

SCI-CONF.COM.UA

FUTURE OF SCIENCE: INNOVATIONS AND PERSPECTIVES



**PROCEEDINGS OF IV INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
FEBRUARY 23-25, 2025**

**STOCKHOLM
2025**

FUTURE OF SCIENCE: INNOVATIONS AND PERSPECTIVES

Proceedings of IV International Scientific and Practical Conference

Stockholm, Sweden

23-25 February 2025

Stockholm, Sweden

2025

UDC 001.1

The 4th International scientific and practical conference “Future of science: innovations and perspectives” (February 23-25, 2025) SSPG Publish, Stockholm, Sweden. 2025. 399 p.

ISBN 978-91-87224-03-4

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Future of science: innovations and perspectives. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. SSPG Publish. Stockholm, Sweden. 2025. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-future-of-science-innovations-and-perspectives-23-25-02-2025-stokholm-shvetsiya-arhiv/>.

Editor

Komarytskyy M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: sweden@sci-conf.com.ua

homepage: <https://sci-conf.com.ua>

©2025 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2025 SSPG Publish ®

©2025 Authors of the articles

ДІАГНОСТИКА ПСИХОГЕННИХ НЕЕПІЛЕПТИЧНИХ СУДОМ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Крилова Вікторія Юріївна,

Кмн, доцент

Свистільник Вікторія Олександрівна,

Кмн, доцент

Національний медичний університет

ім. О. О. Богомольця, Київ, Україна

Бондаренко Нікіта Олександрович,

Лікар-невролог

Лобанов Олег Вікторович,

Лікар-невролог

КНП «Київська міська клінічна лікарня № 3»

Вступ. Психогенні неепілептичні судоми (ПНЕС) відносяться до поширених, але недостатньо вивчених нападів, що часто помилково діагностуються як епілепсія. У 30% пацієнтів спостерігається поєднання ПНЕС з епілептичними припадками, що ще більш ускладнює діагностику. Несвоєчасна діагностика ПНЕС призводить до тривалого необґрунтованого прийому протисудомних препаратів та відсутності адекватної терапії.

ПНЕС мають зовнішню схожість з епілептичними нападами, але не обумовлені аномальним гіперсинхронним розрядом кіркових нейронів. Основна причина ПНЕС довгий час вважалася лише психологічною, проте зараз пропонуються все більш інтегровані теорії причинно-наслідкового зв'язку, які посиляються на генетику, фактори середовища, темперамент та досвід раннього дитинства. Сучасні дані функціональних і структурних нейровізуалізаційних досліджень виявили у хворих з ПНЕС аномалії в лімбічній системі, включаючи префронтальну, поясну та острівкову кору, гіпокампульні та парагіпокампульні звивини та мигдалину. Нейрофізіологічні дослідження, кількісний аналіз ЕЕГ демонструють збільшення частки β -активності, що вказує на підвищену емоційну збудливість, яку важко контролювати.

В більшості випадків ПНЕС не є маніпуляцією, як вважали раніше, це окремий психіатричний стан, мимовільна поведінкова реакція на основні психологічні тригери або стреси, до яких належить сексуальне або фізичне насильство, втрата близької людини, безробіття, розлучення, конфлікти, низька якість життя, інвалідність. Серед факторів ризику розвитку ПНЕС - жіноча стать, психіатричні супутні захворювання (депресія, тривога, посттравматичний стресовий розлад), черепно-мозкові травми, хірургічні втручання.

Для диференційної діагностики ПНЕС та епілептичного нападу надзвичайно важливим є анамнез, зібраний сім'єю спостерігачів та самого хворого, але емоційні реакції некваліфікованих свідків (родичів) під час нападу часто не дозволяють їм звернути увагу на деталі.

Відеоелектроенцефалографічне спостереження події (відео-ЕЕГ), що демонструє відсутність епілептиформної активності, є золотим стандартом діагностики ПНЕС, але використання методу саме під час нападу не завжди доступно.

Серед лабораторних методів тестування обмежено корисним може бути дослідження рівня пролактину, який в сироватці крові підвищується відразу після генералізованого судомного нападу, але не після ПНЕС. Рівень пролактину досягає піку через 10–20 хвилин після події та повертається до норми протягом години, і хоча він широко обговорюється в літературі, він має обмежену прагматичну цінність. Епізоди судомного синкопального нападу також можуть підвищувати пролактин. Рівень пролактину не допомагає відрізнити ПНЕС від фокальних нападів з порушенням або зі збереженням усвідомлення, в цьому випадку він може не підвищуватися взагалі. Нормальний рівень пролактину не підтверджує ПНЕС.

Таким чином, власне спостереження лікаря під час нападу має безцінне значення в диференціальній діагностиці.

Мета роботи. Звернути увагу клініцистів на диференціально-діагностичні критерії, що дозволяють виявити ознаки ПНЕС під час власного спостереження за приступом.

Матеріали та методи. Власне спостереження за нападами у пацієнта, аналіз проведеного під час нападу відеозапису з фіксацією уваги на деталях, які допомагають відрізнити ПНЕС від генералізованого судомного нападу.

Результати та обговорення. Сергій, 49 років. Направлений в неврологічне відділення лікарні сімейним лікарем у зв'язку зі скаргами на судомні напади з порушенням усвідомлення, які декілька разів повторювалися протягом останніх місяців, тривали біля півгодини, супроводжувалися «судомами в усьому тілі та кінцівках» (зі слів), провокувалися стресом. Амнезія нападів була відсутня. Звернення з приводу нападів до медичних установ не зареєстровані. Пацієнт оглянутий неврологом в приймальному відділенні. Вогнищевої патології в неврологічному статусі та соматичної патології не було знайдено. Запропоновано обстеження в амбулаторних умовах, наданий план обстеження, але Сергій категорично наполягав на госпіталізації. Під час бесіди з лікарем у нього виник напад. Був госпіталізований в неврологічне відділення. Наступного дня в денний час в ліжку напад повторився. Із-за технічних причин ЕЕГ-обстеження під час нападу не проведено. Наша присутність під час нападу та аналіз проведеного відеоспостереження дозволило звернути увагу на наступні особливості.

- Присутність провокуючого фактору: стрес (для епілептичних нападів характерна спонтанність)
- Поступовий початок нападу та тривалість його біля 20 хвилин (епілептичні напади короткочасні),
- Схема нападу не відповідала типовим проявам епілептичного: відсутність чередування тонічної та клонічної фази, різноманітні, хаотичні, асинхронні рухи верхніх та нижніх кінцівок (при епілептичних судомах тоніко-клонічні рухи зазвичай симетричні), виштовхування тазу, рухи головою з боку в бік
- Очі під час нападу були так щільно заплющені, що лікарю ніяк не вдавалося їх відкрити (для епілептичного нападу характерні відкриті очі)
- Звертала на себе увагу обережна поведінка хворого: під час нападу

хворий нібито намагався впасти з ліжка, але не падав

- Хворий міг слідувати простим інструкціям лікаря, незважаючи на двобічну участь кінцівок під час нападу, чого не можуть зробити хворі на епілепсію з генералізованим судомним нападом

- Мав місце виражений емоційний компонент з вокалізацією (постійний стогін). При епілептичному нападі вокалізація відсутня, або може відбуватися тільки на початку нападу

- Контроль над функцією сечового міхура був збережений, прикусу язика не було, реакція на біль збережена.

- Відсутня амнезія нападу, відсутня характерна для епілепсії післянападова сплутаність та розгубленість. Хворий після нападу скаржиться на занеміння в кінцівках, продовжує стогнати.

Клінічний та біохімічний аналіз крові, в тому числі на електроліти, глюкозу в межах норми.

ЕЕГ дослідження було проведено через добу після нападу, пароксизмальної активності не виявлено.

Емоційно лабільний, тривожний. Оцінка за шкалою Тривоги Бека -20 балів (норма 0-9 балів).

Висновки. Незважаючи на наявність характерних ознак, психогенні неепілептичні судоми не завжди легко відрізнити від епілептичних нападів. Допомогти можуть ретельно зібраний анамнез, домашній відеозапис нападу, соматичне та неврологічне обстеження, динамічне спостереження за пацієнтом, параклінічні методи дослідження.

Присутність лікаря під час нападу значно полегшує задачу, однак золотим стандартом диференційної діагностики ПНЕС та епілептичних нападів є відео-ЕЕГ-моніторинг. Методи першої лінії лікування ПНЕС – психоосвіта та когнітивно-поведінкова терапія. Для збільшення прихильності до терапії проводяться мотиваційні інтерв'ю. У випадку тривожних та тривожно-депресивних розладів рекомендовано призначення антидепресантів.