

воспаления в ротовой полости рта. Исследования, проведенные через 6 месяцев, 1 год, 1,5 года ортодонтического лечения свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности разработанных патогенетически обоснованных лечебно-профилактических мероприятий сопровождения лечения пациентов с МС и ХГП, о чём свидетельствует значительное снижение в ротовой жидкости показателей уровня триглицеридов, холестерина, глюкозы, степени дисбиоза, активности уреазы, эластазы и повышение активности лизоцима.

Список литературы

1. Eckel R.H. The metabolic syndrome. / R.H. Eckel, S.M. Grundy, P.Z. Zimmet // *Lancet*. – 2005. – №365. – P. 1415–28.
2. Grundy S.M. Metabolic syndrome scientific statement by the American Heart Association and the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. – 2005. – №25. – P. 2243–2244.
3. Fukui N., Shimazaki Y., Shinagawa T., Yamashita Y. Periodontal status and metabolic syndrome in middle-aged Japanese. *J Periodontol*. – 2012. – №83. – P. 1363–1371
4. Metabolic syndrome as a risk indicator for periodontal disease and tooth loss / M.L. Muskopf,

L.D. Daudt, P. Weidlich [et al.]. // *Clin Oral Investig*. – 2017. – Mar;21(2). – P. 675–683.

5. Кочурова Е.В. Диагностические возможности слюны / Е.В. Кочурова // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2014. – №1. – С.13–16.

6. Носков В. Б. Слюна в клинической лабораторной диагностике / В. Б. Носков // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2008. – № 6. – С.14–17.

7. Бельская Л.В., Сарф Е.А. Биохимические методы исследования слюны в лабораторной диагностике / Л.В. Бельская, Е.А. Сарф. – Омск: ИНТЕХ. 2013. – 78 с.

8. Горячковский А. М. Клиническая биохимия / Горячковский А. М. –Одесса: Экология, 2005. – 616 с.

9. Ферментативный метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков / Левицкий А. П., Макаренко О. А., Селиванская И. А. [и др.] // *Методические рекомендации*. – К.: ГФЦ, 2007. – 22 с.

10. Биохимические маркеры воспаления тканей ротовой полости / Левицкий А. П., Деньга О. В., Макаренко О. А. [и др.]. // *Методические рекомендации*. – Одесса: КП «Одеська міська друкарня», 2010. – 16 с.

УДК 618.2-089.163
ГРНТИ 76.29.48

Ефимкова Екатерина Борисовна

*Кандидат медицинских наук,
ведущий научный сотрудник акушерского наблюдательного отделения
ГБУЗ МО «Московский областной научно
исследовательский институт акушерства и гинекологии»
101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 22А*

Дулаева Елена Валерьевна

*Кандидат медицинских наук,
научный сотрудник акушерского наблюдательного отделения
ГБУЗ МО «Московский областной научно
исследовательский институт акушерства и гинекологии»
101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 22А*

Новикова Светлана Викторовна

*доктор медицинских наук,
руководитель акушерского наблюдательного отделения
ГБУЗ МО «Московский областной научно
исследовательский институт акушерства и гинекологии»
101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 22А*

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ.

Efimkova Ekaterina Borisovna

*Candidate of Medical Sciences,
Leading Researcher at the Obstetrics Observatory,
GBUZ MO "Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology"
101000, Moscow, Pokrovka, d.22A*

Dulaeva Elena Valerevna

*Candidate of Medical Sciences,
Researcher at the Obstetrics Observation Department
of the Moscow State Budgetary Health Institution "*

HEALTH CONDITIONS OF NEWBORNS, BORN FROM MATTERS SUFFERING WITH EPILEPSY.

Аннотация. Несмотря на проводимые исследования состояния новорожденных и течения раннего неонатального периода у новорожденных, рожденных от матерей с эпилепсией, описанные в отечественной и зарубежной литературе, многое в установлении факторов риска, причин, приводящих к осложненному течению раннего неонатального периода, до конца не изучено. Целью нашего исследования явилась оценка акушерских и неонатальных исходов у женщин с эпилепсией и выяснить, есть ли риск гестационных и ранних неонатальных осложнений у новорожденных в зависимости от проводимой матери терапии.

Abstract. Despite the ongoing studies of the condition of newborns and the course of the early neonatal period in newborns born to mothers with epilepsy, described in domestic and foreign literature, much has been studied to establish the risk factors that lead to the complicated course of the early neonatal period. The aim of our study was to assess obstetric and neonatal outcomes in women with epilepsy and to find out whether there is a risk of gestational and early neonatal complications in newborns, depending on the mother's therapy.

Ключевые слова: эпилепсия, беременные, новорожденные, антиэпилептическая терапия

Keywords: epilepsy, pregnancy, childbirth, postpartum period

В современном понимании эпилепсия — это хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся постоянной предрасположенностью к генерации приступов и их нейробиологическим, когнитивным, психологическим и социальным последствиям [1,2]. Фебрильные, неонатальные или острые симптоматические приступы, а также единственный судорожный приступ не относятся к эпилепсии. Эпилепсия считается одним из наиболее распространенных психоневрологических заболеваний и регистрируется с частотой до 1% в популяции. Согласно всемирным данным заболеваемости, около 5 миллионов человек в мире страдают в настоящее время эпилепсией, 500 миллионов человек тем или иным образом участвуют в решении проблем своих больных родственников и коллег. По данным ВОЗ, эпилепсией болеют до 1% населения земного шара, то есть 50 млн человек. В России по данным Минздрава РФ эпилепсия встречается с частотой от 1,1 до 8,9 случаев на 1000 человек [3].

В Российской Федерации в последние годы отмечено уменьшение удельного веса практически здоровых детей до 15%, а среди новорожденных и подростков этот показатель достигает всего 10-15%. Течение периода адаптации в раннем неонатальном периоде влияет на дальнейшее физическое и психическое развитие ребенка и во многом определяется здоровьем беременной, течением беременности и родов [4]. Особенно данная проблема актуальна среди беременных с сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями, которые требуют постоянной лекарственной поддержки.

В российской и зарубежной литературе имеются сведения о частоте встречаемости пороков развития новорожденных, родившихся от матерей с эпилепсией: 3-5 на 1000 новорожденных [5,6].

По мнению Абдрахмановой М.Г. и соавторов указывают на высокую частоту рождения у беременных с сохраняющимися эпилептическими приступами во время беременности – 5,14%, что более чем в 2 раза выше при сравнении с беременными, находящимися в медикаментозной ремиссии [7]. Также авторами была выявлена. Масса новорожденных менее 2500 г наблюдается в 7-10% случаев. Отмечено более частое снижение у новорожденных показателей по шкале Апгар [8].

Аntenатальное воздействие антиэпилептических препаратов (АЭП) на мозг ребенка и в перинатальном периоде приводит к задержке психомоторного развития и к нарушению формирования высшей нервной деятельности [9].

Материалы и методы. За период 2014-2019 г.г. в процессе выполнения работы были обследованы и родоразрешены 262 беременных с криптогенной эпилепсией. Ведение беременности и родоразрешение проводилось в ГБУЗ МО МОНИИАГ. Особое внимание уделялось характеру течения основного заболевания, проводимой противосудорожной терапии и наличию судорожных приступов. Обследование включало в себя полный стандартный клинико-диагностический комплекс, исследование гормонов ФПК, концентрацию ПЭ, иммунологические и морфологические методы исследования.

Статистический анализ. В основу математической обработки материала были положены непараметрические методы математической статистики. При необходимости

сравнение групп наблюдения производили с помощью непараметрических критериев (Уилкоксона-Манна-Уитни, Смирнова, Фишера, Хи-квадрат). Различия распределений считали достоверными при значении параметров $p < 0,05$. Вычисления проводили с использованием персонального компьютера IBM PC и пакета стандартных и оригинальных статистических программ.

Результаты.

Одной из задач нашего исследования явилось изучение взаимовлияния течения основного заболевания и беременности. Для наиболее благоприятного течения беременности у женщин с эпилепсией необходимо проведение прегравидарной подготовки, включающее применение фолиевой кислоты в дозе не менее 3 мг в течение трех месяцев до зачатия, а также достижение компенсации заболевания на фоне монотерапии антиконвульсантами в минимальных терапевтических боксах.

Анализ исходной противосудорожной терапии показал (рисунок 1), что в целом в режиме монотерапии, регламентируемой как «золотой стандарт» лечения эпилепсии, препараты получала 158 (60,3%) беременных, 55 (21%) беременных не получали антиконвульсанты на момент наступления беременности, причем 2 пациентки самостоятельно отменили противосудорожные препараты в связи с наступлением беременности.

У 49 (18,7%) пациенток беременность наступила на фоне комбинированной противосудорожной терапии. Наиболее часто в режиме монотерапии использовались традиционные антиконвульсанты: карбамазепин и вальпроовая кислота. Из современных антиконвульсантов у 28,4% наблюдаемых применялся леветирацетам.

Согласно литературным данным, тератогенный эффект вальпроатов прямо пропорционален применяемым дозировкам; так, при назначении вальпроовой кислоты в дозе выше 1000 мг/сутки риск тератогенности возрастает в 3 раза и более. Среди наблюдаемых пациенток 24 (9,2%) беременных получали вальпроаты в дозировке более 1000 мг в сутки в режиме монотерапии или в комбинации с другими антиконвульсантами на этапе зачатия. При необходимости комбинированной терапии наиболее часто использовалась комбинация традиционных антиконвульсантов с современными препаратами.

При анализе течения основного заболевания отмечено что наиболее часто судорожные приступы регистрировались во II триместре: у каждой четвертой беременной имелся как минимум один судорожный приступ. В первом и третьем триместрах частота судорожных приступов составила 14% и 20% соответственно. После развития ГСП беременные были консультированы неврологом с проведением мониторинга, при необходимости проводилась коррекция дозировки

исходного ПЭП или переход на комбинированную терапию. У 16 (6,1%) беременных судорожные приступы регистрировались на протяжении всей беременности, что было расценено как фармакорезистентное течение заболевания.

Осложненное течение беременности наблюдалось у большинства обследованных пациенток. Наиболее частым осложнением являлась угроза прерывания беременности в различные сроки у 32% в I триместре и у 46% во втором триместре. Однако частично беременные госпитализировались в акушерские стационары после развития судорожного приступа без явной клинической картины угрозы прерывания беременности. Наиболее частым осложнением III триместра явилась угроза преждевременных родов, которая имело место в 14% наблюдений, вторым по частоте встречаемости осложнением явилась ФПН, которая имела место у 12% наблюдаемых. Лечение акушерских осложнений осуществлялось по существующим протоколам и клиническим рекомендациям. Ни в одном из наблюдений не отмечено ранних потерь беременности. Так же ни одной из пациенток не проводилось прерывания беременности по медицинским показаниям.

Наличие эпилепсии не является показанием к плановому оперативному родоразрешению [10]. Операция кесарева сечения проводится при эпилептическом статусе, ГСП во время родов и при сохраняющихся ежедневных приступах в III триместре.

Руководствуясь данным постулатом, через естественные родовые пути были родоразрешены 215 наблюдаемых беременных, что составило 82%. Осложнений в родах, обусловленных эпилепсией, не зафиксировано ни в одном наблюдении. Уровень кровопотери у наших родильниц во время самопроизвольных родов не превышал 450 мл. Также в нашем исследовании не было подтверждения литературных данных, указывающих на повышенную кровопотерю при родах у женщин с эпилепсией. У трех беременных произошли срочные самопроизвольные роды с рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения, которое им было произведено в связи с эпилепсией.

У четырех беременных произошли влагалищные оперативные роды. Показаниям к вакуум-экстракции плода явилась прогрессирующая внутриутробная гипоксия в конце второго периода родов в одном наблюдении и слабость потуг в трех наблюдениях.

Процент абдоминального родоразрешения составил 16,4%. В плановом порядке проведено 26 (60,5%) операции кесарева сечения. Основным показаниями к плановому оперативному родоразрешению явились: рубец на матке после кесарева сечения с признаками истончения по данным УЗИ, а также тазовое предлежание и наличие ВПР: spina bifida. Кесарево сечение в плановом порядке по тяжести эпилепсии проведено всего 3 беременных.

17 операций кесарева сечения проведено в экстренном порядке по показаниям со стороны матери или плода: в 3 наблюдениях в связи начавшейся острой гипоксией плода и в 14 в связи с аномалиями родовой деятельности, не поддающихся медикаментозной коррекции.

Неонатальные исходы.

Всего родилось 265 детей (в трех наблюдениях произошли роды двойней). Проведенный анализ клинического состояния новорожденных показал, что в 88,7% наблюдений дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар не менее 8 и 8 баллов. Дети родились с массой от 2100 до 4250 грамм, частота рождения маловесных для срока гестации детей составила 14,3% и была немного выше у матерей с постоянными приступами во время беременности, но эти различия не были статистически значимыми. У двух новорожденных были выявлены ВПР - Spina bifida поясничного отдела позвоночника и

аномалии строения наружных половых органов были выявлены у двух новорожденных. Обе матери на момент наступления беременности и в течение первого триместра находились на комбинированной противоэпилептической терапии.

Работы, посвященные изучению возможной связи между приемом ПЭП матерями во время беременности и геморрагическими осложнениями у новорожденных, появились в печати в 1970-х годах. В 2002 г. E. Kaaja et al. провели первое доказательное исследование влияния фермент-индуцирующих ПЭП, принимаемых матерями во время беременности, на риск геморрагических осложнений у новорожденных.

Результаты проведенного нами анализа показателей плазменно-коагуляционной системы гемостаза у новорожденных и их матерей представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели плазменно-коагуляционной системы гемостаза

Показатели	Новорожденные от матерей, получавших ПЭТ (n = 187)	Новорожденные от матерей, не получавших ПЭТ (n = 78)	Взрослые (n =262)
Протромбиновый индекс, %	78 (60–85)	70 (54–87)	95–105
АЧТВ, сек.	57,3 (43,4–76,5)	54,0 (44,8–70,0)	28,0–36,0
Антитромбин III, %	63,0 (42,9–77,1)	54,0 (41,0–70,0)	87,0–114,0
Концентрация гепарина, ед/мл	0,07 (0,05–0,08)	0,10 (0,06–0,10)	0,08–0,12
Активность анти-Ха-фактора, ед/мл	0,09 (0,07–0,10)*	0,10 (0,07–0,11)*	0,15–0,25
Фибриноген, г/л	1,77 (1,65–2,64)**	1,86 (1,52–2,45)**	2,0–3,0

* P < 0,05 в сравнении со взрослыми.

** P < 0,05 в сравнении со взрослыми.

Примечание. АЧТВ — активированное частичное тромбопластиновое время; ПЭТ — противоэпилептическая терапия.

При анализе системы свертывания крови у новорожденных было установлено снижение фибриногена и уровня плазменных факторов, как внешнего, так и внутреннего гемостаза. Выявленные изменения можно рассматривать как тенденцию к гипокоагуляции при сравнении с аналогичными показателями у взрослых.

Противосвертывающую систему оценивали по антитромбину III, концентрации гепарина и активности анти-Ха фактора. Активность антитромбина III у новорожденных была снижена на 20% по сравнению со взрослыми. А активность анти-Ха фактора была значительно ниже, чем у взрослых. Не было различий в концентрации гепарина у взрослых и детей.

При сравнении показателей гемостаза у новорожденных от матерей, получавших противосудорожные средства и не получавших, достоверных различий не выявлено. Таким образом, антикоагулянтная система детей была функционально адекватна плазменным факторам системы свертывания. Система коагуляции была

сбалансированной и находилась в состоянии относительной нормы коагуляции и не зависела от того, проводилась ли противосудорожная терапия или нет.

Обсуждение.

Частота врожденных пороков развития и их связь с эпилепсией и антенатальным воздействием противоэпилептических препаратов у детей, рожденных от матерей с эпилепсией были исследованы множеством авторов и получили все большее внимание в течение последних десятилетий. Тем не менее, данные о акушерских перинатальных исходах у данных пациенток противоречивы. Течение эпилепсии в зависимости от различных факторов: тип эпилепсии, частота судорожных приступов на этапе зачатия, соблюдение режима приема антиконвульсантов [11,12].

По данным Razaz N, 2017, у беременных с эпилепсией имеется более высокий риск спонтанных преждевременных родов, низкий вес новорожденного при рождении, связанные с

асфиксией неонатальные осложнения и низкую оценку по шкале Апгар [13]. При анализе полученных данных, было выявлено, что частота детей с малым размером плода для гестационного возраста была несколько выше в I и III группах по сравнению со второй группой, однако статистической значимости не было получено. Объяснением полученных результатов может служить вывод Rauchenzauner M. (2011), что наличие даже одного генерализованного судорожного приступа и применение политерапии приводит к вероятности низкого веса и роста ребенка при рождении. В нашем исследовании частота хронической и острой гипоксии в антенатальный период также наиболее часто встречалась в I группе (15%), что обусловлено более тяжелым течением основного заболевания, требующих применения высоких доз антиконвульсантов и применения политерапии. Эти результаты гораздо выше, по сравнению с результатами полученных авторами из Финляндии [14] и Норвегии [15,16] - 4,6% и 1,9% соответственно

Однако, полученные нами при оценке новорожденного по шкале Апгар результаты противоречат данным, полученным Абдрахманова М.Г. и соавт, которые указывают на низкую оценку по шкале Апгар у новорожденных, рожденных от матерей с эпилепсией. Среди наших наблюдений 85% новорожденных родились в удовлетворительном состоянии, в асфиксии средней степени тяжести (оценка состояния по шкале Апгар 5 и 6 баллов) родилось лишь 3 новорожденных.

В современной литературе широко освещена взаимосвязь между ВПР и приемом антиконвульсантов во время беременности. По мнению Pennell P.B., Tomson T., Galappathy P. частота рождения детей с ВПР у матерей, принимающих ПЭП в 2-3 раза выше чем в общей популяции [17,18,19]. В нашем наблюдении родилось 2 ребенка с ВПР, обе беременные находились на комбинированной противоэпилептической терапии на момент зачатия и весь период беременности.

Заключение.

Заболевание эпилепсией не должно препятствовать женщине иметь полноценную семью. Решение о беременности пациентке надо принимать обдуманно, а вопросы планирования и ведения беременности, родоразрешения, а также дальнейшего наблюдения за женщиной и ребенком требуют индивидуального подхода с учетом всех медицинских, социальных и психологических факторов.

В заключение наше исследование показало, что женщины с эпилепсией исходно имеют повышенный риск осложненного течения беременности и родов, а также неблагоприятные перинатальные исходы. Однако при адекватной прегравидарной подготовки, совместном наблюдении невролога и акушера-гинеколога

позволяет избежать неблагоприятных исходов беременности и неонатальных осложнений.

Список литературы

1. Scheffer I.E., Berkovic S., Capovilla G., Connolly M.B., French J., Guilhoto L. et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017; 58(4): 512–21. DOI: 10.1111/epi.13709

2. Fisher R.S., Cross J.H., French J.A., Higurashi N., Hirsch E., Jansen F.E. et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017; 58(4): 522–30. DOI: 10.1111/epi.13670

3. Сидоренко К.В., Даренская Е.Ю. Распространенность эпилепсии в мире// Успехи естествознания, выпуск №6/2014 с. 128. [Sidorenko K.V., Darenskaja E.Ju. Rasprostranennost' jepilepsii v mire// Uspehi estestvoznaniya, vypusk №6/2014 s. 128.]

4. Яцык Г.В., Беляева И.А., Бомбардинова Е.П. и др. Диспансеризация новорожденных и детей грудного возраста // Российский педиатрический журнал. — 2012. — № 2. — С.22-25. [Jacyk G.V., Beljaeva I.A., Bombardirova E.P. i dr. Dispanserizacija novorozhdennyh i detej grudnogo vozrasta // Rossijskij pediatričeskij zhurnal. — 2012. — № 2. — S.22-25.]

5. Abe K, Hamada H, Yamada T, Obata-Yasuoka M, Minakami H, Yoshikawa H. Impact of planning of pregnancy in women with epilepsy on seizure control during pregnancy and on maternal and neonatal outcomes.// *Seizure*. 2014 Feb;23(2):112-6. Harden C. Antiepileptic drug teratogenesis: what are the risks for congenital malformations and adverse cognitive outcomes? *Int Rev Neurobiol*, 2008. 83:205–213.

7. Абдрахманова М.Г., Мамалинова Г.К., Нургожин Е.А., Абжанова А.О., Шуптар С.А. Тактика ведения беременности при эпилепсии. *Вестник КазНМУ*, №2(1)- 2014 с. 7-9. [Abdrahmanova M.G., Mamalinova G.K., Nurgozhin E.A., Abzhanova A.O., Shuptar S.A. Taktika vedenija beremennosti pri jepilepsii. *Vestnik KazNMU*, №2(1)-2014 s. 7-9.]

8. Зиганшин. А.М., Галимзянов В.З., Насибуллин И.М., Галимова С.Ш., Вашкевич А.Г. Современные методы терапии эпилепсии у женщин во время беременности. *Медицинский вестник Башкортостана*. Том 13, № 6 (78), 2018. с. 92-95. [Ziganshin. A.M., Galimzjanov V.Z., Nasibullin I.M., Galimova S.Sh., Vashkevich A.G. Sovremennye metody terapii jepilepsii u zhenshhin vo vremja beremennosti. *Medicinskij vestnik Bashkortostana*. Tom 13, № 6 (78), 2018. s. 92-95.]

9. Кожокару А.Б., Карлов В.А., Жидкова И.А., Серкина А.В. Интеллектуальное, психомоторное и речевое развитие детей, рожденных от страдающих эпилепсией матерей.

Журнал неврологии и психиатрии. Эпилепсия, 2016.-N 3(2).-С.25-30. [Kozhokaru A.B., Karlov V.A.,

- Zhidkova I.A., Serkina A.V. Intellektual'noe, psihomotornoe i rechevoe razvitie detej, rozhdennyh ot stradajushchih jepilepsiej materej. Zhurnal nevrologii i psichiatrii. Jepilepsija, 2016.-N 3(2).-S.25-30..]
10. Петрухин В. А., Рязанцева Е. В., Цивцивадзе Е. Б., Власов П. Н., Новикова С. В. Ведение беременности и родов у беременных с эпилепсией. // Доктор.Ру. – 2017. – № 14 (143). – С. 22–27 [Petruhin V. A., Rjazanceva E. V., Civevadze E. B., Vlasov P. N., Novikova S. V. Vedenie beremennosti i rodov u beremennyh s jepilepsiej.// Doktor.Ru. – 2017. – № 14 (143). – S. 22–27]
11. Shahla M, Hijran B, Sharif M. The course of epilepsy and seizure control in pregnant women. Acta Neurol Belg 118:459–464, 2018
12. Thomas S, Syam U, Devy J. Predictors of seizures during pregnancy in women with epilepsy. Epilepsia 53(5):e85–e88, 2012.
13. Razaz N, Tomson T, Wikström A, Cnattingius S. Association between pregnancy and perinatal outcomes among women with epilepsy. JAMA Neurol 74(8):983–99, 2017.
14. Viinikainen K, Heinonen S, Eriksson K, Kälviäinen R. Community-based, prospective, controlled study of obstetric and neonatal outcome of 179 pregnancies in women with epilepsy. Epilepsia 47:186–192, 2006.
15. Artama M, Braumann J, Raitanen J, Uotila J, Gissler M, Isojärvi J. Women treated for epilepsy during pregnancy: outcomes from a nationwide population-based cohort study. Acta Obstet Gynaecol Scand 96(7):812–820, 2017.
16. Veiby G, Daltveit A, Engelsen B, Gilhus N. Pregnancy, delivery, and outcome for the child in maternal epilepsy. Epilepsia 50(9):2130–2139. 2009.
17. Pennell PB Antiepileptic drugs during pregnancy: what is known and which AEDs seem to be safest? Epilepsia 49(Suppl 9):43–55. 2008
18. Tomson T, Xue H, Battino D (2015) Major congenital malformations in children of women with epilepsy. Seizure 28: 46–50. 2015
19. Galappathy P, Liyanage CK, Lucas MN et al. Obstetric outcomes and effects on babies born to women treated for epilepsy during pregnancy in a resource limited setting: a comparative cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 18(1):230. 2018

Е.В.Ченцова, И.Б.Алексеева, А.Н.Иванов

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ОРГАНА ЗРЕНИЯ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА.

CURRENT PROBLEMS OF EYE CONTUSION TRAUMA ACCORDING TO SPECIALIZED IN-PATIENT CLINIC DATA

Реферат. В настоящее время в структуре глазного травматизма увеличилась доля контузионной травмы, которая характеризуется особой тяжестью и может приводить к гибели глаза. Детальное исследование функционального состояния глаза при его контузии необходимо для определения степени поражения внутриглазных структур с целью оценки выраженности и уровня повреждения, прогнозирования течения патологического процесса и возможных исходов травмы глаза, определения тактики и оптимальных методов консервативного и хирургического лечения. Проблема диагностики контузионной травмы является актуальной и нерешенной и в настоящее время. В связи со многими факторами: тяжестью патологии, поздним обращением больного в стационар, недостаточно высоким качеством клинического и инструментального обследования, значительно сужается возможность проведения патогенетически направленных оперативных вмешательств, адекватно решающих вопросы восстановления правильных анатомических взаимоотношений в травмированном глазу. Несмотря на это, изучение этиологии травмы приводит к поиску новых подходов лечения травматических повреждений органа зрения, как медикаментозного, так и хирургического, и создания фона наилучшего благоприятствования для подхода к лечению пострадавшего.

Summary. The share of contusion trauma, which is characterized by extreme severity and may cause fatal damage to the eye, has expanded in the eye trauma structure. A detailed examination of the functional condition of the contusion-affected eye is needed to determine the extent to which the internal eye structures have been damaged for the purpose of evaluating the scale of the damage, predicting the course of the pathological process and possible outcome of the injury and selecting the adequate tactics and methods of conservative and surgical treatment. The problem of diagnosing contusion trauma remains unsolved owing to many factors, such as the severity of the pathological process, the patient's late call for medical attention and the inadequate quality of the clinical and instrumental examination. These factors make it increasingly difficult to perform pathogenetically-oriented surgery with the objective of restoring correct anatomical interrelations in the injured eye. Despite these problems, the study of the etiology of the trauma helps find new approaches to both therapeutic and surgical treatment of eye trauma and create the best possible conditions for treatment.

Ключевые слова: глазной травматизм, контузионная травма, тяжесть патологии, проблема диагностики и лечения.

Key words: eye trauma, contusion trauma, severity of pathological process, diagnosis and treatment problem.