



# Ведение беременности и родов у беременных с эпилепсией

В. А. Петрухин<sup>1</sup>, Е. В. Рязанцева<sup>1</sup>, Е. Б. Цивцивадзе<sup>1</sup>, П. Н. Власов<sup>2</sup>, С. В. Новикова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии

<sup>2</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова Минздрава России

**Цель исследования:** улучшение акушерских и перинатальных исходов у беременных с эпилепсией посредством изучения течения беременности и родов у женщин, страдающих криптогенной эпилепсией.

**Дизайн:** проспективное нерандомизированное исследование.

**Материалы и методы.** Проведен анализ течения беременности и родов у 129 женщин с криптогенной эпилепсией за период с 2014 по 2016 г.

**Результаты.** Наиболее частыми причинами госпитализации были фетоплацентарная недостаточность (13,2%) и угроза прерывания беременности (27,9). Отеки развились у 38 (29,5%) женщин, умеренная преэклампсия — у 2 (1,6%) пациенток. Срочные самопроизвольные роды произошли у 83,7% беременных, в том числе у одной пациентки с двойней и одной пациентки с рубцом на матке после кесарева сечения по поводу эпилепсии. Вакуум-экстракция плода произведена у 3 (2,3%) беременных, кесарево сечение — 18 (14%) пациенткам, и лишь у 3 из них эпилепсия была основным показанием к оперативному родоразрешению. В удовлетворительном состоянии родились 97,69% новорожденных, в состоянии асфиксии средней степени тяжести — трое (2,31%) детей. На пятой минуте оценка по шкале Апгар у всех детей составила 8 и 9 баллов.

**Заключение.** Заболевание эпилепсией не должно препятствовать женщине иметь полноценную семью. Решение о беременности пациентке надо принимать обдуманно, а вопросы планирования и ведения беременности, родоразрешения и дальнейшего наблюдения за женщиной и ребенком требуют индивидуального подхода.

**Ключевые слова:** эпилепсия, беременность и роды, противозащитная терапия, врожденные пороки развития.



## Management of Pregnancy and Childbirth in Women with Epilepsy

V. A. Petrukhin<sup>1</sup>, E. V. Ryazantseva<sup>1</sup>, E. B. Tsivtsivadze<sup>1</sup>, P. N. Vlasov<sup>2</sup>, S. V. Novikova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

<sup>2</sup> A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Russian Ministry of Health

**Study Objective:** To improve obstetric and perinatal outcomes in pregnant epileptic women by evaluating the course of pregnancy and childbirth in women with cryptogenic epilepsy.

**Study Design:** This was a prospective nonrandomized study.

**Materials and Methods:** Pregnancy and labor data collected in 2014-2016 on 129 women with cryptogenic epilepsy were analyzed. These data included reproductive history, duration and type of epilepsy, number and duration of seizures during pregnancy, anti epileptic treatment, pregnancy outcome, term of delivery, babies' weight and height at birth, perinatal complications, birth defects, and hemostasis in the newborns.

**Study Results:** Management of pregnancy and childbirth in epilepsy patients does not differ from the approaches used for the general population, as long as there is close cooperation between the woman's obstetrician-gynecologist, an epileptologist, and a geneticist, all of them are experienced with epilepsy in pregnant women.

**Conclusion:** Epilepsy should not prevent women from having a family. Women should give careful thought to their decision to become pregnant. Pregnancy planning and management, approaches to labor and delivery, and further follow-up of mothers and babies should be individually tailored.

**Keywords:** epilepsy, pregnancy and delivery, anti epileptic treatment, birth defects.

Эпилепсия известна с древнейших времен, в Древней Греции и Риме считалось, что боги посылают эту болезнь на человека, ведущего неправедную жизнь. Уже в 400 г. до н. э. Гиппократом был написан первый трактат «О священной болезни»; величайший врач древности полагал, что приступы провоцируются ветрами, холодом и солнцем, изменяющими консистенцию мозга. В современном понимании эпилепсия — это хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, харак-

теризующееся постоянной предрасположенностью к генерации приступов и их нейробиологическим, когнитивным, психологическим и социальным последствиям. Эпилепсия регистрируется с частотой до 1% в популяции и считается одним из наиболее распространенных психоневрологических заболеваний. В России, по данным Минздрава, частота ее встречаемости составляет от 1,1 до 8,9 случая на 1000 человек, а в Московской области — 3,9 на 1000 населения [1].

Власов Павел Николаевич — д. м. н., профессор кафедры нервных болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20/1. E-mail: vrn\_neuro@mail.ru

Новикова Светлана Викторовна — д. м. н., руководитель акушерского наблюдательного отделения ГБУЗ МО МОНИИАГ. 101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 22а. E-mail: sv\_novikova@list.ru

Петрухин Василий Алексеевич — д. м. н., профессор, директор ГБУЗ МО МОНИИАГ. 101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 22а. E-mail: guzmoniiag@gmail.com

Рязанцева Елена Валерьевна — научный сотрудник акушерского наблюдательного отделения ГБУЗ МО МОНИИАГ. 101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 22а. E-mail: ev\_rjazantseva@mail.ru

Цивцивадзе Екатерина Борисовна — к. м. н., ведущий научный сотрудник акушерского наблюдательного отделения ГБУЗ МО МОНИИАГ. 101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 22а. E-mail: katerinabrandt@yahoo.com

Дифференцированный подход к лечению эпилепсии в зависимости от пола пациента обусловлен физиологическими, психологическими и гормональными различиями между женщиной и мужчиной [1, 2]. Женщина и эпилепсия — это особенный аспект проблемы, поскольку в биологическом плане ее организм чрезвычайно сложен, а эпилептические приступы и длительный прием противосудорожных препаратов (ПЭП) могут приводить к нарушениям в женской репродуктивной сфере [3]. Специфика течения эпилепсии у женщин обусловлена рядом структурно-функциональных особенностей гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы с суточным и месячным циклическими ритмами, а также присущими только женщинам физиологическими периодами жизни: беременностью, родами, лактацией [3].

По данным российских исследователей, от 25% до 40% больных эпилепсией составляют женщины детородного возраста [1, 3]. Отмечено многократное возрастание числа беременностей и родов у женщин, больных эпилепсией, что обусловлено увеличением доли медикаментозной ремиссии, а также существенным снижением стигматизации больных [4, 5]. Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности», показаниями для искусственного прерывания беременности при эпилепсии являются труднокурабельная эпилепсия с частыми генерализованными припадками, статусное течение заболевания, выраженные изменения личности больной [6].

**Цель исследования:** улучшение акушерских и перинатальных исходов у беременных с эпилепсией посредством изучения течения беременности и родов у женщин, страдающих криптогенной эпилепсией.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на базе акушерских отделений Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии (МОНИИАГ). В группу исследования вошли 129 беременных с криптогенной эпилепсией, наблюдение и родоразрешение которых проводились в условиях МОНИИАГ в период с 2014 по 2016 г. Средний возраст обследованных нами пациенток составил 27,7 (17–41) года.

Критерием исключения являлась симптоматическая эпилепсия.

В ходе исследования были изучены репродуктивный анамнез, динамика судорожных приступов, вид противоэпилептической терапии, исход беременности, методы родоразрешения, состояние, в том числе показатели гемостаза, новорожденных при рождении. При исследовании показателей гемостаза были выделены две группы: *первая группа* — новорожденные от матерей, принимавших ПЭП во время беременности; *вторая* — новорожденные от матерей, страдающих эпилепсией, но не получавших антиконвульсанты. В обеих группах матери пренатально не получали витамин К. Проводили анализ плазменно-коагуляционной системы гемостаза и функциональной активности тромбоцитов. Гемостаз исследовали при помощи реагентов фирмы Dade Behring (США — Германия) на аппарате фирмы Amelung KC10 A, использовали 9 мл пуповинной крови. Анализировали следующие показатели системы гемостаза: протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), уровень фибриногена, активность факторов антитромбиновой системы (по антитромбину III), содержание эндогенного гепарина, активность анти-Ха.

Функциональную активность тромбоцитов оценивали на агрегометре фирмы Chrono-Log (США).

При анализе результатов применяли непараметрический метод Вилкоксона. Для получения нормативных данных у взрослых и тестирования реагентов фирмы Dade Behring были обследованы все 129 беременных, включенных в исследование.

Статистический анализ проведен с использованием непараметрических методов (критерий Вилкоксона — Манна — Уитни). Различия между группами считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

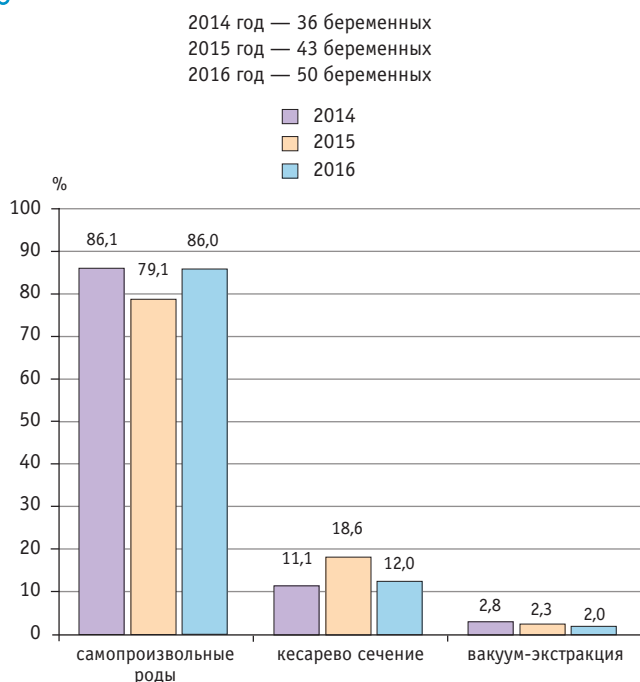
Анализ исходной противоэпилептической терапии пациенток показал, что в режиме монотерапии, определяемой как «золотой стандарт» лечения эпилепсии, препараты получали 74 женщины. Среди обследованных 3 пациентки самостоятельно отменили ПЭП, а одна снизила дозировку после установления факта беременности. Наиболее часто в режиме монотерапии использовались традиционные антиконвульсанты: вальпроевая кислота у 21 из 74 женщин (28,4%) и карбамазепин у 15 (20,3%) пациенток. Из современных антиконвульсантов у 36 (48,6%) наблюдавшихся применялся леветирацетам. В группе исследования ( $n = 129$ ) 14 (10,8%) беременных получали вальпроаты в суточной дозировке 1000 мг и более в режиме монотерапии или в комбинации с другими антиконвульсантами на этапе зачатия. Анализ собственных данных свидетельствует, что учащение приступов происходило у каждой четвертой беременной, чаще во II и III триместрах (26,3% и 22,5% соответственно), что потребовало введения дополнительного ПЭП у 9 беременных (7,0%).

У 58 (45,0%) обследованных нами пациенток роды были первыми, первородящих старше 30 лет было 12 (9,3%). Наиболее частыми причинами госпитализации являлись фетоплацентарная недостаточность ( $n = 17$ ; 13,2%) и угроза прерывания беременности в различные сроки гестации ( $n = 36$ ; 27,9%), однако в 11 из 36 наблюдений (30,6%) беременные госпитализировались в стационар с формулировкой «угроза прерывания беременности» после развития судорожного приступа. Отеки, обусловленные беременностью, развились у 38 (29,5%) женщин. У 2 пациенток (1,6%) беременность осложнилась умеренной преэклампсией.

Результаты собственных исследований свидетельствуют, что срочные самопроизвольные роды произошли у 108 пациенток (83,7%), в том числе в одном наблюдении у беременной с двойней и в одном — у беременной с рубцом на матке после кесарева сечения по поводу эпилепсии. Вакуум-экстракция плода произведена у 3 (2,3%) женщин. Кесарево сечение выполнено 18 (14,0%) пациенткам, из них лишь у 3 женщин эпилепсия явилась основным показанием к оперативному родоразрешению. Судорожных приступов во время родов зарегистрировано не было. Данные о методах родоразрешения беременных с эпилепсией в условиях МОНИИАГ за 2014–2016 гг. представлены на рисунке.

Анализ данных о методах обезболивания рожениц с эпилепсией в условиях МОНИИАГ свидетельствует о почти 100%-ном применении спинальной анестезии при абдоминальном родоразрешении. В 73 из 108 случаев самопроизвольных родов (67,6%) применялось медикаментозное обезболивание. Роды под длительной перидуральной анальгезией (ДПА) были проведены у 7 (6,5%) родоразрешенных пациенток, комбинированная анальгезия (ДПА

Рис. Методы родоразрешения беременных с эпилепсией в 2014–2016 гг. в условиях Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, %



в сочетании с наркотическими анальгетиками) использовалась у 27 (25,0%) рожениц.

За период с 2014 по 2016 г. были рождены 2 ребенка с врожденными пороками развития (ВПР): в одном наблюдении отмечена аномалия развития наружных половых органов (при лечении беременной вальпроевой кислотой 1500 мг/сут и леветирацетамом 1000 мг/сут), в другом — *spina bifida* (при терапии карбамазепином 800 мг/сут и фенобарбиталом 100 мг/сут).

Изучение клинического состояния новорожденных показало, что дети родились с весом от 2100 до 4250 г. Задержка внутриутробного роста I–II степени была отмечена у 26 из 130 (20,0%) детей. В удовлетворительном состоянии (с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 7 баллов и более) родились 97,7% детей, в состоянии асфиксии средней степени тяжести (с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 5–6 баллов) — трое (2,3%) детей. На пятой минуте оценка

состояния по шкале Апгар у всех новорожденных составила 8 и 9 баллов.

У всех родильниц было неосложненное течение послеродового периода, они выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Грудное вскармливание проводилось в 98,4% наблюдений (у 127 из 129 женщин), 2 родильницы с сохранявшимися судорожными приступами с применением политерапии подавили лактацию по собственному желанию.

Работы, посвященные изучению возможной связи между приемом ПЭП матерями во время беременности и геморрагическими осложнениями у новорожденных, появились в печати в 1970-е годы. В 2002 г. Е. Кааја и соавт. провели первое научно обоснованное исследование влияния ПЭП-ферментоиндукторов, принимаемых матерями во время беременности, на риск геморрагических осложнений у новорожденных [7]. Анализ выявил, что случаи геморрагий связаны с рождением на сроках менее 32 недель гестации либо со злоупотреблением матери алкоголем, но не с использованием ПЭП. В 2004 г. S. Choulika и соавт. исследовали целесообразность назначения витамина К в качестве дородовой профилактики беременным, получающим антиконвульсанты [8]. Ретроспективно была рассмотрена медицинская документация 204 новорожденных, матери которых во время беременности получали ПЭП; контрольную группу составили 77 новорожденных от матерей, не страдающих эпилепсией. Как в основной, так и в контрольной группе новорожденных геморрагических осложнений не наблюдалось. В 2009 г. Американская академия неврологии обновила свои рекомендации по ведению женщин, страдающих эпилепсией, во время беременности [9]. В работе С. L. Harden проведен сравнительный анализ работ, опубликованных в 1985–2007 гг. и посвященных риску геморрагических осложнений у новорожденных от матерей, страдающих эпилепсией и принимающих ПЭП [10]. Автором сделан вывод об отсутствии достоверной связи риска неонатальных геморрагий с приемом ПЭП и вынесено заключение о том, что в настоящее время нет достаточных данных, в соответствии с которыми можно подтвердить либо опровергнуть необходимость назначения витамина К во время беременности женщинам, принимающим ПЭП, с целью предотвращения геморрагических осложнений у новорожденных.

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

Таблица

Показатели плазменно-коагуляционной системы гемостаза

Показатели	Новорожденные		Взрослые (n = 129)
	от матерей, получавших ПЭТ (n = 100)	от матерей, не получавших ПЭТ (n = 30)	
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
Гепарин, ед/мл	0,07 (0,05–0,08)	0,10 (0,06–0,10)	0,08–0,12
Анти-Ха-фактор, 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.

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

При анализе полученных данных установлено, что значения ПТИ у новорожденных первой и второй групп не различались и находились в пределах 54–87%, это ниже значений данного параметра у взрослых. АЧТВ в обеих группах новорожденных было почти в 2 раза больше, чем у взрослых. Отмечено достоверное снижение концентрации фибриногена у новорожденных в сравнении с таковой у взрослых ( $p < 0,05$ ). Параметры коагулограммы ПТИ и АЧТВ, а также показатель фибриногена у новорожденных могут быть расценены как тенденция к гипокоагуляции.

Противосвертывающую систему оценивали по уровню антитромбина III, концентрации гепарина и активности анти-Ха-фактора. Различий между первой и второй группами новорожденных по уровню антитромбина III не установлено, однако значения этого показателя у детей были приблизительно на 20% ниже, чем у взрослых. Концентрация гепарина у взрослых и детей оказалась одинаковой. Вместе с тем активность анти-Ха-фактора не имела различий в исследуемой и контрольной группах детей, но у новорожденных была статистически значимо ниже, чем у взрослых ( $p < 0,05$ ).

При сравнении показателей гемостаза новорожденных от матерей, которые получали антиконвульсанты, и от матерей, которые их не получали, статистически значимых различий выявлено не было. Таким образом, у детей антикоагулянтная система оказалась функционально адекватной показателям коагулограммы, опосредованно свидетельствующим о снижении уровня коагулянтов: сниженному уровню коагулянтов соответствовала сниженная активность антикоагулянтов. Система была сбалансирована и находилась в состоянии относительной нормы коагуляции независимо от приема матерью ферментиндуцирующих ПЭП.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Неврологи и эпилептологи должны проводить постоянную и планомерную работу среди женщин, больных эпилепсией, учитывая возможность материнства. Прежде всего с больными обсуждают вопросы контрацепции с учетом взаимовлияния противосудорожных и контрацептивных гормональных препаратов. Необходимо помнить: некоторые антиконвульсанты снижают эффективность контрацепции, что в 10% случаев может привести к нежелательной беременности. Беременность у женщин с эпилепсией должна планироваться, а для ее успешного вынашивания необходимо тесное сотрудничество невролога, акушера-гинеколога, генетика, самой пациентки и ее родственников [2, 4, 11]. Все беременные с активной эпилепсией подлежат лечению, основная цель медикаментозной терапии при эпилепсии — достижение ремиссии заболевания [1, 11].

Нельзя исключать и тот фактор, что во время беременности некоторые женщины могут уменьшить или отменить прием антиконвульсантов в порядке самолечения. По данным ряда авторов, тератогенный эффект вальпроатов прямо пропорционален дозе: при дозировке препаратов вальпроевой кислоты выше 1000 мг/сут риск тератогенности повышается в 3 раза и более [12].

Неконтролируемые генерализованные судорожные приступы представляют серьезную опасность для жизни и здоровья матери и плода. Фокальные эпилептические приступы считаются относительно безопасными для плода. В литературе имеются противоречивые данные о динамике судорожных приступов во время беременности [2, 13, 14]. Популяционные исследования показывают, что в 15–30%

наблюдений происходит учащение приступов, другие исследования со схожим дизайном свидетельствуют об обратном. Учащение приступов объясняется возрастанием объема распределения, более высокой почечной элиминацией ПЭП, измененной активностью печеночных ферментов, а также сниженным уровнем белка в плазме крови [15–18].

ВПР — одно из самых опасных осложнений беременности, которое выходит на первое место среди факторов, приводящих к детской инвалидности и летальным исходам у детей. Важным этапом в изучении этой проблемы стало создание в 90-х годах прошлого века национальных и международных регистров беременности по эпилепсии и ПЭП, которые позволили централизовать и систематизировать информацию о безопасности антиконвульсантной терапии. Крупнейшие из них: Европейский регистр антиэпилептических препаратов и беременности (англ. European Registry of Antiepileptic Drugs and Pregnancy, EURAP), который охватывает 42 страны; Североамериканский регистр (англ. North American Antiepileptic Drug Pregnancy Registry), регистры Великобритании, Австралии и др. [19, 20]. В настоящее время известно, что все ПЭП в большей или в меньшей степени обладают потенциальным тератогенным эффектом и могут вызывать ВПР: мальформации и микрономалии, — а также оказывать негативное влияние на постнатальное развитие когнитивных функций ребенка [21–24]. Частота встречаемости врожденных мальформаций в общей популяции составляет 2–3%. У детей, рожденных женщинами с эпилепсией на фоне приема ПЭП, этот риск возрастает до 4–9% и более [20]. Большинство исследователей отмечают дозозависимый тератогенный эффект ПЭП, а также указывают на то, что политерапия во время беременности сопряжена со значительно более высоким риском, чем монотерапия. Механизмы тератогенного воздействия ПЭП разнообразны и окончательно не изучены. Однако исследователи едины во мнении, что существенным звеном в реализации тератогенного эффекта антиконвульсантов является нарушение метаболизма фолатов, приводящее к дефициту фолиевой кислоты [15, 25].

Количество фолиевой кислоты, рекомендуемое для женщин с эпилепсией, до настоящего времени является предметом бурной дискуссии. В Российской Федерации пациенткам группы высокого риска рекомендован прием фолиевой кислоты в суточной дозе 4–5 мг. Дополнительно к проводимой терапии признается целесообразной диета с высоким содержанием фолатов в продуктах питания [12, 26].

Данные литературы о риске акушерских осложнений у женщин, страдающих эпилепсией, противоречивы. Результаты ретроспективного исследования I. Borthen и соавт. (2011) свидетельствуют о повышенном риске развития тяжелой преэклампсии, кровотечений на ранних сроках беременности и операции кесарева сечения с поправкой на возраст матери, уровень образования, состояние здоровья, курение и наличие ожирения ( $ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$ ) [27]. Диагностика и лечение акушерских осложнений проводятся по стандартным протоколам.

Учащение эпилептических приступов во время и после родов наблюдается в 5% случаев и обусловлено изменением дыхания, депривацией сна, болью и эмоциональным стрессом [2, 28]. Однако эпилепсия не является противопоказанием для родов через естественные родовые пути.

Анализ исследований И. Е. Поверенновой показал, что роды через естественные родовые пути произошли в 34,4% наблюдений, в остальных случаях проводилось плановое

кесарево сечение. Во время родов эпилептических приступов у пациенток не возникло [5, 28].

По данным Д. В. Дмитренко и соавт. [29], случаи абдоминального родоразрешения в связи с эпилепсией в 2011 г. составили 21% от всех операций кесарева сечения, обусловленных экстрагенитальными заболеваниями. В 43,2% наблюдений родоразрешение осуществилось через естественные родовые пути, в 50,0% — путем операции кесарева сечения, в том числе в связи с фоновым заболеванием у матери. В 6,8% случаев способ родоразрешения был неизвестен.

Методы обезболивания женщин с эпилепсией не отличаются от общепринятых, предпочтение отдается регионарным методам анальгезии. Ферментиндуцирующие антиконвульсанты увеличивают распад опиоидов, миорелаксантов и ингаляционных анестетиков, что, в свою очередь, влияет на дозу лекарственного средства и продукцию токсических метаболитов. Амидные местные анестетики в низкой концентрации обладают противосудорожным эффектом, а в высокой вызывают судорожные приступы. Активность неполяризующих миорелаксантов повышается при приеме ПЭП [19].

Послеродовой период для женщин, страдающих эпилепсией, уязвим в связи с изменением фармакокинетики ПЭП, нарушением качества и продолжительности ночного сна, проблемами грудного вскармливания и послеродовой депрессией, что приводит к учащению эпилептических

приступов. Женщины с эпилепсией, принимающие ПЭП, могут кормить грудью. Часть женщин отказываются от грудного вскармливания, опасаясь негативного влияния ПЭП на ребенка, однако к настоящему времени убедительно показано, что через грудное молоко ребенок получает меньшее количество ПЭП, чем через плаценту во время своего внутриутробного развития [30].

Организация режима сна и бодрствования, сохранение необходимой продолжительности ночного сна являются важными шагами для предотвращения эпилептических приступов [4, 29]. Уход за ребенком в ночное время, включая его кормление, могут осуществлять родственники пациентки. Кормление ребенка после родоразрешения матери рекомендуется осуществлять в положении лежа или сидя с целью профилактики травм младенца при возникновении эпилептических приступов в послеродовом периоде.

## 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.

## ЛИТЕРАТУРА

- Карлов В. А., Власов П. Н., Краснополянский В. И., Петрухин В. А. *Терапевтическая тактика при эпилепсии во время беременности: Методические указания № 2001/130. М., 2001. 15 с.* [Karlova V.A., Vlasov P.N., Krasnopol'skii V.I., Petrukhin V.A. *Terapevticheskaya taktika pri epilepsii vo vremya beremennosti: Metodicheskie ukazaniya № 2001/130. M., 2001. 15 s. (in Russian)*]
- Власов П. Н. *Беременность при эпилепсии, проблемы и перспективы. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2011; 4: 45–4.* [Vlasov P.N. *Beremennost' pri epilepsii, problemy i perspektivy. Epilepsiya i parokszimal'nye sostoyaniya. 2011; 4: 45–4. (in Russian)*]
- Карлов В. А., Адамьян Л. В., Жидкова И. А. *Эпилепсия и материнство. Новая аптека. 2009; 3: 89–93.* [Karlova V.A., Adamyan L.V., Zhidkova I.A. *Epilepsiya i materinstvo. Novaya apteka. 2009; 3: 89–93. (in Russian)*]
- Власов П. Н. *Планирование и ведение беременности у женщин, страдающих эпилепсией. Лечащий врач. 2004.* URL: <https://www.lvrach.ru/2004/06/4531462/> (дата обращения — 01.11.2017). [Vlasov P.N. *Planirovanie i vedenie beremennosti u zhenshchin, stradayushchikh epilepsiei. Lechashchii vrach. 2004.* URL: <https://www.lvrach.ru/2004/06/4531462/> (data obrashcheniya — 01.11.2017). (in Russian)]
- Повереннова И. Е., Якунина А. В., Калинин В. А. *Оптимизация тактики ведения женщин детородного возраста, страдающих эпилепсией. Мед. альманах. 2011; 14 (1): 180–3.* [Poverennova I.E., Yakunina A.V., Kalinin V.A. *Optimizatsiya taktiki vedeniya zhenshchin detородного vozrasta, stradayushchikh epilepsiei. Med. al'manakh. 2011; 14(1): 180–3. (in Russian)*]
- Приказ Минздравсоцразвития России № 736 от 3 декабря 2007 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12058174/> (дата обращения — 01.11.2017). [Prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossii № 736 ot 3 dekabrya 2007 "Ob utverzhenii perechnya meditsinskikh pokazanii dlya iskusstvennogo preryvaniya beremennosti". URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12058174/> (data obrashcheniya — 01.11.2017). (in Russian)]
- Kaaja E., Kaaja R., Matila R., Hiilesmaa V. *Enzyme-inducing antiepileptic drugs in pregnancy and the risk of bleeding in the neonate. Neurology. 2002; 58(4): 549–53.*
- Choulika S., Grabowski E., Holmes L.B. *Is antenatal vitamin K prophylaxis needed for pregnant women taking anticonvulsants? Am. J. Obstet. Gynecol. 2004; 190(4): 882–3.*
- Harden C.L., Pennell P.B., Koppel B.S., Hovinga C.A., Gidal B., Meador K.J. et al.; American Academy of Neurology; American Epilepsy Society. *Management issues for women with epilepsy — focus on pregnancy (an evidence-based review): III. Vitamin K, folic acid, blood levels, and breast-feeding: Report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. Epilepsia. 2009; 50(5): 1247–55.*
- Harden C.L. *Pregnancy and epilepsy. Semin. Neurol. 2007; 27(5): 453–9.*
- Yerby M. *Pregnancy and the mother with epilepsy. North Pacific Epilepsy Research. 2006.* URL: <https://neupsykey.com/pregnancy-and-the-mother-with-epilepsy/> (дата обращения — 01.11.2017).
- Барашнев Ю. И. *Эмбриофетопатии: патогенез, клиника, диагностика, профилактика. Рос. вест. перинатологии и педиатрии. 2010; 55 (4): 6–12.* [Barashnev Yu.I. *Embriofetopatii: patogenez, klinika, diagnostika, profilaktika. Ros. vest. perinatologii i pediatrii. 2010; 55(4): 6–12. (in Russian)*]
- Battino D., Tomson T., Bonizzoni E., Craig J., Lindhout D., Sabers A. et al.; EURAP Study Group. *Seizure control and treatment changes in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry. Epilepsia. 2013; 54(9): 1621–7. DOI: 10.1111/epi.12302.*
- Richmond J.R., Krishnamoorthy P., Andermann E., Benjamin A. *Epilepsy and pregnancy: an obstetric perspective. Am. J. Obstet. Gynecol. 2004; 190(2): 371–9.*
- Vajda F.J., Hitchcock A., Graham J., O'Brien T., Lander C., Eadie M. *Seizure control in antiepileptic drug-treated pregnancy. Epilepsia. 2008; 49(1): 172–6.*
- Reisinger T.L., Newman M., Loring D.W., Pennell P.B., Meador K.J. *Antiepileptic drug clearance and seizure frequency during pregnancy in women with epilepsy. Epilepsy Behav. 2013; 29(1): 13–8. DOI: 10.1016/j.yebeh.2013.06.026.*
- Nakken K.O., Lillestolen K.M., Tauboll E., Engelsen B., Brodtkorb E. *Epilepsy and pregnancy: drug use, seizure control, and complications. Tidsskr. Nor. Laegeforen. 2006; 126(19): 2507–10.*
- Pennell P.B. *Antiepileptic drug pharmacokinetics during pregnancy and lactation. Neurology. 2003; 61(6; suppl. 2): S35–42.*
- Holmes L.B., Wyszynski D.F. *North American Antiepileptic Drug Pregnancy Registry. Epilepsia. 2004; 45(11): 1465.*

20. The EURAP Study Group. Seizure control and treatment in pregnancy: observations from the EURAP Epilepsy Pregnancy Registry. *Neurology*. 2006; 66(3): 354–60.
21. Meador K. Anatomical and behavioral effects of in utero exposure to antiepileptic drugs. *Epilepsy Curr*. 2005; 5(6): 212–6.
22. Tomson T., Battino D., Bonizzoni E., Craig J., Lindhout D., Sabers A. et al.; EURAP study group. Dose-dependent risk of malformations with antiepileptic drugs: an analysis of data from the EURAP epilepsy and pregnancy registry. *Lancet Neurol*. 2011; 10(7): 609–17. DOI: 10.1016/S1474-4422(11)70107-7.
23. Tomson T., Battino D. Teratogenic effects of antiepileptic drugs. *Lancet Neurol*. 2012; 11(9): 803–13. DOI: 10.1016/S1474-4422(12)70103-5.
24. Adab N., Kini U., Vinten J., Ayres J., Baker G., Clayton-Smith J. et al. The longer term outcome of children born to mothers with epilepsy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2004; 75(11): 1575–83. DOI: 10.1136/jnnp.2003.029132.
25. Wilson R.D., Davies G., Désilets V., Reid G.J., Summers A., Wyatt P. et al.; Genetics Committee and Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. The use of folic acid for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *J. Obstet. Gynaecol. Can*. 2003; 25(11): 959–73.
26. Бицадзе В. О., Макацария А. Д. Принципы профилактики развития дефектов нервной трубки плода. *Фарматека*. 2007; 1: 26–8. [Bitsadze V.O., Makatsariya A.D. Printsipy profilaktiki razvitiya defektov nervnoi trubki ploda. *Farmateka*. 2007; 1: 26–8. (in Russian)]
27. Borthen I., Eide M.G., Daltveit A.K., Gilhus N.E. Obstetric outcome in women with epilepsy: a hospital-based, retrospective study. *BJOG*. 2011; 118(8): 956–65. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.03004.x.
28. Повереннова И. Е., Якунина А. В., Калинин В. А., Кузнецова Т. В., Кордонская И. С. Результаты работы противоэпилептической службы на территории Самарской области. *Саратов. науч.-мед. журн.* 2012; 8 (2; Прил.: Нервные болезни): 505–9. [Poverennova I.E., Yakunina A.V., Kalinin V.A., Kuznetsova T.V., Kordonskaya I.S. Rezul'taty raboty protivoepilepticheskoi sluzhby na territorii Samarskoi oblasti. *Saratov. nauch.-med. zhurn.* 2012; 8 (2; Priil.: Nervnye bolezni): 505–9. (in Russian)]
29. Дмитренко Д. В., Шнайдер Н. А., Егорова А. Т., Бочанова Е. Н., Веселова О. Ф., Кантимирова Е. А. и др. Эпилепсия и беременность: монография. М.: Медика; 2014. 142 с. [Dmitrenko D.V., Shnaider N.A., Egorova A.T., Bochanova E.N., Veselova O.F., Kantimirova E.A. i dr. Epilepsiya i beremennost': monografiya. M.: Medika; 2014. 142 s. (in Russian)]
30. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. 2001; 108(3): 776–89. [D](#)

## Библиографическая ссылка:

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. № 8 (137). С. 22–27.

## Citation format for this article:

Petrukhin V. A., Ryazantseva E. V., Tsivtsivadze E. B., Vlasov P. N., Novikova S. V. Management of Pregnancy and Childbirth in Women with Epilepsy. *Doctor.Ru*. 2017; 8(137): 22–27.

## ЧИТАЙТЕ Доктор.Ру

О ведении больных эпилепсией читайте в статьях «Доктор.Ру»:

- Ермоленко Н. А., Ермаков А. Ю., Неретина А. Ф., Бучнева И. А. и др. Когнитивные расстройства при роландической эпилепсии // Доктор.Ру. 2012. № 5 (73). С. 74–76.
- Корнилова С. В. Агрессивные формы поведения при эпилептической болезни (обзор литературы) // Доктор.Ру. 2015. № 5 (106) — № 6 (107). С. 41–44.
- Зорин Р. А., Жаднов В. А., Лапкин М. М., Куликова Н. А. Механизмы вегетативного обеспечения целенаправленной деятельности у здоровых людей и больных эпилепсией // Доктор.Ру. 2017. № 1 (130). С. 35–40.



Полные версии статей доступны на сайте [www.rusmg.ru](http://www.rusmg.ru)

