

М.М. Одинак¹, М.Ю. Прокудин¹, Я.Б. Скиба²,
А.М. Моисеева¹, Н.Н. Зубов¹,
В.О. Блинов¹, Т.В. Антонюк¹

Клиническая семиотика эпилептических приступов при лобной эпилепсии

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Филиал №3 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневского, Одинцово

Резюме. Проанализирована семиотика эпилептических приступов при лобной эпилепсии в сравнении с проявлениями приступов при медиальной височной эпилепсии. Наибольшее количество приступов было зарегистрировано у пациентов, страдающих лобной эпилепсией. Общее количество симптомов в структуре сложных парциальных и вторично генерализованных тонико-клонических приступов преобладало у пациентов, страдающих медиальной височной эпилепсией ($6,63 \pm 0,73$), что оказалось значимо больше ($p < 0,05$) в сравнении с группой пациентов, страдающих лобной эпилепсией ($5,01 \pm 1,54$). При лобной эпилепсии статистически значимо чаще наблюдались простые парциальные приступы (52,5%; $p < 0,01$). Соматосенсорная аура (19,1%), фокальные клонические (28,6%) судороги, билатеральная асимметричная тоническая поза (14,3%), асимметричное окончание вторично генерализованных тонико-клонических приступов (14,3%) наблюдались исключительно при лобной эпилепсии; версивный поворот головы (38,1%, $p < 0,01$) значимо чаще наблюдался при локализации эпилептогенного очага в лобной доле головного мозга. В группе пациентов, страдающих лобной эпилепсией, наблюдалось меньшее количество симптомов в структуре сложных парциальных приступов ($5,01 \pm 1,54$) в сравнении с группой пациентов, страдающих медиальной височной эпилепсией ($6,63 \pm 0,73$; $p < 0,04$). Наиболее ценными признаками латерализации эпилептогенного очага при лобной эпилепсии явились фокальные клонические судороги (100%), версивный поворот головы (85,8%) и асимметричные фигуры в виде цифры «4» во время вторичной генерализации парциальных приступов (100%). Неверсивный поворот головы при лобной эпилепсии не имел латерализационного значения, а при медиальной лобной эпилепсии показал высокую латерализационную ценность, наблюдаясь на ипсилатеральной стороне относительно эпилептогенного очага в 88,9% случаев. Среди вербальных проявлений приступа при лобной эпилепсии наиболее часто наблюдались вокализация (19,1%) и остановка речи (14,3%), при этом данные симптомы не имели четкого латерализационного значения.

Ключевые слова: лобная эпилепсия, медиальная височная эпилепсия, семиотика эпилептического приступа, электроэнцефалографический видеомониторинг, признаки латерализации эпилептогенного очага, версивный поворот головы, неверсивный поворот головы, вокализация, остановка речи.

Введение. Лобная эпилепсия (ЛЭ) наблюдается у 30% больных взрослого возраста, страдающих парциальными формами заболевания [4, 18, 21]. Наряду с особенностями этиологических факторов [3, 7], многими авторами выделяется ряд клинических характеристик, типичных для ЛЭ: короткая длительность приступов, частое возникновение в ночное время, склонность к вторичной генерализации и серийному течению [1, 4, 17]. Между тем, специфичность семиотики эпилептических приступов при ЛЭ, а также ее значимость при определении латерализации эпилептогенного очага, остаются предметом дискуссии [9, 20]. По нашему мнению, в основе существования разногласий по данному вопросу лежит ряд причин.

Во-первых, сложная функциональная организация лобной доли, в которой выделяют четыре области: моторная, премоторная, префронтальная, медиобазальная [4]. В то время как моторная область изучена достаточно хорошо [11], функции базальной поверхности лобной доли во многом представляются неясными и по сей день. Многообразие клинических проявлений приступов, наблюдаемое при раздражении различных областей лобной доли, находит отражение

в классификационных подходах: Международная лига по борьбе с эпилепсией выделяет 8 типов приступов при ЛЭ [15]. Однако опыт применения данной классификации показал ее избыточность и схематичность ввиду значительного сходства между различными типами приступов [17, 21].

Во-вторых, быстрое распространение эпилептиформной активности (миллисекунды) не только в пределах лобной доли, но и на прилежащие участки головного мозга и противоположное полушарие рассматривается многими авторами как важный ограничительный фактор при интерпретации семиотики приступов при ЛЭ [17].

В-третьих, наличие так называемых «немых зон» (например, полюс лобной доли), участков коры головного мозга, активация которых может не приводить к каким-либо клиническим проявлениям в течение длительного времени (до 60 с), определяет возможность развития первых проявлений приступа только после распространения активности в соседние области мозга [19].

Цель исследования. Определить особенности семиотики эпилептических приступов и латерализа-

ционную ценность отдельных симптомов в их структуре при симптоматической ЛЭ.

Материалы и методы. Анализировали семиотику эпилептических припадков у 43 пациентов, страдающих парциальной эпилепсией, которые проходили обследование и лечение в клинике нервных болезней и клинике нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с 2009 по 2014 гг., а также в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева в период с 2007 по 2013 гг. В исследуемую группу был включен 21 пациент, страдающий ЛЭ, группу сравнения составили 22 пациента, страдающие медиальной височной эпилепсией (МВЭ) [16]. Данные о пациентах в исследуемой группе и группе контроля (пол, возраст, начало и длительность заболевания, частота припадков при поступлении в стационар, этиология эпилепсии) представлены в таблице 1.

При определении формы эпилепсии, локализацию эпилептогенного очага принимали как прилежащую к структурному повреждению вещества головного мозга при условии выявления локализации электроэнцефалографических (ЭЭГ) паттернов начала припадков в этой же области. Критериями включения в исследование являлись: регистрация минимум одного припадков в ходе проведения ЭЭГ-видеомониторинга доступной для анализа электроэнцефалограммой в момент пароксизма; стереотипность припадков у одного больного; наличие структурных изменений по результатам магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга в лобной доле или медиальных отделах височной доли головного мозга. Во всех случаях проводился сбор анамнеза, уточнялись факторы предрасположенности, выполнялся невроло-

гический осмотр, ЭЭГ-видеомониторинг, МРТ головного мозга. ЭЭГ-видеомониторинг выполнялся на аппарате «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» фирмы «Медиком» (Россия). Регистрируемые припадки классифицировались в соответствии с классификацией Международной лиги по борьбе с эпилепсией [15]. Описание проявлений эпилептических припадков проводилось на основании словаря описательной терминологии для приступной семиотики [12]. В случае регистрации у пациента нескольких стереотипных припадков, для анализа клинических проявлений и характеристики нарушений биоэлектрической активности головного мозга, выбирали только один из них. При анализе семиотики эпилептических припадков оценивали отдельные моторные и немоторные симптомы. Выявленным односторонним или асимметричным моторным симптомам давали латерализационное значение (ипсилатерально, контралатерально) относительно эпилептогенного очага. Частота выявления вербальных проявлений припадков и их латерализационное значение оценивались в зависимости от локализации эпилептогенного очага в правом или левом полушарии головного мозга. В момент припадков и постприступного состояния осуществлялось обследование пациентов по общепринятому протоколу [10]. В исследовании использовались пакеты прикладных программ Statistica for Windows v. 6.0 (StatSoft, Inc, 2001) в соответствии с рекомендациями по обработке результатов медико-биологических исследований [2]. Для сравнения числовых характеристик количественных показателей эпилептического припадков применяли регрессионный анализ с использованием непараметрического критерия Манна – Уитни (U). Для сравнения частоты встречаемости отдельных симптомов применяли F-критерий Фишера.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту, полу, длительности заболевания, частоте припадков и этиологии заболевания, абс. (%)

Показатель	МВЭ	ЛЭ
Количество пациентов	22	21
Мужчины	13 (59,1)	17 (81,9)
Женщины	9 (40,9)	4 (19,1)
Средний возраст, лет	36,9±6,43	37,0±6,41
Длительность заболевания	9,4±4,21	8,7±4,08
Частота припадков (классификация Н.О. Luderseal. [19])		
Ежедневные	5 (23,8)	3 (13,6)
Персистирующие	17 (76,4)	18 (86,4)
Редкие	–	–
Этиология заболевания (классификация S. Showron [23])		
Склероз гиппокампа	15 (68,2)	–
Опухоль	2 (9,1)	6 (28,6)
Мальформация коркового развития	–	1 (4,8)
Мальформация сосудистого развития	–	2 (9,5)
Инфекционные заболевания ЦНС	1 (4,5)	3 (14,3)
Ишемическое или гипоксическое повреждение головного мозга	–	3 (14,3)
Черепно-мозговая травма	4 (18,2)	6 (28,6)

Результаты и их обсуждение. Наибольшее количество припадков было зарегистрировано в группе ЛЭ (61 припадок). В группе пациентов, страдающих ЛЭ, статистически значимо чаще наблюдались простые парциальные припадки ($n=32$; 52,5%; $p<0,01$) в сравнении с группой МВЭ ($n=4$; 12,1%). Для группы МВЭ было характерно преобладание сложных парциальных припадков ($n=25$; 75,8%; $p<0,01$) в сравнении с группой ЛЭ ($n=17$; 27,8%). Вторично генерализованные тонико-клонические припадки чаще наблюдались в группе ЛЭ ($n=12$; 19,7%), однако значимых различий по данному показателю между группами выявлено не было. Среднее количество припадков исследуемой группы значимо преобладало ($n=2,9$; $p<0,05$) в сравнении с группой МВЭ ($n=1,5$).

Исключительно в группе ЛЭ регистрировались соматосенсорная аура ($n=4$; 19,1%) и неспецифическая сенсорная аура в виде ощущения во всем теле ($n=2$; 9,5%). У пациентов, страдающих МВЭ, наиболее часто наблюдались вегетативно-висцеральная ($n=6$; 27,3%) и психическая ($n=5$; 22,7%) ауры. Статистически значимых различий между группами по всем показателям не выявлено.

Различные виды автоматизмов наблюдались в обеих группах, при этом имели качественные от-

личия. Так, автоматизмы в исследуемой группе наблюдались значительно реже ($n=6$; 28,6%) в сравнении с группой контроля ($n=15$; 68,2%) и, как правило, были представлены гипермоторными автоматизмами ($n=4$; 19,1%). В группе МВЭ значительно чаще наблюдались оралиментарные (68,2%, $p<0,01$) и кистевые (63,6%; $p<0,01$) автоматизмы, остановка деятельности в виде замирания (36,4%; $p<0,05$).

Кроме автоматизмов в обеих группах наиболее часто наблюдались фокальные клонические судороги, дистоническая установка кисти и повороты головы. Фокальные клонические (28,6%) и тонические (9,5%) судороги, а также билатеральная асимметричная тоническая поза (14,3%) наблюдались исключительно при ЛЭ. Дистоническая установка кисти чаще наблюдалась в контрольной группе (31,8%), однако значимых различий по частоте выявления данного феномена между группами выявлено не было. Повороты головы, регистрировавшиеся практически в половине случаев в каждой исследуемой группе больных, имели качественные отличия в зависимости от формы эпилепсии. В исследуемой группе значительно чаще (38,1%) наблюдался версивный поворот головы в сравнении с группой МВЭ (4,5%; $p=0,01$), а неверсивный поворот головы незначимо чаще наблюдался при височной форме заболевания (40,9%). Кроме вышеперечисленных особенностей семиотики припадков в двух группах, в исследуемой группе с одинаковой частотой

($n=3$; 14,3%) наблюдались асимметричное окончание судороги асимметричная тоническая поза в виде цифры «4», вовсе не наблюдавшиеся в группе контроля.

Вербальные проявления припадка незначимо чаще регистрировались при ЛЭ (42,9%), при этом характеристика выявленных симптомов различалась в зависимости от формы эпилепсии. Так, для группы МВЭ было характерно преобладание позитивных вербальных феноменов (22,7%) в виде приступной речи (18,2 %). Негативные моторные феномены преобладали в группе ЛЭ (27,2%), наиболее часто проявляясь в виде неафатического нарушения речи – остановки речи (19,1%). Вокализация также чаще наблюдалась в исследуемой группе (14,3%).

Общее количество симптомов в структуре сложных парциальных и вторично генерализованных тонико-клонических припадков преобладало у пациентов группы МВЭ ($6,63\pm 0,73$), что оказалось значимо больше ($p<0,05$) в сравнении с группой пациентов ЛЭ ($5,01\pm 1,54$).

При анализе латерализационной ценности выявленных симптомов припадка были получены следующие результаты (табл. 2).

В исследуемой группе фокальные клонические судороги, версивный поворот головы и разогнутый локоть в структуре асимметричной тонической позы в виде цифры «4» оказались наиболее ценными контралатеральными признаками латерализации эпилептогенного очага. В группе контроля односто-

Таблица 2

Латерализационное значение некоторых асимметричных моторных симптомов эпилептического припадка, абс. (%)

Характеристика симптома	Значение симптома	МВЭ	ЛЭ
Фокальные клонические судороги	Ипсилатерально	–	–
	Контралатерально	–	6 (100)
Версивный поворот головы	Ипсилатерально	–	1 (14,2)
	Контралатерально	1 (100)	7 (85,8)
Фигура в виде цифры «4»	Ипсилатерально	–	–
	Контралатерально	–	3 (100)
Односторонний кистевой автоматизм	Ипсилатерально	9 (81,8)	2 (50)
	Контралатерально	2 (18,2)	2 (50)
Дистоническая установка кисти	Ипсилатерально	1 (14,3)	2 (50)
	Контралатерально	6 (85,7)	2 (50)
Неверсивный поворот головы	Ипсилатерально	8 (88,9)	2 (40)
	Контралатерально	1 (11,1)	3 (60)
Вокализация	Правое полушарие	–	1 (33,4)
	Левое полушарие	1 (100)	2 (66,7)
Приступная речь	Правое полушарие	3 (75)	–
	Левое полушарие	1 (25)	–
Приступная афазия	Правое полушарие	–	–
	Левое полушарие	1 (100)	–
Постприступная афазия	Правое полушарие	–	1 (50)
	Левое полушарие	3 (100)	1 (50)
Остановка речи	Правое полушарие	–	2 (50)
	Левое полушарие	–	2 (50)

ронный кистевой автоматизм (81,8%) и неверсивный поворот головы (88,9%) возникали ипсилатерально относительно эпилептогенного очага, а дистоническая установка кисти, как правило, наблюдалась контралатерально относительно эпилептогенного очага.

Выявленные особенности семиотики эпилептических припадков при ЛЭ и латерализационное значение отдельных феноменов при данной форме эпилепсии требует детального обсуждения. Наиболее частым видом ауры при данной форме эпилепсии оказалась соматосенсорная аура ($n=4$; 19,1%), что может быть связано близким расположением симптоматогенной зоны (постцентральная извилина) для данного симптома к прилежащей предцентральной области. Полученные данные согласуются с результатами других исследований [22], однако соматосенсорная аура может наблюдаться и при височной эпилепсии, возникая за счет активации островка височной доли [8].

В исследуемой группе выявлена тенденция преобладания (19,1%, $p=0,07$) гипермоторных автоматизмов. По мнению K. Kellinghaus et H.O. Luders [17], именно такие автоматизмы могут быть типичны для ЛЭ при локализации эпилептогенного очага в различных (медиальных, базальных, неокортикальных) отделах лобных долей головного мозга. Между тем, гипермоторный автоматизм наблюдался и у одного пациента группы МВЭ (3%). В исследовании M. Carreno et al. [14] данный вид автоматизма при МВЭ наблюдался не более чем в 2,4% случаев, развиваясь за счет распространения (подтвержденного результатами электрокортикографии) приступной активности в структуры лобной доли головного мозга. Выявленное статистически значимое преобладание оральных ($n=15$, 68,2%; $p<0,01$) и кистевых ($n=14$, 63,6%; $p<0,01$) автоматизмов при МВЭ в сравнении с исследуемой группой четко согласуется с представлением о механизме их возникновения – активацией медиальных структур височной доли [19]. По мнению P. Kotagal et al. [18] и T. Loddenkemper et al. [20], именно такой механизм возникновения оральных и кистевых автоматизмов имеет место и при экстратемпоральных формах эпилепсии, в частности при ЛЭ. Это предположение может объяснять случаи развития данных видов автоматизма у пациентов исследуемой группы.

Преобладание в группе ЛЭ фокальных клонических судорог, билатеральной асимметричной тонической позы и версивного поворота головы можно объяснить с позиции функциональной анатомии головного мозга – при электростимуляции различных отделов лобных долей в ряде исследований выявлялись именно такие симптомы [19, 20]. Неверсивный поворот головы имел тенденцию чаще наблюдаться при МВЭ (40,9%) в сравнении с группой ЛЭ (23,8%). Данный факт может быть связан с более частым распространением приступной активности в область базальных ганглиев (один из возможных механизмов возникновения данного симптома) из височной области [19].

Преобладание общего количества симптомов в структуре сложных парциальных припадков при

МВЭ ($6,63\pm 0,73$ симптома; $p<0,05$) в сравнении с ЛЭ ($5,01\pm 1,54$) согласуется с данными литературы. Так, P. Kotagal et al. [18] выявили преобладание среднего количества симптомов припадка при МВЭ (7,84; $p=0,001$, ANOVA-проба) в сравнении с группой пациентов ЛЭ (4,96). По нашему мнению, большее среднее количество симптомов в структуре сложных парциальных припадков при МВЭ может объясняться тенденцией к большей длительности припадков при данных формах парциальной эпилепсии, а также близкой локализацией симптоматогенных зон для целого ряда аур и автоматизмов.

Выявленная высокая латерализационная ценность фокальных клонических судорог (100%), версивного поворота головы (85,8%), и асимметричной фигуры в виде цифры «4» во время вторичной генерализации парциальных припадков (100%) согласуется с мнением T. Loddenkemper [20] о надежности значения данных симптомов при определении латерализации эпилептогенного очага.

Несмотря на активацию медиальных лобных структур мозга как одного из механизмов возникновения неверсивного поворота головы, отчетливого латерализационного значения при ЛЭ для данного симптома не выявлено. В работе S. Bonelli et al. [13] авторы констатировали практически одинаковую частоту и пси- и контралатерального латерализационного значения у пациентов с фармакорезистентной ЛЭ, что четко согласуется с полученными нами результатами при данной форме эпилепсии (40% – ипсилатерально; 60% – контралатерально). В то же время, в группе МВЭ данный симптом оказался ценным признаком латерализации, наблюдаясь в 88,9% случаев ипсилатерально относительно эпилептогенного очага. Полученные данные определяют необходимость оценивать латерализационное значение любого симптома припадка с учетом предполагаемой формы эпилепсии.

Латерализационное значение вербальных феноменов при ЛЭ оказалось невелико – вокализация и остановка речи возникали при локализации эпилептогенного очага как в правом, так и в левом полушарии. Данный факт может быть связан с наличием нескольких участков коры в обоих полушариях головного мозга (добавочная сенсомоторная область, первичная моторная кора, негативные моторные зоны), активация которых приводит к возникновению данных симптомов припадка [10].

Заключение. Клиническая семиотика припадков при лобной и медиальной височной эпилепсии отличается как по частоте возникновения отдельных симптомов, так и по их латерализационному значению. Соматосенсорная аура (19,1%), фокальные клонические (28,6%) судороги, билатеральная асимметричная тоническая поза (14,3%) наблюдались исключительно при ЛЭ; версивный поворот головы (38,1%, $p<0,01$) значительно чаще наблюдался при локализации эпилептогенного очага в лобной доле головного мозга. Наиболее ценными при-

знаками латерализации эпилептогенного очага при ЛЭ оказались фокальные клонические судороги (100%), версивный поворот головы (85,8%) и асимметричная фигуры в виде цифры «4» во время вторичной генерализации парциальных припадков (100%). Количественные показатели (общее количество симптомов в структуре припадков) могут использоваться как дополнительный дифференциально-диагностический критерий при определении формы парциальной эпилепсии: для ЛЭ характерно меньшее количество симптомов ($5,01 \pm 1,54$) в структуре сложных парциальных припадков в сравнении с МВЭ ($6,63 \pm 0,73$; $p < 0,04$).

Литература

1. Базилевич, С.Н. Объективные факторы относительной и возможные причины истинной фармакорезистентности у больных эпилепсией / С.Н. Базилевич // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2009. – № 2 (26). – С. 118–123.
2. Zubov, N.N. Математические методы и модели в фармацевтической науке и практике: руководство для провизоров и руководителей фармацевтических предприятий (организаций) / Н.Н. Zubov, С.З. Умаров, С.А. Бунин. – СПб.: Изд-во Политех. ун-та, 2008. – 249 с.
3. Карлов, В.А. Эпилепсия / В.А. Карлов. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
4. Одинак, М.М. Эпилепсия: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, медикаментозное лечение / М.М. Одинак, Д. Е. Дыскин. – СПб.: Политехника, 1997. – 234 с.
5. Одинак, М.М. Возможности и опыт применения функциональных методов нейровизуализации в эпилептологии / М.М. Одинак [и др.] // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2010. – Т. 2, № 3. – С. 45–50.
6. Одинак, М.М. Клиническая семиология приступов при височной эпилепсии / М.М. Одинак [и др.] // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2012. – № 2. – С. 34–39.
7. Одинак, М.М. Эпилепсия глазами ученых XIX века / М.М. Одинак [и др.] // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2013. – № 3. – С. 76–82.
8. Пенфилд, У. Эпилепсия и функциональная анатомия головного мозга человека / У. Пенфилд, Г. Джаспер. – М.: Изд-во иностранной литературы, 1958. – 482 с.
9. Прокудин, М.Ю. Концепция функциональных зон коры головного мозга при эпилепсии / М.Ю. Прокудин, Б.В. Мартынов, Б.Л. Гаврилюк // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2012. – № 3. – С. 56.
10. Скиба, Я.Б. Вербальные проявления эпилептического припадков и постприступного состояния / Я.Б. Скиба [и др.] // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2014. – № 2. – С. 242–247.
11. Asanuma, H. The motor cortex / H. Asanuma. – Philadelphia: Raven Press, 1989. – 127 p.
12. Blume, W.T. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE task force on classification and terminology / W.T. Blume [et al.] // Epilepsia. – 2001. – Vol. 42, № 9. – P. 1212–1218.
13. Bonelli, S. Clinical seizure lateralization in frontal lobe epilepsy / S. Bonelli [et al.] // Epilepsia. – 2007. – Vol. 48, № 3. – P. 517–523.
14. Carreno, M. Complex motor behaviors in temporal lobe epilepsy / M. Carreno [et al.] // Neurology. – 2005. – № 65. – P. 1805–1807.
15. Commission on classification and terminology of the international league against epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures // Epilepsia. 1981. – Vol. 22. – P. 489–501.
16. Commission on classification and terminology of the international league against epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes // Epilepsia. – 1989. – Vol. 30. – P. 389–399.
17. Kellinghaus, C. Frontal lobe epilepsy / C. Kellinghaus, H.O. Luders // Epileptic Disord. – 2004. – № 6. – P. 223–239.
18. Kotagal, P. Complex partial seizures of frontal lobe onset: statistical analysis of ictal semiology / P. Kotagal [et al.] // Seizure. – 2003. – № 12. – P. 268–281.
19. Luders, H.O. Epilepsy surgery / H.O. Luders. – UK.: Informa healthcare, 2009. – 1582 p.
20. Loddenkemper, T. Lateralizing signs during seizures in focal epilepsy / T. Loddenkemper, P. Kotagal // Epilepsy and behavior. – 2005. – № 7. – P. 1–17.
21. Manford, M. An analysis of clinical seizure patterns and their localizing value in frontal and temporal lobe epilepsies / M. Manford, D. Fish, S. Shorvon // Brain. – 1996. – № 119. – P. 17–40.
22. Rona, S. Auras: localizing and lateralizing value / S. Rona // Textbook of Epilepsy Surgery. – Philadelphia.: Lippincott Williams and Wilkins, 2000. – P. 432–443.
23. Showron, S. The etiologic classification of epilepsy / S. Showron // Epilepsia. – 2011. – Vol. 52, № 6. – P. 1052–1057.

M.M. Odinak, M.Yu. Prokudin, Ya.B. Skiba, A.M. Moiseeva, N.N. Zubov, V.O. Blinov, T.V. Antonyuk

Ictal semiology in patient with frontal lobe epilepsy

Abstract. We have analysed ictal semiology seizures with frontal epilepsy compared with the manifestations of seizures with medial temporal lobe epilepsy. The largest number of seizures was registered in the group of frontal epilepsy. Total symptoms of the structure of complex partial and secondarily generalized tonic-clonic seizures in patients predominant band medial temporal lobe epilepsy ($6,63 \pm 0,73$), which was significantly greater ($p < 0,05$) compared with a group patients frontal epilepsy ($5,01 \pm 1,54$). The frontal epilepsy was significantly more common simple partial seizures (52,5%; $p < 0,01$). Somatosensory aura (19,1%), focal clonic (28,6%) seizures, bilateral asymmetric tonic posture (14,3%), asymmetric end of secondarily generalized tonic-clonic seizures (14,3%) were observed only when the frontal epilepsy; the reversing rotation of the head (38,1%, $p < 0,01$) was observed significantly more frequently in the localization of epileptic focus in the frontal lobe of the brain. In the group of patients suffering from epilepsy, frontal, fewer symptoms observed in the structure of complex partial seizures ($5,01 \pm 1,54$) compared to a group of patients suffering from the medial temporal lobe epilepsy ($6,63 \pm 0,73$; $p < 0,04$). The most valuable features of lateralization of epileptic focus at the frontal epilepsy were the focal clonic seizures (100%), the reversing rotation of the head (85,8%) and asymmetric shapes in the form of the number "4" during the secondary generalization of partial seizures (100%). Nonversity turn heads with frontal epilepsy had lateralization values, and at the medial frontal epilepsy showed high lateralization worth watching on ipsilateral side with respect to epileptic focus in 88,9% of cases. Among the verbal manifestations of seizure at the frontal epilepsy most commonly observed vocalization (19,1%) and stopping speech (14,3%), with these symptoms do not have a clear lateralization values.

Key words: frontal lobe epilepsy, medial temporal lobe epilepsy, ictal semiology, electroencephalographic video monitoring, lateralizing signs, head version, head turning, vocalization, speech arrest.

Контактный телефон: 8-965-753-85-53; e-mail: yaver-99@mail.ru