

## **Bibliografie**

1. Armato M., Portaccio P. "Clinical outcomes measures in multiple sclerosis ".Journal of Neurological Sciences, 2007:259: 118-22.
2. Griffin D.T.C.M Parker ,G,J ., Kapoor ,R., Tompson ,A.J ., Miller , D.H .,200 Brain Atrophy in clinically early relapsing-remitting multiple sclerosis Brain 125 ,327-37.
3. Gerard G., Weisberg L.A., periventricular lesion in adults Neurology ,1986 5:998-1001.
4. Gomez -Garcia A.O. Fernandez-Conception O., Milian –Ginjauma E Clinical epidemiological characteristics of late onset multiple sclerosis .Rev Neurol,1997:25 (148):186.
5. Kurtze ,J.F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis :an Expanded Disability Status Scale (EDSS) Neurology ,1983:33:1444-52.
6. Multiple sclerosis :Hope through research .National Institute of Neurological Disorders and Stroke .[http// www.ninds.gov /disorders /multiple \\_sclerosis/detail multiple sclerosis.htm](http://www.ninds.gov/disorders/multiple_sclerosis/detail_multiple_sclerosis.htm).

## **ИСТЕРИЧЕСКИЕ КОНВЕРСИОННЫЕ СИНДРОМЫ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

**Галина Горбатова**

(Научный руководитель – Молдовану И.В., проф.)  
Кафедра неврологии ГУМФ «Николае Тестемицану»

### **Summary**

#### ***Hysterical conversion syndromes in the neurological aspect***

The number of patients with different hysterical neurological disturbances is about 9%. The prevalence in population is 0,1-0,7%. The sex ratio between women and men is about 10:1; 1-2% of the women suffer from hysterical neurological disturbances.

Deficiency in diagnostical criteria between somatic and functional disturbances leads to incorrect diagnosis and as a consequence to the noneffective treatment. Many physicians can't diagnose the conversion syndrome correctly because of lack of information. That is why it is necessary to find new diagnostical criteria which should be introduced in practice of neurologists and other specialists in medicine.

### **Резюме**

Согласно некоторым статистическим данным, в неврологических стационарах количество больных с истерическими неврологическими расстройствами достигает 9%. А распространённость среди населения составляет 0,1-0,7%, причём женщины страдают в 10 раз чаще, в связи с чем частота среди лиц женского пола достигает 1-2 %. Предполагается, что люди с высшим образованием не подвержены риску возникновения конверсионных синдромов.

Важность данной проблемы подтверждается тем, что диагностические критерии для дифференциации органического и функционального расстройств достаточно скудны и неоднозначны, как следствие, возникают трудности с правильной постановкой диагноза, а следовательно и лечения данных больных. Традиционный алгоритм работы врачей заключается в негативной диагностике клиническими и параклиническими методами исследования, но они оказываются неэффективными в данном случае и наряду с неосведомлённостью врачей в вопросах конверсионного синдрома, позитивная диагностика проводится на низком уровне. Необходимость внедрения некоторых диагностических критериев в медицинскую практику невропатологов и врачей других специальностей не оставляет сомнений.

## **Введение**

### **1. Из истории**

Термин «истерия» впервые встречается в древнеегипетском папирусе, где характерные симптомы у женщин связывали с «положением матки, смещённой кверху из таза и давящей на диафрагму и провоцирующей причудливые психические расстройства» (Египет, 1990 до нашей эры). Большую лепту в изучении истерии внёс французский врач-психиатр, основатель новой психогенной теории истерии, Жан-Мартен Шарко, последователем которого стал З.Фрейд, подразумевавший, что при истерии внутренний конфликт становится незаметным, но выражается в соматической симптоматике (Freud.S 1953). Термин *«истерическая конверсия»* был введен Джоном Феррейром: «При истерической конверсии тело одержимо выражением наиболее опасных нарушений... подделывает серьезные расстройства и реализует невозможные симптомы с мистическим разнообразием...» [3].

### **2. Конверсионный синдром**

Синонимы – псевдоневрологическое расстройство, истерический невроз. Это термины, обозначающие трансформацию эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты, превращение неприемлемых мыслей, тревоги в соматический симптом. Другие определения – появившиеся неврологические симптомы в отсутствии болезни; трансформация тягостного настроения в патологический синдром; «межличностные неврозы на почве двойственности любовь—вражда» [14, стр. 199, Zaborowski, 1976b].

Проявляется конверсионный синдром в большинстве случаев полисимптомно, таким образом, сочетание 2-3 симптомов наблюдается в 95% случаев [14, стр. 190, Perley, Guze (1962)]. Если же проявления моносимптомны, то постановка диагноза в данном случае должна проводиться с большой осторожностью.

**Цель** данной статьи обозначить наиболее важные диагностические критерии для дифференциальной диагностики органического и функционального расстройств.

#### **Задачи работы:**

- Выделить основные симптомы при конверсионном синдроме и дать им краткую характеристику;
- Провести параллель между органическими и функциональными нарушениями;
- Описание методов для дифференциации конверсионных расстройств от органических;
- Интерпретировать полученные с помощью специальных тестов результаты.

#### **Методология**

Был проведён анализ литературы зарубежных авторов, поиск которой осуществлялся при помощи программы “HINARI”, Google и другая медицинская литература. Для поиска были использованы следующие термины: *истерия, З.Фрейд, конверсионный синдром, органические расстройства, органические гемиплегии, обследование неврологических больных, симптом Гювера, нарушение походки при истерии, расстройства чувствительности, истерическая анорексия.*

#### **Результаты**

С помощью анализа используемой литературы в клинической картине конверсионного синдрома было выявлено множество симптомов. Целесообразно разделить их на следующие группы:

**1. Расстройства чувствительности** (кожные анестезии, парестезии, гипестезии, полиестезии, гиперестезии)

Эти симптомы нередко выявляются при осмотре. Распространение парестезий в виде «перчаток» и «чулок» характерно для конверсионного синдрома, так как не объясняется с

помощью знаний о соответствующих зонах иннервации, а так же если им сопутствуют двигательные расстройства с несомненно истерическим дефектом. Один из признаков конверсионного синдрома является строгое разделение чувствительности на правую и левую половину (в норме, существует некоторое наложение одной стороны на другую). Для того чтобы убедиться в этом предлагается провести следующие тесты [7]:

**А) Разделение чувствительности на правую и левую половины точно по средней линии**

Потеря чувствительности строго посередине тела не может появиться при органическом нарушении. Это объясняется тем, что кожные ветви межреберных нервов обычно заходят на 1-2см на противоположную сторону. Хотя строгое разделение и может возникнуть при таламическом поражении [10].

**Б) Разделение вибрационной чувствительности точно по средней линии**

При постукивании по грудиной вибрация по идее должна распространяться по всей кости, так как грудина представлена единым образованием, которое распространяется на правую и левую половины туловища. Таким образом, если пациент не чувствует вибрацию только с одной стороны грудины – можно говорить о функциональном расстройстве чувствительности. То же самое можно проверить и на лобной кости. Ролак обнаружил, что у 69 из 80 пациентов с органическими нарушениями присутствовал этот симптом, в то время как у 19 из 20 пациентов с функциональными расстройствами он не обнаруживается[6].

Для того, чтобы убедиться в отсутствии симуляции предлагают провести следующий тест [9]:

Данный тест включает обман врача. Просят говорить «Да» когда чувствуют прикосновение и «Нет» когда не чувствуют. При этом руки пациента скрещены за спиной или ротированы кпереди.

**2. Расстройства двигательной сферы и координации** (тики, дрожь, парезы, параличи, шаткость походки, судороги, оцепенение, камптопия – сгибание тела под углом 90°)

- *Пароксизмальные состояния* истерического генеза многим отличаются от классических случаев: в конечностях могут формироваться тонические спазмы, вследствие чего появляются патологические позы в кистях и стопах, сгибательные и разгибательные движения, хаотические движения с разбрасыванием рук и ног. Наблюдаются разнообразные движения всего тела, его полуповорот вправо или влево, выгибание, толчкообразные движения тазом. Нередко наблюдается запрокидывание головы, закатывание глаз вверх со «спазмом конвергенции» и спазм других мышц лица. Характерно появление таких звуков как мычание, стоны, плач или смех (реже), «мутизм», «заикание» и др. Длительность припадка может составлять 1-2 минуты до нескольких часов.

Пароксизмальные состояния дифференцируют с эпилептическими припадками. В данном случае просматриваются выше описанные причудливые движения без четкой представленности и последовательности тонических и клонических фаз. Как правило, при истерических припадках больные не травмируются, хотя это не исключается полностью. Достоверными критериями в пользу истерической природы припадка говорят: а) отклонение в рисунке психогенного припадка от стандартных моделей эпилептических припадков; б) отсутствие эпилептической активности на ЭЭГ в момент приступов; в) отсутствие замедления ритмов на постприступной ЭЭГ; г) отсутствие зависимости между частотой припадков и концентрацией антиконвульсантов в плазме крови.[12, стр 439].

- *Псевдопарезы* при конверсионном синдроме характеризуются сохранением автоматических функций (паретическая конечность участвует в оборонительных, опорных, экспрессивных двигательных актах) наряду с потерей движений. Это сопровождается мышечной гипотонией и симметричной гиперрефлексией.

Анизорефлексия может быть обусловлена произвольным торможением или усилением рефлекса, либо остаточными явлениями перенесенных соматических или

неврологических заболеваний (болезни суставов, корешковый синдром, невропатии, травмы и др.) Практически никогда не наблюдается локальные мышечные атрофии, хотя руководствоваться этим симптомом у больных с анорексией и выраженным снижением массы тела не рекомендуется.

(Таб.1. Критерии дифференциации органических и функциональных гемиплегий [7]).

<b>Органическая гемиплегия</b>	<b>Истерическая гемиплегия</b>
Односторонний паралич	Паралич не всегда односторонний или ограниченный, может быть двусторонним на лице
Не носит системный характер; двусторонние движения не влияют на лицевую слабость. Нарушены произвольные движения, если односторонние.  Наличие симптома платизмы (когда открывается рот или склоняется голова), сочетанная флексия бедра и туловища, отсутствие покачивания руки при ходьбе.	Иногда системный, лицо нормально при двустороннем движении. Бессознательные или подсознательные произвольные движения не затронуты
Язык слегка отклонен в сторону паралича	Язык только иногда отклонен в сторону паралича, отклонение может быть выраженным или в противоположную сторону
Мышечная гипотония: отсутствие назолабиальной складки, опускание брови, пронация руки	Отсутствие гипотонии, лицевой спазм, нет пронации
В приступе, глубокие сухожильные рефлексy ослаблены, позднее усилены, возможно наличие клонуса.	Нет изменений рефлексy
Затрагивание кожных рефлексy  Утрата абдоминально-креmasterного рефлексy, патологический рефлекс Бабинского.	Все кожные рефлексy интактны

Одним из самых важных симптомов в дифференциации органического поражения и конверсионного синдрома является:

**А) симптом Гувера.** Этот симптом основан на наличии рефлекса разгибания одного бедра при сгибании другого. Этот рефлекс присутствует как у здоровых, так и больных. Недостаток симптома Гувера состоит в том, что он не учитывает ситуации, когда у данного пациента функциональное и органическое расстройство сочетаются [2]

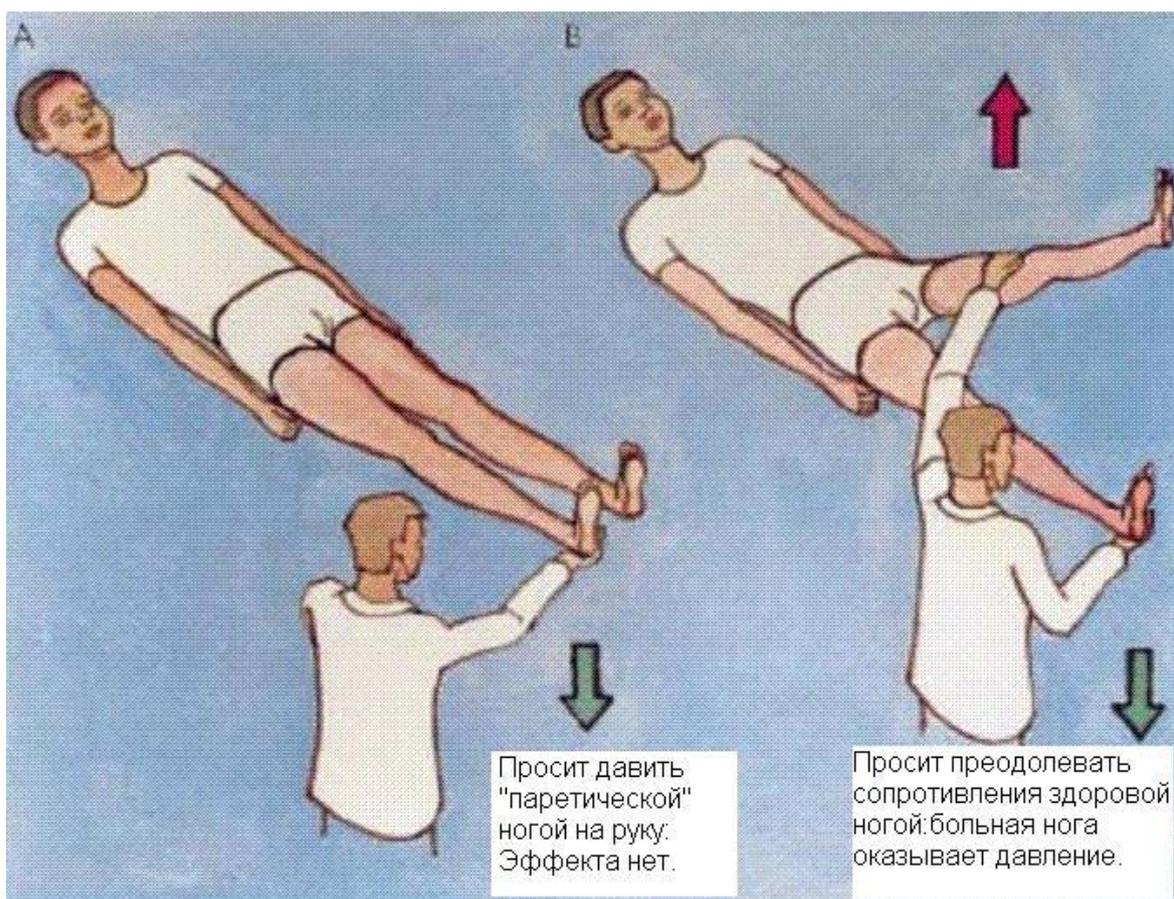
Существует два варианта данного симптома:

*а) Разгибательный*

У пациента с функциональной слабостью наблюдается несоответствие между силой произвольного разгибания (которое часто слабое) и непроизвольного, когда противоположное бедро сгибается, преодолевая препятствие. Важно, чтобы во время непроизвольного разгибания пациент сконцентрировал свое внимание на здоровой ноге.

*б) Сгибательный*

Сгибание бедра в слабой ноге тестируется, когда рука исследователя располагается под пяткой здоровой ноги. Отсутствие давления со стороны здоровой ноги указывает на слабость усилия, переданного больной ноге.



(Рис.1. Техника определения симптома Гувера[7])

Так же проводят некоторые другие тесты, для того, чтобы убедиться в истерической этиологии псевдопареза:

**Б) Падающая от легкого прикосновения (в вытянутом положении) конечность.**

Исследуемая конечность в вытянутом положении падает от легкого прикосновения или даже до того как к ней прикоснется исследующий.

Присутствие этого симптома может говорить о том, что пациент не старается, не желает с вами работать или имеют органическое поражения, например, боль в конечности.[7]

**В) Одновременное сокращение мышц агонистов антагонистов**

Можно почувствовать сокращение мышцы-антагониста, например трицепса при тестировании мышцы-агониста, например, бицепса. [4].

### Г) Грудинно-ключично-сосцевинный тест

У 80% пациентов с функциональным гемипарезом имеется обычно односторонняя слабость *m. Sternocleidomastoideus*, в то время как у пациентов с васкулярным гемипарезом слабость этой мышцы наблюдается в 11% случаев. [1]

### Д) «Осторожно падающая рука»

В этом тесте предположительно парализованная рука «роняется» на лицо пациента и наблюдается за реакцией по самозащите. Тест может использоваться и в бессознательном состоянии пациента. Менее агрессивным вариантом теста является наблюдение за скоростью и мягкостью падения руки пациента на колено. При функциональной слабости падение будет более медленным и судорожным. [7]

- Часто **нарушения походки** при конверсионном синдроме сводят лишь к астазии-абазии, но в действительности эти проявления достаточно редко встречаются. Эти нарушения могут приниматься следующий характер: атактический походка с перекрестом ног и внезапными шагами в сторону, походка с волочением ноги (при этом происходит сгибание стопы как это показано на рисунке ниже) походка с постоянным или периодическим подгибанием коленей [14, Moody, Blyth, 1956; Woolsey, 1976]. Немаловажно значение движений, имитирующие неврологические расстройства (миопатическая, гемиплегическая, спастико-атактический походки) или ходьбу по льду (осторожно, маленькими шажками, без отрыва стопы от пол) и такие яркие варианты походки как ходьба на четвереньках, ходьба с упором руками в стенку, чередование перебежек с нормальной ходьбой. Подтверждение истерического генеза требует моделирования нестандартных ситуаций: ходьба с закрытыми глазами, на пятках и носках, боком, назад, бегом. Эти ситуации приведут к тому, что нарушения станут более выраженными и вычурными. [12, стр. 440]



(Рис.2 Функциональное расстройство походки. Поражённая конечность ротирована наружу или внутрь [7])

**3. Расстройства вегетативных функций** (менструальные расстройства – боли, нерегулярность цикла, избыточные кровотечения; гастроинтестинальные симптомы – тошнота, рвота, боли в животе, диарея, вздутие живота, непереносимость некоторых видов пищи; кардио-пульмонарные - одышка, сердцебиение, боли в груди, головокружение; икота, кашель, истерическая аэрофагия, лихорадка, полиурия или задержка мочи, рвота или анорексия, прожорливость).

- **Рвота** при конверсионном синдроме характеризуется отсутствием первоначальной тошноты, отрыгиванием пищи без напряжения тотчас после приёма. Appetit при этом не нарушается, а так же нет изменений в питании, хотя

длительность рвоты может быть продолжительной. Очень редко возникает обезвоживание, гипокалиемия и общее истощение организма. [5]

- **Истерическая анорексия**, как и все истерические симптомы, носит инструментальный характер, то есть служит средством манипулирования окружающими, и приводит к вторичному общему истощению и расстройствам гормональной системы. В связи с этим некоторые французские психиатры выделяют эти симптомы «Три А»: анорексия, аменорея, ахилия.[5,8]

#### **4. Другие нарушения**

**Нарушение зрения.** Больные часто предъявляют жалобы на «потерю зрения», но при объективном обследовании обнаруживается концентрическое сужение полей зрения. Особенность этого симптома состоит в том, что при удалении от экрана его границы остаются неизменными, а при исследовании полей зрения на цвета границы сохраняются нормальными.

**Нарушение слуха.** Нередко пациенты жалуются на потерю слуха, но было замечено, что больные просыпаются ночью при малейшем шуме. [12, стр. 440-441]

**Птоз.** Отличительная черта истерического птоза от органического состоит в том, что отсутствует компенсаторное напряжение *m. frontalis* при напряжении нижней порции *m. orbicularis*. Кроме того, при попытке поднять «опущенное веко» ощущается напряжение и сопротивление и даже запрокидывание головы не вызывает его поднятия. [14 – стр. 195 Odegard, 1961; Reckless, 1972].

**Нистагм.** Критериями дифференциальная диагностика между органическим и истерическим нистагмом являются одновременно возникающее дрожание преорбитальных мышц и мышц скальпа, что легко ощущается при положении руки исследующего на голове пациента, и отсутствие фазического и тонического компонентов нистагма.[12]

**Диплопии.** Характерной чертой истерической диплопии состоит в том, что она остаётся при монокулярном зрении (в норме, исчезает).

**Тризм, глоссо-лабиальный спазм, нарушения фонация, речи, глотания** - тоже могут оказаться истерическими симптомами. Такой симптом как преходящая дисфония и «ком в горле» появляются задолго до проявления других сопутствующих симптомов и считаются классически истерическими. Дифференциальная диагностика проводится с мышечной патологией бульбарному и псевдобульбарному парезу, дистоническому спазму. Для уточнения диагноза рекомендуется проводить рентгеноскопию с барием акта глотания и подвижности диафрагмы [12]

#### **Заключение**

- Конверсионное расстройство – это трансформация внутреннего конфликта в соматическую симптоматику;
- Клиническое проявления обычно острое, что заставляет заподозрить у больных органическое заболевание;
- Психогенные причины доказываются предшествующим стрессам, резким переменам в жизни пациентов;
- Наряду с конверсионным синдромом могут быть и другие органические симптомы;
- Конверсионные симптомы, как правило, касаются регулируемых функций, причём эти симптомы могут повторяться в той же интерпретации, либо затрагивать совершенно другой вид расстройств;
- Конверсионный синдром может носить характер расстройств чувствительности, нарушений двигательной сферы, вегетативных нарушений, но симптомы этих расстройств отличаются при соматических заболеваниях;
- Дифференцировать органические расстройства от функциональных можно при помощи специальных тестов;

- Незнание отличий этих расстройств приводит к диагностическим ошибкам, что в значительной мере ухудшает эффективность от лечения.

### Литература

1. Diukova G.M, Stolajrova A.V, Vein A.M. Sternocleidomastoid (SCM) muscle test in patients with hysterical and organic paresis. J Neurol Sci 2001;187(suppl 1):S108
2. Hoover C.F. A new sign for the detection of malingering and functional paresis of the lower extremities. JAMA 1908;51:746–7
3. Hysteria Spinal Cord (2002) 40, 311-312
4. Knutsson E, Martensson A. Isokinetic measurements of muscle strength in hysterical paresis. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 1985;61:370–4
5. Okun Michael S., Koechler Peter J. Babinski's Clinical Differentiation Of Organic Paralysis From Hysterical Paralysis. History of neurology
6. Rolak LA. Psychogenic sensory loss. J Nerv Ment Dis 1988;176:686–7
7. Stone J , Zemon A, Sharpe M. Functional weakness and sensory disturbance. Neural Neurosurg Psychiatry 2002, 73; 241-245
8. Teasell Robert W.; Shapiro Allan P. Misdiagnosis Of Conversion Disorders. American Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation, 2002. Vol. 81 №3
9. Tegner R. A technique to detect psychogenic sensory loss. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1988;51:1455–6
10. Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F, et al. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. Brain 2001;124:1077–90
11. Расстройства диссоциации (конверсионные) 10.19.2007  
[www.mma.ru/article/id36160/from1](http://www.mma.ru/article/id36160/from1).
12. Болезни нервной системы под ред. Яхно Н.Н, Штульман Д.Р., том II, Медицина, 2005 (стр. 438-442)
13. Манойлов А.Е., Соматоформные расстройства и основы психосоматики, Челябинск, 2004
14. Якубик А. «Истерия», Медицина, 1982 г.