

ISSN 2077-8333 (print)
ISSN 2311-4088 (online)

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2021 Том 13 №2



EPILEPSY AND PAROXYSMAL CONDITIONS

2020 Vol. 13 №2

www.epilepsia.su

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта www.epilepsia.su. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.



Психогенные неэпилептические приступы: к вопросу диагностики и тактики ведения пациентов (с описанием клинического наблюдения)

Шова Н.И., Алексеева Д.В., Михайлов В.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург 192019, Россия)

Для контактов: Шова Наталья Игоревна, e-mail: skins_cassi@outlook.com

РЕЗЮМЕ

Постановка ошибочного диагноза «эпилепсия» является распространенным явлением и происходит в 25% всех случаев «фармакорезистентных» форм. В конечном итоге большинство случаев завершалось постановкой диагноза «психогенные неэпилептические припадки» или «функциональные приступы», «конверсионные приступы», «диссоциативные конвульсии». В статье представлен обзор литературы по проблеме психогенных неэпилептических припадков. Отбор научных первоисточников для анализа проводили в российской (eLibrary) и зарубежных (PubMed/MEDLINE, Google Scholar) базах данных, а также в открытых источниках. В качестве примера приведено клиническое наблюдение пациента с диагнозом «эпилепсия». Больной поступил в отделение с жалобами на приступообразные состояния, начинающиеся с головной боли, тошноты и протекающие с арестом речи, снижением осознанности происходящего. Кроме того, пациент сообщал о как минимум двух эпизодах дезориентации, когда «проезжал свою остановку в транспорте, обнаруживал себя в незнакомом месте». Проведенное обследование (электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография головного мозга) и динамическое наблюдение за больным помогло верифицировать генез данных состояний. В результате поставлен диагноз «психогенные неэпилептические припадки». Путем назначения адекватной терапии удалось достичь стабильности состояния и купировать приступы. Критерии, указанные в литературном обзоре, и клинический пример могут помочь клиницистам своевременно проводить дифференциальную диагностику и оказывать специализированную помощь пациентам.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Психогенные неэпилептические приступы, конверсионное расстройство, эпилепсия, диагностика, лечение, прогноз.

Статья поступила: 28.01.2021 г.; **в доработанном виде:** 25.02.2021; **принята к печати:** 29.03.2021 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия конфликта интересов в отношении данной публикации.

Вклад авторов

Авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Шова Н.И., Алексеева Д.В., Михайлов В.А. Психогенные неэпилептические приступы: к вопросу диагностики и тактики ведения пациентов (с описанием клинического наблюдения). *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. 2021; 13 (2): 147–156. <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2021.056>

Psychogenic nonepileptic seizures: to the issue of diagnosis and patient management (with a case report)

Shova N.I., Alekseeva D.V., Mikhailov V.A.

Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology (3 Bekhtereva Str., Saint Petersburg 192019, Russia)

Corresponding author: Natalia I. Shova, e-mail: skins_cassi@outlook.com**SUMMARY**

Establishing misdiagnosis “epilepsy” is a common event comprising 25% total cases of “pharmacoresistant” forms. Eventually, the majority of cases resulted in diagnosing psychogenic nonepileptic seizures, or functional seizures, conversion seizures, and dissociative seizures. Here we review publications assessing psychogenic non-epileptic seizures. The scientific resources for analysis were selected in Russian (eLibrary) and international (Pubmed/MEDLINE, Google Scholar) databases, as well as in open access resources. We also present a clinical case of a patient diagnosed with epilepsy. In particular, the patient was admitted to the hospital with complains of paroxysmal conditions starting as headache, nausea proceeding with speech arrest and decreased mindfulness of what happens in personal life. He also informed about at least two episodes of disorientation described as “missed public transport stop” and “finding himself in unfamiliar place”. The patient underwent examination (electroencephalography, brain magnetic resonance imaging) and dynamic follow-up to verify origin of such conditions. As a result, he was diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures. Administering proper therapy allowed to achieve stabilized condition and arrest seizures. The criteria provided in the review as well as clinical case report may help clinical practitioners to timely conduct differential diagnostics and deliver specialized medical aid.

KEYWORDS

Psychogenic nonepileptic seizures, conversion disorder, epilepsy, diagnosis, treatment, prognosis.

Received: 28.01.2021; **in the revised form:** 25.02.2021; **accepted:** 29.03.2021**Conflict of interests**

The authors declare no conflict of interest regarding this publication.

Authors' contribution

All authors contributed equally to this article.

For citation

Shova N.I., Alekseeva D.V., Mikhailov V.A. Psychogenic nonepileptic seizures: to the issue of diagnosis and patient management (with a case report). *Epilepsia i paroksizmal'nye sostoania / Epilepsy and Paroxysmal Conditions*. 2021; 13 (2): 147–156 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2021.056>

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

В каждой медицинской специальности есть определенный круг симптомов, которые могут быть психогенными: в гастроэнтерологии к ним относятся рвота, дисфагия, боль в животе и диарея; в пульмонологии – одышка и кашель; в оториноларингологии – психогенный глобус или дисфония. Некардиальная боль в груди в практике кардиолога традиционно называется костно-мышечной болью, но вероятно, что она является психогенной. Одна из актуальных проблем клинической неврологии состоит в дифференциальной диагностике психогенных и органических заболеваний центральной нервной системы. В структуре патологий неврологического профиля одним из частых «имитируемых» заболеваний является эпилепсия.

Постановка ошибочного диагноза «эпилепсия» представляет собой распространенное явление и происходит в 25% всех случаев «фармакорезистентных» форм. В конечном итоге большинство случаев завершалось постановкой диагноза «психо-

генные неэпилептические приступы» (ПНЭП) или «функциональные приступы», «конверсионные приступы», «диссоциативные конвульсии», реже «синкопальные состояния кардиогенного генеза». Другие пароксизмальные состояния иногда ошибочно диагностируются как эпилепсия, но ПНЭП является, безусловно, наиболее часто неправильно диагностируемым состоянием, на которое приходится более 90% ошибочных диагнозов в эпилептологических центрах. Пароксизмальные феномены по результатам электроэнцефалографии (ЭЭГ), неверно трактованные в поддержку диагноза эпилепсии, часто оказываются источником ошибок клинициста [1–3].

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ / LITERATURE REVIEW**Методы отбора источников / Methods of selecting sources**

Отбор научных первоисточников для анализа проводили в российской (eLibrary) и зарубежных

(Pubmed/MEDLINE, Google Scholar) базах данных, а также в открытых источниках. Использовали только полнотекстовые публикации. Материалы с отсутствием полного текста и/или из источников с неясным статусом рецензирования исключали из анализа. Для поиска сформировали следующие поисковые запросы: психогенные неэпилептические приступы, конверсионное расстройство, эпилепсия, psychogenic non-epileptic seizures, conversion disorder, epilepsy.

Исторические сведения / Historical information

Диагноз «психогенные неэпилептические припадки» представляет собой психоневрологическое состояние, которое находится на пересечении неврологии и психиатрии. Французский невролог Жан Мартин Шарко расценивал данные изменения как состояния, при которых у пациента отмечались нарушения, аналогичные тем, которые индуцируются органическими поражениями головного мозга, но по своей природе связаны с психотравмирующими ситуациями. Пьер Жане, Йозеф Бройер и Зигмунд Фрейд разработали «концепцию диссоциации» как защиты от психологического стресса, который ассоциируется с воспоминаниями о травме и превращается в соматические или когнитивные симптомы [4].

Названия, ранее данные этому состоянию, включают «истерозэпилепсию» (англ. hysterolepilepsia), «псевдоприступные состояния» [5]. Данные названия были оставлены в прошлом ввиду их расплывчатости. В медицинском сообществе в настоящее время приняты термины «психогенные неэпилептические припадки» или «неэпилептические (диссоциативные) расстройства падения». Пятое издание диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM-5) классифицирует ПНЭП как подтип конверсионного расстройства или функционально-неврологического симптоматического расстройства [6]. Функциональные неврологические симптомы не вырабатываются добровольно, а скорее считаются бессознательными. Это отличает данный диагноз от симуляции, которая по определению требует волевой проработки симптомов.

Эпидемиология / Epidemiology

Заболеваемость ПНЭП оценивается в диапазоне от 1,4 до 4,9 случая на 100 тыс. человек в год, а распространенность – от 2 до 33 случаев на 100 тыс. населения [7]. До 30% пациентов, госпитализированных в отделения эпилепсии при выписке получают диагноз психогенных неэпилептических припадков [8].

Средняя продолжительность от начальных проявлений до постановки диагноза составляет 5–7 лет. Эпизоды рецидивирующего продолжительного неэпилептического психогенного статуса (определяет-

ся как эпизоды продолжительностью более 30 мин) возникают у 1/3 пациентов с функциональными приступами. Каждый четвертый больной сообщает об однократно перенесенном статусе в его жизни.

Риск ошибочного диагноза и ятрогенных осложнений при неправильном лечении значителен. Ошибочный диагноз приводит к существенному влиянию на качество жизни, высокому уровню инвалидности, чрезмерному нерациональному медицинскому расходованию резервов и коечного фонда и нерешенным психологическим проблемам у пациента [9].

Определение. Особенности клинических проявлений / Definition. Features of clinical manifestations

Диссоциативные припадки представляют собой приступообразные нарушения сознания или поведения, которые могут быть похожи на эпилептические приступы, но не имеют органической причины. Чаще они встречаются у пациентов, которые не могут использовать альтернативные копинговые механизмы в условиях психологического и социального стресса. У большинства больных выявляются различные не-психотические и психотические психические расстройства в виде нарушений эмоциональной сферы, беспокойства и расстройства личности. В анамнезе часто обнаруживаются хронические головные боли, другие болевые синдромы, дневная сонливость и нарушения сна [10].

Если пациенты с ПНЭП ранее наблюдали эпилептические припадки, демаркация может быть затруднена из-за сильного сходства с эпилептическими приступами. В конечном итоге идентификация возможна только с помощью видео-ЭЭГ-мониторинга «привычных» приступов. Частота встречаемости эпилепсии у родственников среди таких больных составляет 20% [11].

Для ПНЭП характерны флуктуирующее состояние сознания, закрытые или прищуренные глаза с устойчивостью к пассивному раскрытию, мигающие глаза, опистотоническая поза и боковое покачивание тела. Также типично, что семиология может значительно варьироваться от атаки к атаке и зависит от вмешательств наблюдателей. Продолжительность судорог значительно больше, чем при эпилептических припадках, которые длятся несколько минут. Тем не менее для непрофессионалов трудно отличить постиктальную фазу эпилептических припадков от фактического приступа. Функциональные приступы преимущественно проявляют себя в присутствии наблюдателей. Прикусы языка значительно чаще встречаются при эпилептических припадках, обычно латерально, в отличие от укуса на кончике языка при конверсии. Дифференциальная диагностика семиологии приступов представлена в **таблице 1**. Тщательный анамнез обычно дает достаточные основания для подозрений на конверсионное расстройство, ко-

торое на сегодняшний день является наиболее распространенным психиатрическим подражателем эпилепсии [12–15]. К сожалению, ни один симптом или признак не позволяет поставить диагноз с абсолютной точностью.

В отличие от эпилептических припадков, ПНЭП не являются результатом ненормального электрического разряда из мозга, они представляют собой физическое проявление психологического нарушения.

Коморбидные психиатрические расстройства / Comorbid psychiatric disorders

Пациенты с психогенными неэпилептическими припадками страдают от сопутствующих психопатологических состояний, в частности депрессивных расстройств (57–85%), тревожных расстройств, включая паническое расстройство (11–50%), посттравматического стрессового расстройства (35–49%), соматических симптомов, включая болевые синдромы (22–84%), диссоциативные расстройства (22–91%) и расстройства личности (10–86%) [16–18].

Роль травмы и посттравматического стрессового расстройства / The role of trauma and post-traumatic stress disorder

Обычно взрослые пациенты с функциональными приступами сообщают о травматическом физическом или психическом насилии. Наиболее частыми травмами неизменно являются физическое насилие в детстве и сексуальное насилие (их частота колеблется от 23% до 77%), а также пренебрежение, наблюдение жестокого обращения с другими людьми и медицинская травма. Сексуальное насилие, которое чаще встречается у женщин, может частично объяснить гендерное распределение данного расстройства [19].

Считается, что травма детства играет менее значимую этиологическую роль в определенных подгруппах: педиатрические популяции (где чаще встречаются другие жизненные невзгоды), люди взрослого возраста (где более распространена психологическая травма, связанная с плохим здоровьем), мужчины (у которых стрессовые факторы, связанные с работой, имеют более частое этиологическое влияние) и пациенты с нарушениями обучаемости [20].

Таблица 1. Некоторые дифференциально-диагностические клинические семиологические особенности эпилептических и диссоциативных припадков

Table 1. Some differential diagnostic clinical semiological features of epileptic and dissociative seizures

Признак / Sign	ПНЭП / PNES	Эпилепсия / Epilepsy
Продолжительность более 2 мин / Duration >2 min	Часто / Frequent	Редко / Rare
Стереотипность приступов / Stereotyped seizures	Часто / Frequent	Часто / Frequent
<i>Особенности моторного приступа / Features of motor seizure</i>		
постепенное начало / gradual onset	Часто / Frequent	Редко / Rare
отсутствие закономерной частоты приступов / no regular seizure frequency	Часто / Frequent	Очень редко / Very rare
бьющие, сильные движения / kicking strong movements	Часто / Frequent	Редко / Rare
движение головы из стороны в сторону / head moving from side to side	Часто / Frequent	Редко / Rare
асинхронные движения / asynchronous movements	Часто / Frequent	Очень редко / Very rare
глаза закрыты / eyes closed	Часто / Frequent	Редко / Rare
тазовые толчки / pelvic thrusting	Иногда / Sometimes	Редко / Rare
опистотонус, arc de cercle / opisthotonus, arc de cercle	Иногда / Sometimes	Очень редко / Very rare
автоматизмы / automatisms	Редко / Rare	Часто / Frequent
плач / crying	Иногда / Sometimes	Очень редко / Very rare
недержание мочи / involuntary urination	Иногда / Sometimes	Часто / Frequent
прикус во рту / bite in mouth	Иногда / Sometimes	Часто / Frequent
прикус языка / bite of tongue	Очень редко / Very rare	Часто* / Frequent*
реагирование на контакт в период приступа / response to contacts during seizure	Часто / Frequent	Очень редко / Very rare

Примечание. ПНЭП – психогенные неэпилептические приступы. * Повреждение кончика языка или губы редки при эпилепсии и предполагают ПНЭП.

Note. PNES – psychogenic nonepileptic seizures. * Damaged tip of tongue or lip are rare in epilepsy and suggest PNES.

Дисфункция семейных взаимоотношений / Dysfunction of family relationships

Члены семьи пациентов с психогенными неэпилептическими приступами наиболее часто по сравнению с общей популяцией имеют психические расстройства, эпилепсию, проблемы со здоровьем соматического профиля (например, детский церебральный паралич). Они более индифферентны к процессу лечения и предписаниям врача по сравнению с семьями пациентов с эпилептическими приступами. Некоторые данные свидетельствуют о том, что конверсионное расстройство часто встречается у родственников людей с конверсионным расстройством (симптомы часто моделируются) [21].

Таким образом, тщательное изучение семейного анамнеза заболевания имеет важное значение. Ряд случаев свидетельствует о повышенном риске у монозиготных, но не дизиготных близнецов. Негенетические семейные факторы, такие как инцестуозное сексуальное насилие в детстве, могут быть связаны с повышенным риском возникновения конверсионного расстройства как элемента защитной стратегии. Конверсионное расстройство может быть единственным механизмом общения, который остается доступным для ребенка или подростка. Влияние динамики семьи, хотя ее трудно определить количественно, может стать важным терапевтическим инструментом для помощи данным пациентам.

Диссоциация, конверсия и соматизация / Dissociation, conversion and somatization

Диссоциация была предложена в качестве основного механизма развития психогенных неэпилептических приступов и относится к нарушению нормальной, субъективной интеграции одного или нескольких аспектов психологического или когнитивного функционирования. Конверсия концептуализируется некоторыми авторами как соматоформный подтип диссоциации и относится к психологическому дистрессу, неосознанно преобразующемуся в неврологический дефицит, тогда как соматизация проходит нейрокognитивную обработку непосредственно в соматическую жалобу [22].

Дальнейшее понимание этих основополагающих механизмов может помочь не только в разработке стратегий лечения, направленных на основную предполагаемую причину заболевания, но и в определении влияния этих факторов на вовлечение пациента в лечение.

Органическая травма головного мозга / Organic brain injury

Недавние исследования выявили более тесную связь между легкой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) (травма, сопровождаемая потерей сознания продолжительностью менее 30 мин, или амнезией, продол-

жающей менее 24 ч) и конверсионными приступами, чем между легкой ЧМТ и эпилептическими припадками. Легкая ЧМТ также была связана с более высокой частотой возникновения депрессии, тревоги и посттравматического стрессового расстройства при ПНЭП. Таким образом, наличие в анамнезе легкой ЧМТ не должно склонять клинициста к большей вероятности эпилептического происхождения судорог [23].

Диагностика / Diagnosis

Неэпилептические пароксизмальные расстройства могут клинически проявляться аналогично эпилептическим припадкам и должны учитываться при дифференциальной диагностике эпилепсии. Необходимо исчерпывающее неврологическое, психиатрическое и кардиологическое обследование. Специфичность и чувствительность интериктальной рутинной ЭЭГ невысоки: она, как правило, нормальна у пациентов без эпилепсии и может не выявлять нарушений у больных эпилепсией в начале приступов, однако ее информативность может увеличиваться после повторных записей. Обычная ЭЭГ может быть нормальной примерно у 30% пациентов с эпилепсией (частота ложных отрицательных результатов снижается до 15% и менее у больных с повторными исследованиями или записями сна) [24]. Приблизительно у 15% обследованных лиц из здоровой популяции встречаются так называемые неспецифические изменения на ЭЭГ. Очевидно, существует вероятность того, что: 1) ЭЭГ может быть «переоценена», особенно если форма запроса, отправленная нейрофизиологу, не выражает никаких сомнений в отношении диагноза; 2) неспецифические отклонения могут быть неправильно истолкованы неопытными клиницистами как аргументы в поддержку диагноза эпилепсии. Эта проблема усугубляется тем фактом, что такие неспецифические изменения (главным образом диффузные изменения фоновой ритмики) чаще встречаются у пациентов с неэпилептическими приступами, чем у здоровых людей. Следует отметить, что специфические эпилептиформные паттерны (генерализованные пики или полиспайки и медленные волны) очень редки у здоровых лиц: около 3 случаев на 1 тыс. человек [25].

В сомнительных случаях назначается видео-ЭЭГ-мониторинг, позволяющий осуществлять синхронную регистрацию клинических событий и ЭЭГ. Как было сказано выше, неэпилептические приступы не сопровождаются разрядной активностью коры головного мозга, а следовательно, в записи не должны регистрироваться паттерны приступа. Получение достоверной информации о характере приступа бывает затруднено при наличии в записи двигательных артефактов во время приступа, отсутствии характерного иктального паттерна (например, при некоторых фокальных моторных припадках, исходящих из лобной доли), небольшой частоте клинических событий и невозможности длительной непрерывной реги-

страции видео-ЭЭГ. Таким образом, результаты ЭЭГ являются лишь одним из многих факторов, которые должны быть учтены при постановке диагноза эпилепсии. В конечном итоге она опирается на клинические проявления припадка [26].

Диагностические критерии (DSM-5)

Согласно классификации DSM-5, неврологические симптомы, которые после соответствующей неврологической оценки оказываются несовместимыми с неврологической патофизиологией, могут быть отнесены к конверсионному расстройству [6]. Конкретные критерии DSM-5 для конверсионного расстройства следующие:

- один или несколько симптомов измененной произвольной моторной или сенсорной функции;
- клинические данные, свидетельствующие о несовместимости симптома и признанных неврологических или медицинских состояний;
- симптом или дефицит, который не объяснить лучше другим медицинским или психическим расстройством;
- симптом или дефицит, вызывающий клинически значимый дистресс либо нарушение в социальной, профессиональной и других важных областях функционирования или требующий медицинской оценки.

Прогноз и лечение / Prognosis and treatment

Не существует четкого соглашения о том, какому определенному плану лечения следует придерживаться у пациентов с ПНЭП. Тем не менее даже после постановки правильного диагноза у большей части больных с функциональными приступами сохраняются судороги и плохое самооценочное качество жизни. Кроме того, ремиссия судорог не может считаться комплексной мерой медицинского или психосоциального результата. Почти у половины пациентов, у которых был достигнут контроль над приступами, остаются ограничения, и у многих продолжают проявляться симптомы психопатологии, включая другие соматоформные, депрессивные и тревожные расстройства. Лечение должно быть направлено на решение психологических проблем или психических расстройств. Пациент не будет реагировать на лечение противосудорожными препаратами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ / CASE REPORT

В качестве примера мы приводим описание клинического случая дифференциальной диагностики эпилепсии с немоторными приступами с нарушением осознанности, диссоциативной фугой и ПНЭП.

Жалобы / Complaints

Пациент С., 50 лет, поступил в отделение лечения больных эпилепсией с жалобами на приступообразные состояния, которые начинаются с головной боли,

тошноты, протекают с арестом речи и снижением осознанности происходящего («во время приступа нет ни мыслей, ни эмоций, трудно подбирать слова, словно разговариваешь на иностранном языке»), возникают в присутствии людей и в одиночестве, продолжаются (со слов больного) несколько минут и заканчиваются глубоким сном. Частота приступов на момент поступления еженедельная, они провоцируются стрессовой ситуацией и переутомлением. Кроме того, больной сообщал о как минимум двух эпизодах дезориентации, когда «проезжал свою остановку в транспорте, обнаруживал себя в незнакомом месте». Антиэпилептическую терапию на момент поступления не получал.

История заболевания / History of the disease

Рос и развивался нормально. Впервые «приступ» произошел в 2007 г. в возрасте 37 лет, когда после высокой физической нагрузки (разгружал 2 т груза) и усталости почувствовал резкую слабость, потемнение в глазах, «начал проваливаться», трудно было воспринимать окружающее пространство. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, вынесен предположительный диагноз гипертонического криза. Пациент вышел из состояния самостоятельно, затем долго и глубоко спал. Через 2 нед в душном помещении «вдруг присел и будто уснул на 5 мин», товарищи пытались привести его в чувство, но пациент ни на что не реагировал, «был весь белый». После того как очнулся, испытывал сильную головную боль и слабость, спал весь следующий день. Обратился амбулаторно к неврологу, установлен диагноз «хроническое нарушение мозгового кровообращения». Принимал сосудистую и нейропротективную терапию без значимого эффекта. В дальнейшем «приступы» участились. В 2018 г. на протяжении 3–4 мес их частота до 1 раза в неделю, в ряде случаев больной самостоятельно мог контролировать эти состояния переключением вида деятельности.

История жизни / Life history

Родился в полной семье в Ленинграде. Наследственность не отягощена. Рос и развивался нормально. Дошкольные учреждения посещал, адаптировался хорошо, был общительным и подвижным ребенком. В школу пошел с 8 лет. Успеваемость на «четыре» и «пять», больше тяготел к физике и математике. К 10-му классу появились первые «тройки», что связывает со снижением интереса к учебе.

После окончания пациентом школы его отец ушел из семьи, и он был вынужден выйти на работу, хотя планировал продолжить образование в университете. Начал работать на заводе слесарем, затем сменил несколько специальностей: токарь, наладчик автоматических линий, инженер, руководитель.

Женат не был, были недлительные романтические отношения, но «как-то не сложилось», так и остался

холостяком, но не жалеет. Жил с матерью, затем с болющим отцом, после смерти родителей с 1996 г. живет один. Говорит, что поддерживает крепкие отношения с друзьями и достаточно активен в повседневной жизни. В прошлом много путешествовал по работе.

Вредные привычки: не курит, не злоупотребляет алкоголем, прием наркотиков отрицает. Перенесенные заболевания: 1980 г. – гнойный менингит, в возрасте 6–7 лет – закрытая черепно-мозговая травма, обстоятельств травмы не помнит.

Неврологический статус без особенностей.

Психический статус при поступлении / Mental status at admission

В сознании. Ориентирован всесторонне верно. Выглядит опрятно, производит благоприятное впечатление. Контакт доступен, смотрит в глаза. В беседе был настойчив, перебивал врача, долго и подробно описывал симптомы и события жизни.

На момент поступления заметно спокойнее. Резонерствует, описывая свое состояние. Обманы восприятия отрицает. Бредовых идей не высказывает. Опасные тенденции не выявляются. В беседе складывается впечатление о наличии ипохондрической настороженности, однако сам пациент отрицает повышенное внимание к своему физическому здоровью. Колебания настроения и тревогу в анамнезе отрицает. На момент беседы настроение не снижено, но выглядит взволнованным. Жалуется на «провалы в памяти» на короткие периоды жизни, однако спустя 2–3 дня «события вспоминаются». Когнитивные нарушения не выявлены, оценка по краткой шкале оценки психического статуса (англ. Mini-Mental State Examination, MMSE) – 30 баллов. Сон, аппетит без особенностей.

Методы обследования / Methods of examination

В собственных наблюдениях пациента мы использовали сбор анамнеза, исследование неврологического статуса, инструментальные и лабораторные методы обследования. Электроэнцефалографию, включая ЭЭГ-телеметрию дневного сна, проводили с помощью компьютерного электроэнцефалографо-регистратора «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» («Медиком МТД», Таганрог, Россия) с 19 монополярными референциальными отведениями по системе «10–20», применяли ремонтаж с выполнением функциональных проб. Магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга с контрастным усилением выполняли на аппарате Magnetom Skyra (Siemens, Германия) с напряженностью магнитного поля 3 Тл, получая 3D-изображения, взвешенные по T1 и T2 в сагиттальной плоскости с толщиной среза 1 мм с последующей многоплоскостной реконструкцией в корональной и аксиальной плоскостях с толщиной среза 1 мм, а также сагиттальные Flair с толщиной

среза 1,5 мм и многоплоскостной реконструкцией, аксиальные Flair с толщиной среза 2 мм.

Этические аспекты / Ethical aspects

Получено письменное информированное согласие пациента, разрешающее публикацию истории заболевания, результатов обследования.

Результаты параклинических методов обследования / Results of paraclinical methods of examination

Электроэнцефалография

Результаты ЭЭГ представлены на **рисунке 1**. Корковая ритмика несколько дезорганизована, по частоте соответствует возрасту. Периодическое нерегулярное тета-замедление в левых лобно-центральных отделах с формированием деформированных заостренных потенциалов. Эпилептиформная активность типичной морфологии не зарегистрирована.

Магнитно-резонансная томография

Результаты МРТ головного мозга показаны на **рисунке 2**. Выявляются множественные очаги в белом веществе полушарий головного мозга, вероятно, сосудистого генеза. Умеренное расширение наружных ликворных пространств. МР-признаков склероза гиппокампов не выявлено.

Диагноз и терапия / Diagnosis and therapy

На основании семиологии приступов (когнитивные приступы с арестом речи, амбулаторные автоматизмы), данных анамнеза жизни (травматическое событие в детстве, перенесенный гнойный менингит), течения заболевания (стереотипные приступы с глубоким сном в постиктальном периоде), результатов инструментальных методов обследования (региональное замедление корковой ритмики с включением заостренных графоэлементов) был вынесен диагноз симптоматической эпилепсии (посттравматической, постинфекционной) с фокальными немоторными приступами на фоне снижения осознанности.

Принято решение об инициальной монотерапии леветирацетамом в суточной дозе 1000 мг в сутки. На фоне проводимого лечения в отделении наблюдался эпизод поведенческих нарушений: пациент лег в кровать, в течение суток был мало доступен контакту, общался жестами, отказывался вставать с кровати, принимать еду, не ходил в туалет. Объективно: соматически стабилен, артериальное давление 130/76 мм рт. ст., пульс 76 уд/мин, ритмичный. В неврологическом статусе напряжение в аксиальной мускулатуре, повышение мышечного тонуса в положении сидя, зависание рук в воздухе. В положении лежа выявлялся физиологический тонус мышц с полным объемом пассивных движений. В общеклинических анализах

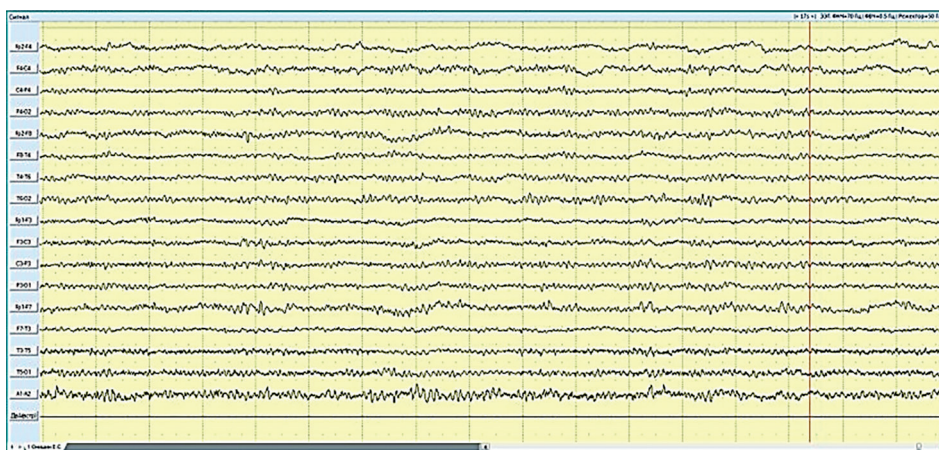


Рисунок 1. Результаты электроэнцефалографической телеметрии дневного сна

Figure 1. Electroencephalographic telemetry of daytime sleep

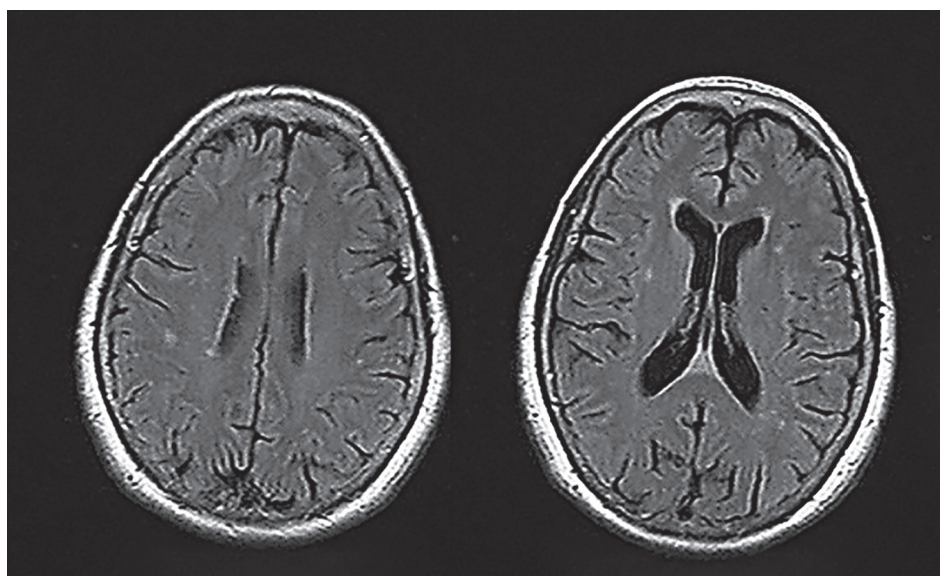


Рисунок 2. Результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга

Figure 2. Brain magnetic resonance imaging results

значимых отклонений не было, ЭКГ в пределах возрастной нормы.

Уточнение диагноза / Clarification of the diagnosis

В связи с отсутствием явных соматических нарушений было сделано предположение о психогенной природе состояния, назначена срочная консультация психиатра, по результатам которой вынесен диагноз диссоциативного субступора. Ввиду беспомощного состояния (пациент не питался, не обслуживал себя) был запланирован перевод в городской психиатрический стационар, о чем было сообщено на совместном обходе с заведующей отделения в присутствии больного. В течение следующего часа пациент самостоятельно встал с кровати, посетил туалет, умылся, начал общаться с персоналом – со слов больного, под влиянием решения о его переводе в другой стационар. Свое состояние описывал следующим образом: за 10–15 мин, на фоне головной боли, понимает, что скоро начнется «приступ», накатывает чувство тошноты, затем «проваливается», но все вокруг видит и слышит, отвечать на вопросы сложно, могут возни-

кать мышечные подергивания в руках и ногах. После выхода из этого состояния испытывает сильную слабость, «отходит» в течение 2–3 дней.

В дальнейшем для уточнения диагноза и подбора терапии пациент был направлен в клинику неврозов. Диагноз эпилепсии был снят, антиэпилептическая терапия отменена. Принимая во внимание хорошую социальную адаптацию больного, а также благоприятный социально-трудовой прогноз, принято решение о постановке диагноза «конверсионное расстройство». На фоне проводимой терапии (трифлуоперазин 15 мг/сут, карбамазепин 600 мг/сут, тригексифенидил 10 мг/сут) эпизодов полуобморочных состояний («приступов») не наблюдалось, произошла нормализация мышления, увеличилась способность концентрироваться на необходимой деятельности, снизилась ипохондричность, появилась отчетливая критика к своему состоянию. Сформировано частичное критическое отношение к заболеванию, а также понимание необходимости придерживаться поддерживающей терапии. Учитывая неблагоприятный органический фон, было принято решение сохранить терапию без изменений на несколько месяцев при условии хорошей переносимости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

Таким образом, ПНЭП является отражением психологического конфликта или психического расстройства. Ранняя диагностика, отмена противосудорожных препаратов и соответствующее лечение со стороны неврологов, психиатров, психотерапевтов могут предотвратить ятрогенный вред и улучшить качество жизни больных. Решение о постановке

ке указанного диагноза требует коллегиального участия нескольких специалистов.

Диагноз должен быть представлен без суждения, позитивно, с учетом вопросов и предоставлением времени для объяснений. Пациенты могут быть более восприимчивы к диагнозу, если предлагается соматоформная объяснительная модель с указанием на то, что «психогенный» не означает «подделка» и что эффективное лечение доступно.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

- Benbadis S.R., Tatum W.O. Overinterpretation of EEGs and misdiagnosis of epilepsy. *J Clin Neurophysiol.* 2003; 20 (1): 42–4. <https://doi.org/10.1097/00004691-200302000-00005>.
- Benbadis S.R. Errors in EEGs and the misdiagnosis of epilepsy: importance, causes, consequences, and proposed remedies. *Epilepsy Behav.* 2007; 11 (3): 257–62. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.05.013>.
- Benbadis S.R., Lin K. Errors in EEG interpretation and misdiagnosis of epilepsy. Which EEG patterns are overread? *Eur Neurol.* 2008; 59 (5): 267–71. <https://doi.org/10.1159/000115641>.
- Goetz C.G. Charcot, hysteria, and simulated disorders. *Handb Clin Neurol.* 2016; 139: 11–23. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00002-3>.
- Koby D.G., Zirakzadeh A., Staab J.P., et al. Questioning the role of abuse in behavioral spells and epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2010; 19 (4): 584–90. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.09.014>.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Duncan R., Razvi S., Mulhern S. Newly presenting psychogenic nonepileptic seizures: incidence, population characteristics, and early outcome from a prospective audit of a first seizure clinic. *Epilepsy Behav.* 2011; 20 (2): 308–11. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.10.022>.
- Benbadis S.R., O'Neill E., Tatum W.O., Heriaud L. Outcome of prolonged video-EEG monitoring at a typical referral epilepsy center. *Epilepsia.* 2004; 45 (9): 1150–3. <https://doi.org/10.1111/j.0013-9580.2004.14504.x>.
- Reuber M., Pukrop R., Mitchell A.J., et al. Clinical significance of recurrent psychogenic nonepileptic seizure status. *J Neurol.* 2003; 250 (11): 1355–62. <https://doi.org/10.1007/s00415-003-0224-z>.
- Benbadis S.R., LaFrance W.C. Jr., Papandonatos G.D., et al. NES Treatment Workshop. Interrater reliability of EEG-video monitoring. *Neurology.* 2009; 73 (11): 843–6. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181b78425>.
- Mellers J.D. The approach to patients with “non-epileptic seizures”. *Postgrad Med J.* 2005; 81 (958): 498–504. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2004.029785>.
- Meierkord H., Will B., Fish D., Shorvon S. The clinical features and prognosis of pseudoseizures diagnosed using video-EEG telemetry. *Neurology.* 1991; 41 (10): 1643–6. <https://doi.org/10.1212/wnl.41.10.1643>.
- Leis A.A., Ross M.A., Summers A.K. Psychogenic seizures: ictal characteristics and diagnostic pitfalls. *Neurology.* 1992; 42 (1): 95–9. <https://doi.org/10.1212/wnl.42.1.95>.
- DeToledo J.C., Ramsay R.E. Patterns of involvement of facial muscles during epileptic and nonepileptic events: review of 654 events. *Neurology.* 1996; 47 (3): 621–5. <https://doi.org/10.1212/wnl.47.3.621>.
- Reuber M., Elger C.E. Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy Behav.* 2003; 4 (3): 205–16. [https://doi.org/10.1016/s1525-5050\(03\)00104-5](https://doi.org/10.1016/s1525-5050(03)00104-5).
- LaFrance W.C. Jr., Reuber M., Goldstein L.H. Management of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia.* 2013; 54 (Suppl. 1): 53–67. <https://doi.org/10.1111/epi.12106>.
- Hingray C., Biberon J., El-Hage W., de Toffol B. Psychogenic nonepileptic seizures (PNES). *Rev Neurol (Paris).* 2016; 172 (4–5): 263–9. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2015.12.011>.
- Huff J.S., Murr N. Psychogenic nonepileptic seizures. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
- Myers L., Perrine K., Lancman M., et al. Psychological trauma in patients with psychogenic nonepileptic seizures: trauma characteristics and those who develop PTSD. *Epilepsy Behav.* 2013; 28 (1): 121–6. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.03.033>.
- Willment K., Hill M., Baslet G., Loring D.W. Cognitive impairment and evaluation in psychogenic nonepileptic seizures: an integrated cognitive-emotional approach. *Clin EEG Neurosci.* 2015; 46 (1): 42–53. <https://doi.org/10.1177/1550059414566881>.
- Asadi-Pooya A.A. Psychogenic nonepileptic seizures: a concise review. *Neurol Sci.* 2017; 38 (6): 935–40. <https://doi.org/10.1007/s10072-017-2887-8>.
- Martlew J., Pulman J., Marson A.G. Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 2: CD006370. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006370.pub2>.
- LaFrance W.C. Jr., Deluca M., Machan J.T., Fava J.L. Traumatic brain injury and psychogenic nonepileptic seizures yield worse outcomes. *Epilepsia.* 2013; 54 (4): 718–25. <https://doi.org/10.1111/epi.12053>.
- Duncan R. Psychogenic nonepileptic seizures: EEG and investigation. *Handb Clin Neurol.* 2016; 139: 305–11. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00027-8>.
- Gedzelman E.R., LaRoche S.M. Long-term video EEG monitoring for diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014; 10: 1979–86. <https://doi.org/10.2147/NDT.S49531>.
- Amin U., Benbadis S.R. The role of EEG in the erroneous diagnosis of epilepsy. *J Clin Neurophysiol.* 2019; 36 (4): 294–7. <https://doi.org/10.1097/WNP.0000000000000572>.

Сведения об авторах

Шова Наталья Игоревна – аспирант ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3635-5850>; Scopus Author ID: 57215893698; РИНЦ SPIN-код: 1952-3043. E-mail: skins_cassi@outlook.com.

Алексеева Диана Владимировна – младший научный сотрудник отделения лечения больных с экзогенно-органическими расстройствами и эпилепсией ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0356-283X>; Scopus Author ID: 57216917954; РИНЦ SPIN-код: 2331-8682.

Михайлов Владимир Алексеевич – д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию, руководитель международного отдела, главный научный сотрудник и научный руководитель отделения лечения органических психических расстройств и эпилепсии и реабилитации пациентов с психосоматическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>. WoS ResearcherID: B-3272-2017. РИНЦ SPIN-код: 5563-1009.

About the authors

Natalia I. Shova – Postgraduate Student, Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology (Saint Petersburg, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3635-5850>; Scopus Author ID: 57215893698; RSCI SPIN-code: 1952-3043. E-mail: skins_cassi@outlook.com.

Diana V. Alekseeva – Junior Researcher, Department for the Treatment of Patients with Exogenous Organic Disorders and Epilepsy, Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology (Saint Petersburg, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0356-283X>; Scopus Author ID: 57216917954; RSCI SPIN-code: 2331-8682.

Vladimir A. Mikhailov – Dr. Med. Sc., Deputy Director for Innovative Scientific Development, Head of the International Department, Chief Researcher and Scientific Director of the Department of Treatment of Organic Mental Disorders and Epilepsy and Rehabilitation of Patients with Psychosomatic Disorders, Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology (Saint Petersburg, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>. WoS ResearcherID: B-3272-2017. RSCI SPIN-code: 5563-1009.