

А.В. Якунина

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Особенности течения беременности, родов, послеродового периода при юношеской миоклонической эпилепсии

Проанализировано течение 42 беременностей, родов и послеродового периода при юношеской миоклонической эпилепсии (ЮМЭ). Течение ЮМЭ в период беременности в подавляющем большинстве случаев благоприятное, что делает индивидуально допустимым прием субтерапевтических доз антиэпилептических препаратов (АЭП) в I–II триместрах беременности. В послеродовом периоде у 40,5% пациенток наблюдалась декомпенсация эпилепсии. В связи с высоким риском ухудшения в послеродовом периоде к предполагаемому моменту родов целесообразными и оправданными являются увеличение дозы АЭП до терапевтической, стабильный прием АЭП в этой дозе как минимум в течение 3 мес после родов. Не выявлено отклонений по массо-ростовым показателям, шкале Апгар, а также врожденных пороков развития у новорожденных.

Ключевые слова: беременность; юношеская миоклоническая эпилепсия.

Контакты: Альбина Викторовна Якунина; ayakunina@bk.ru

Для ссылки: Якунина АВ. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода при юношеской миоклонической эпилепсии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014;(спецвыпуск 1):13–17.

Features of the Gestation Course, Delivery, and Postpartum Period in Women with Juvenile Myoclonic Epilepsy

A.V. Yakunina

Samara State Medical University, Samara, Russia

We analyzed 42 pregnancy, delivery, and postpartum period records in women with juvenile myoclonic epilepsy (JME). In most cases, the course of JME was favorable during pregnancy; so administration of subtherapeutic dosages of AEDs in the first and second trimesters of pregnancy can be recommended. Epilepsy decompensation occurred in the postpartum period in 40.5% of cases. Because of a significant risk of epilepsy aggravation during the postpartum period, it is reasonable to increase the dosage of AEDs up to the therapeutic one by the time of expected delivery. We recommend administering AEDs at this dosage for at least three months after the delivery.

Neither birth weight or height deviations, nor abnormal Apgar score, nor congenital disorders were revealed in newborns.

Keywords: pregnancy; juvenile myoclonic epilepsy.

Contacts: Albina Yakunina; ayakunina@bk.ru

Reference: Yakunina AV. *Features of the Gestation Course, Delivery, and Postpartum Period in Women with Juvenile Myoclonic Epilepsy.*

Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2014;(1S):13–17.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-1S-13-17>

Юношеская миоклоническая эпилепсия (ЮМЭ) — одна из форм идиопатической генерализованной эпилепсии с идентифицированным генетическим дефектом, при которой нередко отмечается триада первично-генерализованных приступов: миоклонические, генерализованные судорожные тонико-клонические и абсансы. ЮМЭ — частый эпилептический синдром, наблюдающийся при всех формах эпилепсии. По современным данным, его распространенность достигает 11–12% [1, 2]. Однако истинная частота заболевания, по мнению P. Wolf [3], значительно выше, так как ЮМЭ сравнительно редко правильно диагностируют. Многие авторы отмечают преобладание (в 2,5–3 раза) среди больных лиц женского пола [4, 5].

К особенностям ЮМЭ относят: дебют преимущественно в подростковом возрасте (возраст-зависимое начало), четкую зависимость приступов, особенно миоклонических, от суточных циркадных ритмов, наличие факторов, провоцирующих приступы, высокий процент достижения медикаментозной ремиссии, высокую частоту рецидивов приступов после отмены АЭП.

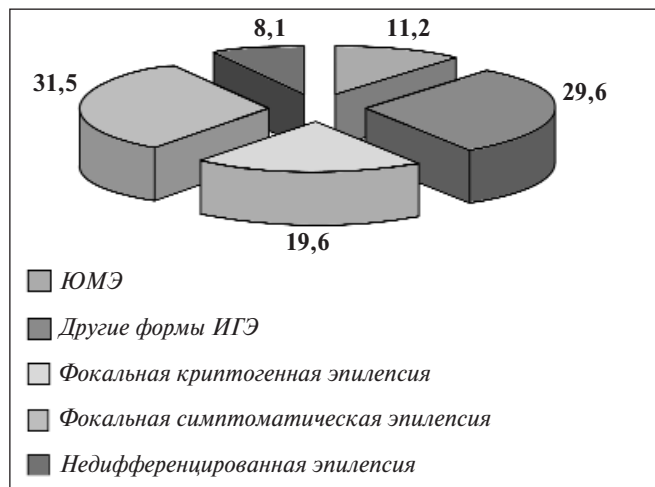
ЮМЭ часто наблюдается у женщин детородного возраста, но поскольку заболевание хорошо поддается лечению, оно достаточно благоприятно для возникновения беременности. Несмотря на наличие как зарубежных, так и отечественных рекомендаций по ведению беременности, родов, послеродового периода у женщин с эпилепсией [6–10], остаются недостаточно изученными такие вопросы, как стабильность ремиссии ЮМЭ в период беременности, оптимальные подходы к противоэпилептическому лечению, профилактика декомпенсации заболевания на фоне провоцирующих приступы факторов в послеродовом периоде.

Цель настоящего исследования — изучить особенности течения ЮМЭ в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Пациенты и методы. В Самарском областном противоэпилептическом центре с 2004 г. ведется наблюдение беременных, страдающих эпилепсией. За этот период собраны сведения о течении 376 беременностей, родов, послеродового периода (с катамнезом от 6 мес до 8 лет), состоянии новорожденных и развитии детей в постнатальном периоде у

312 женщин. Беременность на фоне ЮМЭ мы наблюдали у 39 женщин: у 36 из них были 1-е роды, у 3 — 2-е. Учитывая особенности течения и лечения эпилепсии к моменту возникновения беременности, особенности течения беременности, каждый случай беременности у повторнородящих женщин анализировали отдельно, таким образом, анализу подвергнуто 42 случая беременности. На момент беременности возраст женщин был от 18 до 30 лет, средний возраст — $24,4 \pm 3,9$ года. При первичном обращении на каждую женщину была составлена карта наблюдения за беременностью, которая включала паспортные данные, анамнез эпилепсии, сведения о противоэпилептической терапии к моменту беременности, данные электроэнцефалографии (ЭЭГ) и нейровизуализационного обследования — компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной (МРТ) томографии головного мозга. Фиксировали особенности течения эпилепсии у беременных, изменение приема АЭП, особенности течения беременности, результаты скринингового обследования, особенности родоразрешения. У новорожденного оценивали массо-ростовые показатели, состояние по шкале Апгар. Наличие или отсутствие врожденных пороков развития (ВПР) оценивали не только по данным родильного дома, но и по данным УЗИ головного мозга и брюшной полости, проводимого в возрасте 3 мес. Беременным с эпилепсией необходимо регулярное наблюдение у epileптолога. Мы посчитали оптимальным 5-разовый осмотр таких женщин: начальный осмотр — на этапе планирования беременности для оптимизации лекарственной терапии эпилепсии, 3 осмотра в течение беременности (конец I триместра, 21–23-я неделя и 32–34-я неделя беременности) и осмотр в послеродовом периоде в течение первых 3 мес.

Результаты исследования и их обсуждение. Распределение случаев беременности, зарегистрированных в Самарском областном противоэпилептическом центре за 9 лет (2004–2013), по формам эпилепсии представлено на рисунке. Можно отметить, что у беременных с эпилепсией достаточно высок удельный вес идиопатической генерализованной эпилепсии (ИГЭ). По нашему мнению, это объясняется большей распространенностью ИГЭ в молодом возрасте, лучшей курабельностью по сравнению с фокальной эпилепсией, что делает женщину более адаптированной в социальной и семейной сфере. На ЮМЭ приходилось 11,2% всех



Распределение (%) форм эпилепсии у беременных

форм эпилепсии и почти третья часть (27,5%) всех разновидностей ИГЭ.

Дебют заболевания отмечался в возрасте от 7 лет до 21 года, причем в 12–18 лет ЮМЭ возникла у 73,8% пациенток, что совпадает с данными большинства исследований [11], реже заболевание дебютировало в детском (19,0%) и более взрослом (7,2%) возрасте. В 38% случаев в дебюте заболевания наблюдались изолированные миоклонии, к которым затем (в течение нескольких месяцев — нескольких лет) присоединялись тонико-клонические приступы. В 33,3% случаев заболевание начиналось с утренних тонико-клонических судорожных приступов с предшествующими приступу в течение нескольких минут миоклоническими подергиваниями. Дебют заболевания в виде сочетания абсансов и миоклоний выявлен у 1 (2,4%) пациентки. Еще у 1 (2,4%) пациентки, вероятно, имела место эволюция ИГЭ из одной формы в другую, так как в детстве присутствовали абсансы, которые клинически купировались, а с 19 лет присоединились миоклонические и тонико-клонические приступы. В остальных случаях (23,9%) пациентки не смогли четко вспомнить динамику возникновения миоклонических и тонико-клонических приступов. У 2 пациенток в анамнезе имелись указания на перенесенные фебрильные судороги в возрасте до 2 лет. В развернутой стадии ЮМЭ лишь в 7 (16,7%) случаях присутствовала триада приступов — абсансы, миоклонии и судорожные тонико-клонические, у всех остальных наблюдалось сочетание миоклонических и тонико-клонических приступов. Дебют заболевания совпал с началом менархе у 4 пациенток, еще в 3 случаях отмечена катамениальная зависимость приступов (учащение их в период менструации). Наследственная отягощенность по эпилепсии отмечена у 9 (21,4%) женщин. У 4 эпилептические приступы имели место у родственников 1-й степени родства (родители, родные сибсы), причем в 2 случаях родственники страдали ЮМЭ (мать больной и однойцевая сестра-близнец). В 2 случаях указания на приступы касались родственников 2-й степени родства (родные дяди и тети), в 3 случаях наследственность была отягощена одновременно и в 1-й, и во 2-й степени родства.

У подавляющего большинства пациенток настоящая беременность была не первой, рождением первого ребенка она закончилась в 39 случаях. У 12 пациенток предыдущие беременности закончились медицинскими абортми по желанию женщин. В 2 случаях показанием к прерыванию беременности были повторяющиеся эпилептические приступы на фоне неадекватной терапии, хотя, как показал анализ данных анамнеза, течение эпилепсии в тот период можно было стабилизировать и попытаться сохранить беременность. У 4 женщин в анамнезе были неразвивающаяся беременность и выкидыш.

Беременность возникла на фоне ремиссии всех эпилептических приступов в 23 случаях. Длительность ремиссии составляла от 1 года до 8 лет. В 7 случаях отмечалась многолетняя ремиссия судорожных тонико-клонических приступов, но сохранялись миоклонические приступы (как правило, редкие и провоцируемые депривацией сна). У 1 пациентки возникали только абсансы при стойкой ремиссии других приступов. В 11 наблюдениях к моменту беременности сохранялись тонико-клонические судорожные приступы: в 6 — редкие (не чаще 1 раза в год), в 2 — средней частоты (3–4 раза в год), в 3 — частые (до 1 раза в месяц). В целом можно отметить достаточно благоприятное фоновое течение эпилепсии.

Таблица 1. *Терапия эпилепсии, на фоне которой возникла беременность, в группах пациенток с различной клинической эффективностью (n=42)*

Показатель	Без АЭП	Монотерапия						Терапия 2 АЭП (вальпроат + другой АЭП)				
		вальпроаты	топирамат	ламотриджин	барбитураты	бензодиазепины	карбамазепин	вальпроаты	топирамат	барбитураты	бензодиазепины	карбамазепин
Ремиссия приступов (n=23)	7	10	1	1	1	1	1	1	1	1		
Изолированные миоклонии/абсансы (n=8)	5	1						1	1		1	
Редкие тонико-клонические ГСП (n=6)	4	1		1								
Средней частоты тонико-клонические ГСП (n=2)	1	1										
Частые тонико-клонические ГСП (n=3)		2					1				1	

Примечание. Здесь и в табл. 2: ГСП – генерализованные судорожные приступы.

лепсии к моменту возникновения беременности у подавляющего большинства пациенток, что подтверждает общепринятые взгляды на ЮМЭ как хорошо курабельную форму эпилепсии. Все случаи отсутствия компенсации заболевания с повторением судорожных тонико-клонических приступов были связаны с неадекватным противосудорожным лечением, проводимым неврологом, а также с некомплаентностью пациенток и нарушением ими режима жизни.

Несмотря на дискуссионность вопроса о длительности лечения ЮМЭ и данных о высоком риске рецидива приступов вне приема АЭП, в 17 (40,5%) случаях к моменту возникновения беременности и в I триместре пациентки не принимали АЭП. У 7 из них беременность возникла на фоне ремиссии приступов, у остальных имелись либо только изолированные миоклонии и/или абсансы (у 6), либо сочетание миоклоний и редких тонико-клонических приступов (у 4). Самостоятельно отказались от приема АЭП на этапе планирования беременности 4 пациентки, хотя, с точки зрения специалиста, это решение можно считать весьма рискованным ввиду отсутствия стойкой компенсации заболевания. На фоне лечения беременность возникла в 26 наблюдениях. Препаратом выбора в нашем наблюдении был вальпроат, что отражает терапевтические приоритеты в лечении ЮМЭ: для данной формы заболевания показана его высокая эффективность. Из 21 (50%) пациентки, получающей монотерапию, вальпроат принимали 16, остальные лечились ламотриджином, топираматом, бензодиазепинами (нозепам), барбитуратами (бензонал), карбамазепином. Следует отметить, что терапия в последних 5 случаях, несмотря не только на иррациональность (барбитураты, бензодиазепины), но и на парадоксальность назначений (карбамазепин!), привела к ремиссии приступов. У этих пациенток использовали 2 АЭП, в частности сочетание вальпроатов с другими АЭП: с топираматом – у 1, с барбитуратами – у 1, с клоназепамом – у 1, с карбамазепином – у 2 (табл. 1).

Таким образом, 20 (47,6%) беременностей возникло на фоне приема вальпроатов, что может быть весьма дискуссионным. Опасения, связанные с приемом препаратов вальпроевой кислоты в период беременности, связаны в первую очередь с его тератогенным потенциалом, доказанным в экспериментальных исследованиях и подтвержденным большинством регистров беременности при эпилепсии. Кроме того, в исследованиях последних лет получены данные о развитии постнатального когнитивного дефицита у ребенка, подвергшегося интранатальной экспозиции вальпроатами [12–14]. В то же время вальпроаты имеют несомненное преимущество перед многими АЭП по лечебному потенциалу при ЮМЭ, являются весьма доступными для пациентов, что обеспечивает высокую приверженность терапии. Кроме того, это практически единственный АЭП, который имеет высокое сродство к транспортным белкам крови и практически не попадает в материнское молоко, что весьма важно. Рекомендации ведущих эпилептологических организаций по предпочтению у женщин детородного возраста при ЮМЭ леветирасетама, ламотриджина, топирамата на практике подчас очень трудно выполнить, так как очевидна более низкая доступность этих препаратов для населения, а в случае перехода на них только с целью обеспечения «минимальной вредности» имеется риск срыва компенсации заболевания. Наш предыдущий опыт показывает наличие значительных сложностей в подборе АЭП, когда приоритетный с точки зрения побочных действий АЭП не дает должного клинического эффекта [15]. Поэтому мы стоим на позициях использования в период беременности наиболее клинически эффективного АЭП (в том числе и вальпроатов) в минимально эффективной дозе. В наших наблюдениях все пациентки забеременели при назначении достаточно низких доз вальпроатов (до 1000 мг/сут), причем более половины из них (12) получали дозу ≤600 мг/сут. Дозы других АЭП также были невысокими (ламотриджин – до 150 мг/сут,

Таблица 2. Динамика течения беременности и послеродового периода у пациенток с различной степенью компенсации заболевания до беременности (n=42)

Показатель	Течение беременности			Течение послеродового периода		
	улучшение	без перемен	ухудшение	улучшение	без перемен	ухудшение
Ремиссия приступов (n=23)	—	21	2	—	15	8
Изолированные миоклонии/абсансы (n=8)	2	4	2	1	3	4
Редкие тонико-клонические ГСП (n=6)	2	3	1	2	2	2
Средней частоты тонико-клонические ГСП (n=2)	—	1	1	1	1	
Частые тонико-клонические ГСП (n=3)	2	—	1	1	1	1

топирамат – до 100 мг/сут, барбитураты – до 100 мг/сут, бензодиазепины – до 1/4 среднетерапевтической дозы). Использование невысоких доз АЭП при достаточно компенсированном течении эпилепсии в нашем наблюдении может характеризовать ЮМЭ в целом как форму заболевания, хорошо поддающуюся лечению.

Из табл. 2 следует, что в 69% случаев беременность не повлияла на течение эпилепсии. В 16,7% случаев отмечено учащение исходного количества приступов, причем в 4 из 7 наблюдений ухудшение было четко связано с самостоятельным снижением суточной дозы АЭП пациентками. В 14,3% случаев отмечено улучшение в виде урежения и исчезновения приступов, причем в половине случаев это было связано с оптимизацией терапии epileптологом. В подавляющем большинстве случаев отмечено благоприятное течение ЮМЭ в период беременности, даже несмотря на то что многие пациентки получали субтерапевтические дозы АЭП либо не принимали их вовсе. Выявленная закономерность может быть связана с нормализацией режима жизни пациентки в период беременности (отказ от приема алкоголя, отсутствие депривации сна), что важно при ЮМЭ. Причина, возможно, кроется и в преобладании гормонального прогестеронового фона в этот период, так как многие пациентки отрицали изменение влияния провоцирующих факторов в связи с беременностью.

Анализ течения послеродового периода, напротив, показал, что этот период является «критическим» для женщин с ЮМЭ. В 40,5% наблюдений возникло ухудшение в виде срыва ремиссии и учащения приступов, причем декомпенсация заболевания отмечалась практически у всех пациенток в первые 3 мес после родов. Только у 1 пациентки срыв ремиссии возник через 7 мес после родоразрешения. В остальных случаях зафиксировано ухудшение, начиная с момента пребывания в роддоме и в последующие 3 мес, причем самым опасным был первый послеродовой месяц. Пациентки сами отмечали четкую связь ухудшения с депривацией сна. Значение этой закономерности заключается в потенциальной опасности возникшего приступа у матери для ребенка, который может находиться у нее на руках или в непосредственной близости. Более чем в половине случаев декомпенсация эпилепсии проявлялась в виде тонико-клонического приступа, причем для многих женщин он был непрогно-

зируемым (без предшествующих миоклоний). Анализируя опыт прежних лет, в последние 3–4 года мы придерживаемся тактики наращивания дозы АЭП до индивидуально терапевтических к моменту предполагаемых родов у женщин, принимающих очень низкие дозы этих препаратов или не принимающих их вовсе. В случае хорошей компенсации эпилепсии к моменту возникновения беременности это целесообразно осуществить в 35–37 нед, в остальных случаях вопрос решается индивидуально. Подобная тактика оправдала себя, и мы увидели значительное снижение риска ухудшения после родов у женщин с ЮМЭ. Так, все случаи улучшения связаны с коррекцией лечения. При ремиссии заболевания достаточно информативной в плане вероятной декомпенсации, по нашим наблюдениям, является ЭЭГ, предпочтительнее в виде продленного мониторинга.

Родоразрешение у 21 (50%) пациентки произошло через естественные родовые пути, в 15 случаях показанием к оперативному родоразрешению были акушерские и другие экстрагенитальные показания, в 6 случаях – эпилепсия. Ни в одном случае течение эпилепсии не являлось абсолютным показанием к кесареву сечению. При ведении беременности у женщин с эпилепсией мы нередко сталкиваемся с отсутствием «доминанты естественных родов». Это объясняется достаточно жестким настроем беременной на кесарево сечение, сформированным акушером-гинекологом, а нередко и неврологом, с самого начала беременности. Многие женщины, узнав о реальной возможности самостоятельного родоразрешения уже в III триместре, оказываются морально к нему не готовы. В этом случае оперативное родоразрешение, вероятно, является действительно оптимальным. В нашем исследовании эпилептических приступов, в том числе и миоклонических, даже если роды приходились на ночной период, не зарегистрировано.

Во всех случаях роды закончились рождением живых младенцев с общепопуляционными массо-ростовыми показателями: средний рост – 52 см, средняя масса – 3,150 кг. Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте составила 6–8 баллов, на 5-й минуте – 7–9 баллов. ВПР не выявлены ни в одном случае.

Таким образом, ЮМЭ является одной из благоприятных и хорошо курабельных форм эпилепсии, которая

позволяет каждой пациентке реализовать свой потенциал деторождения. На этапе планирования беременности необходима оптимизация лечения (идеально — достижение ремиссии приступов), которая заключается в назначении эффективного АЭП в минимально эффективной дозе. Течение ЮМЭ в период беременности в подавляющем большинстве случаев благоприятное, что делает индивидуально допустимым прием субтерапевтических доз АЭП в I–II триместрах беременности. В связи с высоким риском декомпенсации заболевания в послеродовом периоде к предполагаемому моменту родов целесообразно увели-

чить дозу АЭП до терапевтической, пациентка должна стабильно принимать АЭП в этой дозе как минимум 3 мес после родов. Большинству беременных с эпилепсией родоразрешение через естественные родовые пути не противопоказано. Оптимальным является ведение таких пациенток совместно с epileptологом, который осуществляет 5 осмотров: этап планирования беременности, 3 осмотра в период беременности, осмотр в первые 1–2 мес после родов. Новорожденные дети имели нормальные массо-ростовые показатели, ни в одном случае не зарегистрировано ВПР.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Мухин КЮ, Никанорова МЮ, Левин ПГ. Ювенильная миоклоническая эпилепсия. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1996;96(3):17–21. [Mukhin KYu, Nikanorova MYu, Levin PG. Yuvetil'naya mioklonicheskaya epilepsiya. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1996;96(3):17–21.]
2. Dulac O, Plouin P, Shewmon A. Myoclonus and epilepsy in childhood: 1996 Royamond meeting. *Epilepsy Res.* 1998;30(2):91–106. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-1211\(97\)00099-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-1211(97)00099-5).
3. Wolf P. Juvenile myoclonic epilepsy. In: *Epileptic syndromes in Infancy, Childhood and Adolescence.* In: Roger J, Bureau M, Dravet Ch, et al., editors. Paris; 1992. P. 316–27.
4. Мухин КЮ, Петрухин АС. Идиопатические формы эпилепсии: систематика, диагностика, терапия. Москва: Арт-Бизнес-Центр; 2000. 319 с. [Mukhin KYu, Petrukhin AS. Idiopaticheskie formy epilepsii: sistematika, diagnostika, terapiya. Moscow: Art-Biznes-Tsentr; 2000. 319 p.]
5. Sudqvist A, Tomson T, Lundkvist B. Valproate as monotherapy for juvenile myoclonic epilepsy: dose-effect study. *Ther Drug Monit.* 1998;20(2):149–57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007691-199804000-00004>.
6. Tomson T, Gram L, Sillanpaa M, Johannessen SI, editors. *Epilepsy and Pregnancy.* Petersfield: Wrightson Biomedical Publishing Ltd; 1997.
7. Власов ПН. Беременность при эпилепсии. Эпилепсия и пароксизмальные состояния/ 2009;1(1):8–13. [Vlasov PN. Veremennost' pri epilepsii. *Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya.* 2009;1(1):8–13.]
8. Власов ПН, Карлов ВА, Петрухин ВА. Эпилепсия и беременность: современная терапевтическая тактика. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2013;(1):13–7. [Vlasov PN, Karlov VA, Petrukhin VA. Epilepsy and pregnancy: current therapeutic tactics. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2013;(1):13–7.]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2391>.
9. Шнайдер НА, Дмитренко ДВ, Егорова АТ, Елизарьева ТЮ. Алгоритм ведения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией. *Проблемы женского здоровья.* 2012;7(2):36–42. [Shnayder NA, Dmitrenko DV, Yegorova AT, Yelizaryeva TYu. Algorithm for management of pregnancy and deliveries in women with epilepsy. *Problemy zhenskogo zdorov'ya.* 2012;7(2):36–42.]
10. Дмитренко ДВ, Шнайдер НА, Егорова АТ и др. Алгоритм ведения послеродового периода у женщин, страдающих эпилепсией. *Проблемы женского здоровья.* 2013;8(1):63–71. [Dmitrenko DV, Shnayder NA, Egorova AT, et al. Algorithm of postpartum period in women with epilepsy. *Problemy zhenskogo zdorov'ya.* 2013;8(1):63–71.]
11. Janz D, Beck-Managetta G, Hildman T, et al. Phenotypic variability of idiopathic generalized epilepsies and refinement of the map position of EGMA in JME families. In: *Idiopathic Generalized Epilepsies.* Malafosse A, Genton P, Hirsch E, et al., editors. London: John Libbey; 1994. P. 287–96.
12. Adab N, Kini U, Vinten J, et al. The long term outcome of children born to mothers with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75(11):1575–83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2003.029132>.
13. Карлов ВА, Жидкова ИА, Серкина АВ, Кожокару АВ. Интеллектуальное, психомоторное и речевое развитие детей, рожденных от страдающих эпилепсией матерей. Приложение Эпилепсия. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010;(3):25–30. [Karlov VA, Zhidkova IA, Serkina AV, Kozhokaru AV. Intellekтуальное, psikhomotornoe i rechevoe razvitie detei, rozhdennykh ot stradayushchikh epilepsiei materei. Prilozhenie Epilepsiya. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 2010;(3):25–30.]
14. Bromley R, Mawer G, Love J, et al. Early cognitive development in children born to women with epilepsy: A prospective report. *Epilepsia.* 2010;51(10):2058–65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1167.2010.02668.x>.
15. Калинин ВА, Якунина АВ, Повереннова ИЕ, Куров МВ. Современные подходы к достижению ремиссии при эпилепсии. *Медицинский альманах.* 2010;(2):35–8. [Kalinin VA, Yakunina AV, Poverennova IE, Kurov MV. Modern approaches to remission achievement in epileptic patients. *Meditsinskiy al'manakh.* 2010;(2):35–8.]