

# БРЕМЕННОСТ И МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА: КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

Виолета Станева<sup>1</sup>, Иван Димитров<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Катедра по здравни грижи, Факултет по обществено здравеопазване,  
Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

<sup>2</sup>Медицински университет „Проф. Д-р Параскев Стоянов“ – Варна, Филиал Сливен

## PREGNANCY AND MULTIPLE SCLEROSIS: CLINICAL CASES

Violeta Staneva<sup>1</sup>, Ivan Dimitrov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Care, Medical University of Varna

<sup>2</sup>Sliven Affiliate, Medical University of Varna

### РЕЗЮМЕ

Множествената склероза е заболяване, което засяга преимуществено хора в млада, активна възраст. Известно е, че жените страдат по-често от мъжете. Знае се също, че бременността и раждането оказват влияние върху развитието на заболяването. Докато по време на бременността ходът е по-доброкачествен, пристъпите са по-редки, то след раждането нерядко се регистрира тежък пристъп и се увеличава степенята на инвалидизация. Не са изключение и случаите, в които болестта се открива вследствие на първи пристъп, получен именно след раждане.

Представени са два случая на пациентки с множествена склероза, едната с тежък пристъп и бърза прогресия на заболяването след раждане, а втората – без подобни усложнения. Обсъждат се разликите между двата случая, като се акцентира върху необходимостта от информирание на пациентките с множествена склероза за възможните рискове след раждане и мястото на професионалиста по здравни грижи в този процес.

**Ключови думи:** множествена склероза, бременност, раждане, клинични случаи

### ABSTRACT

Multiple sclerosis is a disease that primarily affects people in young, active age. It is known that women are affected more often than men. It is also known that pregnancy and delivery have an impact on the development of the disease. While during pregnancy the course is more benign, relapses are rare, a severe seizure often occurs after delivery, and the degree of disability increases. It is considered no exception for the disease to be diagnosed following a first-time relapse that occurs soon after delivery.

We present two cases of female patients with multiple sclerosis: one with a severe relapse and a rapid progression of the disease after delivery, and another with no such complications. The differences between the two cases are discussed, focusing on the need to inform patients with multiple sclerosis about the possible postpartum risks and the role of the healthcare professional in this process.

**Keywords:** multiple sclerosis, pregnancy, delivery, clinical cases

**ВЪВЕДЕНИЕ:**

Множествената склероза (МС) е хронично, пристъпно и прогресиращо заболяване на нервната система, което се характеризира с разпространение в пространството и времето. Демиелинизационният и невродегенеративният процес засягат в хода на болестта множество структури в мозъчното вещество, като причиняват специфични клинични прояви. Независимо от индивидуалните различия и клиничната форма, болестта обичайно води до редица двигателни, сетивни, автономни и когнитивни нарушения (3, 4). Двигателният дефицит е общо разпространен, но силно нееднороден сред отделните пациенти. В хода на заболяването той нарушава по специфичен начин ежедневните дейности през целия живот, в зависимост от превалирането на паретичните и дискоординационните прояви. Съществени елементи на сумарното увреждане са също зрителните нарушения, сетивните симптоми, особено болката, както и тазово-резервоарните, сексуалните и психологичните (5).

Множествената склероза е заболяване, което засяга преимуществено хора в млада, активна възраст. Известно е, че жените страдат по-често от мъжете. Знае се също, че бременността и раждането оказват влияние върху развитието на заболяването. Докато по време на бременността ходът е по-доброкачествен, пристъпите са по-редки, то след раждането нерядко се регистрира тежък пристъп и се увеличава степента на инвалидизация. Не са изключение и случаите, в които болестта се открива вследствие на първи пристъп, получен именно след раждане. При голяма част от пациентките болестта се развива благоприятно при съвременното лечение. Няма данни МС да повлиява по някакъв начин фертилитета, концепцията, жизнеспособността на плода и раждането (1).

При МС не се наблюдава нарастване на вероятността за ектопична бременност, спонтанен аборт, мъртво раждане и вродени малформации. Когато се взема решение за забременяване, единствено трябва да се има предвид инвалидността на пациентката, която може да затрудни отглеждането на детето (1).

Медикаментозното лечение, прилагано съгласно препоръките в консенсусните документи на Българското дружество по неврология и в съответствие с европейски и световни аналози, се провежда с цел модифициране хода на заболяването и повлияването му по време на пристъп. Наред с това, съобразно състоянието на пациента, с преобладаване към даден момент на

конкретни оплаквания и симптоми, се извършва и симптоматично лечение със стремеж за индивидуализиране (6). Това терапевтично поведение се допълва и с цяла палитра нефармакологично третиране, най-вече физиотерапия и рехабилитация, психологична подкрепа и терапия и други методи с по-малко доказателства за ефективност. Признава се, че терапевтичното обучение на пациентите, което ги подпомага при приемане и управление на хроничното им заболяване, изисква мултидисциплинарна намеса. Подчертава се, че именно медицинската сестра е „сърцето“ на този подход (7). Преди планираното забременяване трябва да се преустанови приемането на всякакви медикаменти, модифициращи хода на заболяването, защото те са противопоказани през този период. Според някои автори *лечението с интерферон бета или глатирамер ацетат не трябва да се спира „превантивно“, а само след установена бременност.*

Според съвременната позиция, възприета след 1950 г., жените с МС не се съветват да избягват бременността. Отхвърлено е схващането, че бременността може да влоши състоянието им. Счита се, че тя има известен протективен ефект. Броят на пристъпите намалява по време на бременност, особено през втория и третия триместър. Няма доказателства за повишен риск от пристъпи, свързан с кърменето.

Започването и прекратяването на лечение с медикаменти, модифициращи хода на заболяването, като Avonex®, Betaferon®, Rebif®, Copaxone® и др., се предприема само след обсъждане на плана за забременяване с лекар. Тези медикаменти не се препоръчват и по време на кърмене, защото не е известно дали се излъчват в кърмата. По време на бременност и кърмене не трябва да се приемат и никакви други медикаменти, без предварително съгласуване с личния лекар и с невролога, с оглед безопасност и избягване на нежелани въздействия.

Що се отнася до акушеро-гинекологичната помощ при МС, обикновено не се налагат специални грижи по време на бременност. Раждането протича нормално, както при здравите жени. Решението за оперативно родоразрешаване се определя по стандартни критерии, но все пак може да бъде повлияно от заболяването – в редките случаи на тежка двигателна инвалидизация.

**КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ*****Първи клиничен случай: М.С., 34 г.***

Диагнозата МС е поставена през 2006 г. при първи пристъп с поява на оплаквания от изтръп-

ване, слабост и непохватност в левите крайници, непровокирани от остра вирусна инфекция. Поради персистиране на оплакванията пациентката е консултирана с невролог и насочена за хоспитализация в неврологична клиника. Потвърдена е диагноза „Множествена склероза – цереброспинална форма“. Назначено е лечение с кортикостероиди по схема. Включена е на лечение с Интерферон Бета и в продължение на две години не е наблюдавана поява на нови пристъпи.

*Поведение при решение за забременяване:* През 2008 г. прекъсва лечението по повод на заявено желание за планирана бременност. Остава под постоянен контрол на екип от специалисти (невролог, акушер-гинеколог и специалист по здравни грижи). Желаната бременност настъпва през 2010 г. и протича безпроблемно.

*Поведение при раждане:* Екипът от специалисти взема решение за планово секцио цезареа поради диагнозата „МС – цереброспинална форма“. Плодът е доносен, с добри жизнени показатели. Новороденото е закърмено на 24-я час след раждането. Пациентката и новороденото са изписани от АГ болница с препоръки за подходящ режим в домашни условия.

*Развитие на МС след раждането:* През пролетта на 2011 г. – двадесет дни след раждането – пациентката се събужда с усещане на болка в лявото око и загуба на зрение в централната част на зрителното поле, със запазено периферно зрение. След консултация с невролог и МС специалист по здравни грижи пациентката преустановява кърменето и постъпва за лечение в неврологична клиника. Проведен е курс на лечение с кортикостероиди и е възобновено лечението с Интерферон Бета.

*Развитие на заболяването:* До 2018 г. при пациентката не е регистриран пристъп на фона на лечение с Интерферон Бета.

#### **Втори клиничен случай: П.Т., 37 г.**

Диагнозата МС е поставена през 2005 г., когато пациентката е на 23 години. Първият пристъп се проявява със слабост на десните крайници и координационни нарушения. Проведена е МРТ на главен мозък и е установена множествена склероза – цереброспинална форма. Започнато е лечение с Интерферон Бета през 2006 г.

*Бременността настъпва по време на лечението.* Пациентката забременява по време на лечението през 2007 г. След консултации с невролог и АГ-специалист лечението с Интерферон Бета е преустановено. През бременността пациентката е наблюдавана само от АГ-специалист. Появилото се тръпнене в дясната ръка е свързано с неправилна

позиция по време на сън, без консултация с невролог.

*Нормално раждане:* Раждането протича первиас натуралес, с епизиотомия. Новороденото е доносно, с АПГАР 5-6 на 10-та минута след раждането. Проведени са необходимите реанимационни дейности. Новороденото е настанено в интензивно неонатологично отделение за наблюдение. Закърмено на 12-я час след раждането.

*Пореден пристъп на МС:* В следродилния период пациентката се оплаква от бърза умора и тежест в краката. **Две седмици след раждането** се появяват други симптоми: тръпнене на десните лицева половина, част на шията и ръка, както и промяна в почерка. След консултация с невролог пациентката прекъсва кърменето. Постъпва за лечение в неврологична клиника, където е проведен курс на лечение с кортикостероиди по схема и е възобновено лечението с Интерферон Бета.

*Развитие на заболяването:* На фона на лечение с интерферон пациентката има пристъпи в следващите две години. Отчита се бърза прогресия на заболяването и повишаване на инвалидизацията до степен, в която пациентката има нужда от чужда помощ.

## **ОБСЪЖДАНЕ**

Представените клинични случаи подкрепят необходимостта от информиране на пациентките с множествена склероза за възможните рискове след раждане. Информационните потребности са различни в периода на поставяне на диагнозата, при проява на пристъп, прогресия на инвалидизацията, при необходимост от вземане на решения, касаещи начина на лечение, семейния и професионалния живот. Съществува разбиране за дефинициите в комуникацията и информацията при грижите за лица с МС, което е предпоставка за създаване на информационни и подкрепящи вземането на решение програми. Важно значение имат подкрепата и обучението, което пациентките получават от МС специалистта по здравни грижи, а именно:

- планиране на бременността;
- ефект на МС върху плодовитостта;
- ефекти на МС по време на бременността;
- ефекти в следродилния период;
- медикаментозно лечение по време на бременност, раждане и в следродилния период;
- специфични проблеми на бременните с МС.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Български алгоритъм за диагностика и лечение на множествената склероза. Под редакцията на акад. проф. д-р Иван Миланов, д.м.н., София, 2018 г.
2. Книга на източниците на информация за множествената склероза. Национално общество на болните от множествена склероза.
3. Масларов Д, Нисимов И. Алгоритъм за сестринска дейност в неврологично болни. Сестринско дело, 2010, 42, 1.
4. Миланов И. Български алгоритъм за диагностика и лечение на множествена склероза. Двигателни нарушения, 2014, 11, 1, 5-40.
5. Douglas C, Wollin JA, Windsor C. Illness and demographic correlates of chronic pain among a community-based sample of people with multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil, 2008,89,10,1923-1923.
6. Crayton HJ, Rossman, HS. Managing the symptoms of multiple sclerosis: a multimodal approach. Clin Ther, 2006,28,4,445-460.
7. Mitsonis CI, Potagas C, Zervas I, Sfagos K. The effects of stressful life events on the course of multiple sclerosis: a review. Int J Neurosci,2009,119,3,315-335.