

# ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА псевдонападів судом та симуляції

Ю. А. Крамар,

ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

**У** практиці лікаря трапляються випадки, коли постає питання про необхідність проведення диференційної діагностики, щоб з'ясувати: чи пацієнт дійсно страждає на певне захворювання, чи симулює симптоми? Крім того, особливої гостроти такій ситуації надає зв'язок із вживанням психоактивних речовин. До вашої уваги представлено клінічний випадок, описаний у статті Н. Моавад «Case Report: Pseudoseizures or Malingering?», розміщеній на інтернет-ресурсі *Neurology Times*, у розділі «Epilepsy and Seizure, Challenging Cases».

## Анамнез

53-річний чоловік звернувся за амбулаторною допомогою з приводу частих нападів судом. До цього часу в нього ніколи не діагностували судом. В анамнезі не було жодних травм голови чи цереброваскулярних захворювань. Із перенесених раніше маніпуляцій пацієнт зазначив дренаж носових пазух, у зв'язку з яким лікарі призначали йому деконгестанти. Також у пацієнта було діагностовано екзему, і він періодично застосовував призначений крем для лікування загорть.

Під час звернення пацієнта за допомогою його супроводжував 19-річний син, який зауважив, що батько став несподіваним у вчинках протягом усього минулого року. Син не проживає з батьком із 10 років, після розлучення батьків, тому він не так багато часу проводить із ним. Попри це, він помітив зміни у поведінці батька та стверджує, що вони були настільки помітними, що їх можна було зафіксувати навіть під час розмови телефоном. За фахом пацієнт — менеджер середньої ланки, працює в невеликій компанії уже впродовж 17 років. Син пацієнта розповів, що протягом останніх двох років батько мешкав із цивільною дружиною, проте нещодавно вона переїхала від нього. Причиною свого переїзду жінка назвала драгівливість пацієнта. Вона навіть порадила його синові та колишній дружині стежити за станом здоров'я свого колишнього цивільного чоловіка та висловлювала стурбованість через ймовірність того, що він вживає наркотичні засоби. Почувши цю історію зі слів свого сина, пацієнт пояснив, що він стає роздратованим лише після нападу, а колишня цивільна дружина сама мала проблеми з уживанням наркотиків. А також додав, що на сьогодні в нього виникли певні труднощі на роботі, зокрема, через старт нового проєкту, який потребує ведення численних переговорів.

## Об'єктивне обстеження

Під час фізикального обстеження з'ясувалося, що пацієнт повноцінно харчується та не виявляє жодних ознак перебування у стресі. Для опису власної історії він здебільшого послуговувався медичною термінологією, проте іноді його висловлювання були неточними, а терміни вживалися у неправильному контексті.

Об'єктивне обстеження не виявило змін у функціонуванні серцево-судинної та дихальної систем і шлунково-кишкового тракту. Хоча періодично під час огляду в пацієнта спостерігалися посмикування обличчя та повік. Жодних інших змін щодо неврологічного статусу, зокрема дослідження іннервації черепних нервів, не встановлено. Пацієнт не мав проблем із ходом, без утруднення міг переступати з п'ятки на носок; результат виконання проби Ромберга — негативний. Зі слів пацієнта, напади судом трапляються у нього майже щодня. Він висловив думку, що призначення діазепаму або препарату медичного канабісу (який нещодавно був затверджений для застосування у країні), допоміг би йому контролювати ці напади.

## Діагностичні обстеження

Пацієнту було зроблено загальноклінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові та дослідження так званої тиреоїдної гормональної панелі. Окрім того, він був скерований на токсикологічний скринінг сечі, проте забір біологічного матеріалу відбувся лише за тиждень після первинного візиту. Зокрема, перед проведенням аналізів крові, пацієнту були надані інструкції щодо забору зразка сечі. Через кілька хвилин після того, як пацієнт зайшов до вбиральні для забору матеріалу, він повернувся й пояснив, що у нього щойно стався напад. У зв'язку з цим пацієнта негайно доправили до відділення невідкладної допомоги, де йому здійснили забір зразків крові. За результатами аналізу крові не встановлено жодних патологічних змін; дані токсикологічного скринінгу сечі також були негативними, тобто не виявлено психоактивних речовин.

## Клінічний перебіг

Стан пацієнта був стабільним, і його виписали з відділення невідкладної допомоги. Через кілька хвилин після виписки пацієнт повернувся до відділення та повідомив, що в нього щойно відбувся напад на автомобільній стоянці. Лікар надав пацієнтові інструкції щодо дій у разі повторення нападу. Протягом наступних кількох тижнів пацієнт тричі на тиждень телефонував лікарів, повідомляючи про наступні напади та описуючи їх. Згодом пацієнта було спрямовано на електроенцефалографічне (ЕЕГ) дослідження. Перед його проведенням пацієнт знову повідомив про напад, який стався на автомобільній стоянці. Біоелектрична активність, відповідно до результатів дослідження, відповідала нормі. Не виявлено жодної патологічної активності, яка б могла свідчити про фокальні та післянападкові зміни. Пізніше пацієнтові провели повторне ЕЕГ-дослідження після депривації сну, проте й цього разу жодних змін не встановлено. Не зафіксовано також нападів при проведенні функціональних проб під час ЕЕГ-дослідження. А за наступного візиту до лікаря чоловік

приніс кілька медичних статей, де йшлося про те, що напади можуть не супроводжуватися відповідними змінами під час проведення ЕЕГ, зокрема й у період після нападу. Пацієнт знову наполягав на тому, щоб лікар призначив йому діазепам чи медичний канабіс. Врешті-решт із діагнозом «псевдо-напад» він був скерований до епілептолога, який призначив 24-годинне ЕЕГ-дослідження з відеозаписом.

Як зазначив пацієнт, у нього знову відбувся напад саме перед проведенням цього дослідження. Під час запису в нього відзначалося неритмічне тремтіння та двобічні поштовхи рук і ніг, супроводжувані переривчастим криком. А після цього він швидко моргав близько 10 хвилин. На запису ЕЕГ-дослідження на той момент не зафіксовано сповільнення активності мозку чи постіктальних змін, тобто жодних свідчень про наявність нападів. Упродовж решти часу цілодобового моніторингу в пацієнта не виявлено жодних патологічних змін на запису. Тоді як повторне токсикологічне скринінгове дослідження сечі виявило сліди опіатів. Хоча пацієнту опіати ніколи не призначали. Пояснюючи такі результати, він припустив, що ця хімічна речовина може бути побічним наслідком його нападів.

### Діагноз

На підставі даних анамнезу, клінічного перебігу та результатів обстеження пацієнтові було встановлено діагноз: симуляція. Чоловікові не призначено атиконвульсивну терапію, натомість епілептолог рекомендував йому звернутися до фахівця з надання наркологічної допомоги і наполягав на консультації зі співробітником соціальної служби.

Псевдонапади є неепілептичними судомами, які пацієнт та його оточення описують як судоми. Частіше вони трапляються у дітей з установленим діагнозом епілепсії або в тих, у кого хоча б раз виникав справжній епілептичний напад. Спочатку пацієнтові було встановлено діагноз «псевдонапади», але згодом лікарі змінили його на інший – «симуляція». Попри те, що у двох згаданих діагнозів є деякі загальні риси, вони суттєво різняться між собою.

### Обговорення

Зазвичай псевдонапади характеризуються деякими мимовільними компонентами й часто трапляються в осіб, які страждають на судомні приступи. Їх можуть викликати стрес чи психологічні проблеми. Попри те, що наявність таких нападів може мати вторинну вигоду, задовольняючи в такий спосіб потребу в увазі, здебільшого пацієнти не в змозі їх контролювати або пригнічувати. Втім, після детальної діагностики та виявлення складних психологічних проблем стан таких осіб може суттєво поліпшитися завдяки когнітивно-поведінковій психотерапії (Cope et al., 2017).

Як відомо, у пацієнта не виявлено багатьох типових ознак псевдонападів. Натомість очевидним є те, що його висловлювання були свідомими і він мав цілеспрямовану установку на отримання препаратів із психоактивною дією. За таких випадків навіть може спостерігатися брак відповіді на лікування (Martin, 2017). Слід також додати, що чоловік мав залежність від психоактивних речовин. До того ж вживання вказаних засобів або їх різка відміна теж могли б спровокувати напади, проте відсутність змін при ЕЕГ-дослідженні не підтверджує цю гіпотезу.

### Висновки

Стикаючись із подібними випадками, слід пам'ятати:

- Псевдонапади та симуляція – це дві окремі діагностичні нозології; симуляція є повністю добровільною та усвідомленою, натомість псевдонапади мають мимовільний характер.
- Токсикологічний скринінг сечі необхідно проводити одразу після звернення, адже відстрочення в часі дає змогу пацієнтові припинити вживання психоактивних речовин, якщо йому заздалегідь відомо про призначене обстеження.
- Пацієнти, які просять призначити їм препарат, вказуючи на його конкретну назву, не зосереджуються власне на симптомах, а частіше мають корисливі цілі, ніж дійсно певне захворювання.

**ULAE-CEA**    **EPILEPSY CENTRE**    **RIMON**  
**Educational course**  
**EEG & MRI**    **in Epilepsy**  
 by Sándor Beniczky, Denmark  
 Jorg Wellmer, Germany  
**13-14**  
**MARCH**  
**2020**  
**KYIV**  
**UKRAINE**  
**MORE INFO**  
[ulae.org.ua](http://ulae.org.ua)  
[rimon.in.ua](http://rimon.in.ua)  
**CME Accreditation\***  
 \*Educational course EEG & Epilepsy, 2019  
 was accredited with **12 CME credits**