DOI https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-40

CLINICAL CASE OF DISSOCIATIVE SEIZURES (COMBINATION OF EPILEPSY AND PSYCHOGENIC NON-EPILEPTIC SEIZURES)

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДИСОЦИАТИВНИХ СУДОМ (КОМБІНАЦІЯ ЕПІЛЕПСІЇ ТА ПСИХОГЕННИХ НЕ ЕПІЛЕПТИЧНИХ НАПАДІВ)

Pomazunovska O. P.
Candidate of Medical Sciences, Pediatrician

Помазуновська О. П.
кандидат медичних наук, лікар-педіатр

Petrenko V. M.
Candidate of Medical Sciences, neurologist
Public Non-Commercial Enterprise City Children's Hospital No. 5 of the Kharkiv City Council

Петренко В. М.
кандидат медичних наук, дитячий невролог
КНП «Міська дитяча лікарня 5» Харківської міської ради

Biliaiev S. I.
psychologist
Public Non-Commercial Enterprise City Children's Hospital No. 5 of the Kharkiv City Council
Kharkiv, Ukraine

Біляєв С. І.
психолог
КНП «Міська дитяча лікарня 5» Харківської міської ради
м. Харків, Україна

Актуальність. Епілепсія – одна з найпоширеніших проблем, з якими стикаються неврологи. Поширеність епілепсії в активний період, тобто сума нововиявлених і вже існуючих випадків епілепсії протягом року, становить 4,8 на 1000 населення в усьому світі [1]. При цьому, популяційний аналіз, показав, що епілепсія і стани, які в свою чергу призводять до неї, по-різному впливають на пацієнтів і членів їх сім'ї, впливаючи насамперед на світогляд і розуміння себе в хворобі, поведінку та соціально-економічний статус. В останні роки діагностика причин епілепсії у дітей значно покращилася, що дозволяє розрізняти типи епілепсії, локалізувати вогнище нападу. Це важливий крок, оскільки епілептологи знають, що встановлення конкретної етіології важливо для оптимізації лікування. Однак, сучасна терапія епілепсії у дітей базується на використанні стандартів/протоколів

надання медичної допомоги або клінічних рекомендацій провідних вітчизняних й світових фахівців. Але, ці стандарти не враховують вікові особливості нервової системи, коморбідний фон дитини, який має певний вплив на перебіг епілепсії. Таким чином, досягнення у фундаментальних і клінічних науках надали безліч нових діагностичних інструментів, які забезпечують ще більшу діагностичну та терапевтичну точність.

Особливу увагу вимагають пацієнти з рефрактерною епілепсією. В різних дослідженнях комбінація епілепсії з психогенними не епілептичними нападами (ПНЕН) варіює від 12 до 65%. У свою чергу встановлення неправильного діагнозу та ведення того, що називається «псевдостатус», як епістатусу, піддає пацієнтів непотрібному ризику, включаючи призначення протиепілептичних препаратів й можливості госпіталізації в реанімаційне відділення з використовуванням штучної вентиляції.

Результати дослідження: Дівчинка 17 років, була госпіталізована бригадою швидкої допомоги до КНП «Міської дитячої лікарні № 5» ХМР зі скаргами на інтенсивний головний біль без чіткої локалізації з нудотою, млявістю. В анамнезі два виду нападів: генералізовані тонікоклонічні, частота нападів до 4 разів/місяць, тривалістю 7-10 хв, наприкінці нападу – сон. Додатково у дитини відмічаються напади, у вигляді «опістотонусу», тривалістю до 10 хвилин, без втрати свідомості.

Об'єктивно при госпіталізації: загальний стан середнього ступеня важкості, що обумовлено проявами основного захворювання, шкірні покриви бліді, вільні від висипки, тургор та еластичність тканин достатній. Дитина достатнього харчування. Соматичний статус без особливостей. Дівчинка емоційно лабільна. Формула статевого розвитку відповідає віку.

Неврологічний статус: Свідомість не порушено. Продуктивному контакту доступна. Перкусія черепа безболісна. Голова звичайної форми. ЧН – обличчя без чіткої асиметрії. Очні щілини D = S, зіниці симетричні, фотореакції жваві. Рух очних яблук в повному обсязі. Язик по середній лінії. Сухожильні рефлекси симетричні, D = S, позитивний с-м Бабінского з обох сторін. Менінгіальні знаки негативні. Порушена хода на п'ятах. Дистальний гіпергідроз.

Дані додаткового анамнезу: Відомо, що дитина хвора з народження. Дівчинка від 3 вагітності, акушерський анамнез без особливостей, пологи термінові. Вага при народжені 3300 гр. При народжені запідозрено вроджена вада розвитку ЦНС: стеноз Сильвієва водопроводу, оклюзійна гідроцефалія, з приводу чого дитині, у віці

5 місяців, було проведено оперативне втручання – вентрикуло-перитонеостомія з імплантацією ліквороншунтуючої системи (ЛШС). Постнатально з урахуванням аномалій розвитку ЦНС дитина була консультована вузькими спеціалістами, в тому числі неврологом. У ранньому віці етапи розвитку з затримкою. Дитині не одноразово проводилось оперативне втручання, з приводу заміни ЛШС. У 2014 році – стан після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу в правому зоровому бугрі. В 2016 році мати дитини відмічає вперше тривалі напади (до 60 хв.). У зв'язку з чим дитина не одноразово госпіталізована до реанімаційного відділення в тяжкому стані, без відсутності реакції на проведення медикаментозної терапії згідно протоколу лікування дітей з епілепсією.

Додаткові методи обстеження:

Дані лабораторного дослідження (клінічний аналіз крові, сечі, функціональні проби печінки) в межах вікової норми.

КТ головного мозку (проведено не одноразово) в ході динамічного спостереження – без негативної динаміки: на серії отриманих томограм головного мозку, визначаються пістопераційні зміни правої та лівої лобних часток, базальних відділів лівої лобно-потилочної частки, в зоні встановлення ЛШС. Бокові шлуночки щілевидні. Кора гемисфер помірно дифузно гіпотрофічна. Субарахноїдальні простори злегка розширені конвекситально, базально не змінені. Оболонки не змінені.

ЕЕГ: ознаки пароксизмальної активності відсутні. Помірно виражена дисфункція в медіобазальних структурах.

Реоенцефалографія: дистонічний тип РЕГ. Венозний застій.

Ехоенцефалографія: помірна зовнішня ліквorна гіпертензія.

Консультація дитячого психолога: у дитини діагностовано «епілептоїдний» тип акцентуації характеру. За результатом функціональної діагностики, тобто відсутність специфічних маркерів за даними додаткового обстеження, характер нападів та фармакорезистентність, в якості попереднього діагнозу було запідозрено «дисоциативні порушення» [F 44.5/ 44.4/ 44.7 МКБ 10]. На підставі попереднього діагнозу обрана терапевтична тактика, ключове місце в якій займає метод психотерапії. Психотерапія включала наступні етапи:

- психодіагностика і спостереження;
- бесіда й формування «рапорту» між фахівцем та пацієнтом;
- роз'яснення щодо причин розладу;
- попереднє встановлення на одужання;
- перевірка сугестивності і гіпнабельності;

- зняття антісуггестивного бар'єру, за рахунок феномена «ідеомоторного зв'язку»;

- пошук внутрішньоособистих конфліктів та тригера, що провокує напад;

- метод гіпносуггестії з метою зміни переконань і патологічного стереотипу реагування;

- метод роз'яснювальної терапії з рідними дівчинки та корекція внутрішньосімейних патернів.

За результатом першої терапевтичної сесії у пацієнтки зменшилася інтенсивність нападів, а також покращився настрій (знизилася тривога і депресія). Після другої сесії набула якісних змін модель відносин «Мати-дочка», що в свою чергу позитивно вплинуло на емоційний зв'язок між донькою і матір'ю, в наслідок чого знизилася загальна фрустрація і покращився настрій. Результатом третьої сесії було виявлення «тригера», який ініціює напад. На підставі даних отриманих в трьох терапевтичних сесіях, вдалося з'ясувати, що:

1) припадки безпосередньо пов'язані з афективним станом;

2) маніфест судомного нападу почався з травмуючих подій, пов'язаних зі смертю рідної людини (дідуся), яка сталася на очах пацієнтки;

3) напади апное вперше почали з'являтися в ранньому дошкільному віці, після того як у віці 1 року був епізод асфіксії (зі слів матері, біологічний батько намагався задушити дочку);

4) всі епізоди нападів, пов'язані з неможливістю впоратися з сильними по інтенсивності емоціями (страх самотності і почуття непотрібності);

5) афективний стан може бути спровоковано не лише без посереднім внутрішньородиним конфліктом, але також спогадами подібної ситуації, що обумовлено, ймовірно, високим ступенем гіпнабельності і сугестивності пацієнтки, а також переважанням першої сигнальної системою над другою сигнальною системою [І.П. Павлов];

6) сприйняття образу, який тягне за собою емоцію страху, супроводжує «судомний» напад і купується, коли виникає суб'єктивне відчуття безпеки. Даний феномен розглядається, як захисний, патологічний механізм адаптації;

7) ефекторно-вольовий і емоційний стани пацієнтки якісно відрізняється перед нападом та при виході з нього. У напередодні нападу спостерігається загальна психомоторна загальмованість, ригідність, гипомімія, а також прояви абулії і апатії. На виході з нападу, навпаки, ейфорійний стан, психомовна й рухова активність.

Таким чином дитині надано додаткові рекомендації:

- формування відкритих (що підтримують) взаємовідносин всередині сім'ї;
- виняток драматичних жанрів у виборі літературних творів і кінопродукції;
- корекційна робота з психологом на розвиток «емоційного інтелекту» і «тілесного пізнання»;
- практика аутогенного тренування.

Висновки. Важливо всебічно обстежити і своєчасно виявити коморбідні стани, проводити комплексне лікування, що в цілому сприятиме поліпшенню прогнозу даної патології.

Література:

1. World Health Organization. Epilepsy. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy.