

48. Fazio V.W., Coffey J.C., Heneghan H.M. Ileal pouch-anal anastomosis analysis of outcome and quality of life in 3707 patients// *Am. J. Surg.* 2013-257 (4) P. 679-85.
49. Ferrari B.T., Fonkalsrud E.W. Endorectal ileal reservoir after total colectomy // *Amer.J.Surg.* – 1978. – V. 136. – P. 113-118.
50. Fonkalsrud E.W. Endorectal ileoanal anastomosis with isoperistaltic ileal reservoir after colectomy and mucosal proctectomy // *Ann. Surg.* – 1984. – V.199. – P.151-157.
51. Forbes S.S., O'Connor B.I., Victor J.C., Cohen Z., McLeod R.S. Sepsis is a major predictor of failure after ileal pouch-anal anastomosis // *Dis Colon Rectum.* – 2009. – 52 (12). – P.1975-1981.
52. Goldberg S.M. Discussion in Taylor B.M., Beart R.W., Dozois R.R. [et al.]. Straight ileoanal anastomosis versus ileal pouch – anal anastomosis after colectomy and mucosal proctectomy // *Arch Surg.* – 1983. – V.118. – P.696-701.
53. Goligher I.C. *Surgery of the anus rectum and colon.* – London.-1980.-968 p.
54. Hatakeyama K., Yamai K., Muto T. Evaluation of ileal W ouch-anal anastomosis for restoration proctocolectomy // *Colorectal Dis.* – 1989. – V. 4. – P. 150-155.
55. Hallberg H., Stahlberg D., Akerlund J.E. Ileal pouch-anal anastomosis (IPAA): functional outcome after postoperative pelvic sepsis. A prospective study of 100 patients // *Int. J. Colorectal Dis.* – 2005. – 20 (6). – P.529-533.
56. Harst D.R., Molinar M., Chung T.P. [et al.]. Prospective Study of the incidence, timing, and treatment of pouchitis in 104 consecutive patients after restarative proctocoloectomy // *Surgery.* – 1996 – V. 131. – № 5. – P. 497-502.
57. Heppell J., Weiland L.H., Perrault J., Pemberton J.H., Telander R.L. Fate of the rectal mucosa after rectal mucosectomy and ileoanal anastomosis // *Dis Colon Rectum.* – 1983. – 26. – P.768-771.
58. Huetting W.E., Buskens E., van der Tweel I., Gooszen H.G., van Laarhoven C.J. Results and complications after ileal pouch anal anastomosis: a meta-analysis of 43 observational studies comprising 9 317 patients // *Dig Surg.* – 2005. – 22 (1- 2). – P.69-79.
59. Iwaya A., Iiai T., Okamoto H., Ajioka Y., Yamamoto T., Asahara T., Nomoto K., Hatakeyama K. Change in the bacterial flora of pouchitis // *Hepatogastroenterology.* – 2006. – 53. – P.55-59.
60. Johnson D., Williamson M.E., Iawis W.G. et al. Prospective controlled trial of duplicated (J) versus quadruplicated (W) pelvic ileal reservoir in restorative proctocolectomy for ulcerative colitis // *Gut.* – 1996. – V. 39 (2). – 242-247.
61. Kariv R., Remzi F.H., Lian L., Bennett A.E., Kiran R.P., Kariv Y., Fazio V.W., Lavery I.C., Shen B. Preoperative colorectal neoplasia increases risk for pouch neoplasia in patients with restorative proctocolectomy // *Gastroenterology.* – 2010. – 139 (3). – P.806-812.
62. Koerdt S., Jehle E.C., Kreis M.E., Kasperek M.S. Quality of life after proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis in patients with ulcerative colitis // *Int. J. Colorectal Dis.* – 2014. – 29 (5). – P. 545-554.
63. Kriehley M.R., Yoshioka K., Kmiot W. Prospective randomized trial to compare the stapled double lumen pouch and the sutured quadruple pouch for restorative proctocolectomy // *Brit. J. Surg.* – 1988. – V. 75. – № 10. – P.1008-1011.
64. Lavery I.C., Sirimarco M.T., Ziv Y., Fazio V.W. Anal canal inflammation after ileal pouch-anal anastomosis. The need for treatment. // *Dis Colon Rectum.* – 1995. – 38 (8). – P.803-806.
65. Lee P.Y., Fazio V.W., Church J.M., Hull T.L., Eu K.W., Lavery I.C. Vaginal fistula following restorative proctocolectomy // *Dis Colon Rectum.* – 1997. – 40 (7). – P. 752-759.
66. Leijonmarck C.E., Lofberg R., Ost A., Hellers G. Long-term results of ileorectal anastomosis in ulcerative colitis in Stockholm County // *Dis Colon Rectum.* – 1990. – 33. – P.195-200.
67. Leowardi C., Hinz U., Tariverdian M., Kienle P., Herfarth C., Ulrich A., Kadmon M. Long-term outcome 10 years or more after restorative proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis in patients with ulcerative colitis // *Langenbecks Arch Surg.* – 2010. – 395 (1). – P.49-56.
68. Lim M., Sagar P., Abdulgader A., Thekkinkattil D., Burke D. The impact of preoperative immunomodulation on pouch-related septic complications after ileal pouch-anal anastomosis // *Dis Colon Rectum.* – 2007. – 50 (7). – P.943-951.
69. Lindqvist K., Liljeqvist L., Sellburg B. The topography of ileoanal reservoirs in relation to evacuation patterns and clinical Function // *Acta Chir. Scand.* – 1984. – V.150. – P. 573-579.
70. Lovegrove R.E., Constantinides V.A., Heriot A.G., Athanasiou T., Darzi A., Remzi F.H., Nicholls R.J., Fazio V.W., Tekkis P.P. A comparison of hand-sewn versus stapled ileal pouch anal anastomosis (IPAA) following proctocolectomy: a meta-analysis of 4183 patients // *Ann Surg.* – 2006. – 244 (1). – P. 18-26.
71. Lovegrove R.E., Heriot A.G., Constantinides V., Tilney H.S., Darzi A.W., Fazio V.W., Nicholls R.J., Tekkis P.P. Meta-analysis of short-term and long-term outcomes of J, W and S ileal reservoirs for restorative proctocolectomy // *Colorectal Dis.* – 2007. – 9 (4). – P.310-320.
72. McCormick P.H., Guest G.D., Clark A.J., Petersen D., Clark D.A., Stevenson A.R., Lumley J.W., Stitz R.W. The ideal ileal-pouch design: a long-term randomized control trial of J- vs W-pouch construction // *Dis Colon Rectum.* – 2012. – 55 (12). – P.1251-1257.
73. Michelassi F., Lee J., Rubin M., Fichera A., Kasza K., Karrison T., Hurst R.D. Long-term functional results after ileal pouch anal restorative proctocolectomy for ulcerative colitis: a prospective observational study // *Ann Surg.* – 2003. – 238 (3). – P.433-441.
74. Ribotta G., Montesani C, Pronino A. Restorative proctocolectomy with «J» reservoir in the treatment of ulcerative colitis // *Ital. J. Surg. Sci.* – 1988. – V.18. – № 3. – P.253-258.
75. Skarsgard E.D., Atkinson G, Bell G.A. [et al.]. Function and quality of live results after ileal pouch surgery for chronic ulcerative colitis and familial polyposis // *Amer. J. Surg.* – 1989. – V.167. – № 5. – P.467-471.
76. Stelzner M., Fonkalsrud F.W. Functional changes associated with short and long lateral reservoir in a canine model// *Dis. Colon Rectum.* – 1993. – V.36. – P.266-272.

УДК 618.3-06616.853-08
© Коллектив авторов, 2018

А.М. Зиганшин, В.З. Галимзянов, И.М. Насибуллин, С.Ш. Галимова, А.Г. Вашкевич
**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ
У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**
*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

В представленном обзоре современной литературы приведены данные о распространенности, этиологии, патогенезе, диагностике и лечении эпилепсии у беременных женщин. Экстрагенитальные заболевания во всем мире устойчиво занимают первое место в структуре причин материнской смертности. Эпилепсия, являясь широко распространенным заболеванием нервной системы, в развитых странах опережает преэклампсию по количеству материнской смертности. С эпилепсией связаны повышенный риск акушерского кровотечения, задержка роста плода и гипертонические расстройства во время беременности. Терапия эпилепсии в период беременности осложняется неблагоприятным воздействием противосудорожных

ческих препаратов на организм матери и плода, что требует необходимости обоснованного выбора препаратов для предотвращения судорог и осложнений, связанных с беременностью. В статье обсуждены вопросы прегравидарной подготовки беременных с целью профилактики врожденных пороков развития и подбора противосудорожной терапии с учетом тератогенного воздействия препаратов на плод. Совершенствование методов терапии эпилепсии у беременных женщин позволит избежать проблем, связанных с ухудшением их состояния и плода, а также снизить материнскую и перинатальную смертность.

Ключевые слова: беременность, эпилепсия, противосудорожная терапия, фактор риска.

A.M. Ziganshin, V.Z. Galimzyanov, I.M. Nasibullin, S.Sh. Galimova, A.G. Vashkevich
PRESENT METHODS OF EPILEPSY TREATMENT IN PREGNANT WOMEN

This review of recent literature presents data on prevalence, etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of epilepsy in pregnant women. Extragenital diseases are consistently ranked 1st in the structure of causes of maternal mortality worldwide. Epilepsy is no exception, being a widespread disease of the nervous system, in developed countries it is ahead preeclampsia by the number of maternal mortality. Epilepsy is associated with an increased risk of obstetric bleeding, fetal growth retardation and hypertensive disorders during pregnancy. Treatment of epilepsy during pregnancy in women is complicated by the adverse effects of antiepileptic drugs on the mother and fetus, which requires a reasonable choice of drugs to prevent seizures and complications associated with pregnancy. The article discusses the issues of preconception preparation for the prevention of congenital malformations, selection of antiepileptic therapy, taking into account the teratogenic effects of drugs on the fetus. Improving the methods of treatment of epilepsy in pregnant women will help to avoid problems associated with the deterioration in the condition of the mother and fetus, to reduce maternal and perinatal mortality.

Key words: pregnancy, epilepsy, antiepileptic therapy, risk factor.

За последние четверть века благодаря усилиям специалистов ВОЗ и ЮНИСЕФ удалось снизить показатель материнской смертности (МС) от прямых причин, связанных непосредственно с акушерской патологией. Однако, не удалось добиться прогресса в снижении МС, обусловленной соматическим неблагополучием беременной женщины. В настоящее время растет количество экстрагенитальных заболеваний, особенно в развитых странах с высоким уровнем дохода на душу населения, где они доминируют в списке причин МС [1,2,3].

Эпилепсия является наиболее распространенным заболеванием нервной системы. Являясь хроническим заболеванием головного мозга, она характеризуется повторными, спонтанными приступами в виде нарушений двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных и психических функций, возникающих вследствие чрезмерных нейрональных разрядов в коре головного мозга [2,4,5].

Особенно актуальна проблема в последнее десятилетие в связи с увеличением количества беременностей и родов у женщин репродуктивного возраста. Ежегодно регистрируемая заболеваемость эпилепсией варьирует от 20 до 120/100 000 новых случаев в год, в среднем 70/100 000. Среди общего количества больных от 25 до 40% составляют женщины репродуктивного возраста, при этом у 13% женщин манифестация заболевания приходится на период беременности [4,5,6].

Эпилепсия относится к заболеваниям группы высокого риска. Материнская смертность при эпилепсии в 10 раз выше, чем у пациенток без данного заболевания. В развитых странах беременные женщины умирают чаще от эпилепсии во время беременности, чем от преэклампсии [1,7]. Отечественные и зару-

бежные исследователи связывают с эпилепсией повышенный риск развития акушерских кровотечений, синдрома задержки роста плода и гипертензивных расстройств во время беременности [7].

В современной эпилептологии обсуждаются три главных направления в отношении перинатального финала беременности: влияние эпилептических приступов на организм матери и плода; тератогенный риск при приеме антиэпилептических препаратов (АЭП) и риск наследования эпилепсии [5,8,9].

Антиэпилептические препараты согласно классификации категорий риска для плода FDA разделяются на 3 категории: С – риск не исключен, D – риск доказан и X – противопоказаны при беременности [10].

Препараты категории С – представители II поколения АЭП (ламотриджин, этосуксимид, леветирацетам, окскарбазепин, лакозамид, зонисамид, перампанел, тиагабин) [11,12] – не обладают выраженным тератогенным эффектом, но могут вызывать различные дефекты развития плода, задержку внутриутробного развития плода, пороки развития сердечно-сосудистой системы (дефект межжелудочковой перегородки, клапанные аномалии), висцеральные аномалии (перампанел), замедление оссификации (ламотриджин). Препараты I поколения (вальпроевая кислота, карбамазепин, фенобарбитал, клоназепам) могут вызывать более грубые врожденные дефекты и пороки в виде расщелин твердого неба, краниофациальные дефекты, скелетные аномалии, дефекты коагуляции, дефекты развития нервной трубки, врожденный порок spina bifida [13,14,15].

Хотя риск формирования врожденной патологии развития (ВПР) и аномалий в 2-3 раза выше у детей, рожденных от матерей,

которые лечились от эпилепсии во время беременности [3], на сегодня лечению подлежат все беременные с активной эпилепсией [1,16]. Важнейшими принципами терапии эпилепсии являются: монотерапия препаратом выбора, рекомендованным для лечения определенной формы эпилепсии; использование препарата в достаточной дозе с учетом массы пациента. Замена препарата должна производиться постепенно и использование комбинации препаратов возможно только при неэффективности монотерапии с учетом возможных побочных действий препаратов [17,18,19]. При этом женщинам в период беременности необходимо продолжать прием АЭП с наибольшей терапевтической эффективностью [17,20,21].

Принципиальным фактором залога успешного течения беременности и наименьшей безопасности при лечении эпилепсии у беременных является проведение монотерапии с использованием минимальной дозировки АЭП, но с контролируемым высвобождением активного вещества (Депакин Хроно, Финлепсин Ретард, Тегретол ЦР). Применение современных дюранных форм АЭП позволяет исключить тератогенный пик концентрации препарата в крови и избежать приступа при существенном снижении уровня антиконвульсанта [7].

Поскольку все АЭП проникают через фетоплацентарный барьер и обладают тератогенным потенциалом, необходимо проведение ультразвукового и кардиотокографического контроля за внутриутробным состоянием плода. Своевременная диагностика врожденной патологии развития (ВПР) и аномалий при малом сроке беременности позволит исключить осложнения беременности, которые могут привести к смерти плода [2,7].

Трендом современной эпилептологии на сегодня является достижение длительной ремиссии заболевания, а не контроль приступов. Планировать и вынашивать беременность возможно при наличии: 1) стойкой медикаментозной ремиссии заболевания, длящейся более трех лет, 2) эпилепсии с редкими генерализованными и вторично генерализованными припадками, 3) заболевания, с не более одним генерализованным тонико-клоническим припадком в год, 4) эпилепсии с редкими фокальными эпилептическими припадками (без амбулаторных автоматизмов и падений) [2,4,14]. При планировании женщиной беременности врачам акушеру-гинекологу и неврологу необходимо разъяснить, что внезапное прекращение приема АЭП увеличивает риск МС, достигающей при эпилепсии 3,8% [14,15,21].

Обязательным условием является предотвращение ВПР и аномалий у плода, связанных с тератогенным воздействием АЭП. Для исключения риска ВПР плода показано назначение препаратов фолиевой кислоты до зачатия (за 2 – 3 месяца) и на протяжении I триместра беременности (до 13 недель) [8,22,23]. При этом назначение препаратов фолиевой кислоты не должно быть бесконтрольным, поскольку высокий уровень фолатов в сыворотке крови (при явлениях передозировки витамина В5) является фактором риска провокации эпилептического приступа. При приеме АЭП, обладающих энзиминдуцирующими свойствами (карбамазепин, барбитураты), возможно повышение уровня печеночных ферментов (ЛДГ, АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ) в крови, поэтому необходима оценка уровня ферментов [20,21,22]. Большинство пациенток с эпилепсией могут кормить грудью и принимать АЭП, так как проведенные исследования подтверждают, что через грудное молоко ребенок получает меньшее количество АЭП, чем через плаценту во время внутриутробного развития [15,16].

Эпилепсия не является противопоказанием для родов через естественные родовые пути, желательнее, чтобы роды проходили физиологическим путем. На сегодня показаниями для проведения оперативного родоразрешения (кесарево сечение) являются: эпилептический статус, учащение эпилептических припадков в предродовом периоде, отрицательная динамика состояния плода [15].

Особое внимание следует обратить на лабораторные исследования: биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, калий, натрий, билирубин, алататаминотрансфераза (АлАТ), аспартат-аминотрансфераза (АсАТ), амилаза, креатинин, мочевины, натрий, кальций, магний). С учетом негативного влияния АЭП на фолатный обмен необходимо определение уровня фолиевой кислоты, гомоцистеина, цианокобаламина в сыворотке крови за три месяца до планируемой беременности и в I триместре беременности [3,11].

Инновационным методом диагностики в современной эпилептологии является исследование фармакогенетических маркеров чувствительности к АЭП: для вальпроевой кислоты – определение полиморфизма генов изоферментов цитохрома P450 печени CYP2C9*2, CYP2C9*3, CYP2A6, CYP2B6, CYP1A1, CYP2D6, CYP2E1(1), CYP2E1(2); для карбамазепина полиморфизма генов цитохрома CYP3A4, CYP3A5, гена, транспортера MDR1 (C3435T); для ламотриджина поли-

морфизма – гена глутатион-S-трансферазы (mGSTM1 и tGSTT1), гена глутатион-S-трансферазы n(1) и n(2), гена натриевого канала (SCN1VS5N) и гена уридинфосфатглюкуронозилтрансферазы (UGT1A4) [13,14,15].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводится в сроки 10-12 и 18-20 недель для исключения ВПР. Диагностика дефектов нервной трубки проводится в сроки 10-12 недель беременности. Учитывая высокий риск развития фетоплацентарной недостаточности, необходимо выполнить доплерометрическое исследование кровотока плода [2,8,9]. Электроэнцефалографию головного мозга и определение концентрации АЭП в крови необходимо выполнять 1 раз в 2 месяца, а в случае наблюдения приступов во время беременности при каждом обращении беременной к неврологу [11].

По данным Европейского регистра эпилепсии и беременности (EURAP) генерализованные тонико-клонические припадки реги-

стрируются у 15,2% беременных женщин. Ухудшение контроля над эпилептическими приступами (ЭП) в течение I и II триместров беременности отмечается в 15,8% наблюдений, риск ЭП во время родов составляет примерно 2,5%, при этом вероятность наступления приступа выше при наличии генерализованных тонико-клонических судорог в течение беременности [15,21].

Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о возможности женщины, страдающей эпилепсией, иметь семью. Рациональная фармакотерапия при этом заболевании способствует рождению здорового ребенка и сохранению здоровья матери. Женщинам репродуктивного возраста следует планировать беременность только после тщательного консультирования у эпилептолога, акушера-гинеколога, генетика, взвешивая радость материнства и риски предстоящей беременности.

Сведения об авторах статьи:

Зиганшин Айдар Миндиярович – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Zigaidar@yandex.ru.

Галимзянов Виталий Захитович – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Vital_gal@mail.ru.

Насибуллин Ильдар Марсович – к.м.н., доцент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: nim_76@mail.ru

Галимова Саида Шамильевна – ординатор кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: saida9319@mail.ru.

Вашкевич Александра Геннадьевна – студентка 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: a_vash21@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Экстрагенитальные заболевания и гестация: существует ли баланс риска и безопасности? / С.В. Апресян [и др.] // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2017. – Т.17, № 3. – С. 49-60.
2. Women treated for epilepsy during pregnancy: outcomes from a nationwide population based cohort study / M. Artama [et al.] // Acta Obstet. Gynecol Scand. – 2017. – Vol. 96, № 7. – P. 812-820.
3. Контроль над эпилептическими приступами во время беременности / Д.В. Дмитренко [и др.] // Проблемы женского здоровья. – 2014. – № 2. – С. 36-45.
4. Власов, П.Н. Эпилепсия и беременность: современная терапевтическая тактика / П.Н. Власов, В.А. Карлов, В.А. Петрухин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – Т.5, № 1. – С. 13-17.
5. Жидкова И.А. Эпилепсия и репродуктивное здоровье женщины / И.А. Жидкова, В.А. Карлов, Л.В. Адамян // Saarbru cen: Palmarium academic publishing.- 2012.- 278с.
6. Беременность при эпилепсии: тактика ведения и родоразрешения / Е.Б. Цивцивадзе [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66, № 5. – С. 69-79.
7. Акушерские и перинатальные исходы у беременных с эпилепсией / Е.Б. Цивцивадзе [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – Т.18, № 1. – С. 69-76.
8. Карлов, В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: руководство для врачей.- М.:ОАО «Издательство «Медицина».- 2010.-720с.
9. Comparative Safety of Antiepileptic Drugs During Pregnancy / S. Hernandez-Diaz [et al.] J. Neurology. – 2012. Vol. 21. – P. 1692-1699.
10. Seizure control and treatment changes in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry / D. Battino [et al.] // Epilepsia. – 2013. – Vol. 54, № 9. – P.1621-1627.
11. Карлов, В.А. Эпилепсии и материнство / В.А. Карлов, Л.В. Адамян, И.А. Жидкова // Новая аптека. – 2009. – №3. – С. 89-93.
12. Дмитренко, Д.В. Эпилепсия и беременность / Д.В. Дмитренко. – М.: Издательство Медика, 2014. – 142 с.
13. Genetic testing in the epilepsies / R. Ottman [et al.] // Report of the ILAE Genetics Commission. Epilepsia // 2010. – Vol.51, № 4. – P. 655-670.
14. Sveberg, L. The impact of seizures on pregnancy and delivery / L. Sveberg, S. Svalheim, E. Taubøll // Seizure. – 2015. – Vol. 28. – P. 35-38.
15. EURAP Study Group. Seizure control and treatment changes in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry / D. Battino [et al.] // Epilepsia. – 2013. – Vol. 54, № 9. – P. 1621-1627.
16. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics. – 2001. – Vol.108, №3. – P. 776-789.
17. Дэррил, Сью. Интенсивная терапия: современные аспекты / С. Дэррил, В. Джейнан. М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 336 с.
18. Зиганшин, А.М. Основные показания для оперативного родоразрешения у девочек-подростков / А.М. Зиганшин, В.А. Кулаковский, Э.А. Зиганшина // Материалы XV научн. форума «Мать и дитя». – М., 2014. – С. 66-67.
19. Зиганшин, А.М. Структура заболеваний беременных женщин в экологически напряженном районе / А.М. Зиганшин, В.А. Кулаковский // Материалы X научн. форума «Мать и дитя». – М., 2009. – С. 492-493.
20. Тактика ведения беременных с эпилепсией / С.И. Колесниченко [и др.] // Медицина и экология. – 2017. – № 3. – С. 84.
21. Epilepsy in pregnancy and reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis / L. Viale [et al.] Acta Neurol Scand. – 2016. – Vol. 133, № 5. – P. 380-383.

22. Воронкова, К.В. Рациональная антиэпилептическая фармакотерапия: руководство для врачей / К.В. Воронкова [и др.]. – М.: Бином, 2008. – 192 с.
23. Государственный реестр лекарственных средств [Электронный ресурс]. – URL: <http://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx> (дата обращения: 16.10.2018).

REFERENCES

1. Extragenital diseases and gestation: is there a balance of risk and safety? / S. V. Apresyan [et al.] // *Obstetrics and gynecology: news, opinions, training*. - 2017. - Vol. 17, № 3. - P. 49-60. (in Russ).
2. Women treated for epilepsy during pregnancy: outcome from a nationwide population based cohort study / M. Artama [et al.] // *Acta Obstet. Gynecol Scand*. - 2017. - Vol. 96, № 7. - P. 812-820.
3. Control of epileptic seizures during pregnancy / D. V. Dmitrenko [et al.] // *Problems of women's health*. - 2014. - № 2. - P.36-45. (in Russ).
4. Vlasov, P. N. Epilepsy and pregnancy: modern therapeutic tactics / p. N. Vlasov, V. A. Karlov, V. A. Petrukhin // *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. - 2013. - Vol. 5, № 1. - P. 13-17. (in Russ).
5. Epilepsy And reproductive health of a woman / I. A. Zhidkova, V. A. Karlov, L. V. Adamyan // Saarbru cen: Palmarium academic publishing. - 2012. - 278с. (in Russ)
6. Pregnancy with epilepsy: tactics of management and delivery / E. Tsvitshivadze // *Journal of obstetrics and women's diseases*. - 2017. - Vol. 66, № 5. - P. 69-79. (in Russ).
7. Obstetric and perinatal outcomes in pregnant women with epilepsy / E. Tsvitshivadze [et al.] // *Russian Bulletin of obstetrician-gynecologist*. - 2018. - Vol. 18, № 1. – P. 69 to 76.
8. Charles, V. A., Epilepsy in children and adults, women and men: a guide for doctors.- M.: JSC "Publishing house "Medicine".-2010.- 720С. (in Russ).
9. Comparative Safety of Antiepileptic Drugs During Pregnancy. Herndandez-Diaz [et al.] *J. Neurology*. - 2012. Vol. 21. 1692-1699.
10. Seizure control and treatment changes in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry / D. Battino [et al.] // *Epilepsia*. - 2013. - Vol. 54, № 9. 1621-1627.
11. Karlov, V. A. Epilepsy and motherhood / V. A. Karlov, L. V. Adamyan, L. A. Zhidkova // *New drugstore*. - 2009. - №3. - P. 89-93.
12. Dmitrenko, D. V. Epilepsy and pregnancy / D. V. Dmitrenko. – M.: Publishing House Of Medika, 2014. 142 p.
13. Genetic testing in the epilepsies / R. Ottman [et al.] // *Report of the ILAE Genetics Commission. Epilepsia* // 2010. - Vol.51, № 4. - P. 655-670. (in Russ).
14. Sveberg, L. The impact of seizures on pregnancy and delivery / L. Sveberg, S. Svalheim, E. Taubøll // *Seizure*. - 2015. - Vol. 28. – P. 35-38.
15. EURAP Study Group. Seizure control and treatment changes in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry / D. Battino [et al.] // *Epilepsia*. - 2013. - Vol. 54, № 9. - P. 1621-1627.
16. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. - 2001. - Vol.108, №3. 776-789.
17. Darryl, Sue. Intensive care: modern aspects / C. Darryl, V. Jane. M.: Medpress-inform, 2010. - 336 p. (in Russ).
18. Ziganshin, A. M. the Main indications for operative delivery in adolescent girls / M. A. Ziganshin, V. A. Kulavskiy, E. A. Ziganshin // *abstracts of the XV scientific. forum " Mother and child."* - M., 2014. - P. 66-67. (in Russ).
19. Ziganshin, A. M. the Structure of diseases of pregnant women in an ecologically tense region / M. A. Ziganshin, V. A. Kulavskiy // *proceedings of the X scientific. forum " Mother and child."* - M., 2009. - P. 492-493. (in Russ).
20. Tactics of management of pregnant women with epilepsy / S. I. Kolesnichenko [et al.] // *Medicine and ecology*. - 2017. - № 3. - P. 84. (in Russ).
21. Epilepsy in pregnancy and reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis / Viale [et al.] *Acta Neurol Scand*. - 2016. - Vol. 133, № 5. - P. 380-383.
22. Voronkova, K. V. Rational antiepileptic pharmacotherapy: manual for doctors / V. Voronkova, K. [and others]. - M.: Binom, 2008. - 192 p. (in Russ).
23. State register of medicines [Electronic resource]. – URL: <http://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx> (date accessed: 16.10.2018). (in Russ).

УДК 616-056.52-07-085

© Н.А. Попова, С.В. Романова, А.В. Шестакова, 2018

Н.А. Попова, С.В. Романова, А.В. Шестакова
**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ФОРМ
 ОЖИРЕНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
 Минздрава России, г. Нижний Новгород*

Проблема ожирения в настоящее время достигла размеров эпидемии, что волнует медицинское сообщество всего мира. Ожирение ассоциируется с развитием осложнений, угрожающих для жизни. На первом месте по летальности находятся осложнения со стороны сердечно-сосудистых заболеваний. Вторичные формы ожирения имеют различные причины возникновения: генетические синдромы, различные эндокринопатии, прием ряда препаратов и причины, приводящие к повреждению работы центральной нервной системы. Данные заболевания могут быть как первопричиной ожирения, так и следствием различной патологии. В данной ситуации характерны нарастание и перераспределение массы тела по абдоминальному типу. Нарастает комплекс метаболических и эндокринных изменений. В подавляющем большинстве подходы к терапии практически не отличаются от общепринятых. Однако в первую очередь требуется компенсировать заболевание, приведшее к ожирению.

Ключевые слова: ожирение, эндокринные нарушения, генетические синдромы, вторичные формы ожирения, диета.

N.A. Popova, S.V. Romanova, A.V. Shestakova
**PECULIARITIES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT
 OF SECONDARY FORMS OF OBESITY IN THERAPEUTIC PRACTICE**

At present, the problem of obesity has become epidemical, that tends to alarm the world medical community. Obesity is associated with the development of complications, threatening life. Cardio-vascular complications ranks 1st by mortality. Secondary forms of obesity refer to different origins. It covers genetic syndromes, various endocrine pathologies, intake of several medicines, and reasons leading to the central nervous system's damage. These diseases may be both the initial cause of obesity, and a consequence