

Эпилептический статус фокальных приступов с нарушением осознания

В.Е. Китаева¹, А.С. Котов²

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России; Россия, 127473 Москва, ул. Делегатская, 20, стр. 1;

²ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; Россия, 129110 Москва, ул. Щепкина, 61/2

Контакты: Варвара Евгеньевна Китаева varvara-kitaeva@mail.ru

Введение. Эпилептический статус фокальных приступов с нарушением осознания (ЭС ФПНО) — это серия фокальных приступов с потерей или изменением сознания, между которыми не происходит полного восстановления сознания. Данные эпилептические статусы характерны для пациентов с височной (особенно со склерозом гиппокампа) и лобной эпилепсией. Важно дифференцировать ЭС ФПНО со статусом абсансов, с психическими заболеваниями, с постиктальной спутанностью. Как правило, эпилептический статус прекращается сам, без специального лечения.

Цель исследования — изучение особенностей эпидемиологии, этиологии, диагностики, терапии и прогноза у пациентов с ЭС ФПНО. **Материалы и методы.** В исследование было включено 1350 последовательных пациентов с диагнозом эпилепсии.

Результаты и обсуждение. ЭС ФПНО в анамнезе был выявлен у 20 пациентов (14 женщин и 6 мужчин), он возникал в возрастном интервале от 5 до 66 лет. У 13 (65 %) пациентов была диагностирована медиальная височная эпилепсия, у 5 (25 %) — лобная эпилепсия, у 2 (10 %) — латеральная височная эпилепсия. Только у 80 % пациентов лечение было адекватным до развития ЭС ФПНО, у 20 % пациентов терапия была неадекватной, что и обусловило в дальнейшем развитие эпилептического статуса. У 40 % пациентов возникновение ЭС ФПНО связано с собственной некомплаентностью, у 30 % пациентов развитие ЭС ФПНО имело ятрогенные причины. Неэффективность мер по предотвращению эпилептического статуса была отмечена только у пациента с фармакорезистентной симптоматической эпилепсией и у некомплаентных пациентов.

Выводы. ЭС ФПНО встречается у 1 % больных с эпилепсией. Среди пациентов преобладают пациенты женского пола с височной или лобной эпилепсией; эпилептический статус может развиваться в любом возрасте и часто провоцируется изменениями терапии по рекомендациям врачей или в связи с некомплаентностью пациента. Обычно эпилептический статус купируется самостоятельно, для предотвращения его рецидивов необходима адекватная антиэпилептическая терапия. Прогноз у пациентов с ЭС ФПНО является благоприятным, однако общий прогноз остается серьезным в связи с тяжестью течения собственно эпилепсии.

Ключевые слова: эпилептический статус, фокальные приступы с нарушением осознания, височная эпилепсия, лобная эпилепсия

Для цитирования: Китаева В.Е., Котов А.С. Эпилептический статус фокальных приступов с нарушением осознания. Русский журнал детской неврологии 2020;15(3–4):10–8.

DOI: 10.17650/2073-8803-2020-15-3-4-10-18



STATUS EPILEPTICUS OF FOCAL IMPAIRED-AWARENESS SEIZURES

V.E. Kitaeva¹, A.S. Kotov²

¹A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health of Russia; 20/1 Delegatskaya St., Moscow 127473, Russia;

²M.F. Vladimírsky Moscow Regional Research Clinical Institute; 61/2 Shchepkina St., Moscow 129110, Russia

Background. The status epilepticus of focal impaired-awareness seizures (SE FIAS) is a series of focal seizures with loss or change of consciousness, between which there is no complete recovery of consciousness. This status epilepticus occurs in patients with temporal (especially with hippocampal sclerosis) and frontal epilepsy. It is important to differentiate SE FIAS with the absence status epilepticus, with psychiatric disorder, with postictal confusion. As a rule, this status epilepticus is self-terminate, without special treatment.

Objective: to study the features of epidemiology, etiology, diagnosis, therapy and prognosis in patients with SE FIAS.

Materials and methods. The study included 1350 consecutive patients diagnosed with epilepsy.

Results and discussion. A history of SE FIAS was found in 20 patients (14 women and 6 men), it occurred in the age range from 5 to 66 years. 13 patients (65 %) had mesial temporal lobe epilepsy, 5 patients (25 %) had frontal lobe epilepsy, and 2 patients (10 %) had lateral temporal lobe epilepsy. Only in 80 % of patients treatment was adequate before the development of SE FIAS, in 20 % of patients it was inadequate and subsequently caused the development of status epilepticus. In 40 % of patients the occurrence of SE FIAS is associated with their own non-compliance; in 30 % of patients the development of status epilepticus had iatrogenic causes. Measures to prevent the development of status epilepticus were ineffective only in patients with pharmacoresistant symptomatic epilepsy and in non-compliant patients.

Conclusions. SE FIAS occurs in 1 % of patients with epilepsy. Among patients, women with temporal or frontal epilepsy dominate; status epilepticus occurs at any age and is often triggered by changes in therapy due to doctors' recommendations or patient non-compliance. Usually the status is self-terminating. To prevent its recurrence, adequate antiepileptic therapy is necessary. The prognosis in patients with SE FIAS is favorable; however, the general prognosis remains serious due to the severity of the course of epilepsy.

Key words: status epilepticus, focal impaired-awareness seizures, temporal lobe epilepsy, frontal lobe epilepsy

For citation: Kitaeva V.E., Kotov A.S. Status epilepticus of focal impaired-awareness seizures. *Russkiy zhurnal detskoy neurologii = Russian Journal of Child Neurology* 2020;15(3–4):10–8. (In Russ.).

Введение

Эпилептический статус фокальных приступов с нарушением осознания (ЭС ФПНО), или status epilepticus of focal impaired-awareness seizures (SE FIAS) (прежнее название «эпилептический статус сложных парциальных приступов» – complex partial status epilepticus, CPSE) – это серия фокальных приступов с потерей или изменением сознания, между которыми не происходит полного восстановления сознания.

Как известно, эпилептический статус (ЭС) – это состояние, возникающее в результате либо сбоя механизмов в головном мозге, ответственных за прекращение приступов, либо запуска механизмов, которые приводят к аномально продолжительным приступам [9]. ЭС ФПНО нередко развивается без видимых причин, в других случаях имеется триггерный фактор, например изменения в терапии.

С помощью электроэнцефалографии (ЭЭГ) было обнаружено, что данные ЭС характерны для пациентов с височной (особенно со склерозом гиппокампа) и лобной эпилепсией, при этом во время ЭС наблюдается постоянная и/или циклическая эпилептическая активность, что клинически может проявляться в виде продолжительного или рецидивирующего приступа.

Важной задачей является дифференциальная диагностика ЭС ФПНО со статусом абсансов [7], с психическими заболеваниями [4, 8] (особенно с фугой), с постиктальной спутанностью.

Как правило, ЭС прекращается сам, без специального лечения [5], благодаря активации противоэпилептической системы в головном мозге; задачами врача являются оптимизация терапии и предотвращение рецидива ЭС.

Цель исследования – изучение особенностей эпидемиологии, этиологии, диагностики, терапии и прогноза у пациентов с ЭС ФПНО.

Материалы и методы

В исследование было включено 1350 последовательных пациентов с диагнозом эпилепсии. При отборе были исключены пациенты с неэпилептическими приступами. У всех пациентов был собран анамнез, проведены общий и неврологический осмотры, выполнены общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, а также дополнительные исследова-

ния, ЭЭГ и/или видео-ЭЭГ-мониторинг, магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.

Лабораторные анализы проводили в сертифицированной лаборатории ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского».

При проведении ЭЭГ применяли модульную систему для комплексной функциональной диагностики Ates Diagnostic с принадлежностями (Ates Medica Device S.R.L., Италия). Результаты ЭЭГ систематизировали согласно международной классификации нарушений по данным ЭЭГ по Luders и Noachtar (2000) [6].

Для видео-ЭЭГ-мониторинга использовали электроэнцефалограф-анализатор ЭЭГА-21/26-«Энцефалан-131-03», регистрационное удостоверение № 29/03030698/0442-03 от 20.03.2003, сертификат соответствия Госстандарта России № РОСС RU.ИМ02.В12493 (НПФ «Медиком МТД», Россия).

Выявление структурных поражений головного мозга проводили при помощи МРТ с использованием томографа со сверхпроводящим магнитом Achieva с напряженностью магнитного поля 3 Т и шагом сканирования 3–5 мм (Philips Medical System Nederland B.V., Нидерланды).

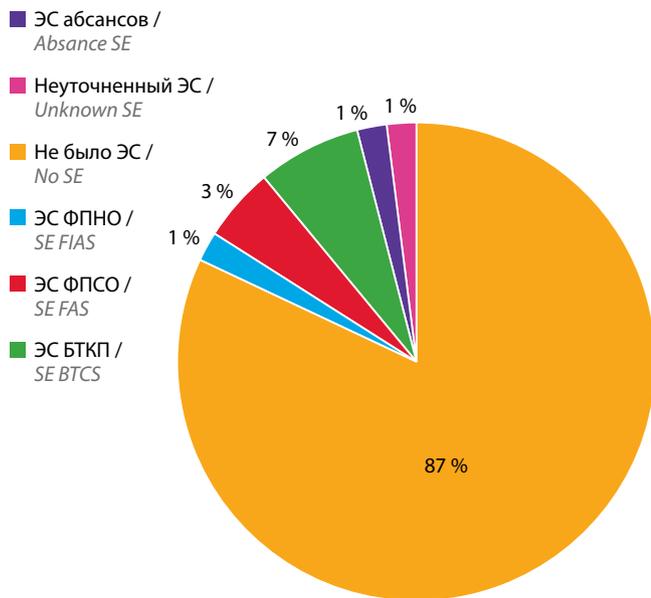
Для статистической обработки данных использовали программу Microsoft Excel 2016.

Результаты и обсуждение

В исследование были включены 1350 пациентов с диагнозом эпилепсии (666 мужчин, 684 женщины) от 20 до 95 лет, у которых дебют эпилепсии произошел в возрасте от первых дней жизни до 75 лет, среди них 13 % имели ЭС в анамнезе (см. рисунок).

Необходимо отметить, что у многих пациентов, включенных в наше исследование, диагноз ЭС не устанавливался, а маскировался за такими формулировками, как «серия приступов», «повторные приступы», «судорожный синдром», «энцефалопатия» и т.д., поэтому диагноз ЭС в таких случаях был установлен нами ретроспективно.

Как видно из рисунка, у большинства пациентов с эпилепсией эпизодов ЭС в анамнезе не отмечалось. Среди пациентов с ЭС чаще всего в анамнезе встречаются ЭС билатеральных тонико-клонических приступов



Распределение пациентов по наличию или отсутствию эпизодов эпилептического статуса (ЭС) в анамнезе, а также по видам ЭС (n = 1350). ЭС ФПНО – эпилептический статус фокальных приступов с нарушением сознания; ЭС ФПСО – эпилептический статус фокальных приступов с сохранным сознанием; ЭС БТКП – эпилептический статус билатеральных тонико-клонических приступов
 The distribution of patients according to the presence or absence of status epilepticus (SE) and to the types of SE (n = 1350). SE FIAS – status epilepticus of focal impaired-awareness seizures; SE FAS – status epilepticus of focal aware seizures; SE BTCS – status epilepticus of bilateral tonic-clonic seizure

в связи с тем, что это самая тяжелая и драматичная форма ЭС и диагностировать ее легче, чем другие формы ЭС. Несколько реже среди пациентов с ЭС встречались ЭС фокальных приступов с сохранным сознанием. Еще реже встречались ЭС ФПНО, ЭС абсансов и неуточненный ЭС.

В нашем исследовании ЭС фокальных приступов с сохранным сознанием встречался чаще, чем ЭС ФПНО. Однако такие данные были получены нами при ретроспективном анализе, когда сложно установить степень сохранности сознания у пациентов во время ЭС, поэтому мы учитывали форму эпилепсии и локализацию эпилептогенного очага (например, наличие небольшого кортикального эпилептогенного дефекта может проявляться в виде ЭС фокальных приступов с сохранным сознанием, а склероза гиппокампа – чаще в виде ЭС ФПНО), возраст пациентов (ЭС фокальных приступов с сохранным сознанием встречается чаще у пожилых людей ввиду более высокого порога приступов из-за возрастных изменений), причину развития ЭС, а также данные, представленные самим пациентом и свидетелями приступов.

В то время как ЭС билатеральных тонико-клонических приступов уделяется много внимания [1–3], ЭС ФПНО традиционно меньше освещен в медицинской литературе.

В наше исследование вошли 20 пациентов с ЭС ФПНО, что составило 1 % от общего числа обследованных больных эпилепсией.

В группе пациентов с ЭС ФПНО было 14 женщин и 6 мужчин. Данные о пациентах с ЭС ФПНО представлены в таблице.

Как видно из таблицы, соотношение женщин и мужчин составило 7:3. Возраст пациентов на момент исследования был от 29 до 78 лет. Дебют эпилепсии зарегистрирован в возрасте от нескольких месяцев до 52 лет. ЭС ФПНО возникал в 5–66 лет. Таким образом, ЭС ФПНО при эпилепсии может развиваться в любом возрасте, но чаще наблюдается у лиц женского пола.

Среди пациентов с ЭС ФПНО в половине случаев была диагностирована фокальная эпилепсия неизвестной этиологии, в другой половине случаев – симптоматическая эпилепсия. В ходе исследования между пациентами с этими формами эпилепсии не было выявлено отличий в течении эпизодов ЭС и их курабельности.

По клиническим данным, эпилептический очаг располагался у пациентов в височной или лобной доле, у многих пациентов локализация поражения в этой области была подтверждена с помощью ЭЭГ и/или видео-ЭЭГ-мониторинга, МРТ головного мозга.

У 13 (65 %) пациентов была диагностирована медиальная височная эпилепсия (у 8 пациентов локализация очага была подтверждена с помощью ЭЭГ; при проведении МРТ у 3 пациентов выявлен склероз гиппокампа, у 2 – эпилептогенные изменения в височных долях, у остальных не было обнаружено характерных нарушений). У пациентов отмечалась аура (страх, волнение, паника, ощущение «наплыва», déjà vu, ощущение нахождения в 2 реальностях, неприятное ощущение в эпигастральной области, тошнота, восходящее эпилептическое чувство, странный запах), затем мог развиваться приступ с полной или частичной потерей сознания либо с изменением сознания, во время которого отмечались заторможенность поведенческих реакций, автоматизмы, редко тонические проявления в виде напряжения рук. Иногда имела место трансформация в билатеральный тонико-клонический приступ. После приступа отмечалась постиктальная спутанность, которая могла длиться вплоть до окончания текущего дня.

У 5 (25 %) пациентов диагностирована лобная эпилепсия (у 2 пациентов локализация очага была подтверждена с помощью ЭЭГ; при проведении МРТ у 3 пациентов были выявлены эпилептогенные изменения в лобных долях, у остальных не было найдено характерных нарушений). У пациентов отсутствовала аура, во время приступа могла отмечаться потеря речи, затем происходила потеря сознания, появлялись заторможенность поведенческих реакций, автоматизмы.

Данные о 20 пациентах с эпилептическим статусом фокальных приступов с нарушением осознания в анамнезе
Data of the 20 patients with status epilepticus of focal impaired-awareness seizures

Пациент Patient	Пол Gender	Возраст на момент обследования Age at time of investigation	Форма эпилепсии Form of epilepsy	Локализация эпилептогенного очага Localization of epileptic focus	Частота приступов перед развитием эпилептического статуса Frequency of seizures before status epilepticus development	Адекватность терапии перед началом эпилептического статуса Adequacy of therapy before status epilepticus development	Возраст на момент первого (или единственного) эпилептического статуса Age at first (or single) status epilepticus	Причина развития первого (или единственного) эпилептического статуса The reason for the development of the first (or single) status epilepticus	Количество эпизодов эпилептического статуса Number of statuses epilepticus	Исход эпилептического статуса Outcome of status epilepticus	Исход у пациента на момент прекращения исследования Patient outcome at the end of study
1	Муж Male	29	Неизвестной этиологии Unknown	Латеральная височная Lateral temporal	Ежемесячно Monthly	Начало эпилепсии с ЭС Onset of epilepsy with SE	13	Дебют эпилепсии после черепно-мозговой травмы Epilepsy onset after traumatic brain injury	Несколько Several	Купирование Stopping	Эпизодов ЭС нет, приступы сохраняются There are no SE, seizures continued
2	Муж Male	33	Симптоматическая Symptomatic	Медиальная височная Mesial temporal	Ежедневно Daily	Адекватная политерапия Adequate polytherapy	19	Фармакорезистентность Pharmacoresistance	Несколько в год Several per year	Купирование Stopping	Эпизоды ЭС продолжают SE continued
3	Жен Female	33	Симптоматическая Symptomatic	Медиальная височная Mesial temporal	Ежедневно Daily	Немедикаментозная ремиссия Drug-free remission	17	Рецидив эпилепсии Relapse of epilepsy	1	Купирование Stopping	ЭС нет, приступы остались There are no SE, seizures remained
4	Жен Female	35	Неизвестной этиологии Unknown	Медиальная височная Mesial temporal	Ежедневно Daily	Адекватная политерапия Adequate polytherapy	20	Некомплаентность Non-compliance	1	Купирование Stopping	Неизвестно Not known
5	Жен Female	35	Неизвестной этиологии Unknown	Лобная Frontal	Ежемесячно Monthly	Адекватная политерапия Adequate polytherapy	20	Замена одного из АЭП с резкой отменой предыдущего Replacement 1 of AED with abrupt cancellation of the old AED	Несколько Several	Купирование Stopping	Эпизодов ЭС нет, приступы сохраняются There are no SE, seizures continued
6	Жен Female	38	Симптоматическая Symptomatic	Медиальная височная Mesial temporal	Ежемесячно Monthly	Адекватная политерапия Adequate polytherapy	30	Некомплаентность Non-compliance	1	Купирование Stopping	Эпизоды ЭС продолжают из-за некомплаентности SE remained due to non-compliance

Продолжение таблицы
Continuation of the table

Исход у пациента на момент прекращения исследования Patient outcome at the end of study	Неизвестно Not known	Неизвестно Not known	Эпизодов ЭС нет, приступы сохраняются There are no SE, seizures continued	Эпизоды ЭС возникают редже SE are less common	Эпизодов ЭС нет, приступы сохраняются There are no SE, seizures continued	Эпизоды ЭС продолжаются ввиду некомплаентности SE remained due to non-compliance
Исход эпилептического статуса Outcome of status epilepticus	Купирование Stopping	Купирование Stopping	Купирование Stopping	Купирование Stopping	Купирование Stopping	Купирование Stopping
Количество эпизодов эпилептического статуса Number of statuses epilepticus	1	1	Несколько Several	Несколько в год Several a year	1	1
Причина развития первого (или единственного) эпилептического статуса The reason for the development of the first (or single) status epilepticus	Рецидив эпилепсии Relapse of epilepsy	Преждевременное снижение дозы одного из АЭП Premature dose reduction 1 of AED	Отсутствие лечения при эпилепсии No treatment for epilepsy	Некомплаентность Non-compliance	Некомплаентность Non-compliance	Некомплаентность Non-compliance
Возраст на момент первого (или единственного) эпилептического статуса Age at first (or single) status epilepticus	38	34	24	22	44	43
Адекватность терапии перед началом эпилептического статуса Adequacy of therapy before status epilepticus development	Немедикаментозная ремиссия Drug-free remission	Адекватная политерапия Adequate polytherapy	Отсутствие лечения при эпилепсии No treatment for epilepsy	Адекватная политерапия Adequate polytherapy	Адекватная политерапия Adequate polytherapy	Адекватная политерапия Adequate polytherapy
Частота приступов перед развитием эпилептического статуса Frequency of seizures before status epilepticus development	Ежемесячно Monthly	Ежемесячно Monthly	Ежедневно Daily	Ежедневно Daily	Ежемесячно Monthly	Ежемесячно Monthly
Локализация эпилептогенного очага Localization of epileptic focus	Медиальная височная Mesial temporal	Латеральная височная Lateral temporal	Медиальная височная Mesial temporal	Лобная Frontal	Медиальная височная Mesial temporal	Медиальная височная Mesial temporal
Форма эпилепсии Form of epilepsy	Неизвестной этиологии Unknown	Симптоматическая Symptomatic	Неизвестной этиологии Unknown	Неизвестной этиологии Unknown	Симптоматическая Symptomatic	Симптоматическая Symptomatic
Возраст на момент обследования Age at time of investigation	39	42	44	46	46	47
Пол Gender	Жен Female	Жен Female	Жен Female	Жен Female	Жен Female	Муж Male
Пациент Patient	7	8	9	10	11	12

Продолжение таблицы
Continuation of the table

Исход у пациента на момент прекращения исследования Patient outcome at the end of study	Эпизодов ЭС нет, приступы сохраняются There are no SE, seizures continued	Неизвестно Not known	Неизвестно Not known	Неизвестно Not known	Эпизодов ЭС нет, приступы сохраняются There are no SE, seizures continued
Исход эпилептического статуса Outcome of status epilepticus	Купирование Stopping	Купирование Stopping	Купирование Stopping	Купирование Stopping	Купирование Stopping
Количество эпизодов эпилептического статуса Number of statuses epilepticus	Несколько в год Several per year	Несколько Several	1	Несколько Several	Несколько Several
Причина развития первого (или единственного) эпилептического статуса The reason for the development of the first (or single) status epilepticus	Некомплаентность Non-compliance	Неадекватная стартовая терапия с барбитуратов (2 из 3 АЭП) Inadequate starting therapy with barbiturates (2 of 3 AED)	Низкая доза единственного АЭП Low dose of one AED	Дебют эпилепсии после родов Epilepsy onset after childbirth	Дебют эпилепсии после черепно-мозговой травмы Epilepsy onset after traumatic brain injury
Возраст на момент первого (или единственного) эпилептического статуса Age at first (or single) status epilepticus	5	37	54	20	30
Адекватность терапии перед началом эпилептического статуса Adequacy of therapy before status epilepticus development	Адекватная монотерапия Adequate monotherapy	Неадекватная стартовая терапия с барбитуратов (2 из 3 АЭП) Inadequate starting therapy with barbiturates (2 of 3 AED)	Низкая доза единственного АЭП Low dose of one AED	Начало эпилепсии с ЭС Onset of epilepsy with SE	Начало эпилепсии с ЭС Onset of epilepsy with SE
Частота приступов перед развитием эпилептического статуса Frequency of seizures before status epilepticus development	Ежемесячно Monthly	Ежемесячно Monthly	Раз в несколько лет Every few years	Ежемесячно Monthly	Ежедневно Daily
Локализация эпилептогенного очага Localization of epileptic focus	Медиальная височная Mesial temporal	Лобная Frontal	Лобная Frontal	Медиальная височная Mesial temporal	Медиальная височная Mesial temporal
Форма эпилепсии Form of epilepsy	Неизвестной этиологии Unknown	Неизвестной этиологии Unknown	Симптоматическая Symptomatic	Неизвестной этиологии Unknown	Симптоматическая Symptomatic
Возраст на момент обследования Age at time of investigation	53	56	56	61	67
Пол Gender	Жен Female	Жен Female	Муж Male	Жен Female	Муж Male
Пациент Patient	13	14	15	16	17

Окончание таблицы
End of the table

Исход у пациента на момент прекращения исследования Patient outcome at the end of study	Эпизодов ЭС нет, приступы сохраняются There are no SE, seizures continued	Эпизодов ЭС нет, приступы сохраняются There are no SE, seizures continued	Неизвестно Not known
Исход эпилептического статуса Outcome of status epilepticus	Купирование Stopping	Купирование Stopping	Купирование Stopping
Количество эпизодов эпилептического статуса Number of statuses epilepticus	Несколько Several	Несколько Several	Несколько Several
Причина развития первого (или единственного) эпилептического статуса The reason for the development of the first (or single) status epilepticus	Некомплаентность Non-compliance	Некомплаентность Non-compliance	Низкая доза единственного АЭП Low dose of one AED
Возраст на момент первого (или единственного) эпилептического статуса Age at first (or single) status epilepticus	61	66	65
Адекватность терапии перед началом эпилептического статуса Adequacy of therapy before status epilepticus development	Адекватная политерапия Adequate polytherapy	Адекватная монотерапия Adequate monotherapy	Низкая доза единственного АЭП Low dose of one AED
Частота приступов перед развитием эпилептического статуса Frequency of seizures before status epilepticus development	Ежемесячно Monthly	Раз в несколько лет Every few years	Ежемесячно Monthly
Локализация эпилептогенного очага Localization of epileptic focus	Медиальная височная Mesial temporal	Медиальная височная Mesial temporal	Лобная Frontal
Форма эпилепсии Form of epilepsy	Неизвестной этиологии Unknown	Симптоматическая Symptomatic	Симптоматическая Symptomatic
Возраст на момент обследования Age at time of investigation	68	72	78
Пол Gender	Жен Female	Жен Female	Муж Male
Пациент Patient	18	19	20

Примечание. ЭС – эпилептический статус; АЭП – антиэпилептический препарат.
Note. SE – status epilepticus; AED – antiepileptic drug.

У большинства из них мог осуществляться переход в билатеральный тонико-клонический приступ. После приступа отсутствовала постиктальная спутанность. Ни у одного из пациентов не было фокальных приступов с сохранным сознанием.

У 2 (10 %) пациентов была диагностирована латеральная височная эпилепсия (у 1 пациента локализация очага была подтверждена с помощью ЭЭГ; при проведении МРТ ни в одном из случаев не было выявлено характерных нарушений). У пациентов отмечались ауры в виде слуховых галлюцинаций, после которых мог развиваться приступ с отключением сознания и автоматизмами, тонические проявления в виде приведения рук. У 1 пациента мог осуществляться переход в билатеральный тонико-клонический приступ. Для пациентов была характерна постиктальная спутанность. У 1 пациента имелись также фокальные приступы с сохранным сознанием в виде отдельных аур.

Таким образом, чаще всего у пациентов с ЭС ФПНО встречается медиальная височная эпилепсия.

До развития ЭС ФПНО в половине случаев эпилептические приступы были ежемесячными, в четверти случаев — ежедневными, что свидетельствует о тяжести течения эпилепсии у данных пациентов.

Как видно из таблицы, только у 80 % пациентов лечение было адекватным до развития ЭС ФПНО, у 20 % пациентов оно было неадекватным и обусловило в дальнейшем развитие ЭС.

Эпилептический статус фокальных приступов с нарушением сознания проявился в дебюте эпилепсии после черепно-мозговой травмы или родов у 3 (15 %) пациентов, в рецидиве болезни после многолетней немедикаментозной ремиссии — у 2 (10 %), после трепанации черепа на фоне эпилепсии — у 1 (5 %). У 1 (5 %) пациента ЭС развился на фоне фармакорезистентной эпилепсии, несмотря на политерапию. Однако у остальных 13 (65 %) пациентов ЭС возникал после изменений в приеме антиэпилептических препаратов (АЭП) по рекомендации врача или в связи с некомплаентностью пациента, т. е. причины развития ЭС были следующими:

- отсутствие лечения при эпилепсии;
- слишком низкая доза принимаемого препарата;
- поспешное снижение дозы применяемых препаратов при медикаментозной ремиссии;
- слишком быстрая замена одного из применяемых препаратов;
- замена одного из применяемых препаратов на другой с резкой отменой предыдущего АЭП;
- некомплаентность пациентов.

Таким образом, у 40 % пациентов возникновение ЭС ФПНО связано с собственной некомплаентностью, поэтому необходимо просвещать пациентов о том, зачем необходимо соблюдать рекомендации врача и принимать АЭП при эпилепсии постоянно и регулярно.

Однако у 30 % пациентов развитие ЭС ФПНО имело ятрогенные причины, что свидетельствует о необходимости просвещения врачей о рациональной терапии эпилепсии.

Факторы риска, связанные с приемом АЭП, у большей части пациентов можно предотвратить, если соблюдать следующие правила:

- доза подбираемых препаратов должна быть адекватной, соответствовать массе тела пациента и степени тяжести эпилепсии;
- барбитураты и бензодиазепины не должны применяться в стартовой терапии эпилепсии, тем более что их резкая или даже постепенная отмена может стать причиной развития ЭС, в том числе ЭС ФПНО;
- при установлении медикаментозной ремиссии не следует торопиться с отменой препаратов;
- при замене препарата на другой необходимо сначала постепенно наращивать дозу нового препарата, затем, по прошествии времени, постепенно снижать дозу предыдущего препарата;
- применять меры для предотвращения некомплаентности пациента: необходимо объяснять пациенту, для чего ему назначаются препараты и почему их необходимо принимать регулярно и постоянно.

При развитии ЭС ФПНО в дебюте эпилепсии или при рецидиве эпилепсии после многолетней немедикаментозной ремиссии адекватное лечение полностью предотвращало повторное развитие ЭС.

Неэффективность мер по предотвращению ЭС была отмечена только у пациента с фармакорезистентной симптоматической эпилепсией (несмотря на политерапию). Необходимо отметить, что данный пациент был инвалидом с детства, и эпилепсия сочеталась у него с умственной отсталостью. У пациента с развитием ЭС после трепанации черепа на фоне эпилепсии коррекция лечения привела к значительному урежению эпизодов ЭС, хотя полной ремиссии добиться не удалось.

У 1 пациента развитие ЭС провоцировалось лихорадочным состоянием, что свидетельствует о целесообразности соответствующих профилактических мероприятий в данном случае.

Госпитализация пациентов в реанимационное отделение в связи с ЭС требовалась редко.

Однократный эпизод ЭС ФПНО за весь период заболевания зарегистрирован у 8 (40 %) пациентов, несколько эпизодов — у 9 (45 %); у 3 (15 %) пациентов ЭС возникали несколько раз в год в течение многих лет. Число эпизодов ЭС зависело от степени фармакорезистентности эпилепсии и от комплаентности пациента.

В целом, мы можем сделать вывод о благоприятном исходе лечения пациентов с ЭС ФПНО, поскольку эпизоды ЭС купировались самостоятельно, а коррекция лечения способна предотвратить их дальнейший

рецидив. Однако не стоит недооценивать тяжесть состояния таких пациентов, поскольку большинство из них страдали резистентной к лечению фокальной эпилепсией с высокой частотой приступов.

Выводы

Эпилептический статус фокальных приступов с нарушением сознания встречается у 1 % больных эпилепсией. В данной когорте пациентов преобладают

женщины с височной или лобной эпилепсией; ЭС возникает в любом возрасте и часто провоцируется изменениями терапии по рекомендации врачей или в связи с некомплаентностью пациента. Обычно ЭС купируется самостоятельно, для предотвращения его рецидивов необходима адекватная антиэпилептическая терапия. Прогноз у пациентов с ЭС ФПНО является благоприятным, однако общий прогноз остается серьезным в связи с тяжестью течения собственно эпилепсии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Котов А.С. Генерализованный судорожный эпилептический статус. Русский медицинский журнал 2015;(12):651. [Kotov A.S. Generalized convulsive epileptic status. *Russkij medicinskij zhurnal = Russian medical journal* 2015;(12):651. (In Russ.)].
2. Котов А.С., Елисеев Ю.В., Семенова Е.И. Эпилептический статус. Современный взгляд на проблему. Поликлиника 2016;(3):16–8. [Kotov A.S., Eliseev Yu.V., Semenova E.I. Status epilepticus. Modern view on the problem. *Poliklinika = Policlinic*, 2016;(3):16–8. (In Russ.)].
3. Котов А.С., Литвиненко М.А., Санду Е.А. и др. Суперрефрактерный эпилептический статус и ишемический инсульт: описание клинического случая. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика 2017;(спецвыпуск 1):69–73. [Kotov A.S., Litvinenko M.A., Sandu E.A. et al. Super-refractory status epilepticus and ischemic stroke: A clinical case report. *Nevrologiya, Neiropsikhiatriya, Psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics* 2017;(Special Issue 1):69–73. (In Russ.)].
4. Baykan B. Nonconvulsive status epilepticus: an intriguing, highly heterogeneous neuropsychiatric condition with blurring clinical margins, sharpening EEG criteria and still unsolved background. *Noro Psikiyatr Ars* 2016;53(3):192–3. DOI: 10.5152/npa.2016.01082016.
5. Bjellvi J., Timby N., Flink R. Status epilepticus in children and adults. *Lakartidningen* 2018;115. PII: E4XY.
6. Luders H., Noachtar S. Atlas and classification of electroencephalography. Philadelphia: WB Saunders, 2000. 208 p.
7. Mysore C.S., Murr N., Zabad R., Bertoni J. Nonconvulsive status epilepticus resembling clinical absence with atypical EEG pattern. *Case Rep Neurol Med* 2017;2017:6987821. DOI: 10.1155/2017/6987821.
8. Riggio S. Nonconvulsive status epilepticus: clinical features and diagnostic challenges. *Psychiatr Clin North Am* 2005;28(3):653–64.
9. Trinka E., Cock H., Hesdorffer D. et al. A definition and classification of status epilepticus – Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia* 2015;56(10):1515–23. DOI: 10.1111/epi.13121.

ORCID авторов / ORCID of authors

В.Е. Китаева / V.E. Kitaeva: <https://orcid.org/0000-0002-9334-8246>

А.С. Котов / A.S. Kotov: <https://orcid.org/0000-0003-2988-5706>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Соблюдение прав пациентов и правил биоэтики

Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского».

Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Compliance with patient rights and principles of bioethics

The study protocol was approved by the biomedical ethics committee of M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute.

All patients gave written informed consent to participate in the study.

Статья поступила: 12.04.2020. **Принята к публикации:** 12.10.2020.

Article received: 12.04.2020. **Accepted for publication:** 12.10.2020.