

## Эпилептические трансы – фокальные моторные эпилептические приступы: прошлое, настоящее и немного будущего

В.А. Чадаев<sup>1-3</sup>, К.Ю. Мухин<sup>1, 4</sup>, Л.Г. Селезнева<sup>1</sup>, С.Р. Нурмухаметова<sup>5</sup>, А.А. Алиханов<sup>1, 2</sup>,  
О.В. Менделевич<sup>1, 2</sup>, И.Г. Васильев<sup>2</sup>, Л.Ю. Глухова<sup>4</sup>, М.С. Никитина<sup>4</sup>, О.А. Пылаева<sup>1, 4</sup>

<sup>1</sup>ООО «Институт детской и взрослой неврологии и эпилепсии им. Свт. Луки»; Россия, 119571 Москва, ул. Акад. Анохина, 9;

<sup>2</sup>Российская детская клиническая больница ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; Россия, 119571 Москва, Ленинский проспект, 117;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; Россия, Москва 117997, ул. Островитянова, 1;

<sup>4</sup>ООО «Институт детской неврологии и эпилепсии им. Свт. Луки»; Россия, 108841 Москва, Троицк, ул. Нагорная, 5;

<sup>5</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, Республика Башкортостан, 450000 Уфа, ул. Ленина, 3

**Контакты:** Виктор Алексеевич Чадаев [episur@mail.ru](mailto:episur@mail.ru)

В статье представлено подробное описание клинико-электро-анатомической картины эпилепсии у пациентов, страдающих эпилептическими трансами – редким видом фокальных моторных приступов с амбулаторным автоматизмом, выражающимся в незапланированном путешествии. Приводится обзор накопления знаний и представлений о природе «психических приступов» при эпилепсии, о роли социально-юридической экспертизы при данном заболевании. Сформулированы критерии дифференциального диагноза трансов со сходными проявлениями (например, эпилептическими фугами), обозначен диагностический минимум. Выдвинута гипотеза реализации иктальной пространственной миграции. Указана эффективность хирургического вмешательства при соблюдении необходимого диагностического алгоритма.

**Ключевые слова:** эпилепсия, височная эпилепсия, трансы, психические приступы, незапланированное путешествие, магнитно-резонансная томография, хирургическое лечение эпилепсии

**Для цитирования:** Чадаев В.А., Мухин К.Ю., Селезнева Л.Г. и др. Эпилептические трансы – фокальные моторные эпилептические приступы: прошлое, настоящее и немного будущего. *Русский журнал детской неврологии* 2018;13(4):64–9.

DOI: 10.17650/2073-8803-2018-13-4-64-69

### EPILEPTIC TRANCES – FOCAL MOTOR EPILEPTIC SEIZURES: PAST, PRESENT AND A LITTLE BIT OF FUTURE

V.A. Chadaev<sup>1-3</sup>, K. Yu. Mukhin<sup>1, 4</sup>, L.G. Selezneva<sup>1</sup>, S.R. Nurmukhametova<sup>5</sup>, A.A. Alikhanov<sup>1, 2</sup>,  
O.V. Mendeleevich<sup>1, 2</sup>, I.G. Vasilyev<sup>2</sup>, L. Yu. Glukhova<sup>4</sup>, M.S. Nikitina<sup>4</sup>, O.A. Pylaeva<sup>1, 4</sup>

<sup>1</sup>Svt. Luka's Institute of Pediatric and Adult Neurology and Epilepsy; 9 Akad. Anokhina St., Moscow 119571, Russia;

<sup>2</sup>Russian Pediatric Clinical Hospital, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia; 117 Leninskiy prospekt, Moscow 119571, Russia;

<sup>3</sup>N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia; 1 Ostrovityanova St., Moscow 117997, Russia;

<sup>4</sup>Svt. Luka's Institute of Child Neurology and Epilepsy; 5 Nagornaya St., Troitsk, Moscow 108840, Russia;

<sup>5</sup>Bashkir State Medical University, Ministry of Health of Russia; 3 Lenina St., Ufa 450071, Republic of Bashkortostan, Russia

This article provides a detailed description of clinical and electroanatomical characteristics of epilepsy in patients suffering from epileptic trances – a rare type of focal motor seizures with ambulatory automatism manifesting as an unplanned travel. We reviewed the currently available data on the nature of psychical seizures in patients with epilepsy and the role of social and legal expertise for this disease. We developed the criteria for differential diagnosis between epileptic trances and other conditions with similar manifestations (for example, epileptic fugues) and identified a diagnostic minimum. We also proposed a hypothesis of ictal spatial migration. We emphasized the efficiency of surgical treatment in the case of compliance with a proper diagnostic algorithm.

**Key words:** epilepsy, temporal lobe epilepsy, trances, psychical seizures, unplanned travel, magnetic resonance imaging, epilepsy surgery

**For citation:** Chadaev V.A., Mukhin K. Yu., Selezneva L.G. et al. Epileptic trances – focal motor epileptic seizures: past, present and a little bit of future. *Russkii zhurnal detskoy nevrologii = Russian Journal of Child Neurology* 2018;13(4):64–9.

Одними из самых необычных и редких проявлений эпилепсии являются эпилептические трансы, относящиеся к так называемым амбулаторным автоматизмам в рамках фокальных моторных приступов с нарушением сознания [12]. Клиническая феноменология трансов сводится к пространственной миграции без прочих внешних проявлений. Таксономическим «соседом» трансов можно назвать эпилептические фуги — приступное или постприступное бегство с места иктального события с неадекватным поведением. Суть фуг и трансов сводится к незапланированному путешествию, вызванному пароксизмальной иктальной активностью головного мозга. После иктального путешествия пациенты выходят из состояния помраченного сознания.

Еще Гиппократ в трактате «О священной болезни» приводил описание фуги: «Иные соскакивают с постели и бегут вон, и бредят, пока их не разбудят, а потом здоровы, в рассудке, как и прежде, но бледны и слабы; и это не один раз, но часто» [1]. Описаниями столь странного поведения, внешне напоминающего произвольное и длящегося относительно продолжительное время, сопровождающегося видениями, экзальтацией и религиозным пафосом, изобилуют мировая художественная литература, воспоминания деятелей политики и искусства. В 312 г. н. э. воины Константина Великого, вдохновленные видением креста своим предводителем, нанесли этот знак себе на щиты перед решающей схваткой за титул императора Римской империи. Итогом стал переход латинской цивилизации от язычества к христианству. На этом фоне пароксизмальные дисфории Ван Гога выглядят просто частным случаем. Интересен спор вокруг дисфорий Ф.М. Достоевского. Первый исследователь его болезни и страстный поклонник его творчества Зигмунд Фрейд отрицал эпилепсию у Федора Михайловича, приводя доводы в пользу истерии. В эссе «Достоевский и отцеубийство» [8] Фрейд предположил, что возникновение эпилепсии у Достоевского тесно связано со смертью отца: «Достоевский называл себя сам — и другие также считали его — эпилептиком, на том основании, что он был подвержен тяжелым припадкам, сопровождавшимся потерей сознания, судорогами и последующим упадочным настроением. Весьма вероятно, что эта так называемая эпилепсия была лишь симптомом его невроза, который в таком случае следует определить как истероэпилепсию, то есть как тяжелую истерию.... Всего вероятнее предположение, что припадки начались у Достоевского уже в детстве, что они вначале характеризовались более слабыми симптомами и только после потрясшего его переживания на восемнадцатом году жизни — убийства отца — приняли форму эпилепсии». Великий русский писатель вел подробный дневник приступов и за 20 лет запротоколировал 102 пароксизма. Максимальная интенсивность

болезни (частота и продолжительность приступов) совпала со скитаниями семьи Федора Михайловича за границей, вошедшими в историю не только творческим напряжением, но и эффективным «уклонением» от финансовых обязательств многочисленным кредиторам в связи с невозможностью выполнять оные из-за тяжелого недуга. Безусловно, могло иметь место сочетание эпилептических и неэпилептических пароксизмов. Отсутствие данных энцефалографии не позволяет нам однозначно зафиксировать генез приступов у Ф.М. Достоевского и других примечательных личностей. Хьюлинг Джексон вошел в историю не только как продолжатель метода локализации Поля Брока в изучении неврологических заболеваний, он первым выдвинул теорию локального происхождения эпилептических приступов. Помимо клонических приступов, связанных с повреждением сенсомоторной коры, им были описаны «состояния задумчивости» (dreamy states) при повреждении височной доли [5, 7].

Современный этап изучения эпилепсии, основанный на доказательных принципах электроэнцефалографии (ЭЭГ), начинается, пожалуй, с Вайлдера Пенфилда [13], описавшего так называемые интеллектуальные приступы. В первый послевоенный год на страницах «Британского медицинского журнала» он сделал акцент на психических приступах и привел их первую классификацию: галлюцинации, насильственное мышление, стереотипное поведение, постстатусное психотическое состояние, автоматизмы (рис. 1). Автоматизмы Пенфилд разделил на иктальные и постиктальные.

Грань между иктальными и постиктальными автоматизмами, по мнению Пенфилда, проходит в наличии иктальной активности, регистрируемой от инвазивных электродов. Постиктальные автоматизмы Пенфилд и Джаспер объясняют процессами торможения в нейрональных сетях. Дальнейшие усилия по изучению фокальной эпилепсии группа Пенфилда сосредоточила на хирургическом лечении фармакорезистентных форм, став пионерами хирургического лечения эпилепсии [14]. Еще один из аспектов изучения так называемых психических приступов — социально-юридическая экспертиза. В связи с ростом насилия в США и общественным запросом на эффективную помощь лицам с агрессивным поведением, а также

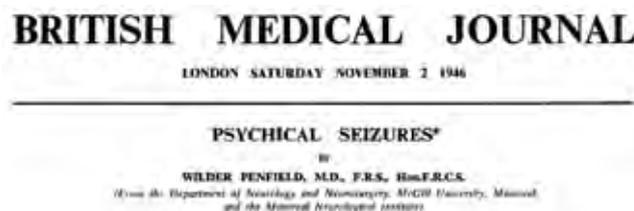


Рис. 1. Публикация В. Пенфилда «Психические приступы», 1946 г.  
Fig. 1. W. Penfield's publication «Psychical seizures», 1946

благодаря широкому внедрению в клиническую практику ЭЭГ было доказано, что бытовое насилие, пароксизмальная ярость, убийства и самоубийства могут быть следствием фокальных эпилепсий (преимущественно височных) [16]. Статистическая работа ФБР США от 1968 г., обобщившая данные о 13 650 убийствах, 31 060 изнасилованиях, 282 000 случаях нанесения тяжелых физических увечий, 40 000 суицидов, доказала необходимость прохождения диагностического минимума, в котором помимо консультации психиатра и осмотра невролога важное место занимает ЭЭГ. В США из 750 000 пациентов с эпилепсией 15 % имели психомоторные приступы и примерно 1 % проявляли криминальный уровень агрессии. При этом изолированные иктальные криминальные наклонности, диссоциативные фуги являлись редкостью [15].

Обычно в клинической практике мы сталкиваемся с «классическим набором» кинематики: мезиальные височные приступы, при которых преобладает иктальное прерывание активности, автоматизмы (оралиментарные, жестовые, амбулаторные) продолжительностью до нескольких минут [2]. Их причиной являются чаще всего кортикальные дисплазии, мезиальный височный склероз, дизэмбриопластические опухоли — изолированно или в различных сочетаниях [4]. Современная классификация кортикальных дисплазий учитывает эти особенности [6]. Сообщения о приступных эпизодах нарушения сознания с незапланированным путешествием (трансы) с описанием клинко-анатомо-ЭЭГ-картины практически не встречаются. Научные источники соотносят фуги и трансы с персистенцией фокального височного статуса (психомоторный статус по классификации эпилептических приступов J. Engel, 2001) [3, 9, 11]. Интересны наблюдения G.A. Khwaja о персистенции фуг в дебюте заболевания, при неполной ремиссии или в результате попытки отмены препаратов при идиопатических генерализованных эпилепсиях [10]. Ключевую роль в дифференциальном диагнозе с неэпилептическими приступами и фокальными эпилептическими приступами, по мнению авторов, играла иктальная ЭЭГ, однозначно свидетельствующая о билатеральном характере изменений.

Приводим наше наблюдение 3 пациентов с эпилептическими трансами.

**Пациентка С.О., 34 года.** Психомоторное и речевое развитие по возрасту. С 4 лет часто жаловалась на тошноту (эпигастральные ауры?), позже появились эпизоды оргазмических состояний, дежавю. С 17 лет приступы начинались с восходящих ощущений в эпигастрии, переходящих в нарушение сознания с амбулаторными автоматизмами и снижение мышечного тонуса.

**Пример транса:** уехала в маршрутке в другой конец города, на телефонный звонок матери ответила, вышла на нужной остановке; когда выходила из маршрутки

и переходила дорогу, осознала, что с ней что-то произошло. Фрагментарная амнезия события. Второй пример: уехала в автобусе в незнакомом направлении; когда сознание восстановилось, вернулась домой. Частичная амнезия события.

**Фармакорезистентность (отсутствие эффекта от терапии следующими антиэпилептическими препаратами: карбамазепином, вальпроевой кислотой, топираматом, ламотриджином, прегабалином, перампанолом, лакосамидом и леветирацетамом).**

**Пациент Ч.А., 35 лет.** Психомоторное и речевое развитие по возрасту. После закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) в 7 лет — редкие эпизоды головной боли. В 18 лет повторно ЗЧМТ (сотрясение головного мозга), через 5 мес начались приступы с нарушением сознания и предшествующей обонятельной и зрительной аурой (резкий запах, «боковое зрение становится контрастным»).

**Пример транса:** садится в метро, следуя на работу, приходит в себя на «ненужной» линии метро или наземного транспорта. Частичная амнезия события.

**Фармакорезистентность (получал карбамазепин, примидон, ламотриджин, прегабалин, лакосамид).**

**Пациент Н.А., 29 лет.** Психомоторное и речевое развитие по возрасту. В 2,5 и 3,5 года 2 эпизода билатеральных судорожных приступов после ЗЧМТ (сотрясение головного мозга). В 10 лет приступы с остановкой активности без автоматизмов, с 11 лет приступы изменились: остановка активности с кистевыми автоматизмами в правой руке, с дистонической установкой левой кисти, асимметричные тонические с поворотом головы влево, с напряжением левой руки, серийные левосторонние гемиклонические (лицо — рука). Эпизодически отмечаются изолированные обонятельные и вкусовые ауры.

**Пример транса:** перемещение на улице по незапланированному маршруту (сельская местность). Частичная амнезия события.

**Фармакорезистентность (получал вальпроевую кислоту, карбамазепин, топирамат, этосуксимид, бензобарбитал, окскарбазепин, леветирацетам).**

Все пациенты, вошедшие в наше исследование, прошли длительный видео-ЭЭГ-мониторинг с регистрацией как минимум 2 приступов, а также магнитно-резонансную томографию головного мозга с напряжением магнитного поля 1,5–3,0 Т. Общим является наличие у пациентов правосторонней височной эпилепсии, вызванной структурными изменениями, включая мезиальный склероз. По-видимому, ключевым фактором формирования транса является наличие очага в субдоминантном по речи полушарии. Не претендуя на объяснение фундаментальных принципов и механизмов работы сознания и самосознания, мы придерживаемся его вербальной природы и строящейся на этой основе произвольной регуляции деятельности и поведения. Мезиальный височный приступ в доминантном по речи полушарии,

**Характеристики пациентов**

*Patient characteristics*

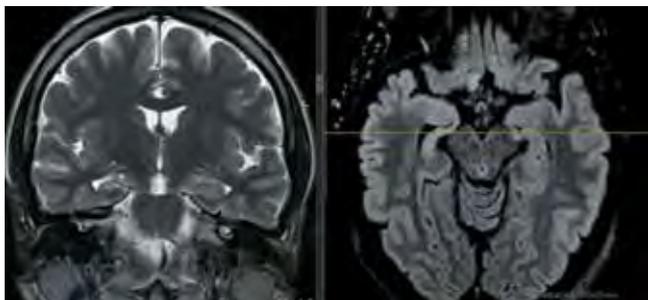
Пациент Patient	С. О., жен, 34 года S. O., female, 34 years	Ч. А., муж, 35 лет Ch. A., male, 35 years	Н. А., муж, 29 лет N. A., male, 29 years
Преобладающая рука Dominant hand	Правая Right	Левая Left	Правая Right
Возраст дебюта эпилепсии Age at epilepsy onset	4 года 4 years	18 лет 18 years	2,5 года 2.5 years
Этиология Etiology	Кортикальная дисплазия IIIa типа (рис. 2) Cortical dysplasia type IIIa (fig. 2)	Вероятно, кортикальная дисплазия IIIa типа (рис. 3) Probable cortical dysplasia type IIIa (fig. 3)	Кортикальная дисплазия IIIa типа (рис. 4) Cortical dysplasia type IIIa (fig. 4)
Интериктальная ЭЭГ Interictal EEG	Интермиттирующее региональное замедление с включением острых волн в правой и левой передневисочных областях в бодрствовании и во сне Intermittent regional slowing with sharp waves in the right and left anterotemporal areas during wakefulness and sleep	Интермиттирующее иррегулярное замедление с включением пик-волн в правой височной области Intermittent irregular slowing with spike waves in the right temporal area	Продолженное регионарное иррегулярное замедление в правой височной области (с преобладанием под передневисочными/задневисочными электродами) с включением острых волн и пик-волн и интермиттирующее иррегулярное замедление в левой височной области с включением острых волн Continued regional irregular slowing in the right temporal area (predominantly in the anterotemporal /posteriotemporal areas) with sharp waves and spike waves + intermittent irregular slowing in the left temporal area with sharp waves
Приступы и иктальная ЭЭГ Seizures and ictal EEG	Фокальный немоторный с остановкой активности → фокальный моторный с автоматизмами (справа). Иктальный паттерн: ритмичная тета-активность частотой 4,5–5,0 Гц в правой передневисочной области (FT10, FT8, T8, F8; TP8) Focal non-motor seizure with a stop of activity → focal motor seizure with automatisms (right). Ictal pattern: rhythmic theta activity with a frequency of 4.5–5.0 Hz in the right anterotemporal area (FT10, FT8, T8, F8; TP8)	Фокальный немоторный сенсорный (недифференцированная аура) → фокальный немоторный с остановкой активности → фокальный моторный асимметричный тонический с автоматизмами (справа). Иктальный паттерн: быстрая полипик-волновая активность в правой височной области (максимум T8) Focal non-motor sensory seizure (undifferentiated aura) → focal non-motor seizure with a stop of activity → focal motor asymmetric tonic seizure with automatisms (right). Ictal pattern: rapid polyspike-and-wave activity in the right temporal area (maximum T8)	1) Фокальный немоторный сенсорный (аура) → фокальный немоторный с остановкой активности и нарушением сознания → моторный асимметричный тонический с автоматизмами (кистевыми справа). Нелатерализованный по данным ЭЭГ. 2) Билатеральный асимметричный тонико-клонический с, вероятно, фокальным началом. Иктальный паттерн: пик-волны в лобно-височных областях с преобладанием в правой нижнелобно-передневисочной области (F8, AF8, FT8, FC6, FT10) 1) Focal non-motor sensory seizure (aura) → focal non-motor seizure with a stop of activity and consciousness impairment → motor asymmetric tonic seizure with automatisms (right hand automatisms). Non-lateralized seizure according to EEG. 2) Bilateral asymmetric tonic-clonic focal-onset (presumably) seizure. Ictal pattern: spike waves in the frontotemporal areas, predominantly in the right inferiofrontal-anterotemporal area (F8, AF8, FT8, FC6, FT10)

**Примечание.** ЭЭГ – электроэнцефалограмма.  
*Note.* EEG – electroencephalogram.

по-видимому, ингибирует смену геолокации, в то время как субдоминантная латерализация лишь искажает логику пространственного перемещения. Таким образом, эпилептический транс – продолжительный моторный приступ с фокальным началом, исходящий, по нашему мнению, из мезиальных височных структур

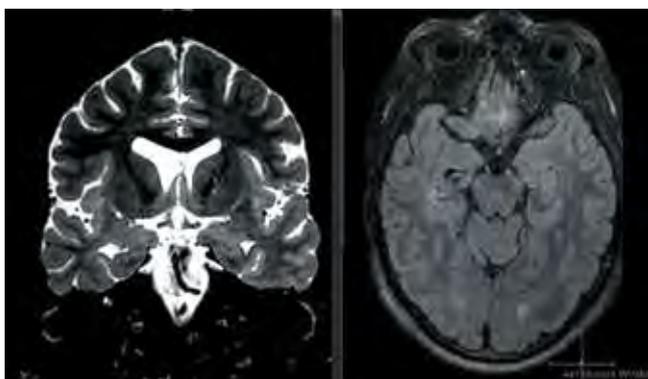
субдоминантного по речи полушария и выражающийся в незапланированном путешествии без признаков агрессивного поведения и опасности для себя или окружающих.

Фокальные приступы значительной продолжительности (статусы) не являются уникальным



**Рис. 2.** Магнитно-резонансная томография (3 T) головного мозга пациентки С. О. (cor T2 – слева, axial FLAIR – справа). Кортикальная дисплазия IIIa типа правой височной доли

Fig. 2. Patient S.O. Magnetic resonance images (3 T) of the brain (cor T2 – left image, axial FLAIR – right image). Right temporal cortical dysplasia type IIIa



**Рис. 3.** Магнитно-резонансная томография (1,5 T) головного мозга пациента Ч. А. (cor T2 – слева, axial FLAIR – справа). Кортикальная дисплазия IIIa типа правой височной доли

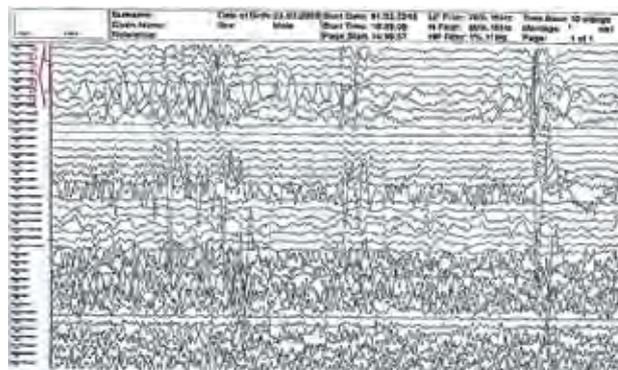
Fig. 3. Patient Ch.A. Magnetic resonance images (1,5 T) of the brain (cor T2 – left image, axial FLAIR – right image). Right temporal cortical dysplasia type IIIa



**Рис. 4.** Магнитно-резонансная томография (1,5 T) головного мозга пациента Н. А. (cor T2 – слева, axial FLAIR – справа). По-видимому, кортикальная дисплазия IIIa типа правой височной доли

Fig. 4. Patient N.A. Magnetic resonance images (1.5 T) of the brain. (cor T2 – left image, axial FLAIR – right image). Probable right temporal cortical dysplasia type IIIa

явлением, встречаются, например, при *epilepsia partialis continua* в структуре синдрома Кожевникова–Расмуссена, гемиконвульсивного статуса с гемипарезом, фокальных статусов при структурных дефектах и отражены в актуальных классификациях



**Рис. 5.** Пациент Ш.Б. Кортикальная дисплазия IIIa типа. Стереозлектроэнцефалограмма. Электрод от передних отделов правой височной доли (10 каналов указаны стрелкой). Каналы от мезиального комплекса (1–4) регистрируют независимую от неокортикальных каналов (6–10) эпилептиформную активность

Fig. 5. Patient Sh.B. Cortical dysplasia type IIIa. Stereoelectroencephalogram. The electrode from the anterior parts of the right temporal lobe (10 channels are indicated by arrow). Channels from the mesial complex (1–4) register independent from neocortical channels (6–10) epileptiform activity

[3]. По-видимому, эпилептизированные гиппокампы «поддерживают» генерацию иктальной активности всей эпилептогенной нейрональной сетью височной доли. «Самостоятельное» эпилептогенное поведение гиппокампа при кортикальных дисплазиях (тип IIIa по классификации I. Blumke) можно проиллюстрировать собственным наблюдением пациента Ш. Б., не относящегося напрямую к данному исследованию, однако демонстрирующего аналогичную патоморфологию (рис. 5). Наблюдая эпилептические fugи, мы пришли к выводу, что эти проявления можно рассматривать как аффективное поведение с немотивированным бегством (например, попыткой покинуть лечебное учреждение) с частой сопутствующей агрессией и разрушительным поведением. У пациентов, обследованных в нашей лаборатории, fugи происходили сразу после тяжелого (продолжительностью более 4 мин и с вторичной генерализацией) фокального височного приступа. В начальные эпохи fugи на скальповой ЭЭГ непосредственной иктальной активности не было выявлено. Последующие эпохи были недоступны для анализа (повреждение работоспособности скальповых электродов или поведение пациента, несовместимое с исследованием). Как правило, fugи регистрировались при височных приступах, однако латерализовались и справа и слева. Двое из наших пациентов с трансми были успешно прооперированы (стандартная правосторонняя передняя височная лобэктомия). Третий пациент является кандидатом на хирургическое вмешательство, однако предпочитает продолжить антиэпилептическую терапию.

Таким образом, эпилептические трансми являются редким клиническим феноменом фокальной

эпилепсии (правосторонней височной). При выявлении трансов и fug требуется проведение тщательной диагностики, включающей ЭЭГ-мониторинг (предпочтительна длительная запись с регистрацией приступа), магнитно-резонансную томографию головного мозга, консультацию психолога и психиатра. Высоковероятно эффективное проведение

нейрохирургического вмешательства для купирования эпилепсии (при условии тщательной прехирургической диагностики!).

Дальнейшее изучение трансов и fug, по-видимому, будет направлено на совершенствование нейрофизиологических методик (например, выполнение холтеровского стерео-ЭЭГ-мониторирования).

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Литтре Э. Корпус Гиппократа. Т. VI. С. 352. [Litré E. Hippocratic Corpus. Vol. VI. P. 352. (In Russ.)].
2. Мухин К.Ю., Гатауллина С.Х., Петрухин А.С. Палеокортикальная височная эпилепсия. Русский журнал детской неврологии 2008;3(5):41–4. [Mukhin K.Yu., Gataullina S.Kh., Petrukhin A.S. Paleocortical temporal lobe epilepsy. Russkiy zhurnal detskoy nevrologii = Russian Journal of Child Neurology 2008;3(5):41–4. (In Russ.)].
3. Мухин К.Ю. Проект классификации эпилептических приступов согласно докладу комиссии Международной противоэпилептической лиги по классификации и терминологии (J. Engel, 2001). Русский журнал детской неврологии 2017;12(8):8–19. [Mukhin K.Yu. New draft of epileptic seizure classification according to the report of the International League Against Epilepsy on classification and terminology (J. Engel, 2001). Russkiy zhurnal detskoy nevrologii = Russian Journal of Child Neurology 2017;12(8):8–19. (In Russ.)].
4. Мухин К.Ю., Миронов М.Б., Петрухин А.С. Эпилептические синдромы. Диагностика и терапия. М.: Изд-во «Системные решения», 2014. С. 140. [Mukhin K.Yu., Mironov M.B., Petrukhin A.S. Epileptic syndromes. Diagnosis and therapy. Moscow: "Sistemnye resheniya" Publishing, 2014. P. 140. (In Russ.)].
5. Beaumanoir A., Roger J. Historical notes: from psychomotor to limbic seizures. In: Limbic Seizures in Children. Milan: John Libbey, 2001. Pp. 1–6.
6. Blümcke I., Thom M., Aronica E. et al. The clinicopathologic spectrum of focal cortical dysplasias: A consensus classification proposed by an ad hoc Task Force of the ILAE Diagnostic Methods Commission. *Epilepsia* 2011;52(11):158–74. PMID: 21219302. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2010.02777.x.
7. Eadie M.J. Dreamy mental states in late 20th century neurology. *J Clin Neurosci* 1998;5(2):157–60. PMID: 18639004.
8. Freud S. *Gesammelte Schriften*. Bd. 12. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1934. Pp. 7–26.
9. Gastaut H., Roger J., Roger A. The significance of certain epileptic fugues; concerning a clinical and electrical observation of temporal status epilepticus. *Rev Neurol* 1956;94(3):298–301. PMID: 13351159.
10. Khwaja G.A., Duggal A., Kulkarni A. et al. Recurrent prolonged fugue states as the sole manifestation of epileptic seizures. *Ann Indian Acad Neurol* 2013;16(4):561–4. PMID: 24339579. DOI: 10.4103/0972-2327.120468.
11. Mortati K., Grant A.C. New disease. A patient with distinct dissociative and hallucinatory fugues. *BMJ Case Rep* 2012;2012. PII: bcr1120115078. DOI: 10.1136/bcr.11.2011.5078.
12. Operational classification of seizure types by the the International League Against Epilepsy. Available at: <http://www.ilae.org/visitors/centre/documents/ClassificationSeizuresILAE-2016.pdf>.
13. Penfield W. Psychical seizures. *Brit Med J*. London 1946;4478(2):639–41.
14. Penfield W., Jasper H. *Epilepsy and the functional anatomy of human brain*. Boston: Little Brown, 1954. 896 p.
15. Schenck C.H., Pareja J.A., Patterson A.L. et al. Analysis of polysomnographic events surrounding 252 slow-wave sleep arousals in thirty-eight adults with injurious sleepwalking and sleep terrors. *J Clin Neurophysiol* 1998;15(2):159–66. PMID: 9563584.
16. Solomon P., Kleeman S.T. Medical aspects of violence. *Calif Med* 1971;114(5):19–24. PMID: 5087877.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Информированное согласие.** Пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.  
**Informed consent.** The patients gave written informed consent to the publication of their data.