

УДК 616.853.9

https://doi.org/10.33619/2414-2948/89/30

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ВИСОЧНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ, АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

©*Батыров М. А.*, SPIN-код: 5404-3869, канд. мед. наук, Международный университет Кыргызстана, Международная высшая школа медицины, г. Бишкек, Кыргызстан, *dr.maksat@mail.ru*

FOCAL TEMPORAL LOBE EPILEPSY, ANALYSIS OF CLINICAL AND ANAMNESTIC DATA AND EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ANTI-EPILEPTIC THERAPY

©*Batyrov M.*, SPIN-code: 5404-3869, M.D., International University of Kyrgyzstan, International Higher School of Medicine, Bishkek, Kyrgyzstan, *dr.maksat@mail.ru*

Аннотация. Изучены клинико-анамнестические данные и эффективность современных противосудорожных препаратов у 31 больного с симптоматической височной эпилепсией. В дебюте заболевания доминировали приступы в виде изолированной ауры и не моторных приступов (77%), которые расценивались как не эпилептические пароксизмы и большинство пациентов (80%) обратились за медицинской помощью позднее 6 месяцев. Среди не моторных приступов стоит отметить заторможенность поведенческих реакций (22%), вегетативные (42%) и психические приступы (13%). Автоматизмы выявлены у 18 (58%) больных, фокальные моторные приступы в виде односторонней дистонической установки у 9 (29%), а вторично генерализованные приступы отмечены у 19 (61%) наблюдаемых. Использование современных противоэпилептических препаратов оказалось эффективным в 42%.

Abstract. We studied clinical and anamnestic data and the effectiveness of anticonvulsants in 31 patients with focal temporal lobe epilepsy. Seizures in the form of isolated aura and non-motor seizures dominated at the onset of the disease (77%), which were regarded as non-epileptic paroxysms, and most patients (80%) sought medical help later than 6 months. Among non-motor seizures, it is worth noting the inhibition of behavioral reactions (22%), vegetative (42%) and mental seizures (13%). Automatism was found in 18 (58%) patients, focal motor seizures in the form of a unilateral dystonic seizure in 9 (29%) patients, and secondary generalized seizures were noted in 19 (61%) patients. The use of modern antiepileptic drugs in combination was effective in 42%.

Ключевые слова: эпилепсия, височная эпилепсия, семиология, противоэпилептическая терапия.

Keywords: epilepsy, temporal lobe epilepsy, semiology, antiepileptic therapy.

Симптоматическая височная эпилепсия (СВЭ) является самой распространенной формой среди всех структурных эпилепсий, составляя по разным источникам от 48% до 60% [3, 12]. Дебют заболевания в широком возрастном диапазоне, однако в основном (65%) проявляется в возрасте до 16 лет [6]. Иногда СВЭ предшествуют атипичные фебрильные судороги по различным данным до 10% случаев [11, 13]. Среди этиологических причин

можно выделять: склероз гиппокампа, нарушение коркового развития, врожденные доброкачественные образования в области височной доли, перинатальные патологии, черепно-мозговые травмы и др. С учетом клинико-нейровизуальных данных различают латеральную и мезиальную или амигдало-гиппокампальную формы [5, 10].

Височно-долевая эпилепсия считается труднокурабельной формой эпилепсии. Успех в лечении зависит от своевременности обращения пациентов, в правильной постановке диагноза врачом с учетом кинематики приступов, электроэнцефалографических и нейровизуальных данных. Медикаментозная ремиссия достигается не более, чем 30%. У остальных больных в большинстве случаев удается снизить частоту приступов [2, 4].

К сожалению, многие пациенты и их родственники считают, что эпилепсия неизлечима, в связи с чем не обращаются за медицинской помощью. Многие больные скрывают свою болезнь, так как в обществе до сих пор сохраняется стигматизация по отношению к больным с эпилепсией. Даже после обращения за медицинской помощью многие не соблюдают рекомендации врача, перестают принимать противоэпилептические препараты либо принимают нерегулярно в неадекватных дозах. В результате постепенно развиваются вторично-генерализованные судорожные приступы (ВГСП), интеллектуальная недостаточность и эмоционально-волевые нарушения [9]. Стоит отметить, что на сегодняшний день в клинической практике, помимо базовых препаратов (карбамазепин и вальпроевая кислота), используют современные противоэпилептические препараты, которые направлены на лечение фокальных форм эпилепсии со вторичной генерализованной эпилепсией. При своевременном выявлении больных с СВЭ и адекватной противоэпилептической терапии есть возможность улучшить качество жизни пациентов [7].

Целью исследования явилось изучение анамнеза заболевания, семиотику приступов и эффективности современных противосудорожных препаратов у больных с симптоматической височной эпилепсией.

В исследование включили 31 больного с симптоматической височной эпилепсией в возрасте от 4 до 37 лет, из них 14 женщин и 17 мужчин. Из них неокортикальная (латеральная) височная эпилепсия у — 10 и палеокортикальная (амигдало-гиппокампальная) у 21 наблюдаемого. Исследование проведено на базе клиники «МедЭко» в период с 2019 г. по 2022 г.

Критерии включения в исследование: симптоматическая височная эпилепсия, подтвержденная клинико-инструментальными данными.

Критерии исключения: клинико-электроэнцефалографически, имеющие черты фокальной височной эпилепсии, однако нейровизуально не подтвержденные формы височной эпилепсии (криптогенные или идиопатические фокальные эпилепсии).

У всех пациентов тщательно изучены анамнез заболевания и неврологический статус, изучена семиотика приступов.

Приступы описывались на основании классификации, рекомендованной Международной Противоэпилептологической Лиги (ILAE) в 2017 году [1, 8]. Всем пациентам проведено электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование на аппарате ЭЭГА-19/21 Энцефалан 131-03, модификация 08, «Медиком», Россия и видео ЭЭГ мониторинг на аппарате Нейрон-Спектр 5 компании «Нейрософт». ЭЭГ исследование проведено от 1 часа до 12 часов в состоянии бодрствования и во время сна. В нашем исследовании у 12 (38,7%) больных выявили эпилептиформную активность, из них в 9 случаях активность выявлена при длительном видео мониторинге. Эпилептиформная активность была представлена в виде региональных комплексов острая-медленная и пик-медленная волна и диффузных билатерально асинхронных разрядов с фокальным началом у 3 наблюдаемых.

Нейровизуальное исследование проведено всем пациентам. Магнитно-резонансное исследование (МРТ) проведено на аппарате HITACHI AIRIS MED (1,5 Тл) в стандартных режимах и на аппарате MRI-Philips Achieva 3 Tesla в HAIRNESS программе. При нейровизуальном исследовании выявили следующие структурные изменения: гиппокампальный склероз (17), фокальные кортикальные дисплазии IIb и IIIa типа (4), последствия гипоксическо-ишемического поражения головного мозга (5), последствия черепно-мозговой травмы (1), последствия перенесенного менингоэнцефалита неясной этиологии с образованием кистозно-глиозного изменения коры височной доли (1), дизэмбриогенные доброкачественные опухоли (2), последствия ишемического инсульта (1).

В качестве оценки эффективности антиэпилептических препаратов (АЭП) использовали критерии купирования частоты приступов на 100% (клиническая ремиссия; отсутствие приступов в течение наблюдаемого периода в сочетании с редуцированием эпилептиформных разрядов на электроэнцефалограмме), снижение приступов на 50% и более. Редукция частоты приступов менее, чем на 50%, оценивалась как низкая эффективность лечения, а 25% и ниже отсутствие эффекта [7]. Оценка эффективности проведена до обращения в клинику и после.

Результаты исследования

Дебют эпилепсии был в широком возрастном диапазоне, варьируя от 4 до 57 лет, при этом у 70% больных приступы начались до 16-летнего возраста. При изучении анамнеза выяснили, что 6 (19,3%) больных обращались к неврологу в течение 1 месяца с момента развития приступов, 8 (25,8%) больных от 6 до 12 месяцев, 14 (45,1%) пациентов позже 1 года. В целом 6 (19,3%) пациентов ограничились обращением к врачу на первичном этапе оказания медицинской помощи, на вторичный уровень обратились 7 (22,5%) и 18 (58%) больных обращались до третичного уровня медицинской помощи.

Семиология приступов в дебюте заболевания. Согласно записи из амбулаторной карты, выписки из истории болезни, со слов пациента и их родственников дебют заболевания у 23 пациентов начался одним типом приступа, в 8 случаях сразу несколькими типами приступов; двумя типами у 3 больных и у одного тремя типами приступов. Фокальные моторные приступы у 8 (25,8%), автоматизмы (жестовые, ороалиментарные, амбулаторные) у 9 больных, вегето-висцеральные пароксизмы, в том числе и абдоминальные — у 13, когнитивные приступы у 2, эмоциональные у 4, заторможенность поведенческих реакций в 10 случаях.

В момент обращения в клинику пациенты имели историю болезни от 1 года до 15 лет, в среднем 7,6 лет. Большинство пациентов принимали АЭП в виде монотерапии (25/80,6%), только 3 больных находились в политерапии, 3 наблюдаемых не принимали АЭП. В основном были назначены традиционные противосудорожные препараты: карбамазепин, вальпроевая кислота и фенобарбитал. В виде дуотерапии: карбамазепин + вальпроевая кислота, карбамазепин + ламотриджин. На фоне приема АЭП только у 4 (13%) наблюдалось снижение приступов более чем на 50%, в остальных случаях (27/87%) менее, чем на 50%, из них без эффекта в 12 (38,7%) случаях ($\leq 25\%$). Ни в одном случае не достигнуто полное купирование приступов (Таблица 1).

При этом, несмотря на отсутствие эффекта от приема АЭП, пациенты продолжали принимать один и тот же препарат в виде монотерапии, 5 больных переведены на другой АЭП.

Семиотика приступов при обращении в клинику. В 6 случаях выявлен один вид приступа, в 25 случаях несколько типов приступа; двумя типами у 19 больных и у 6 тремя типами приступов.

Таблица 1

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЭП У БОЛЬНЫХ
 С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ ДО ОБРАЩЕНИЯ

<i>Эффективность</i>	<i>Количество больных n (%)</i>
Ремиссия приступов	0 (0%)
Эффективность $\geq 50\%$	4 (13%)
Низкая эффективность $\leq 50\%$	15 (48,3%)
Без эффекта ($\leq 25\%$)	12 (38,7%)

Аура выявлена у 19 пациентов, моторные приступы с фокальным началом и с нарушением осознания у 9 больных, не моторные приступы с фокальным началом у 5, автоматизмы в 16 случаях, вторично-генерализованные судорожные припадки у 19 больных (Таблица 2).

Таблица 2

СЕМИОТИКА СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

<i>Тип приступа</i>	<i>Семиология</i>	<i>n (%)</i>
Не моторные приступы	Абдоминальные приступы	12 (38,7)
	Кардиальные	1 (3,2)
	Обонятельные и вкусовые	2 (6,4)
	Психические	4 (12,9)
Моторные приступы	Фокальные моторные приступы с дистонической установкой	9 (29,0)
	Билатерально-тонико-клонические с фокальным дебютом	19 (61,3)
Автоматизмы	Ороалиментарные автоматизмы	6 (19,4)
	Жестовые автоматизмы	11 (35,5)
	Амбулаторные автоматизмы	1 (3,2)

Аура в нашем наблюдении отмечена у 19 (61,3%) больных, из них абдоминальная форма у 12 пациентов, в основном пациенты отмечали внезапную боль, изжогу или дискомфорт в области эпигастрии, иногда с появлением специфического симптома «восходящего эпилептического ощущения» поднимающегося к горлу с чувством сжатия шеи и комка в горле. В двух случаях наблюдались обонятельные галлюцинации (ункусные атаки Джексона) ощущения неопишуемого и несуществующего неприятного запахов. Кардиальные приступы проявились у одного пациента в виде сжатия и распирания в области сердца с побледнением лица, гиперсаливацией и мидриазом. Психические приступы отмечались у 4 больных в основном в виде ощущения убыстрения течения времени, с чувством немотивированного страха, *de jure* и ощущением нереальности происходящего. В наших наблюдениях у 7 (22,5%) больных отмечено заторможенность поведенческих реакций без двигательного компонента (диалептические) и с автоматизмами — 5 (автомоторные приступы).

Автоматизмы являются важнейшим клиническим симптомом фокальной височной эпилепсии. Характерными формами для височной фокальной эпилепсии являются жестовые (мануальные), ороалиментарные, амбулаторные автоматизмы. Непосредственно перед началом приступа в 3 случаях отмечены жестовые автоматизмы. В момент фокальных моторных приступов (с нарушением сознания) на стороне очага поражения отмечали

жестовые автоматизмы у 8 больных, которые проявились в виде почесывания своего тела, ощупывания предметов, белья. В структуре аутомоторных приступов (жестовые и ороалиментарные автоматизмы) у 4 больных. Амбулаторные автоматизмы *de novo* с взаимодействием с людьми и предметами наблюдали в одном случае. Автоматизированное поведение (жестовое и ороалиментарное) в постиктальном периоде были у 4 больных.

Фокальные моторные приступы (9/29 %) были по типу дистонической установки руки (латерализованная постуральная дистония) с легкой их ротацией. Иногда моторные приступы сочетались с поворотом головы и глазных яблок контрлатерально к эпилептическому очагу и фонацией. Поворот головы обычно в начале приступа был ипсилатерально, а затем контрлатерально. Длительность таких приступов была от 1 до 10 мин, в среднем — 3 мин. Вторично-генерализованные приступы выявлены у 16 (61,3%) больных.

Лечение. На основании семиологии приступов, электро-нейровизуальных данных, а также с учетом ранее использованных АЭП, назначены противосудорожные препараты. В монотерапии находились 14 (45%) больных в дуотерапии 17 (55%) больных. В качестве монотерапии назначены карбамазепин, окскарбамазепин, топирамат и леветриацитам, в дуотерапии использовали препараты в следующей комбинации: карбамазепин или окскарбамазепин + топомакс, кеппра или ламотриджин + топомакс, вальпроевая кислота+ топомакс. В монотерапии полной ремиссии удалось достигнуть в 3 случаях. Снижение частоты приступов более чем, на 50% в двух случаях, менее 50% у 4 пациентов, без эффекта в 5 случаях ($\leq 25\%$). В политерапии полной ремиссии удалось достичь у 5 пациентов, уменьшение количества приступов более чем, на 50% у 3, менее 50% у 6 и отсутствие эффекта у 3 больных (Таблица 3).

Таблица 3

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЭП У БОЛЬНЫХ
С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ

<i>Эффективность</i>	<i>Количество больных n (%)</i>
Ремиссия приступов	8 (25,8%)
Эффективность $\geq 50\%$	5 (16,1%)
Низкая эффективность $\leq 50\%$	10 (32,3%)
Без эффекта ($\leq 25\%$)	8 (25,8%)

Таким образом, полной ремиссии приступов удалось достигнуть у 8 наблюдаемых, что составило 25,8 %, уменьшение частоты приступов более чем, на 50% у 11 (30%), менее 50 % в 10 (32,3%) случаях и 8 (25,8%) случаях, применение АЭП было не эффективно.

Обсуждение и анализ

Таким образом, в нашем исследовании в большинстве случаев (70%) дебют приступов был до 16 лет, преобладали пациенты мужского пола. Большинство пациентов (80%) обратились за медицинской помощью позднее 6 месяцев. Возможной причиной такого позднего обращения являлась специфичность клинических симптомов височно-долевой эпилепсии, особенно в дебюте заболевания, когда приступы проявились только в виде коротких замираний и ауры (77%). При этом обычно в народе эпилепсию представляют, как генерализованные тонико-клонические судороги с потерей сознания. Пациенты за медицинской помощью начали обращаться, когда уже приступы участились или после появления новых симптомов (моторные приступы с нарушением осознания, вторично генерализованные тонико-клонические судороги). Другой причиной явились социальные факторы; пациенты боялись состоять на учете как больные с психическим заболеванием, страх стигматизации, а также не информированность пациентов и их родственников о

курабельности эпилепсии. Многие боялись показать свою болезнь, старались скрывать от общественности.

При поступлении пациентов в нашу клинику тщательно изучали семиотику приступов. Симптомы фокальной височной эпилепсии проявились, как правило, в виде фокальных моторных, не моторных приступов, с автоматизмами и вторично-генерализованными тонико-клонических приступами (52%). Автоматизмы проявились в основном в виде жестовых, ороалиментарных и амбулаторных приступов, что является характерным для височной эпилепсии. Среди не моторных приступов стоит отметить заторможенность поведенческих реакций (22%), вегетативные (42%), и психические приступы (13%). Фокальные моторные приступы обычно проявлялись односторонней дистонической установкой с ротацией дистальных отделов руки (29%). В больше половины случаев (61,3%) выявлены вторично-генерализованные приступы. Классический сценарий приступов: остановка действия, испуганный взгляд с фиксированием взгляда в одну точку — автоматизмы — дистоническая установка руки с поворотом головы и взгляда контралатерально к очагу — постприступная спутанность сознания.

До обращения пациенты в основном принимали традиционные АЭП в монотерапии (80%), при этом ни в одном случае не достигнуто полное купирование приступов и перевод на другой АЭП был в 5 случаях. Пациенты, несмотря даже на отсутствие эффекта от приема АЭП, продолжали принимать один и тот же препарат, в неадекватных дозах и нерегулярно. Так как большинство пациентов считали, что эпилепсия неизлечима и принимаемый препарат является единственным вариантом и не видели повода для повторного обращения. Многие пациенты обращались к целителям и воспользовались услугами нетрадиционной медицины. При анализе динамики развития приступов на фоне терапии ни в одном случае полного купирования приступов не было, только в 5 случаях наблюдалось уменьшение частоты приступов более чем, на 50%, в остальных случаях эффективность была ниже 50%.

После тщательного изучения анамнеза заболевания, семиологии приступов, ЭЭГ и нейровизуальных данных назначены современные АЭП в виде монотерапии (14/ 45,2%) и в виде дуотерапии в комбинации с базовыми препаратами (17/54,8%) с различными механизмами действия. В результате в 28% случаях удалось полностью контролировать приступов, в 21% случаях количество приступов сократилось более чем, на 50%, в остальных случаях приступы уменьшились менее чем, на 50%.

Таким образом, используя современные АЭП в монотерапии или в комбинации с базовыми антиэпилептическими препаратами удалось контролировать приступы в 42% случаях (контроль частоты приступа от 50% до 100%). По литературным источникам, контроль приступов при СВЭ составляет от 47% до 76% [4, 9–13].

Конечно, обсуждая вопросы ведения больных с эпилепсией, особенно с СВЭ, мы не можем возложить всю вину на пациентов и их родственников, в данном случае стоит отметить и организационные проблемы в системе здравоохранения, в частности отсутствие в нашей стране соответствующего протокола по ведению больных с эпилепсией, отсутствие эпилептологической службы и специалистов значительно затрудняет процесс выявления и лечение больных с эпилепсией.

Заключение

При симптоматической височной эпилепсии в дебюте заболевания доминируют фокальные не моторные приступы, что часто расценивается как не эпилептические пароксизмы. Знание семиологии приступов височно-долевой эпилепсии позволяет своевременно диагностировать и назначить соответствующую антиэпилептическую терапию. При использовании базовых (карбамазепин, окскарбамазепин, вальпроевая кислота) и

современных АЭП (топирамат, кеппра, ламиктал) в монотерапии и в комбинации удалось контролировать приступы в 42% случаях.

Список литературы:

1. Авакян Г. Н., Блинов Д. В., Лебедева А. В., Бурд С. Г., Авакян Г. Г. Классификация эпилепсии Международной Противозепилептической Лиги: пересмотр и обновление 2017 года // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2017. Т. 9. №1. С. 6-25. <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2017.9.1.006-025>
2. Карлов В. А., Гехт А. Б., Гузева В. И., Липатова Л. В., Базилевич С. Н., Мкртчян В. Р., Лебедева А. В. Алгоритмы моно-и политерапии в клинической эпилептологии. Часть 1. Общие принципы выбора фармакотерапии // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. 2016. Т. 116. №6. С. 109-114.
3. Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. М.: Бином, 2019. 893 с.
4. Китаева В. Е., Котов А. С. Эффективность лечения пациентов с длительным течением медиальной височной эпилепсии // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2018. Т. 10. №3. С. 31-37.
5. Котов А. С. Фокальные эпилепсии у взрослых: клиническая лекция // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. 2019. Т. 3. №4-2. С. 95-99.
6. Мухин К. Ю., Гатаулина С. Х., Петрухин А. С. Палеокортикальная височная эпилепсия, обусловленная мезиальным височным склерозом: клиника, диагностика и лечение (обзор литературы) // Русский журнал детской неврологии. 2008. №3. С. 41-60.
7. Мухин К. Ю., Пылаева О. А., Глухова Л. Ю., Миронов М. Б., Бобылова М. Ю. Основные принципы лечения эпилепсии. Алгоритм выбора антиэпилептических препаратов // Русский журнал детской неврологии. 2014. №4. С. 30-49.
8. Мухин К. Ю. Определение и классификация эпилепсии. Проект классификации эпилептических приступов 2016 года // Русский журнал детской неврологии. 2017. №1. С. 8-20.
9. Никитина М. А., Мухин К. Ю., Глухова Л. Ю., Чадаев В. А., Барлетова Е. И. Клинические латерализационные признаки при симптоматической височной эпилепсии // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2015. Т. 7. №2. С. 59-64.
10. Blair R. D. G. Temporal lobe epilepsy semiology // Epilepsy research and treatment. 2012. V. 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/751510>
11. Gómez M. V. Mesial temporal lobe epilepsy: its pathophysiology, clinical characteristics, treatment and prognosis // Revista de neurologia. 2004. V. 38. №7. P. 663-667.
12. Téllez-Zenteno J. F., Hernández-Ronquillo L. A review of the epidemiology of temporal lobe epilepsy // Epilepsy research and treatment. 2012. V. 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/630853>
13. Thom M., Bertram E. H. Temporal lobe epilepsy // Handbook of clinical neurology. Elsevier, 2012. V. 107. P. 225-240. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52898-8.00014-8>

References:

1. Avakyan, G. N., Blinov, D. V., Lebedeva, A. V., Burd, S. G., & Avakyan, G. G. (2017). Klassifikatsiya epilepsii Mezhdunarodnoi Protivoepilepticheskoi Ligi: peresmotr i obnovlenie 2017 goda. *Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya*, 9(1), 6-25. (in Russian). <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2017.9.1.006-025>
2. Karlov, V. A., Gekht, A. B., Guzeva, V. I., Lipatova, L. V., Bazilevich, S. N., Mkrтчян, V. R., ... & Lebedeva, A. V. (2016). Algoritmy mono-i politerapii v klinicheskoi epileptologii. Chast' 1.

Obshchie printsipy vybora farmakoterapii. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. CC Korsakova*, 116(6), 109-114. (in Russian).

3. Karlov, V. A. (2019). Epilepsiya u detei i vzroslykh zhenshchin i muzhchin. Moscow. (in Russian).

4. Kitaeva, V. E., & Kotov, A. S. (2018). Effektivnost' lecheniya patsientov s dlitel'nym techeniem medial'noi visochnoi epilepsii. *Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya*, 10(3), 31-37. (in Russian).

5. Kotov, A. S. (2019). Fokal'nye epilepsii u vzroslykh: klinicheskaya lektsiya. *Russkii meditsinskii zhurnal. Meditsinskoe obozrenie*, 3(4-2), 95-99. (in Russian).

6. Mukhin, K. Yu., Gataullina, S. Kh., & Petrukhin, A. S. (2008). Paleokortikal'naya visochnaya epilepsiya, obuslovlennaya mezial'nym visochnym sklerozom: klinika, diagnostika i lechenie (obzor literatury). *Russkii zhurnal detskoi nevrologii*, (3), 41-60. (in Russian).

7. Mukhin, K. Yu., Pylaeva, O. A., Glukhova, L. Yu., Mironov, M. B., & Bobylova, M. Yu. (2014). Osnovnye printsipy lecheniya epilepsii. Algoritm vybora antiepilepticheskikh preparatov. *Russkii zhurnal detskoi nevrologii*, (4), 30-49. (in Russian).

8. Mukhin, K. Yu. (2017). Opredelenie i klassifikatsiya epilepsii. Proekt klassifikatsii epilepticheskikh pristupov 2016 goda. *Russkii zhurnal detskoi nevrologii*, (1), 8-20. (in Russian).

9. Nikitina, M. A., Mukhin, K. Yu., Glukhova, L. Yu., Chadaev, V. A., & Barletova, E. I. (2015). Klinicheskie lateralizatsionnye priznaki pri simptomaticheskoi visochnoi epilepsii. *Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya*, 7(2), 59-64. (in Russian).

10. Blair, R. D. (2012). Temporal lobe epilepsy semiology. *Epilepsy research and treatment*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/751510>

11. Gómez, M. V. (2004). Mesial temporal lobe epilepsy: its physiopathology, clinical characteristics, treatment and prognosis. *Revista de neurologia*, 38(7), 663-667.

12. Téllez-Zenteno, J. F., & Hernández-Ronquillo, L. (2012). A review of the epidemiology of temporal lobe epilepsy. *Epilepsy research and treatment*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/630853>

13. Thom, M., & Bertram, E. H. (2012). Temporal lobe epilepsy. In *Handbook of clinical neurology* (Vol. 107, pp. 225-240). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52898-8.00014-8>

Работа поступила
в редакцию 27.02.2023 г.

Принята к публикации
07.03.2023 г.

Ссылка для цитирования:

Батыров М. А. Симптоматическая височная эпилепсия, анализ клинико-анамнестических данных и оценка эффективности противоэпилептической терапии // Бюллетень науки и практики. 2023. Т. 9. №4. С. 265-272. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/89/30>

Cite as (APA):

Batyrov, M. (2023). Focal Temporal Lobe Epilepsy, Analysis of Clinical and Anamnestic Data and Evaluation of the Effectiveness of Anti-epileptic Therapy. *Bulletin of Science and Practice*, 9(4), 265-272. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/89/30>