

Научно-практический рецензируемый журнал. Выходит раз в три месяца

НЕВРОЛОГИЯ ПСИХИАТРИЯ ПСИХОСОМАТИКА

Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

акад. РАМН Н.Н. Яхно

SCIENCE EDITOR

Acad. RAMS N.N. Yakhno

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

д.м.н., проф. В.А. Парфенов

EDITOR-IN-CHIEF

Prof. V.A. Parfenov, MD

Заместители главного редактора

к.м.н., доцент Н.Л. Зуйкова

д.м.н., проф. Н.А. Тювина

Deputy Editors-in-Chief

N.L. Zuikova, PhD

Prof. N.A. Tyuvina, MD

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

д.м.н., проф. Г.Н. Бельская (Челябинск)

д.м.н., проф. А.Е. Бобров (Москва)

к.м.н., доцент А.М. Бурно (Москва)

д.м.н., проф. П.Н. Власов (Москва)

д.м.н., проф. Т.Г. Вознесенская (Москва)

к.м.н. Л.И. Волкова (Екатеринбург)

д.м.н., проф. С.И. Гаврилова (Москва)

д.м.н. В.В. Захаров (Москва)

д.м.н., проф. А.С. Кадыков (Москва)

д.м.н., проф. В.Б. Ласков (Курск)

к.м.н. В.Э. Медведев (Москва)

к.м.н. А.Г. Меркин (Москва)

д.п.н., проф. Ю.В. Микадзе (Москва)

д.м.н., проф. Е.В. Ощепкова (Москва)

д.м.н. И.С. Преображенская (Москва)

д.м.н. А.П. Рачин (Смоленск)

д.м.н., проф. Л.В. Ромасенко (Москва)

д.м.н., проф. А.В. Фоныкин (Москва)

EDITORIAL BOARD

Prof. G.N. Belskaya, MD (Chelyabinsk)

Prof. A.E. Bobrov, MD (Moscow)

A.M. Burno, PhD (Moscow)

Prof. A.V. Fonyakin, MD (Moscow)

Prof. S.I. GavriloVA, MD (Moscow)

Prof. A.S. Kadykov, MD (Moscow)

Prof. V.B. Laskov, MD (Kursk)

V.E. Medvedev PhD (Moscow)

A.G. Merkin PhD (Moscow)

Prof. Y.V. Mikadze, MD (Moscow)

Prof. E.V. Oschepkova, MD (Moscow)

I.S. Preobrazhenskaya, MD (Moscow)

A.P. Rachin, MD (Smolensk)

Prof. L.V. Romasenko, MD (Moscow)

Prof. P.N. Vlasov, MD (Moscow)

L.I. Volkova, PhD (Ekaterinburg)

Prof. T.G. Voznesenskaya, MD (Moscow)

V.V. Zakharov, MD (Moscow)

спецвыпуск №1, 2012:

ЭПИЛЕПСИЯ

под редакцией проф. П.Н. Власова

Предпечатная подготовка: ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции: 123104, Москва, а/я 68,
ООО «ИМА-ПРЕСС». Телефон: (495) 941-99-61;
e-mail: info@ima-press.net

При перепечатке материалов ссылка на журнал
обязательна. Мнение редакции может не совпадать
с точкой зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут
рекламодатели.

Журнал представлен в Научной электронной библиотеке <http://www.elibrary.ru>
на сайте Российского общества по изучению головной боли <http://headache-society.ru/zhurnalyi/index.php>
на сайте издательства: <http://www.ima-press.net>

Журнал зарегистрирован Федеральной службой
по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.
ПИ № ФС 77-35419 от 20 февраля 2009 г.,
перерегистрирован ПИ № ФС 77-44207 от 15 марта 2011 г.

Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика:
спецвыпуск «Эпилепсия», 2012, №1; 1–64.

Отпечатано в типографии «Деком».

Тираж 1500 экз.

Подписной индекс — 41239 в каталоге «Пресса России».

Журнал входит в перечень периодических научных изданий РФ, рекомендованных для публикации основных результатов
диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора медицинских наук.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

*К.Ю. Мухин, М.Б. Миронов, Е.И. Барлетова,
Т.М. Красильщикова*

Частота и электроклинические характеристики эпилептических аур по данным клиники Института детской неврологии и эпилепсии	4
<i>А.В. Червяков, П.Н. Власов, Г.Р. Дрожжина, М.В. Антонюк, Н.В. Орехова, В.В. Гнездицкий, Т.Ю. Носкова, П.А. Федин</i>	
Клинические и нейрофизиологические характеристики феномена дежа вю при эпилепсии	10
<i>Е.А. Морозова, Е.О. Карпова, Д.В. Морозов</i>	
Эволюция представлений врача о неонатальных судорогах и их последствиях в Республике Татарстан	15
<i>П.Н. Власов, З.С. Шахабасова, В.М. Ялтонский</i>	
Восприятие социальной поддержки у взрослых больных эпилепсией на фоне рациональной противосудорожной терапии	20
<i>С.Р. Нурмухаметова, Р.В. Магжанов</i>	
Возможности оптимизации фармакотерапии эпилепсии по данным эпидемиологического исследования в Стерлитамаке	24
<i>Н.В. Орехова, Т.И. Коновалова, П.Н. Власов</i>	
«Новые» противосудорожные препараты, анализ «стоимость—эффективность»	28
<i>П.Н. Власов, О.Ф. Серова, Д.В. Дранко, Н.В. Филатова, З.С. Шахабасова</i>	
Гормонально-зависимая патология женской половой сферы при монотерапии вальпроатами, карбамазепином и ламотриджином	34
<i>В.А. Калинин, И.Е. Повереннова, А.В. Якунина, Т.В. Кузнецова, М.В. Куров</i>	
Вызванные потенциалы мозга в диагностике эпилепсии у пациентов разных возрастных групп	39
<i>В.А. Карлов, П.Н. Власов, Е.Г. Камелькова, З.С. Шахабасова</i>	
Длительная монотерапия леветирацетамом парциальной эпилепсии у взрослых	43
<i>А.А. Холин</i>	
Клинико-электроэнцефалографический полиморфизм злокачественных мигрирующих парциальных приступов младенчества	47
<i>В.А. Карлов, А.В. Лебедева, А.М. Сидоров, В.Л. Бараташвили, В.Е. Хомутов</i>	
Опыт применения инъекционной формы вальпроевой кислоты (конвулекс) у больных с серийными эпилептическими приступами и эпистатусом на догоспитальном этапе	53
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	
<i>П.Н. Власов, Е.Г. Камелькова, Г.Р. Дрожжина</i>	
Эффективность и переносимость лакосамида для внутривенного введения при urgentных неврологических ситуациях	60

C O N T E N T S

ORIGINAL INVESTIGATIONS AND METHODS

*K.Yu. Mukhin, M.B. Mironov, E.I. Barletova,
T.M. Krasilshchikova*

The frequency and electroclinical characteristics of epileptic auras according to the data of the clinic of the Institute of Pediatric Neurology and Epilepsy 4

*A.V. Chervyakov, P.N. Vlasov, G.R. Drozzhina, M.V. Antonyuk,
N.V. Orekhova, V.V. Gnezditsky, T.Yu. Noskova, P.A. Fedin*

The clinical and neurophysiological characteristics of the déjà vu phenomenon in epilepsy 10

E.A. Morozova, E.O. Karpova, D.V. Morozov

Evolution of a physician's notion of neonatal seizures and their sequels in the Republic of Tatarstan 15

P.N. Vlasov, Z.S. Shakhasova, V.M. Yaltonsky

Adult epileptic patients' perception of social support during rational antiepileptic therapy 20

S.R. Nurmukhametova, R.V. Magzhanov

Possibilities to optimize pharmacotherapy for epilepsy according to the data of an epidemiological survey in Sterlitamak 24

N.V. Orekhova, T.I. Konovalova, P.N. Vlasov

New antiepileptic drugs, cost-efficacy analysis 28

*P.N. Vlasov, O.F. Serova, D.V. Dranko,
N.V. Filatova, Z.S. Shakhasova*

Hormone-dependent abnormality of the female sexual sphere during monotherapy with valproate, carbamazepine, and lamotrigine 34

*V.A. Kalinin, I.E. Poverennova, A.V. Yakunina,
T.V. Kuznetsova, M.V. Kurov*

Evoked brain potentials in the diagnosis of epilepsy in patients of different age groups 39

V.A. Karlov, P.N. Vlasov, E.G. Komelkova, Z.S. Shakhasova

Long-term levetiracetam monotherapy for partial epilepsy in adults 43

A.A. Kholin

Clinical and electroencephalographic polymorphism of malignant migrating partial seizures in infancy 47

*V.A. Karlov, A.V. Lebedeva, A.M. Sidorov,
V.L. Baratashvili, V.E. Khomutov*

Experience in using injectable valproic acid (convulex) in patients with serial epileptic seizures and status epilepticus at the prehospital stage 53

CLINICAL OBSERVATION

P.N. Vlasov, E.G. Kamelkova, F.R. Drozzhina

Efficacy and tolerance of intravenous lacosamide in urgent neurological situations 60

К.Ю. Мухин, М.Б. Миронов, Е.И. Барлетова, Т.М. Красильщикова
Институт детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки, Москва

Частота и электроклинические характеристики эпилептических аур по данным клиники Института детской неврологии и эпилепсии

Эпилептическая аура (ЭА) — короткий фокальный эпилептический приступ, сопровождающийся субъективными ощущениями пациента на фоне сохранного сознания. В исследование вошли 88 пациентов, у которых были выявлены различные виды эпилептических аур. Проанализированы клиничко-электроэнцефалографические и нейровизуализационные особенности эпилептических аур, их распространенность у больных фокальными формами эпилепсии. Представлен сценарий проведения мониторинга видеозлектроэнцефалографии (видео-ЭЭГ-мониторинг) при подозрении на ЭА.

Ключевые слова: эпилепсия, эпилептическая аура, фокальный сенсорный приступ, видео-ЭЭГ-мониторинг, магнитно-резонансная томография, ЭЭГ-паттерн приступа.

Контакты: Михаил Борисович Миронов mironovmb@mail.ru

The frequency and electroclinical characteristics of epileptic auras according to the data of the clinic of the Institute of Pediatric Neurology and Epilepsy

*K.Yu. Mukhin, M.B. Mironov, E.I. Barletova, T.M. Krasilshchikova
St. Luke Institute of Pediatric Neurology and Epilepsy, Moscow*

Epileptic aura (EA) is a short focal epileptic seizure accompanied by a patient's subjective feelings in the presence of preserved consciousness. The study covered 88 patients who were found to have different types of epileptic auras. It analyzed the clinical, electroencephalographic, and neuroimaging features of epileptic auras and their prevalence in patients with focal forms of epilepsy. A scenario is given for video-assisted electroencephalographic monitoring for suspected EA.

Key words: epilepsy, epileptic aura, focal sensory seizure, video-assisted EEG monitoring, magnetic resonance imaging, EEG pattern of a seizure.

Contact: Mikhail Borisovich Mironov mironovmb@mail.ru

Эпилептическая аура (ЭА) — короткий фокальный эпилептический приступ, сопровождающийся субъективными ощущениями на фоне сохранного сознания [1]. Обычно очевидцы не отмечают каких-либо объективных изменений во внешнем виде или поведении пациента в момент ЭА. В настоящее время, согласно рекомендациям комиссии по классификации ИЛАЕ, ЭА относят к фокальным сенсорным приступам [2]. Выделяют изолированные и ЭА, вслед за которыми развиваются другие типы фокальных приступов, например аутомоторные или вторично-генерализованные, а также продолженную ЭА (aura continua) — разновидность фокального эпилептического статуса.

Термин «эпилептическая аура» правомерен только при документальном подтверждении — выявлении эпилептиформных изменений на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) синхронно с внезапно возникшими ощущениями пациента — или в случаях, когда после ЭА развивается другой тип приступов [3].

Наличие ЭА у пациентов всегда требует тщательной электроэнцефалографической верификации диагноза. Схожие с ЭА «ощущения» могут быть проявлением конверсионных расстройств, нарушений со стороны сердца, желудочно-кишечного тракта и т. д. [4].

ЭА имеют большое клиническое значение, так как нередко позволяют определить зону инициации приступов. Во многих случаях клиническая картина ауры (особенно в сочетании с иктальным ЭЭГ-паттерном) достаточно четко указывает на отделы коры, в которых генерируется эпилептический разряд — так называемая эпилептогенная зона [3]. Однако локализовать первичную эпилептогенную зону только на основании клинического описания и характеристики эпилептического приступа невозможно. В некоторых случаях приступы начинаются вследствие раздражения «немых» кортикальных зон и становятся клинически выраженными, только когда распространяются на зоны, «способные продуцировать клинические симптомы» [5]. В связи с этим, анализируя топическое значение различных аур, правильнее говорить, что аура отражает «симптомотогенную», а не «эпилептогенную» зону [6].

Цель исследования — изучение распространенности, клиничко-электроэнцефалографических и нейровизуализационных особенностей ЭА у больных с фокальной эпилепсией (ФЭ).

Пациенты и методы. В исследование вошло 576 пациентов с установленным диагнозом ФЭ: у 427 из них была симптоматическая/криптогенная и у 149 — идиопатическая

ФЭ, дебют приступов — от первых месяцев жизни до 18 лет. Пациенты наблюдались в Институте детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки с 1999 по 2010 г.

У 88 (15,3%) из 576 пациентов выявлены различные виды ЭА.

Критериями включения пациентов в группу с ЭА служили:

- выявление эпилептиформных изменений на ЭЭГ синхронно с внезапно возникшими ощущениями у пациента;
- развитие после ЭА другого типа эпилептических приступов.

Группа пациентов с ЭА была разделена на подгруппы по типу клинических проявлений в соответствии с международной классификацией аур, разработанной в Cleveland Clinic Foundation [3]. Нами были выделены следующие виды аур:

- абдоминальные ауры;
- вегетативные ауры;
- простые зрительные галлюцинации;
- иктальный амавроз;
- сложные зрительные галлюцинации;
- простые слуховые галлюцинации;
- сложные слуховые галлюцинации;
- соматосенсорные ауры;
- психические ауры, в том числе ауры дереализации; страха; идеаторные; с расстройством восприятия знакомых ощущений; экстатические.

Исследование проводили на клинической базе Института детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки.

Эпилептические синдромы диагностировали по критериям международной классификации эпилепсий, эпилептических синдромов и схожих заболеваний (1989), а также на основании доклада комиссии ILAE по классификации и терминологии (2001).

Все пациенты были обследованы неврологом; проведены рутинная ЭЭГ; продолженный видео-ЭЭГ-мониторинг с включением сна (электроэнцефалограф-анализатор ЭЭГА-21/26 ЭНЦЕФАЛАН-131-03, модификация 11, Медиком МТД; видео-ЭЭГ-мониторинг Нейроскоп 6.1.508, Биола), магнитно-резонансная томография (МРТ) (система Sigma Infinity GE с напряжением магнитного поля 1,5 Т).

Результаты исследования. У 88 (15,3%) из 576 пациентов с ФЭ выявлены различные виды ЭА. Среди имевших ЭА было 43 пациента мужского пола и 45 — женского.

Проанализирована структура форм эпилепсии, ассоциированных с ЭА (табл. 1). Отмечено значительное преобладание у пациентов симптоматических/криптогенных форм ФЭ (90,9%) по сравнению с идиопатическими (9,1%). Идиопатические формы ФЭ зарегистрированы только у пациентов с соматосенсорной аурой (30% больных с данным типом ауры), простыми зрительными галлюцинациями (23%), а также с иктальным амаврозом (40%). При других типах ЭА идиопатические формы эпилепсии не выявлялись. У пациентов с ЭА наиболее часто (60,2%) отмечалась височная эпилепсия (табл. 2) с крайне широким спектром ЭА (12 видов). При этом наиболее часто выявлялись абдоминальная (20,8%), вегетативная (15,1%) ЭА, а также ЭА с нарушением восприятия знакомых ощущений (13,1%). Несколько реже (23,9%) встречались затылочная эпилепсия, у 61,9% таких пациентов наблюдались простые зрительные галлюцинации. Лобная, теменная и роландическая эпилепсия констатирована соответственно в 8; 4,5 и 3,4% случаев.

При лобной эпилепсии преобладала аура страха (42,8%), при теменной и роландической эпилепсии — соматосенсорная аура (см. табл. 2).

При анализе данных анамнеза выявлено, что приступы ЭА в большинстве случаев возникают после дебюта собственно эпилепсии: дебют эпилепсии отмечен в возрасте от 2 мес до 18 лет (в среднем — $7,0 \pm 5,0$ лет), дебют ЭА — от 1 года до 20 лет (в среднем — $10,0 \pm 5,0$ лет). Дебют эпилепсии с ЭА наблюдался лишь у 11,4% пациентов (см. рисунок).

В соответствии с классификацией ЭА у пациентов были разделены на 13 видов, каждый из которых имел свои клинико-электроэнцефалографические и нейровизуализационные особенности. Наиболее часто встречались простые зрительные галлюцинации (14,8%), вегетативные (13,6%), абдоминальные (12,5%) и соматосенсорные (11,4%) ЭА. В одинаковом числе случаев (по 8%) наблюдались ЭА с расстройством восприятия звуковых ощущений и сложные зрительные галлюцинации. Реже имелись простые слуховые (6,8%), сложные слуховые (6,8%) ЭА. Иктальный амавроз выявлен у 5 (5,7%) больных. В единичных случаях возникали ощущения страха (4,5%), дереализации (3,4%), идеаторные (3,4%) и экстатические (1,1%) ЭА.

Простые галлюцинации пациенты описывали как пятно (или пятна) света, светящуюся точку, шар. У 53% больных данной группы диагностирована симптоматическая затылочная эпилепсия; у 23,1% — криптогенная затылочная, еще у 23,1% — доброкачественная идиопатическая затылочная эпилепсия (см. табл. 1). Патологические паттерны в затылочных отведениях на ЭЭГ отмечены во всех случаях: региональная эпилептиформная активность — у 69% пациентов, мультирегиональные спайки — у 7,7%, региональное замедление — у 23,1%. Методы нейровизуализации позволили выявить нарушения в головном мозге у 53,9% пациентов, при этом наиболее часто определялись кистозно-глиозные, атрофические изменения затылочной доли и алигирия как результат перинатального поражения головного мозга (по 15,4% случаев).

Иктальный амавроз проявлялся симптомами выпадения: скотомы, концентрическим сужением полей зрения, гомонимной гемианопсией, зрительной агнозией. Доброкачественная и симптоматическая затылочная эпилепсия выявлена у одинакового числа пациентов (по 40%; см. табл. 1). В 1 случае констатирована симптоматическая височная эпилепсия. У всех пациентов при видео-ЭЭГ-мониторинге определялась региональная эпилептиформная активность: у 80% пациентов — в затылочных отведениях, у 20% — в височной области. У 40% больных отсутствовали изменения на МРТ. В остальных случаях выявлены перивентрикулярная гетеротопия, полимикрогирия, глиозные изменения.

Приступы сложных зрительных галлюцинаций пациенты описывали как изображения различных предметов, животных, людей, сцен. В этой группе преобладали пациенты с симптоматической и криптогенной височной эпилепсией (соответственно 42,8 и 28,6%; см. табл. 1). В 2 случаях имелась симптоматическая и криптогенная затылочная эпилепсия. Эпилептиформная активность регистрировалась у 85,7% больных, и только в 1 случае констатировано региональное замедление без пик-волновых комплексов. У 28,6% больных при МРТ головного мозга выявлены объемные образования в височной доле (преимущественно доброкачественный дисэмбриопластический нейроэпителиальный ту-

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

Таблица 1. Клинико-электронейровизуализационные характеристики пациентов с ЭА

Тип ЭА	Формы эпилепсии, %/п	Изменения на ЭЭГ, %/п	Нейровизуализация, %/п
Простые зрительные галлюцинации	ДЗЭ 23,1/3 КЗЭ 23,1/3 СЗЭ 53/7	РЭ в затылочной области 23,1/3 РЭ в затылочной области 69,2/9 МЭ 7,7/1	Норма 46,1/6 Алигирия 15,4/2 Пахигирия 7,7/1 Кистозно-глиозные изменения ЗД 15,4/2 Атрофические изменения ЗД 15,4/2
Иctalный амвроз	ДЗЭ 40/2 СЗЭ 40/2 СВЭ 20/1	РЭ в затылочной области 80/4 РЭ в височной области 20/1	Норма 40/2 Перивентрикулярная гетеротопия 20/1 Полимикрогирия ЗД 20/1 Глиоз 20/1
Сложные зрительные галлюцинации	КВЭ 28,6/2 КЗЭ 14,3/1 СВЭ 42,8/3 СЗЭ 14,3/1	РЭ в затылочно-височной области 14,3/1 РЭ в височно-теменной области 28,6/2 РЭ в височной области 28,6/2 РЭ в височной области 14,3/1 ЛЭ 14,3/1	Норма 42,8/3 Парасагитальная атрофия 14,3/1 Объемное образование ВД 28,6/2 Постшемический очаг в теменно-височной области 14,3/1
Простые слуховые галлюцинации	КВЭ 33,3/2 СВЭ 66,7/4	Норма 33,3/2 РЭ в височной области 33,3/2 РЭ в височно-лобной области 33,4/2	Норма 33,3/2 ФКД ВД 33,3/2 МезС 16,7/1 Диффузная атрофия 16,7/1
Сложные слуховые галлюцинации	КВЭ 66,7/4 СВЭ 33,3/2	РЭ в височной области 33,3/2 РЭ в височной области 33,3/2 РЭ в височно-теменной области 16,7/1 РЭ в височно-лобной области 16,7/1	Норма 66,7/4 Постшемический очаг ВД 16,7/1 Атрофия гиппокампа 16,7/1
Соматосенсорная аура	РолЭ 30/3 КТЭ 20/2 КВЭ 10/1 СТЭ 20/2 СВЭ 20/2	РЭ в центрально-височной области 30/3 РЭ в теменной области 20/2 РЭ в теменно-центрально-лобной области 10/1 РЭ в височной области 20/2 МЭ 20/2	Норма 50/5 Множественные кальцинаты по гемисфере 10/1 ФКД теменной доли 10/1 Диффузная атрофия 20/2 Кистозно-глиозные изменения теменно-лобных отделов 10/1
Абдоминальная аура	КВЭ 27,2/3 СВЭ 72,8/8	РЭ в височной области 36,4/4 РЭ в височной области 63,6/7	Норма 27,2/3 ФКД ВД 9,1/1 Ганглиома ВД 9,1/1 ДНЕТ ВД 9,1/1 МезС 18,2/2 Гипотрофия ВД 9,1/1 Диффузная гипотрофия 18,2/2
Вегетативная аура	КВЭ 25/3 КЗЭ 16,7/2 КЛЭ 8,3/1 СВЭ 41,7/5 СЛЭ 8,3/1	РЭ в затылочно-височной области 16,7/2 РЭ в височной области 50/6 РЭ в височной области 16,7/2 РЭ в лобной области 8,3/1 РЭ в центрально-лобной области 8,3/1	Норма 50,0/6 МезС 16,7/2 Порэнцефалическая киста 8,3/1 Постгеморрагические изменения 16,7/2 Субарахноидальная киста ВД 8,3/1
Психическая аура			
Аура дереализации	СВЭ 100/3	РЭ в височной области 66,7/2 РЭ в височно-лобной области 33,3/1	МезС 33,3/1 Объемное образование ВД 66,7/2
Аура страха	КВЭ 25/1 КЛЭ 50/2 СЛЭ 25/1	РЭ в лобной области 50/2 РЭ в лобно-височной области 25/1 РЭ в височной области 25/1	Норма 75/3 Диффузная гипотрофия 25/1
Идеаторные ауры	КЛЭ 66,7/2 СВЭ 33,3/1	РЭ в лобной области 66,7/2 РЭ в височной области 33,3/1	Норма 66,7/2 МезС 33,3/1
Ауры с расстройством восприятия знакомых ощущений	КВЭ 57,1/4 СВЭ 42,9/3	Норма 14,3/1 РЭ в височной области 14,3/1 РЭ в височной области 28,6/2 РЭ в височно-центральной области 28,6/2 РЭ в височно-лобной области 14,3/1	Норма 57,1/4 Порэнцефалическая киста 14,3/1 Глиоз ВД 14,3/1 Асимметричная вентрикуломегалия 14,3/1
Экстатическая аура	КВЭ 100/1	РЭ в височной области 100/1	Норма 100/1

Примечание. РЗ — региональное замедление; РЭ — региональная эпилептиформная активность; МЭ — мультирегиональная эпилептиформная активность; ЛЭ — латерализованные эпилептиформные разряды; КВЭ — криптогенная височная эпилепсия; СВЭ — симптоматическая височная эпилепсия; ДЗЭ — доброкачественная затылочная эпилепсия; КЗЭ — криптогенная затылочная эпилепсия; СЗЭ — симптоматическая затылочная эпилепсия; КЛЭ — криптогенная лобная эпилепсия; СЛЭ — симптоматическая лобная эпилепсия; КТЭ — криптогенная теменная эпилепсия; СТЭ — симптоматическая теменная эпилепсия; РолЭ — роландическая эпилепсия; МезС — мезиально-темпоральный склероз; ВД — височная доля; ЗД — затылочная доля; ФКД — фокальная корковая дисплазия; ДНЕТ — доброкачественный нейроэпителиальный тумор.

Таблица 2. *Нозологическая принадлежность ЭА*

Форма эпилепсии	Количество пациентов, %/п	Вид ЭА	Количество пациентов, %/п
Затылочная	23,9/21	Простые зрительные галлюцинации	61,9/13
		Иктальный амавроз	19,1/4
		Сложные зрительные галлюцинации	9,5/2
		Вегетативная аура	9,5/2
Теменная	4,5/4	Соматосенсорная аура	100/4
Височная	60,2/53	Идеаторные ауры	1,9/1
		Иктальный амавроз	1,9/1
		Сложные зрительные галлюцинации	9,4/5
		Простые слуховые галлюцинации	11,3/6
		Сложные слуховые галлюцинации	11,3/6
		Соматосенсорная аура	5,7/3
		Абдоминальная аура	20,8/11
		Вегетативная аура	15,1/8
		Аура дереализации	5,7/3
		Аура страха	1,9/1
		Аура с расстройством восприятия знакомых ощущений	13,1/7
Экстатическая аура	1,9/1		
Лобная	8,0/7	Вегетативная аура	28,6/2
		Аура страха	42,8/3
		Идеаторная аура	28,6/2
Роландическая	3,4/3	Соматосенсорная аура	100/3

мор). Парасагиттальная атрофия отмечена в 1 случае, как и постишемический очаг.

Простые слуховые галлюцинации проявлялись элементарными звуками. У всех этих пациентов констатирована височная форма эпилепсии (у 33,7% — криптогенная, у 66,3% — симптоматическая). У 33,3% больных при продолженном видео-ЭЭГ-мониторинге не отмечено патологических типов активности. Региональная эпилептиформная активность зарегистрирована лишь в трети наблюдений. В 33,3% случаев на МРТ определялась фокальная корковая дисплазия; в 16,7% — мезиальный склероз и в 16,7% — диффузная атрофия.

ЭА в виде сложных слуховых галлюцинаций, которую пациенты описывали как появление голосов или мелодий, выявлялась только при височной эпилепсии (см. табл. 1). Во всех случаях имели место патологические типы активности на ЭЭГ в височных отведениях: региональная эпилептиформная активность (в 66,7%), региональное замедление (в 33,3%). В данной группе преобладали пациенты (66,7%) без структурных нарушений на МРТ.

В группу с соматосенсорной аурой были включены пациенты с клиническими проявлениями сенсорного приступа в виде аномальных ощущений в различных частях тела. Как правило, вовлекалась одна конечность или половина тела или лица контралатерально иктальному разряду по типу парестезий (онемение, покалывание, «ползание мура-

шек», зуд); реже возникала болевая или температурная реакция. У 30% пациентов была роландическая эпилепсия, у 40% — теменная и у 30% — височная (см. табл. 1). У всех больных с соматосенсорной аурой при продолженном видео-ЭЭГ-мониторинге выявлена региональная эпилептиформная активность. Однако при МРТ в 50% случаев структурных нарушений в головном мозге не обнаружено.

Абдоминальная аура проявлялась различными неприятными ощущениями в проекции живота, чаще в окологрудиной или эпигастральной области. Во всех случаях приступы эпигастральной ауры отмечены при височной эпилепсии со значительным преобладанием симптоматической формы (72,8% случаев). При видео-ЭЭГ-мониторинге в 100% случаев в височных отведениях отмечались те или иные изменения: региональная эпилептиформная активность (63,6%), региональное замедление (36,4%). В 72,8% случаев нейровизуализация позволила выявить изменения в головном мозге — мезиальный склероз, фокальную корковую дисплазию, доброкачественные опухоли, гипотрофию.

Вегетативная аура отмечена преимущественно при височной (66,7%) ФЭ, но имела и при затылочной и лобной формах (см. табл. 1). В 66,7% случаев патологические типы активности на ЭЭГ выявлялись в височных областях, в 16,7% — в затылочно-височных, в 8,3% — в центрально-лобных, в 8,3% — в лобных. При МРТ у 50% больных не отмечено значимых нарушений.