<https://doi.org/10.32863/1682-7392-2019-3-67-22-25>

ПСЕВДОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ: ВОЗМОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ? КОМУ И ГДЕ ЛЕЧИТЬ?

Базилевич С.Н., Прокудин М.Ю., Дыскин Д.Е.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Псевдоэпилептические приступы – поведенческие события, напоминающие эпилептические приступы, но не вызванные электрическими разрядами в церебральной коре. Международная противосудорожная лига рекомендует отказаться от термина «псевдоэпилептические приступы» и заменить его на «психогенные неэпилептические приступы» (ПНЭП). Лига определила ПНЭП как один из 10 ключевых психоневрологических вопросов, связанных с эпилепсией. ПНЭП нередко ошибочно диагностируются как эпилептические и это приводит к установке неправильного диагноза, назначению бесполезных препаратов, социальным и психологическим проблемам. Ошибочный диагноз эпилепсии дорого обходится и государству и больному. В среднем до установления ПНЭП может проходить 7-10 лет в течение которых пациент принимает различные комбинации противосудорожных препаратов (ПЭП) (1, 2).

Дебют ПНЭП возможен в возрасте от 4 до 80 лет, но основной пик приходится на 15-35. У взрослых больных с ПНЭП 70-80 % составляют женщины. Заболеваемость составляет 1,4-4 на 100.000 населения. ПНЭП наблюдаются у 5-10 % пациентов наблюдающихся в амбулаторных условиях с диагнозом эпилепсия, у 20-30 % пациентов, направленных в эпилептологические центры с диагнозом фармакорезистентная эпилепсия. При этом важно, что в 5-10 % ПНЭП могут развиваться у больных с эпилепсией. Это развитие нового состояния, которое требует внимательного отношения и назначения специальной терапии, не отказываясь от ПЭП (3, 4).

Психогенные приступы происходят не по воле пациента, они их не изображают. Согласно концепции психоаналитической ориентации – истерические псевдоневрологические и псевдосоматические расстройства выражают стремление больных к получению первичной или вторичной выгоды, но при этом в отличие от симуляции, остаются неосознанным (не контролируются сознанием).

Истерия (гр. *hystera* – матка) описана еще в работах Гиппократов. Под ней понимали собирательное понятие самых различных женских расстройств, связанных с блужданием матки по организму. Несмотря на всю несуразность идеи, вплоть до XIX века происхождение истерии связывали с женской половой сферой. Только в середине XIX века французский психиатр Поль Брике упомянул о том, что истерия – это общее заболевание затрагивающее весь организм, а в ее патогенезе большую роль придал нарушению в сфере поведения. Поддержал и развил эту идею один из основателей мировой неврологии Жан Мартен Шарко. Он доказал, что истерия связана с психической деятельностью и стал впервые ее диагностировать даже у мужчин. Это представляло неслыханную дерзость для психиатрии того времени. Сейчас диагноз истерии разошелся по другим нозологиям. Наиболее часто используется «конверсионное (диссоциативное) расстройство» (5).

Установление ПНЭП основывается на интеграции многочисленной информации. Анамнестические данные и клинические проявления в диагностике являются более важными для установления ПНЭП, чем рутинная ЭЭГ, которая к сожалению не редко переоценивается или неправильно интерпретируется. Необходима неограниченная по времени беседа с больным, родственниками и свидетелями приступов. Очень важно наблюдение самого приступа врачом в реальном времени или при предоставлении записи приступа на телефоне. Опытный невролог/эпилептолог при наблюдении приступа в «живую» или по видео, в большинстве случаев, сможет установить ПНЭП. Почему? Потому что они, как правило, не похожи на эпилептические. Длительный, с фиксацией пароксизма видео-ЭЭГ мониторинг – «золотой» стандарт диагностики ПНЭП. Кстати, это один из тех клинических случаев, когда это обследование действительно важно и имеет прямое показание, но к сожалению, часто не доступно в связи с отсутствием оборудования в медицинских учреждениях (4, 6, 7).

Помощь в проведении дифференциальной диагностики эпилептических приступов с ПНЭП может оказать и лабораторные методы. Уровень пролактина повышается (в диапазоне от 10 до 20 минут после приступа): в 90 % – при генерализованных судорожных приступах, в 70 % – при фокальных приступах височной локализации, очень редко при другой локализации. Уровень креатинкиназы повышается после ГТКП (чувствительность низкая, около 15 %), не меняется после фокальных и психогенных приступов. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография во время эпилептического приступа обладает высокой диагностической ценностью (8, 9).

Сохраняет свою актуальность проба с плацебо (в/в введение физ. раствора), на фоне которой могут возникнуть ПНЭП. С этической точки зрения больной должен быть проинформирован, что провокационная проба нужна для правильной постановки диагноза. По мимо этого, психогенные припадки можно индуцировать или остановить внушением/гипнозом, а эпилептические приступы спровоцировать отменой противосудорожных препаратов в стационаре при определенных условиях. Возможно использовать некоторые клинические ухищрения при неврологическом осмотре. Например, у больного с ПНЭП поднятая рука не упадет ему на лицо, а пациент в эпилептическом приступе не должен реагировать на кратковременный внезапный громкий шум, хлопок, удар.

Нами проведен анализ медицинских карт амбулаторных и стационарных больных ($n=18$), которым в клинике впервые диагностировали ПНЭП. Согласно предложенным международной противоэpileптической лигой уровням достоверности при диагностике психогенных приступов (4) все наши пациенты имели «клинически установленные ПНЭП» или «документированные ПНЭП». Пациенты, имеющие исключительно «фокальные не моторные» пароксизмы, не были включены в исследование. В группу вошли пациенты с выясненным катамнезом не менее 2 лет. Возраст больных составил 17-35 лет, 16 женского пола. 10 из 18 пациентов на момент установления нами ПНЭП имели диагноз эпилепсии, принимали противосудорожную терапию, 7 из них комбинированную и расценивались как фармакорезистентные. 3 имели инвалидность, 5 человек принимали дополнительно нейрорептатики и/или антидепрессанты.

Согласно предложенной Groppe G. классификации (10) нами диагностированы следующие виды ПНЭП: двигательные (моторные) – 9, малые моторные – 6, неконвульсивные – 2, псевдоэpileптический статус – 1.

Психогенные двигательные (моторные) приступы – клонические и/или тонические и/или гипермоторные движения верхних и/или нижних конечностей, толчкообразные движения таза, движения головы. Движения верхних и нижних конечностей во время ПНЭП асинхронные, противофазные в клонической фазе, нестереотипные, которые изменяются во время эпизода, при этом двигательная активность волнообразно нарастает и убывает. Характерны движения головы и тела из стороны в сторону. У 30 % в данной группе встречался «псевдосон» – вариант поведения внешне похожий на сон – перед или во время ПНЭП пациент лежит неподвижно с закрытыми глазами. Отсутствие истинного сна или утраты сознания подтверждается записанной альфа-активностью на ЭЭГ.

Вторая группа пациентов – психогенные малые моторные приступы (по типу тремора), «дрожание судороги» – клинически представляет дистальный тремор конечностей на фоне ограниченного контакта с пациентом.

Психогенные неконвульсивные приступы включают два вида. Первый – «отсутствие внимания» (по типу абсансов) – у пациента на короткое время суживается сознание или внимание, при этом взгляд устремляется в пространство, больной на вопросы не отвечает, на внешние раздражители не реагирует. Второй вид – «атонические» (по типу обмороков) – атония и падение на пол. Оба наших пациента имели «атонические» приступы.

Четвертая группа – психогенные приступы имитирующие эpileптический статус. Обычно этот диагноз может быть легко установлен при клиническом наблюдении и подтвержден, при наличии сомнений, результатами ЭЭГ (11). Но, врачам СП не всегда клинически легко распознать его. До четверти больных на догоспитальном этапе получают противоэpileптическую терапию при псевдоэpileптическом статусе. Более половины пациентов, поступающих в реанимацию с псевдостатусом, имеют нарушения дыхания, вызванные большими дозами аниконвульсантов и требующие искусственной вентиляции легких.

Целью работы было выяснить, что происходит с больными после установления ПНЭП, проследить их катамнез. Узнать у каких специалистов и в каких учреждениях они проходили/проходят лечение. Оценить результаты лечения.

После уточнения нашими специалистами характера приступов во всех случаях происходил неврологический «триумф»: «Ура!», «мы Вас поздравляем», «мы знаем причину Ваших приступов», «у Вас не эpileптические приступы», «у Вас нет неврологического диагноза». Но, что дальше? У какого специалиста, в каком учреждении и какими методами им лечиться?

При тестовом опросе 79 пациентов после информирования их о ПНЭП 20 сообщили, что врачи ни чего не понимают в их состоянии и ни когда их не излечат (12). В нашей группе после первой беседы отвергли психиатрическую составляющую их приступов 15 из 18 пациентов.

ПНЭП не являются самостоятельным заболеванием. Они отражают латентное или текущее психическое расстройство (7). Соответственно, всем амбулаторным больным была рекомендована консультация психиатра с последующей коррекцией терапии. Стационарным больным такая консультация была проведена (с их согласия) с назначением или коррекцией имеющейся психотропной терапии и рекомендациями наблюдения по месту жительства.

Для достижения успеха в терапии пациентам с ПНЭП, как ни кому другому из больных с пароксизмальными расстройства сознания, необходима индивидуальность, последовательность, преемственность в лечении, междисциплинарный подход. Но при этом, данные больные после установления диагноза выписываются из неврологического стационара. Они не госпитализируются в психиатрические отделения без их желания и согласия (тем более в федеральные ведомственные учреждения), а многие не имеют показаний для стационарного лечения. Оказавшись один на один с новым диагнозом ни каждый больной отправляется в психоневрологический диспансер по месту жительства на лечение. Отсутствие стандартов лечения ПНЭП, выставленный диагноз эпилепсии в анамнезе и политерапия ПЭП позволяет психиатрам вновь отправлять их на лечение к неврологу или в городской эpileптологический центр.

При этом мировая практика представляет пошаговые рекомендации для таких больных (13). Первый шаг в лечении ПНЭП – доведение диагноза до больного и членов его семьи. Необходимо подчеркнуть, что имеющиеся приступы реальны, но они имеют психогенную природу и связаны со стрессом и эмоциональными переживаниями. Следующий шаг – проведение пациенту психиатрической и психологической диагностики для выявления потенциальных триггеров (событий, ситуаций и эмоций, которые могли вызвать ПНЭП) и связанных с ними сопутствующих психических расстройств не отказываясь полностью от наблюдения у невролога. Комплексный

подход включающий психологическое консультирование и психиатрическую помощь необходим для того чтобы вывести болезнь из подсознания на сознательный уровень. Третий шаг – постепенная отмена ПЭП (в случае их приема) под наблюдением специалистов чтобы избежать синдрома отмены и сохранить приверженность к лечению со стороны психологически зависимых пациентов и их родственников. Отменять сразу ПЭП нельзя, так как, в анамнезе могли быть истинные эпилептические приступы. По мимо этого, резкая отмена противоэпилептических препаратов может сама провоцировать усиление психических нарушений.

Для осуществления данной программы важен междисциплинарный подход (невролог, эпилептолог, психиатр, психолог, социальный работник) единомышленников в структуре одного учреждения. Учреждения, занимающегося пароксизмальными расстройствами сознания с возможностью длительного амбулаторного и стационарного наблюдения за больными, с наличием видео-ЭЭГ-мониторинга и нейровизуализации. Есть ли у Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга такое учреждение в городе? Нет! И пока такого центра у нас в городе не будет, мы будем встречаться на приеме с больными, принимающими одновременно левитирацетам (кеппра) 1000 мг/сутки, лакосамид (вимпат) 400 мг/сутки, карбамазепин 800 мг/сутки, флувоксамин (феварин) 50 мг/сутки, левомепромазин (тизерцин) 25 мг/сутки и имеющие на этом фоне частые «инвалидизирующие» ПНЭП, расцениваемые врачами как эпилептические (собственное наблюдение).

Современная мировая практика предполагает многоуровневую организацию оказания помощи больным с эпилепсией. Так, например, в США работает 146 специализированных эпилептологических центров 3 и 4 уровня, владеющие всеми методами диагностики и лечения таких больных, включая нейропсихологическую и психосоциальную службы (14). При отсутствии эффекта от ПЭП уже через 3 месяца пациент может быть направлен неврологом в центр 3 уровня для проведения обследования и дифференциального диагноза. При установлении ПНЭП больные остаются в центре получая комплексное лечение.

Что включает современная комплексной терапии ПНЭП? Препаратов для лечения ПНЭП нет. Лекарственные средства (антидепрессанты, анксиолитики, нейролептики) направленные на сопутствующие коморбидные психические расстройства улучшают состояние больных с ПНЭП (снижая уровень тревожности и депрессии) по сравнению с пациентами не получающими эти средства. Для этой категории больных психо-социальная реабилитация – групповая/индивидуальная психотерапия (особенно когнитивная поведенческая), психообразование родственников (с участием психолога/психотерапевта/социального работника) может быть эффективнее приема психотропных средств (15, 16). В пилотном рандомизированном исследовании больных с ПНЭП (17) показана лучшая эффективность у больных в группе с использованием когнитивно-поведенческой терапии (51,4 % редукции приступов ($p < 0.01$), и значительное улучшение на ее фоне вторичной оценочной точки – глобального функционирования, $p < 0.01$). Аналогичные результаты получены в группе сертралин с когнитивно-поведенческой терапией (59,3 % редукции приступов, $p < 0.008$ и значительное улучшение в глобальном функционировании, $p < 0.007$). При этом в группе с использованием только сертралина, препарат не показал значимого снижения приступов ($p < 0.08$), при снижении показателей тревожности и депрессии. Это лишний раз подтверждает, что назначение антидепрессантов или транквилизаторов без комплексного подхода к таким больным, как правило, не купирует ПНЭП.

Возвратимся к нашей группе пациентов. После установления ПНЭП только 2 из 18 продолжили динамическое наблюдение у невролога и психиатра Военно-медицинской академии. Выполнив, не менее чем через 2 года, телефонное интервью остальных больных (родственников), оказалось, что из 11 амбулаторных пациентов обратились на консультацию к психиатру всего 3. В психоневрологический диспансер на учет для получения рецептов (!) встали 3 человека. У 10 из 18 пациентов (56 %) приступы продолжают на фоне приема различных комбинаций психотропных и/или противоэпилептических препаратов. Имели опыт общения с психологом всего 2 человека (11 %). Когнитивно-поведенческую терапию ни кто из 18 человек не получал. Ни у одного больного диагноз эпилепсии (имеющегося на момент постановки ПНЭП) снят не был, 3 остаются зависимыми от социальных пособий. Все пациенты, имеющие на момент интервью периодические приступы и получающие лечение, имеют выписки и рекомендации от специалистов более, чем из 5 медицинских учреждений Санкт-Петербурга.

Заключение. В городской неврологической/эпилептологической службе должна быть возможность стационарного обследования (включая видео-ЭЭГ-мониторирование) и комплексного междисциплинарного (включая эпилептолога, невролога, психиатра, нейрохирурга, психолога, социального работника) подхода в лечении, с выполнением определенных программ и протоколов, одной из наиболее тяжелой и «брошенной» группы пациентов – больных с психогенными неэпилептическими приступами.

Литература

1. Гузева, В.И. Неэпилептические пароксизмальные расстройства сознания у детей. обзор / В.И. Гузева, В.В. Гузева, О.В. Гузева // Нейрохирургия и неврология детского возраста – 2013. – 2 (36). – С. 98-110
2. Bodde, N.M. Psychogenic non-epileptic seizures – Definition, etiology, treatment and prognostic issues: A critical review / N.M. Bodde, J.L. Brooks, G.A. Baker et al. // Seizures. – 2009. – V. 18. – p. 543-553.
3. Савков, В.С. Психогенные неэпилептические приступы / В.С. Савков // Сибирский медицинский журнал (Иркутск) – 2015. – №6 – С. 24- 29.
4. Curt LaFrance, W. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach. A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force / W. Curt LaFrance, Gus A. Baker, R. Duncan et al. // Epilepsia. – 2013. -V. 54 (11). – p. 2005-2018.

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

5. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 520 с.
6. Литвиненко, И.В. Клиническая оценка приступных событий по результатам ЭЭГ-видеомониторинга / И.В. Литвиненко, М.М. Одинак, М.Ю. Прокудин, А.М., Моисеева, Д.Е. Дыскин, С.Н. Базилевич, В.И. Беров, М.А. Кошкарёв // Военно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 338, № 6. – С. 32 – 39.
7. Turner, K. Patients with epilepsy and patients with psychogenic non-epileptic seizures: Video-EEG, clinical and neuropsychological evaluation / K. Turner, A. Piazzini, V. Chiesa et al. // Seizure. – 2011. – V. 20. – p. 706 – 710.
8. Сахлхолдт, Л. Псевдоэпилептические приступы у детей / Л. Сахлхолдт, Й. Альвинг // Диагностика и лечение эпилепсии у детей. Под ред. П.А. Темина, М.Ю. Никоноровой. – М., 1997. – с. 498-512.
9. Одинак, М.М. Возможности и опыт применения функциональных методов нейровизуализации в эпилептологии / М.М. Одинак, С.Н. Базилевич, Д.Е. Дыскин, М.Ю. Прокудин // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2010. – №3. – С. 45-50.
10. Groppe, G Cluster analysis of clinical seizure semiology of psychogenic non-epileptic seizures / G. Groppe, T. Kapitan, C. Baumgartner // Epilepsia. – 2000. – Vol. 41 (5). – P. 610-614.
11. Базилевич, С.Н. Эпилептический статус: реальность 2017 / С.Н. Базилевич, М.Ю. Прокудин, Д.Е. Дыскин, В.В. Истомин, Д.А. Аверьянов // В сборнике: Неотложные состояния в неврологии: современные методы диагностики и лечения, сборник статей и тезисов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 140-летию со дня рождения Михаила Ивановича Аствацатурова, под ред. И.В. Литвиненко. – 2017. – С. 11-16.
12. Arain, A. Communicating the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: The patient perspective / A. Arain, M. Tammaa, F. Chaudhary et al. // Journal of Clinical Neuroscience. – 2016. – V. 28. – p. 67-70.
13. Shen, W. Presenting the diagnosis of pseudoseizure / W. Shen, E.S. Bowman, O.N. Markand // Neurology. – 1990. – Vol. 40 (5). – P.756-759.
14. Labiner, D.M. Essential services, personnel, and facilities in specialized epilepsy centers – Revised 2010 guidelines / D.M. Labiner, A.I. Bagic, S.T. Herman et al. // Epilepsia. – 2010. – V.51 (11). – p. 2322-2333.
15. Aboukasm, A. Retrospective analysis of the effects of psychotherapeutic interventions on outcomes of psychogenic nonepileptic seizures / A. Aboukasm, G. Mahr, B. Gahry et al. // Epilepsia. – 1998. – Vol. 39 (5). – p. 470-473.
16. Benbadis, S.R. Nonepileptic behavioral disorders: diagnosis and treatment / S.R. Benbadis // Continuum (Minneapolis). – 2013. – Vol. 19 (3). – p. 715-729.
17. LaFrance, Jr. W.C. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures. A randomized clinical trial / W.C. LaFrance Jr., G.L. Baird, A.S. Blum et al. // JAMA Psychiatry. – 2014. – 71 (9). – p. 997-1005.