei diagnostikai:

- autoimuninis hepatitas;
- hepatitas A, B, C ar E;
- *Epstein-Barr* virusas;
- citomegalo virusas;
- tulžies pūslės ligos;
- kepenų ligos: cirozė, ūminė riebalinė hepatozė ir kt.;
- preeklampsija ar HELLP sindromas.

2. INTRAHEPATINĖS NĖŠČIŪJŲ CHOLESTAZĖS GYDYMAS.

Gydymo tikslas – sumažinti simptomus ir nėštumo komplikacijų riziką. Sergant šia liga, gimdymas yra geriausias gydymo būdas. Nėštumas dažniausiai užbaigiamas 37–38 savaitę dėl didėjančios vaisiaus žūties rizikos.

2.1. Medikamentinis intrahepatinės nėščiąjų cholestazės gydymas.

2.1.1. Ursodeoksicholio rūgštis (Ursofalk, Ursosan).

Poveikis: sumažina niežulį ir kepenų fermentų kiekį [A].

Dozavimas: 15 mg/kg kūno svorio per dieną. Kadangi niežėjimas intensyvesnis naktį, du trečdalius dozės patariama vartoti vakare.

2.1.2. Alternatyvūs medikamentai.

Mažiau veiksmingi, ne visada gerai toleruojami, kai kurie turi šalutinį poveikį.

2.1.2.1. Antihistamininiai preparatai (difenhidraminas (B kategorija), hidroksizinas (C kategorija)).

Poveikis: slopina niežėjimą, sukelia 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 sutrikimus.

2.1.2.2. Kad **S-adenosyl-methionine** gerintų moters ar vaisiaus būklę, duomenų nepakanka, todėl vartoti nerekomenduojamas [A].

2.1.2.3. Deksametazonas (C kategorija).

Poveikis: slopina placentinę estrogenų gamybą, silpnina niežėjimą.

Dozavimas: po 12 mg per dieną 7 dienas. Skiriami išimtiniais atvejais, aptarus naudą ir riziką su paciente [D].

2.1.2.4. Preparatai, kuriuose yra maistinių skaidulų (Mucofalk, Lopicol, Psyllium, sėmenų, pupenių tirštiklio).

Poveikis: skaidulos suriša tulžies rūgštis žarnyne, kraujo serume sumažina tulžies rūgščių koncentraciją, susilpnina niežėjimą, tačiau jo nepanaikina.

2.1.2.5. Vitaminas K.

Poveikis: mažina pogimdyminio kraujavimo riziką, jei yra INC.

Dozavimas:

1. Jei yra ankstyva cholestazės pradžia ar sunki cholestazės eiga, ar pailgėjęs protrombino laikas, tuomet galima skirti 5–10 mg geriamojo vitamino K ar 5–10 mg leisti į veną gimdymo dieną.
2. Jei protrombino laikas normalus, su paciente reikia aptarti vitamino K naudą [D].

2.2. Odos priežiūra.

2.2.1. Emolientai – saugūs vartoti nėštumo metu, tačiau jų efektyvumas nepatvirtintas [C].

Emolientai tai maitinamieji ir drėkinamieji kremai, losjonai su šlupalu, raktažolių, alyvuogių aliejus, tepamas ant dar drėgnos odos po vonios ar dušo, lengvina niežulį.

2.2.2. Niežulį ir jo keliamą diskomfortą galima sumažinti tokiais būdais:

- ledukų kompresai delnams ir pėdoms (dėl šalčio sulėtėjus kraujotakai niežėjimas kiek nuslopsta);
- vėsus dušas ar vonia;
- miegas vėsioje patalpoje ir patalpų drėkinimas.

2.3. Dieta.

- 2.3.1. Laikytis kepenis tausojančios dietos, padedančios surišti žarnyne esančias tulžies rūgštis bei skatinti žarnyno evakuacinę funkciją.
- 2.3.2. Laikytis dietos (kodas R↓ SK↑): mažinti riebalų kiekį, didinti augalinės ląstelienos kiekį.
- 2.3.3. Daugiau gerti skysčių.
- 2.3.4. Jei yra steatorėja ir riebalų malabsorbicija, reikalinga dietologo konsultacija ir speciali dieta.
- 2.3.5. Galima skirti multivitaminų papildų.

3. LIGOS, BŪKLĖS EIGOS VERTINIMAS.

3.1. Intrahepatinės nėščiųjų cholestazės priežiūra antenataliniu laikotarpiu.

3.1.1. Motinos būklės stebėjimas.

- 3.1.1.1. Atsiradus niežuliui atlikti KFT ir (ar) TR tyrimą.
- 3.1.1.2. Vėliau atlikti KFT ir (ar) TR tyrimą 1 k./sav., jei KFT rodmenys normalūs, bet moterį vargina niežulys [C].
- 3.1.1.3. Atlikti KFT 2 k./sav., jei KFT rodmenys buvo padidėję ir (ar) didėja tulžies rūgščių serume kiekis ar yra ≥ 40 $\mu\text{mol/l}$.
- 3.1.1.4. Gimdos kaklelio vertinimas pagal Bishop, jei reikia priimti sprendimą dėl gimdymo sužadavimo.
- 3.1.1.5. Jei moteris ankstesnio nėštumo metu sirgo INC, tuomet atlikti KFT pirmojo nėščiosios vizito metu.

3.1.2. Vaisiaus būklės stebėjimas.

- 3.1.2.1. Atlikti vaisiaus fetometriją ligos diagnozavimo metu.
- 3.1.2.2. Kartoti vaisiaus UG tyrimą po 3 savaičių, siekiant nustatyti vaisiaus augimą ir būklę.
- 3.1.2.3. UG tyrimą atlikti dažniau, jei reikalauja klinikinė situacija.
- 3.1.2.4. NST registruoti ir vertinti 1 k./sav. nuo 30 iki 34 nėštumo savaitės. Jeigu reikalauja klinikinė situacija – vertinti dažniau.
- 3.1.2.5. NST vertinti 2 k./sav. nuo 34 nėštumo savaitės.
- 3.1.2.6. NST registravimo dažnis sprendžiamas individualiai, jei nėštumas <30 savaičių.

- Vien tik kepenų fermentų tyrimas nerodo blogos ligos prognozės [B].
- Vaisiaus UG tyrimas, NST registravimas neturi reikšmės diagnozuojant galimą vaisiaus žūtį dėl nėščiųjų cholestazės [C].

3.2. Intrahepatinės nėščiųjų cholestazės priežiūra gimdymo metu.

3.2.1. Gimdymo priežiūros planas.

- 3.2.1.1. Gimdyti natūraliu būdu, jei nėra kitų indikacijų atlikti cezario pjūvio operaciją.
- 3.2.1.2. Gimdymą sužadinti iki 39 nėštumo savaitės, jei pacientės būklė (simptomatika) stabili, KFT rodmenys nedidėja.
- 3.2.1.3. Plačiai paplitusi taktika nėštumą užbaigti 37 nėštumo savaitę ar ligą diagnozavus po 37 nėštumo savaitės nėra įrodymais pagrįsta. Prieš priimant sprendimą, reikėtų įvertinti gimdymo sužadavimo jatrogenines pasekmes.

- 3.2.1.4. Sprendimas sužadinti gimdymą priimamas individualiai, atsižvelgiant į pacientės būklę bei akušerinę situaciją. Literatūroje nurodoma nėštumą užbaigti 37–38 savaitę.
- 3.2.1.5. Pacientė supažindinama su galimomis komplikacijomis gimdymą sužadinus iki 37 nėštumo savaitės [B].
- 3.2.1.6. Moteriai paaiškinti, jog gimdymo sužadinimo tikimybė didesnė, jei biocheminiai kraujo rodmenys (KFT ir (ar) TR) labai didėja.
- 3.2.1.7. Moteriai paaiškinti, jog nėra galimybės numatyti vaisiaus žūtį, jei nėštumas tęsiamas [C].
- 3.2.1.8. Deksametazono skiriama vaisiaus plaučiams brandinti, jei numatomas priešlaikinis gimdymas (<34 savaitės).
- 3.2.1.9. Taikyti aktyvų placentinį laikotarpį.

3.2.2. Vaisiaus ir motinos būklės vertinimas.

- 3.2.2.1. Nuolat stebėti vaisiaus būklę, registruojant KTG gimdymo metu.
- 3.2.2.2. Stebėti pacientės būklę.
- 3.2.2.3. Kviesti neonatologą gimdymo metu, nes didesnė mekonijumi užterštų vandenių tikimybė.

3.2.3. Laboratoriniai tyrimai.

- 3.2.3.1. Bendras kraujo tyrimas.
- 3.2.3.2. KFT atlikimas.
- 3.2.3.3. Jei KFT rodmenys pakitę, daryti koagulogramą.
- 3.2.3.4. Kraujo grupės nustatymas ir kraujo sutapatinimas, jei didelė pogimdyminio kraujavimo rizika.

3.3. Intrahepatinės nėščiųjų cholestazės priežiūra po gimdymo.

3.3.1. Ankstyvas pogimdyminis laikotarpis.

- 3.3.1.1. Priežiūrą atlieka akušeris-ginekologas.
- 3.3.1.2. Po gimdymo būtina patvirtinti, jog niežulys išnyko, o KFT rodmenys normalūs [C].
- 3.3.1.3. KFT rodmenys įprastai lieka padidėję iki 10 dienų po gimdymo [B].
- 3.3.1.4. Atlikti KFT 3–5 dieną po gimdymo dinamiškai vertinti.
- 3.3.1.5. Jei reikia – gydytojo gastroenterologo konsultacija.

3.3.2. Vėlyvas pogimdyminis laikotarpis.

- 3.3.2.1. Priežiūrą atlieka akušeris-ginekologas ar šeimos gydytojas.
- 3.3.2.2. Kartoti KFT po 2 ir 6–8 savaitių po gimdymo.
- 3.3.2.3. Jei KFT rodmenys nemažėja ar turi tendenciją kilti, moterį reikia siųsti pas specialistą konsultuotis ir tirti dėl kitų kepenų ligų.
- 3.3.2.4. Papildomai atlikti BKT, krešumo tyrimus, šlapimo tyrimą, sekti AKS, diferencijuojant dėl kitų kepenų ligų tikimybės [D].

4. INTRAHEPATINĖS NĖŠČIŪJŲ CHOLESTAZĖS KOMPLIKACIJOS IR PROGNOZĖ.

4.1. Komplikacijos motinai.

- 4.1.1. Priešlaikinis gimdymas (2–22 proc.) dėl uterotoninio tulžies rūgščių poveikio gimdai.
- 4.1.2. Pogimdyminis kraujavimas dėl vitamino K stokos.
- 4.1.3. Cezario pjūvio operacija (10–36 proc.).
- 4.1.4. Nėščiųjų pielonefritas.
- 4.1.5. Riebaluose tirpių vitaminų A, D, E, K trūkumas atsiranda ankstyvos INC atveju.

- 4.1.6. Dėl sutrikusios riebiame maiste esančio vitamino D rezorbcijos ir sutrikusios pernešančiųjų baltymų sintezės kepenyse gali pasireikšti osteopenija.
- 4.1.7. Sunkios, užsitęsios INC formos gali komplikuotis ir pasireikšti:
- pirmine biliarine ciroze;
 - ūmine riebaline hepatoze;
 - tulžies pūslės akmenlige.

4.2. Komplikacijos vaisiui.

- 4.2.1. Didesnė priešlaikinio gimimo rizika dėl savaiminio (4–12 proc.) ar sužadinto priešlaikinio gimdymo (7–25 proc.) [B].
- 4.2.2. Dažnesni mekonijumi užteršti vaisiaus vandenys gimdymo metu: priešlaikinio gimdymo (18 proc.) ir išnešioti nėštumo atveju (25 proc.) [B].
- 4.2.3. Nestabili vaisiaus būklė.
- 4.2.4. Vaisiaus žūtis dėl toksinio tulžies rūgščių poveikio 1–10 proc. INC stebint ir gydant lignoninėje, vaisiaus žūtis atvejų skaičius panašus kaip visos populiacijos, tačiau išlieka maža rizika: 2 proc., jei gimdoma anksčiau kaip prieš 38 savaites [B].

4.3. Intrahepatinės cholestazės prognozės kriterijai.

4.3.1. Pasveikimo kriterijai po gimdymo.

4.3.1.1. Kinikiniai simptomai pranyksta:

- niežėjimas dažniausia per 8 valandas;
- gelta vidutiniškai po 2–4 savaitių.

4.3.1.2. Laboratoriniai tyrimai: biocheminių tyrimų rodmenys sunormalėja po 1–4 savaitių, jei INC nekomplikuota,

4.3.2. Bendra prognozė.

4.3.2.1. INC apie 40–60 proc. atvejų gali pasikartoti kito nėštumo metu.

4.3.2.2. Užsitęsęs galimos komplikacijos: pirminė biliarinė cirozė, ūminis kepenų suriebėjimas, tulžies pūslės akmenligė.

4.3.2.3. Didesnė priešlaikinio gimdymo, vaisiaus žūtis rizika.

4.3.2.4. Moterims, sirgusioms INC nėštumo metu, patariama vengti hormoninių kontraceptinių priemonių, kurių sudėtyje yra estrogeno.

4.3.2.5. Pakeičiamoji hormonų terapija galima, jei reikia, menopauzės laikotarpiu.

ŪMINĖ RIEBALINĖ NĖŠČIŪJŲ HEPATOZĖ

Ši genetinė metabolinė liga priskiriama mitochondrinių citopatijų šeimai ir nustatoma 1 iš 7000–20000 nėščiąjų.

Patogenezė nėra aiški. 25 proc. pacienčių - heterozigotiškumas LCHAD deficitui.

Liga dažnesnė pirmakartėms, esant daugiavaisiam nėštumui bei vyriškai vaisiaus lyčiai.

50 proc. atvejų liga pasireiškia kartu su preeklampsija.

1. Klinikiniai požymiai.

1.1. Ligos pradžia – 34–38 nėštumo savaitę.

1.2. Klinikiniai požymiai nėra specifiški: nuo besimptomės iki žaibinės klinikinės eigos formos.

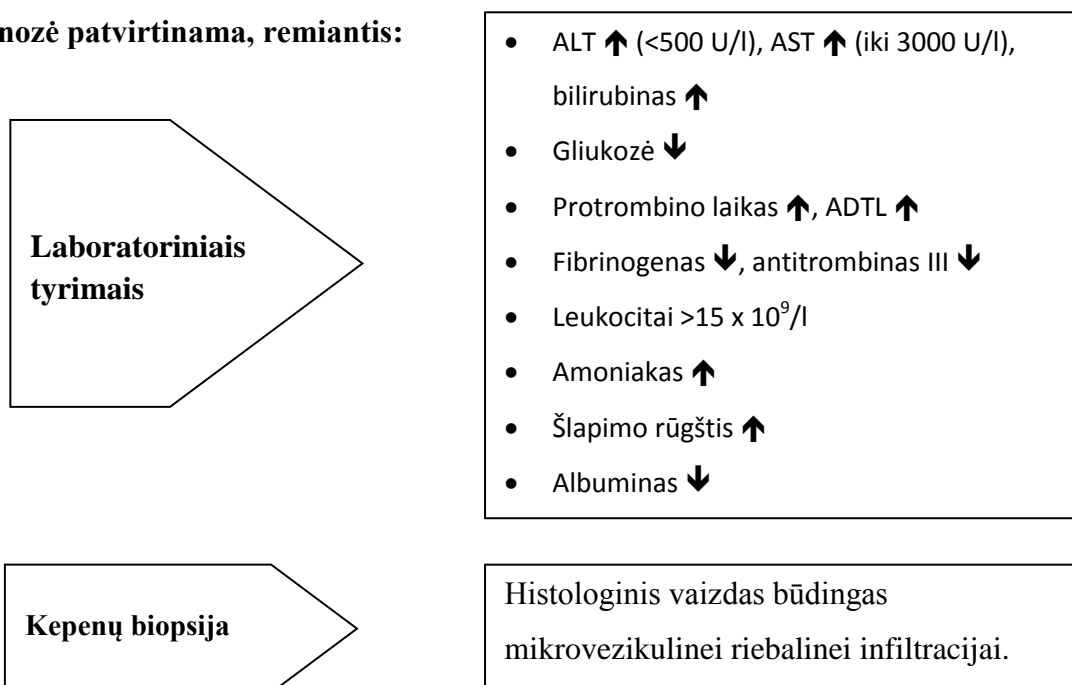
1.3. Dažniausi simptomai: šleikštulys, pykinimas, vėmimas, anoreksija, pilvo, ypač skrandžio srities, skausmai, padidėjęs AKS.

1.4. Rečiau poliurija, polidipsija, kraujavimas iš virškinimo trakto, edemos, ascitas, hepatinė encefalopatija.

2. Rekomenduojami tyrimai.

- Bendras kraujo tyrimas
- Elektrolitų tyrimas (K, Na ir kiti, jei reikia)
- Šlapimo tyrimas
- Kepenų fermentai
- Tiesioginis ir netiesioginis bilirubinas
- Glikemija
- Albuminas
- Šlapalas, kreatininas
- Krešumo tyrimai
- VPAE ar KT
- Kepenų biopsija

Diagnozė patvirtinama, remiantis:



3. Gydymas.

3.1. Pacientė gydoma trečio lygio stacionare.

3.2. Gydant dalyvauja įvairių specialistų komanda: akušeriai-ginekologai, gastroenterologai, nefrologai, hematologai, anesteziologai bei kitų sričių specialistai.

3.3. Nėščiosioms, kurioms yra paveldima riebalų rūgščių apykaitos patologija, specifinio gydymo nėra.

3.4. Ankstyva konsultacija ir gydymo taktikos aptarimas su kepenų ligų specialistais ir (ar) transplantologais.

3.5. Taikomas simptominis gydymas, koreguojant įvairių pažeistų organų sistemų funkciją.

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

3.7. Nustačius diagnozę, skubiai sužadinti gimdymą.

3.8. Jei pacientės būklė patenkinama, galima leisti gimdyti natūraliu būdu.

3.9. Jei ligos eiga sunki, tuomet atliekama skubi cezario pjūvio operacija.

3.10. Rekomenduojamas epiduralinis gimdymo skausmo malšinimas.

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

4. Prognozė.

4.1. Motinos ir vaisiaus mirštamumas – 10–20 proc., jei liga anksti diagnozuojama ir sužadinas gimdymas.

4.2. Pasveikstama dažniausia praėjus 1–4 savaitėms po gimdymo ir tinkamo gydymo.

4.3. Bilirubino ir kepenų fermentų padidėjimas gali išlikti ir ilgiau.

4.4. Dažniausios komplikacijos – kepenų nepakankamumas, inkstų nepakankamumas, DIK, mirtis.

2. PRIEDAI (NĖŠTUMAS IR KEPENŲ LIGOS).

1 priedas. Kepenų fermentų normų ribos nėštumo metu

2 priedas. Klinikiniai kepenų ligų požymiai nėštumo metu

1 priedas. Kepenų fermentų normų ribos nėštumo metu

	Ne nėštumo metu	I trečdalis	II trečdalis	III trečdalis
ALT	0–40	6–32		
AST	7–40	10–28	11–29	11–30
ŠF	30–130	32–100	43–135	133–418
GGT	11–50	5–37	5–43	3–41

Versta iš Arulkumaran S, Oxford desk reference: Obstetrics and Gynaecology, 2011. Šaltinis: Girling JC, Dow E, Smith JH. Liver function tests in preeclampsia: importance of comparison with reference range derived from for normal pregnancy. Br J Obstet Gynecol 1997;104:246-50

2 priedas. Klinikiniai kepenų ligų požymiai nėštumo metu

Klinikinis požymis	Kepenų ligos, susijusios su nėštumu	Kitos ligos nėštumo metu
Niežulys	<ul style="list-style-type: none"> Intrahepatinė nėščiujų cholestazė (II, III nėštumo trečdaliai) 	<ul style="list-style-type: none"> Pirminė tulžinė (bilijarinė) kepenų cirozė Medikamentų sukeltas hepatitas
Gelta	<ul style="list-style-type: none"> Užsitęsęs nėščiujų vėmimas (I nėštumo trečdalis) Intrahepatinė nėščiujų cholestazė (II, III nėštumo trečdaliai) Ūminė riebalinė hepatozė (III nėštumo trečdalis) HELLP sindromas (II, III nėštumo trečdaliai) 	<ul style="list-style-type: none"> Tulžies takų ligos Ūminis ar lėtinis virusinis hepatitas Medikamentų sukeltas hepatitas Autoimuninis hepatitas Kepenų cirozė
Skausmas viršutinėje pilvo dalyje	<ul style="list-style-type: none"> Ūminė riebalinė hepatozė (III nėštumo trečdalis) HELLP sindromas (II, III nėštumo trečdaliai) Ūminis kepenų plyšimas (III nėštumo trečdalis) 	<ul style="list-style-type: none"> Tulžies takų ligos Ūminis ar lėtinis virusinis hepatitai Opa Budd ir Chiari sindromas (III nėštumo trečdalis)
Pykinimas ir vėmimas	<ul style="list-style-type: none"> Užsitęsęs nėščiujų vėmimas (I nėštumo trečdalis) Ūminė riebalinė hepatozė (III nėštumo trečdalis) HELLP sindromas (II, III nėštumo trečdaliai) 	<ul style="list-style-type: none"> Tulžies takų ligos Ūminis ar lėtinis virusinis hepatitas Medikamentų sukeltas hepatitas Gastroezofaginio reflukso liga

3. LITERATŪROS SĄRAŠAS (NĖŠTUMAS IR KEPENŲ LIGOS).

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.

1. BENDROJI DALIS (NĖŠTUMAS IR EPILEPSIJA).

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.

TLK-10 kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją

Kodas	Diagnozės aprašymas
G 40	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, nepatikslinti (su mažaisiais priepuoliais arba be jų)
G40.7	Mažieji priepuoliai, nepatikslinti, be didžiųjų priepuolių
G40.8	Kitokia epilepsija
G40.9	Epilepsija, nepatikslinta
O99.3	Psichikos sutrikimai ir centrinės nervų sistemos ligos, komplikuojančios nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo

Sąvokos ir terminai

Epilepsija yra lėtinis polietiologinis neurologinio pobūdžio sutrikimas, pasireiškiantis kartotiniais epilepsijos priepuoliais.

Epilepsijos priepuoliu vadinamas paroksizminis stereotipinis sąmonės, elgesio, emocijų, motorikos, jutimų ar suvokimo sutrikimas, sukeltas staigios ir labai stiprios galvos smegenų žievės neuronų elektrinės iškrovos.

Epilepsinė būklė (*status epilepticus*) – priepuolis arba jų serija, kai trunka ilgiau nei 30 min. ir pacientė visą laiką neatgauna sąmonės, t. y. priepuoliai kartojasi taip dažnai, kad kitas prasideda dar nepasibaigus prieš tai buvusiojo popriepuoliniam slopinimui.

Santrumpos

EEG – elektroencefalografija

LNG-IUS – Intrauterinė sistema su levonorgestreliu

SKT – sudėtinės kontraceptinės tabletės

PGK – progestageniniai geriamieji kontraceptikai

VNE – vaistai nuo epilepsijos

proc. – procentai

Ligos ar sveikatos problemos apibrėžimas ir(ar) apibūdinimas, paplitimas, etiologija, klasifikacija.

Epilepsija yra lėtinė galvos smegenų liga, atitinkanti bent vieną iš paminėtų sąlygų:

- mažiausiai du nesukelti (ar refleksiniai) priepuoliai, kai laiko tarpas tarp jų yra daugiau nei 24 val.;
- 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.);
- epilepsijos sindromo diagnozė.

Epilepsija laikoma pasibaigusia, (angl. *resolved*) asmenims, kurie nevartoja vaistų nuo epilepsijos mažiausiai 5 metus, o priepuoliai nesikartojo mažiausiai 10 metų, ir pacientams, kurie sirgo nuo amžiaus priklausomu epilepsijos sindromu ir šiuo metu yra vyresni nei sindromo pasireiškimo amžius.

Epilepsija serga 1 iš 200 reprodukcinio amžiaus moterų. Tai dažniausia lėtinė nervų sistemos liga, komplikuojanti nėštumą. Vaistų nuo epilepsijos vartoja 0,3–0,6 proc. nėščiųjų. Šiuolaikiniais tyrimo metodais 65–70 proc. epilepsijos atvejų nenustatoma jokios specifinės organinės priežasties.

Sergamumas aktyvia (t. y. gydytina) epilepsija yra 4–9 iš 1000 gyventojų. Daugelis moterų, sergančių epilepsija, turi tęsti vaistų nuo epilepsijos vartojimą nėštumo metu, kad apsaugotų nuo priepuolių sukeltos žalos. Retrospektyvių tyrimų analizė rodo, kad epilepsija sergančioms moterims dvigubai dažniau gimsta vaikai su įvairaus laipsnio apsigimimais (4–6 proc.) nei nesergančioms (2–3 proc.). Gydant nėščiąsias sergančias epilepsija, labai svarbu kontroliuoti traukulių atsiradimą ir kiek įmanoma sumažinti riziką motinai ir vaikui, todėl bandoma parinkti monoterapiją ir mažiausią veiksmingą dozę dar iki pastojimo.

Literatūros duomenimis, priepuolių dažnis nėštumo metu ar ankstyvuoju pogimdyminiu laikotarpiu nesikeičia net 54–80 proc. nėščiųjų, sergančių epilepsija, mažėja tik 3–24 proc. Tačiau 14–32 proc. moterų priepuoliai padažnėja. Priežastis neaiški, bet siejama su psichologiniu ir emociniu stresu, miego sutrikimais ir pakitusia vaistų nuo epilepsijos absorbcija ir farmakokinetika, ypač jei gydoma lamotriginu.

Epilepsija nėra atskira liga, tai greičiau polietiologinis ir kliniškai epilepsijos priepuoliais pasireiškiantis simptomų kompleksas. 30–35 proc. sergančiųjų epilepsija galima nustatyti veiksnius, sukėlusius struktūrinį CNS pažeidimą. Etiologijai nustatyti svarbu išsami šeimos, nėštumo bei

gimdymo ir neurologinės raidos anamnezė, neurologinė apžiūra, EEG, vaizdiniai smegenų tyrimai, kartais genetiniai bei neurometaboliniai tyrimai.

Tarptautinės lygos prieš epilepsiją (angl. *International League Against Epilepsy*) epilepsinių priepuolių klasifikacija, vertinant klinikinius duomenis ir EEG bei epilepsijos ir epilepsinių sindromų klasifikacijas, pateiktos 1 ir 2 lentelėse.

1. EPILEPSIJOS DIAGNOSTIKA.

1.1. Epilepsijos diagnozė pirmiausia yra klinikinė, nustatoma gydytojo neurologo iš asmens ir liudytojų pasakojimų, todėl būtina tiksliai apibūdinti buvusį paroksizmą, norint nustatyti epilepsijos priepuolio rūšį. Rekomenduojama kreiptis į neurologą ligonį iširti jau po pirmo epilepsijos priepuolio, nes nustatyta patologija leidžia prognozuoti pasikartojimus [III].

1.2. Priepuolio pasikartojimo rizika priklauso nuo epilepsijos tipo, amžiaus, sindromo, etiologijos, gydymo ir kitų veiksnių. Kuo ilgesnis laikas praeina nuo paskutinio priepuolio, tuo pasikartojimo rizika mažėja, tačiau niekada nenukrenta iki sveikų (nesergančiųjų epilepsija) žmonių lygio.

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

1.4. Vienas iš pagrindinių pagalbinių tyrimo metodų yra elektroencefalografija (EEG), kuri padeda patvirtinti epilepsijos diagnozę, kai esama klinikinių priepuolių; atskirti epilepsijos formas; įtarti, kad yra struktūrinių organinių CNS pokyčių. EEG miego metu arba EEG stebėjimas suteikia ypač daug informacijos.

1.5. CNS struktūrinius pokyčius galima nustatyti vaizdiniais smegenų tyrimais: galvos smegenų kompiuterine tomografija, magnetinio rezonanso tyrimu ar pozitronų emisijos tomografija.

2. KONSULTAVIMAS REPRODUKČINĖS SVEIKATOS KLAUSIMAIS.

Moterims, sergančioms epilepsija, privalo būti suteikta tiksli informacija, susijusi su liga, apie taikomą gydymą ir jo poveikį, apie kontracepciją, vaisingumą, nėštumą, žindymą, paveldėjimo riziką ir menopauzę [III]. Rekomenduojama suteikti informaciją iki to laiko, kai jos prisireikia [III]. Pageidautina, kad informacija būtų suteikta ir partneriui ar tėvams.

2.1. Kontracepcijos metodai (PSO kontracepcijos metodo tinkamumo rekomendacijos).

2.1.1. Moteris, serganti epilepsija, bet nevartojanti vaistų nuo epilepsijos, gali naudoti įvairius kontracepcijos metodus.

2.1.2. Jei moteris vartoja vaistų nuo epilepsijos (VNE), kurie yra kepenų citochromo P-450 sistemos induktoriai (karbamazepino, fenitoino, fenobarbitalio, primidono, topiramato, okskarbazepino) ir mažina geriamųjų kontraceptinių preparatų poveikį, tuomet sudėtinės kontraceptinės tabletės (SKT), progestageniniai geriamieji kontraceptikai (PGK). Tačiau SKT galima vartoti didesnes dozes, ilgais gydymo ciklais (3 pakuotes be pertraukos) ar naudoti papildomus apsaugos metodus [B].

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

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

2.2. Konsultavimas planuojant nėštumą.

- 2.2.1. Epilepsija nėra nėštumo kontraindikacija. Net 90 proc. moterų, sergančių epilepsija, sėkmingai pagimdo.
- 2.2.2. Labai svarbus konsultavimas iki pastojimo, kad būtų išvengta neplanuoto pastojimo ir sumažinta komplikacijų rizika.
- 2.2.3. Svarbu išaiškinti nekontroliuojamų traukulių grėsmę nėštumui, *status epilepticus* riziką ir galimą VNE teratogeninį poveikį. Apsigimimams įtakos turi ir liga, ir nuo jos vartojami vaistai.
Jei 9 mėn. iki nėštumo moteriai, sergančiai epilepsija, nebuvo traukulių, tai yra net 84–92 proc. tikimybė, kad nėštumo metu traukulių nebus [B].
- 2.2.4. Moteriai paaiškinama, kokia yra nėštumo planavimo ir vaistų nuo epilepsijos vartojimo svarba bei kokios savavališko dozės sumažinimo ar vartojimo nutraukimo pasekmės: traukulių grėsmė, *status epilepticus* rizika ir staigios netikėtos mirties, susijusios su epilepsija, rizika. Tačiau neįrodyta, kad paprastieji židininiai, kompleksiniai židininiai, absansai ir miokloniniai priepuoliai darytų neigiamą įtaką nėštumui ar vaisiaus vystymuisi, nebent moteris susižalotų.

2.3. Rizika vaisiui.

- 2.3.1. Jei abu partneriai serga epilepsija ar liga yra paveldima, tikslinga išankstinė genetiko konsultacija. Rizika vaisiui susirgti epilepsija yra 15–20 proc., jei abu tėvai serga epilepsija, ir 10 proc., jei anksčiau gimęs vaikas serga epilepsija.
- 2.3.2. Šešis mėnesius iki pastojimo sekami traukuliai ir, jei yra galimybė ir atsižvelgus į epilepsijos tipą, gydymas nutraukiamas ar supaprastinamas iki monoterapijos su mažiausia veiksminga doze, gydymą koreguoja gydytojas neurologas. Jei vaistas nuo epilepsijos būtinas, optimali dozė parenkama ir koreguojama iki nėštumo.
- 2.3.3. Apsigimimų rizika moteriai, kuri serga epilepsija ir kuri nevartoja vaistų nuo epilepsijos, yra šiek tiek didesnė kaip 3,5 proc., palyginti su šia liga nesergančiomis (2,0 proc.).
- 2.3.4. Apsigimimų rizika priklauso nuo VNE skaičiaus ir dozės: monoterapijos metu - 6–7 proc. ligonių, vartojančių du ir daugiau preparatų - iki 15 proc., o karbamazepino ir fenitoino derinys padidina riziką iki 50 proc. Didžiausią teratogeninį poveikį sukelia valproatas, rizika didėja augant preparato dozei. Jei moteris iki nėštumo vartojo valproatą, pageidautina pakeisti jį kitu preparatu. Jei atsižvelgęs į pacientės sveikatos būklę neurologas negali pakeisti vaisto, rekomenduojama mažinti dozę.
- 2.3.5. Jei yra galimybė nevartoti valproato, sumažėja nervinio vamzdelio ir veido patologijos rizika [B] bei hipospadijų rizika [C].
- 2.3.6. Nevartojant fenitoino, karbamazepino ar fenobarbitalio, mažėja specifinių įgimtų vystymosi ydų rizika: nevartojant fenitoino, mažėja gomurio nesuaugimo, karbamazepino – užpakalinės gomurio dalies patologijos rizika, nevartojant fenobarbitalio mažėja širdies ydų rizika [C].
- 2.3.7. Jei nėščioji serga epilepsija, bet nevartoja vaistų, jos palikuoniams nėra sumažėjusios pažinimo funkcijos rizikos [B]. Kad tokia rizika sumažėtų, moterims, vartojančioms VNE, nėštumo metu taikoma monoterapija vietoj politerapijos [B].

2.4. Vaistai nuo epilepsijos.

- 2.4.1. Planuojančią pastoti moterį turėtų konsultuoti gydytojas neurologas, kad galėtų tiksliau parinkti tinkamiausią VNE ir jo mažiausias veiksmingas dozes.
- 2.4.2. Geriausia būtų skirti monoterapiją.

- 2.4.3. Svarbu atsižvelgti į tai, kad kai kurių vaistų (lamotrigino, okskarbazepino) koncentracija nėštumo metu mažėja.
- 2.4.4. Priimant sprendimą dėl VNE (fenobarbitalio, primidono, fenitoino, karbamazepino, levetiracetamo, valproato, gabapentino, lamotrigino, okskarbazepino ir topiramato) būtinumo nėščiosioms, svarbu įvertinti tai, kad šie vaistai prasiskverbia per placentos barjerą: fenobarbitaliui, primidonui, fenitoinui, karbamazepinui, levetiracetamui ir valproatui [B]; gabapentinui, lamotriginui, okskarbazepinui ir topiramatumui [C].
- 2.4.5. Vaistų nuo epilepsijos poveikio stebėjimas kraujyje nėštumo metu atliekamas tik nėščiosioms, kurioms yra nestabili epilepsija ar kurios gydomos fenitoinu.

2.5. Folio rūgštis.

Moterims, vartojančioms VNE, 1–3 mėn. iki pastojimo ir pirmojo nėštumo laikotarpio metu rekomenduojama vartoti dideles folio rūgšties dozes: 5 mg per parą (10 kartų viršijančias profilaktinę dozę) [C].

3. PRIEŽIŪRA NĖŠTUMO METU.

- a. Nėščią moterį, sergančią epilepsija, prižiūri akušeris-ginekologas ir gydytojas neurologas, pageidautina epilepsijos specialistas.
- b. Konsultacijų dažnį vertina patys specialistai.
- c. Priežiūra nėštumo metu susideda iš gydymo folio rūgštimi, įgimtos patologijos patikros ir terapijos vitaminu K nėštumo pabaigoje (žr. 3 priedą).
- d. Įrodymų, patvirtinančių ar paneigiančių padidėjusią preeklampsijos, su nėštumu susijusios hipertenzijos, savaiminio nėštumo nutrūkimo, traukulių dažnio pasikeitimo ar epilepsinės būklės riziką nėščiosioms, sergančioms epilepsija, nepakanka.

4. ULTRAGARSINĖ PATIKRA.

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

4.2. Nėščiosioms, sergančioms epilepsija ir vartojančioms VNE nėštumo metu, padidėja mažo pagal nėštumo laiką vaisiaus rizika. Be to, atsižvelgiant į mažo vaisiaus pagal nėštumo amžių galimas priežastis, reikia turėti omeny vaistų nuo epilepsijos vartojimą [B].

5. KRAUJAVIMO PROFILAKTIKA.

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

6. EPILEPSINĖ BŪKLĖ.

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

7. GIMDYMAS.

- 7.1. Moterys, sergančios epilepsija, turėtų gimdyti trečiojo lygio ligoninėse, kur yra motinos ir vaiko gaivinimo priemonių [C].
- 7.2. Naujagimių perinatalinio mirštamumo rizika nedidėja moterims, sergančioms epilepsija [B].
- 7.3. Epilepsija savaime nėra gimdymo užbaigimo cezario pjūvio operacija indikacija, daugelis pagimdo natūraliu būdu [B], todėl apie nėštumo užbaigimo taktiką sprendžia akušeris-ginekologas. Cezario pjūvis rekomenduojamas, jei trečiuoju nėštumo laikotarpiu kartojasi epilepsijos priepuoliai ar epilepsinė būklė atsirasdavo ištikus stipriam stresui.
- 7.4. Nėščiosioms, sergančioms epilepsija ir vartojančioms VNE, daugiau kaip 2 kartus padidėja cezario pjūvio operacijos ar kraujavimo vėlyvučiu nėštumo laikotarpiu ir daugiau nei 1,5 karto priešlaikinio gimdymo rizika [B]. Priešlaikinis gimdymas ypač tikėtinas rūkančioms pacientėms [C].
- 7.5. 1–2 proc. moterų, sergančių aktyvia epilepsija, atsiranda toninių-kloninių traukulių nėštumo metu ir 1–2 proc. per kitas 24 valandas [III]. Jei gimdymo metu išrinka priepuolis, į veną reikia lėtai suleisti 10 mg diazepamo.
- 7.6. Gimdyvėms, kurios vartojo VNE, didesnė tikimybė, jog naujagimio Apgar skalės įvertinimas pirmąją minutę bus mažesnis nei 7 balai [C].
- 7.7. Po gimdymo naujagimiui į raumenis sušvirkščiamas 1 mg vitamino K [B].

8. ŽINDYMAS.

- 8.1. Nors VNE patenka į motinos pieną, jų koncentracija išlieka maža ir neigiamos įtakos kūdikiui neįrodyta, todėl pagimdžiusios moterys turi būti skatinamos žindyti naujagimį [B].
- 8.2. Manoma, kad valproinės rūgšties, fenitoino ir karbamazepino nepatenka į motinos pieną tiek, kiek patenka primidono, levatiracetamo, gabapentino, lamotrigino ir topiramato (primidonas, levetiracetamas – [B], gabapentinas, lamotriginas ir topiramatas – [C]).

2. PRIEDAI (NĖŠTUMAS IR EPILEPSIJA).

1 priedas. Tarptautinės lygos prieš epilepsiją (angl. *International League Against Epilepsy, ILAE*) epilepsinių priepuolių klasifikacija, vertinant klinikinius duomenis ir EEG (1981)

2 priedas. Tarptautinės lygos prieš epilepsiją (angl. *International League Against Epilepsy, ILAE*) epilepsijos ir epilepsinių sindromų klasifikacija (1989)

3 priedas. Nėščiosios, sergančios epilepsija, priežiūros lapas

1 priedas. Tarptautinės lygos prieš epilepsiją (angl. International League Against Epilepsy, ILAE) epilepsinių priepuolių klasifikacija, vertinant klinikinius duomenis ir EEG (1981)

Daliniai (židininiai) priepuoliai	Paprastieji židininiai priepuoliai (išlikusi sąmonė)	<ul style="list-style-type: none"> • Su motoriniais simptomais • Su sensoriniais simptomais • Su autonominiais (vegetaciniais) simptomais • Su psichiniais simptomais
	Sudėtingieji židininiai priepuoliai (sutrikusi sąmonė)	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	

2 priedas. Tarptautinės lygos prieš epilepsiją (angl. International League Against Epilepsy, ILAE) epilepsijos ir epilepsinių sindromų klasifikacija (1989)

1. Nuo vietos priklausoma (židininė ar dalinė) epilepsija	A. Idiopatinė	<ul style="list-style-type: none"> • Gerybinė vaikystės epilepsija su centrotemporalinėmis iškrovomis; • Vaikystės epilepsija su okcipitalinėmis iškrovomis.
	B. Simptominė	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Nenustatytos etiologijos.
2. Generalizuota epilepsija	A. Idiopatinė	<ul style="list-style-type: none"> • Pvz., gerybiniai naujagimių traukuliai, vaikų ir jaunuolių absencija, jaunuolių miokloninė epilepsija.
	B. Simptominė	<ul style="list-style-type: none"> • Labai reti nespecifinės etiologijos, specifiniai sindromai, kurių vyraujantis bruožas – epilepsija.
	C. Kriptogeninė	<ul style="list-style-type: none"> • Reta, su numanoma, bet nepatikslinta etiologija epilepsija.
3. Nepatikslinta, ar židininė, ar generalizuota epilepsija	Su židininės bei generalizuotos epilepsijos požymiais	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
4. Specialieji sindromai	Febriliniai traukuliai ir metaboliniai traukuliai (pvz., sukelti alkoholio)	

3 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 dienos	TAIP / NE	
Neurologo konsultacija	TAIP / NE	
Antiepilepsinis vaistas 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		

3. LITERATŪROS ŠARAŠAS (NĖŠTUMAS IR EPILEPSIJA).

1. 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
2. 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.
3. South Australian Paediatric Clinical Guidelines. Epilepsy and pregnancy management, Nov 2012.
4. Leicestershire Partnership NHS Trust. Clinical guidelines on the management of epilepsy, March 2012.
5. 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
6. 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.
7. 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
8. Nelson-Piercy C. *Handbook of Obstetric Medicine*. Third edition 2006.
9. Schachter SC, Pedley TA, Lockwood CJ, et al. Management of epilepsy and pregnancy. www.uptodate.com
10. Scottish Obstetric Guidelines and Audit Project. The Management of Pregnancy In Women with Epilepsy, December 1999.
11. Simon D. Shorvon. The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia*, 2011, 52(6):1052–1057.
12. Endzinienė M. Epilepsija. *Klinikinė neurologija*, red. Budrys V., Vilnius, Vaistų žinios, 2009:405-429.

METODIKA

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

II. METODIKOS PROCEDŪRŲ APRAŠAS

Metodikos procedūrų aprašas šiai metodikai netaikomas.

METODIKA

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

III. METODIKOS ĮDIEGIMO APRAŠAS

Metodikos įdiegimo aprašas šiai metodikai netaikomas.

METODIKA

**NĚŠTUMAS IR EKSTRAGENTALINĚS LIGOS (ŠIRDIES
LIGOS, KEPENŲ LIGOS, EPILEPSIJA)**

IV. METODIKOS AUDITO APRAŠAS

Metodikos audito aprašas šiai metodikai netaikomas.

METODIKA

**NĚŠTUMAS IR EKSTRAGENTALINĚS LIGOS (ŠIRDIES
LIGOS, KEPENŲ 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 guldomos 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?

Motėms, 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. Nėščiujų cholestazė 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 visos 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 cholestazė, 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 priešlaikinio 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 moteris, sergančios 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 moteris 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 moteris 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 antiepilepsinių preparatų poveikio, mažina vaisiaus nervų sistemos pažeidimų riziką. Folio rūgštis skiriama ir sveikoms moteris 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.