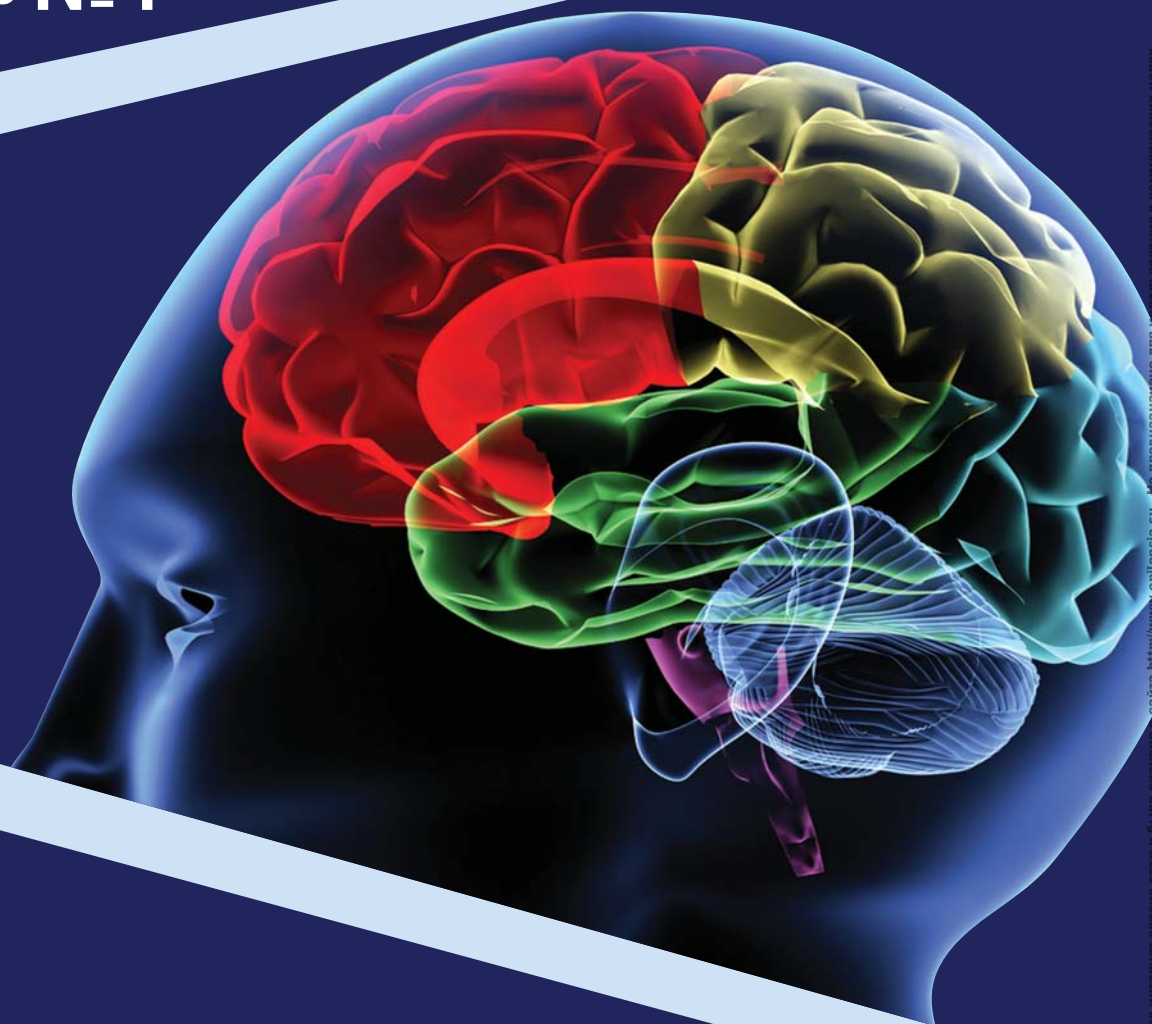


Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАМН
и Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российская Противозепилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2013 Том 5 №4



Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов
и изданий ВАК

ЭПИЛЕПСИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН: ГРАНИ ПРОБЛЕМЫ

Власов П.Н.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ

За последние 10-15 лет в Российской эпилептологии произошел мощный прорыв вперед, что значительно приблизило ее уровень оказания помощи больным эпилепсией к ведущим развитым странам. Практически отсутствует информационный барьер: все последние достижения благодаря современным медиатеchnологиям практически сразу становятся доступны в нашей стране. Продолжает совершенствоваться система помощи больным эпилепсией: в большинстве регионов РФ организованы эпилептологические кабинеты и отделения пароксизмальных состояний; стало доступным проведение нейровизуализационных исследований, определение концентрации противоэпилептических препаратов (ПЭП) в крови и других биологических жидкостях; диагностические отделения получили в свое распоряжение современную электрофизиологическую аппаратуру. Последнее десятилетие привело к качественно новому уровню предхирургической подготовки и хирургического лечения эпилепсии. Но главное, за это время в России сформировался коллектив эпилептологов, единомышленников, специалистов высокой квалификации, чему способствовали циклы тематического совершенствования, функционирующие перманентно на базе кафедр медицинских университетов и НИИ. Большой вклад в повышение квалификации специалистов, занимающихся вопросами диагностики и терапии эпилепсии, внесли образовательные программы под эгидой Российской Противоэпилептической Лиги, регулярные Всероссийские конференции с международным участием. Существенную помощь в организации кабинетов оказали фармацевтические фирмы, обеспечивавшие финансирование целевых проектов, в частности, по закупке диагностического электрофизиологического оборудования. Систематическая работа по формированию региональных баз данных по пациентам с эпилепсией позволила рассчитывать необходимые объемы ПЭП в соответствии со структурой патологии. Заинтересованность проблемой продемонстрировали исполнительная и законодательная

власть нашей страны, организовавшая встречи в комитетах Совета Федерации и Государственной Думы (2010). Активно работает общественная организация «Объединение врачей и пациентов с эпилепсией». За последние 6 месяцев во многих регионах нашей страны проведены круглые столы в рамках единой медико-социальной программы «Внимание – эпилепсия», на которых обсуждались основные вопросы ведущими специалистами по проблеме совместно с представителями Департамента здравоохранения. И все-таки самым главным достижением последних лет является создание на местах высококвалифицированных кадров, работа которых часто осуществляется на чистом энтузиазме.

Неврологи-эпилептологи стали хорошо разбираться в гендерных аспектах, основные из которых будут рассмотрены в данной статье. Данному аспекту на IV международном форуме эпилептологов стран СНГ «Эпилепсия и пароксизмальные состояния» (Минск, 17-18 октября 2013 г.) было посвящено три доклада: «Эпилепсия у женщин в менопаузе», Е.Н. Маджидова; «Организация помощи беременным, страдающим эпилепсией», Г.И. Наумова и доклад «Эпилепсия у мужчин и женщин: грани проблемы», П.Н. Власов.

Эпилепсия у мужчин

В теоретическом плане квалифицированному эпилептологу важно представлять механизмы взаимоотношения нервной и эндокринной (в частности, роли стероидных половых гормонов) систем в патогенезе/роли половых гормонов и ПЭП в саногенезе заболевания. В практическом плане невролог должен знать ответ на вопросы пациента относительно наследственности по данной форме эпилепсии и возможном влиянии ПЭП на половую функцию.

Если сформулировать особенности эпилепсии у лиц мужского пола в нескольких пунктах, то это будет более частая представленность травм головного мозга как причины фокальных эпилепсий, склонность к злоупотреблению алкоголем, а также досто-

верно более низкий уровень тревоги и депрессии по сравнению с женщинами при одинаковой тяжести течения заболевания. Следует также помнить о том, что тестостерон обладает противозипилептическим действием.

Возникновению проблем с мужским здоровьем может способствовать целый ряд факторов:

- это тревога и депрессия, которая часто сопровождает данное заболевание;
- медиальная височная эпилепсия, которая составляет до 25% от всех эпилепсий у взрослых, из-за близкого расположения эпилептического очага к гипоталамо-гипофизарной системе и сама по себе может явиться причиной дисфункции со стороны мужской половой сферы;
- принимаемые ПЭП обладают седативными и транквилизирующими свойствами, влияющими на половое поведение;
- ферментиндуцирующие ПЭП, оказывающие влияние на систему цитохрома P450, стимулируют выработку глобулина, связывающего половые стероиды, в результате чего уровень биологически активного тестостерона (состоящего из свободно циркулирующего в крови тестостерона и фракции связанной альбуминами) будет ниже, чем у здоровых мужчин сходного возраста;
- также индукторы системы цитохрома P450 повышают скорость метаболизма стероидных половых гормонов;
- падение уровня активной фракции тестостерона характеризуется снижением общей активности, настроения, понижением либидо, изменением костной плотности и ухудшением течения эпилепсии.

Отдельно следует привести исследование A. Herzog и соавт. (2004), выявивших прогрессивное снижение уровня биологически активного тестостерона у больных парциальной эпилепсией в зависимости от возраста в сравнении со здоровыми испытуемыми сходных возрастных периодов. Исследователями было показано минимальное падение концентрации биологически активного тестостерона в возрасте 20-30 лет и составило 11%, в возрасте 30-40 лет снижение уровня достигло 27%, а в возрасте 40-50 лет – уже 89%. Таким образом, у пациентов в возрасте после 40 лет, страдающих фокальной эпилепсией, очень высока вероятность развития сексуальных проблем. Однако данный вопрос следует рассматривать в комплексе. Так, по мнению уролога, ведущие расстройства сексуальной функции у мужчин (снижение либидо, эректильная дисфункция, расстройства эякуляции и оргазма) более чем в 60% случаев имеют системную органическую природу (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, гиперхолестеринемия и сахарный диабет), в основе которой лежит патология сердечно-сосудистой системы и расстройство

метаболизма. В 4-10% случаев причиной сексуальных расстройств является доброкачественная гиперплазия простаты и патология мочевыводящих путей, в т.ч. после оперативных вмешательств. Другими причинами сексуальных дисфункций являются: возраст, вредные привычки (злоупотребление алкоголем и никотином), ожирение и побочные действия лекарств, в т.ч. ПЭП (Hellmis E., 2008). Что касается диагностики сексуальных расстройств у мужчин с эпилепсией, то она должна опираться на квалифицированное мультимедицинское обследование.

Терапия при ее комплексности должна быть узконаправленной – на ведущее звено патогенеза (кардиолог, терапевт, уролог, эндокринолог, андролог). При проведении терапии ПЭП следует добиваться медикаментозной ремиссии и по возможности избегать назначения ферментиндуцирующих препаратов. При необходимости гормонально-заместительную терапию должен проводить квалифицированный андролог. Эпилептолог при установившихся доверительных отношениях с пациентом должен также снабдить последнего информацией о том, что при употреблении ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (препараты группы Виагры) возможна провокация припадков. Вопрос о безопасности применения данных препаратов у больных эпилепсией остается открытым, поэтому следует проявлять определенную осторожность при их применении и требуется дальнейшее накопление материала.

Эпилепсия у женщин

Основные аспекты при эпилепсии у женщин следующие: пубертатный период, динамика заболевания и особенности ПЭП терапии в этот период; синдром катамениальной эпилепсии; основное заболевание, ПЭП и патология со стороны женской половой сферы; ПЭП и вопросы контрацепции; беременность, роды, грудное вскармливание; менопауза. Важно помнить, что эстрадиол обладает проэпилептическим влиянием, а прогестерон – антиэпилептическим. Ввиду многофакторности проблемы и постоянного детального ее изучения коснемся лишь вопросов беременности и в этой связи существующих в настоящее время проблем и перспектив.

Неврологи, как правило, хорошо ориентированы в вопросах подготовки пациентки к беременности; по специфике динамического наблюдения за ней; по фармакокинетике ПЭП в соответствии с триместрами; по ведению родов и их обезболиванию; по течению послеродового периода. В последнее время широко обсуждаются вопросы тератогенеза (в частности, тератогенный потенциал различных ПЭП); изучена вероятность наследования различных форм эпилепсии; гемостазиологические параметры в родах и у новорожденного; возможность грудного вскармливания и др. На протяжении последних нескольких лет мы практически не сталкиваемся с нерациональным ведением беременности эпилептологом.

К сожалению, у акушеров до настоящего времени существует целый ряд заблуждений. Наиболее часто озвучиваемое: «Беременность противопоказана – родите больного ребенка». Нередко приходится сталкиваться с необоснованным выбором метода родоразрешения путем проведения Кесарева сечения только на основании того, что будущая мама страдает эпилепсией. Достаточно частое мнение: «Нельзя ребенка кормить грудью, так как Вы принимаете противозипилептические препараты» и др.

И, наконец, каких только заблуждений не приходится выслушивать со стороны пациенток. Наиболее типичные из них: «Нельзя иметь детей, так как заболевание передается по наследству»; «Прием ПЭП приводит к врожденным уродствам». С другой стороны, существует заблуждение, что замужество и роды «вылечивают» эпилепсию. Достаточно часто приходится выслушивать предположение о том, что во время беременности будет учащение припадков. Практически все женщины считают, что в родах высока вероятность развития судорожного приступа. Бытует мнение, что пациенткам нельзя вскармливать ребенка грудью...

Наряду с описанными существуют и объективные проблемы. Безусловно, во время беременности на ее течение и исход оказывают влияния множество факторов. Для суждения о тератогенном потенциале ПЭП нельзя использовать золотой стандарт – двойной-слепой, плацебо-контролируемый метод. Практически все существующие на настоящий момент публикации ограничены малым объемом выборки материала, часто ретроспективным дизайном. Существуют определенные трудности сопоставления материала ввиду повышения эффективности лечения эпилепсии и внедрения новых ПЭП. Длительный катамнез по детям проследить чрезвычайно трудно. Однако ведение Европейского и Североамериканского проспективных регистров беременности (не говоря о национальных), включающих десятки тысяч пациенток, позволяет достаточно четко представить настоящее положение дел по проблеме.

В чем состоят основные принципы терапии эпилепсии? Они четко сформулированы в Методических указаниях МЗ РФ № 130 от 2001. Основные из них:

- Планирование беременности с достижением медикаментозной ремиссии на препарате (желательна монотерапия), контролирующим как минимум генерализованные судорожные припадки (считается, что фокальные приступы практически безопасны в плане вынашивания беременности);
- В большинстве случаев пациентка нуждается в постоянном приеме ПЭП;
- Следует использовать минимальные дозировки АЭП с «наименьшим тератогенным потенциалом»;

- Работа с пациенткой в единой команде невролог – генетик – акушер.

Анализ собственного материала (ежегодно в условиях МОНИИАГ проходит обследование свыше 100 беременных, больных эпилепсией) показал, что на протяжении последних лет наблюдается четкая тенденция к улучшению исходов беременности: вероятность припадков в родах из общего числа пациенток составила 0,5%; при отсутствии ремиссии частота припадков в родах достигает 5,6%; в случае достижения медикаментозной ремиссии ни у одной пациентки не зарегистрированы припадки в родах. При родоразрешении в обычном акушерском стационаре (не специализированном по оказанию помощи больным эпилепсией) частота проведения Кесарева сечения в 1,5-2 раза выше, чем в популяции. Показаниями к проведению Кесарева сечения со стороны нервной системы были менее чем у 1% женщин. Все остальные показания входили в компетенцию акушеров (сколько проведено Кесаревых сечений только по формальному признаку из-за того, что пациентка страдает эпилепсией, установить невозможно). Суммарная частота врожденных мальформаций составила всего 2,1%, что практически в 2 раза меньше по сравнению с данными Европейского регистра (EURAP), согласно которым по состоянию на октябрь 2012 г. уровень тератогенеза составил 4,8% – для моно- и 7,2% – для политерапии. В целом же на протяжении всего четырех последних лет ведения регистра показатели снизились на 0,5% как для моно- 5,3%, так и политерапии 7,7% (2009). Существующие рекомендации ILAE о необходимости профилактики геморрагического синдрома у новорожденного в наших исследованиях не подтвердились: показатели системы гемостаза в группе новорожденных, рожденных от матерей, страдающих эпилепсией, не отличались от показателей для здоровых доношенных новорожденных. Соответственно медикаментозная коррекция системы гемостаза не требовалась (Vlasov P.N. et al., 2012).

Для преодоления существующих в настоящее время несоответствий в вопросах оказания помощи беременным женщинам, больным эпилепсией, мы видим определенные перспективы, заключающиеся в следующих мерах:

- проведении школ для пациенток, больных эпилепсией;
- совместных конференциях неврологов и акушеров;
- продолжении ведения проспективных международных регистров беременности;
- совершенствовании методов динамического наблюдения за беременностью, в т.ч. методов экспресс-диагностики врожденной патологии;
- приближении уровня акушерско-гинекологической помощи к уровню специализированных акушерских стационаров.