

ДИАГНОСТИКА ПСИХОГЕННЫХ (ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ) РАССТРОЙСТВ ПОХОДКИ

Савков В.С.

Иркутская государственная
медицинская академия
последипломного образования –
филиал ФГБОУ ДПО «Российская
медицинская академия непрерывного
профессионального образования»
Минздрава России (664049, г. Иркутск,
Юбилейный, 100, Россия)

Автор, ответственный за переписку:
Савков Владимир Станиславович,
e-mail: mr.savkov1955@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Психогенные нарушения походки нередко встречаются у пациентов с неврологическими симптомами, которые необъяснимы с медицинской точки зрения. Психогенные расстройства позы и походки являются основным проявлением у 8–10 % пациентов с нарушениями психогенного движения. Они создают серьёзные диагностические проблемы для медицинских работников. Однако клиницисты могут прийти к правильному диагнозу уже при первичном осмотре, если они знают и умеют выявлять «позитивные» клинические признаки, направленные одновременно на исключение органической патологии и подтверждение психогенного (функционального) характера неврологических расстройств. При функциональных нарушениях походки ходьба часто бывает странной и не соответствует ни одному из обычных образцов, наблюдаемых при нарушениях неврологической походки. Они могут включать: астазию-абазию (неспособность стоять или ходить) при отсутствии неврологической патологии; нерентабельную походку на полусогнутых ногах; моноплегическую походку с подтаскиванием ноги, нередко с эквиноварусной установкой стопы; или напоминать «прогулку по льду», с небольшими осторожными шагами и фиксированной в голеностопном суставе лодыжкой. Вспомогательные обследования, такие как нейровизуализация и нейрофизиологические исследования, могут предоставлять дополнительную информацию, но не являются необходимыми для диагностики.

Ключевые слова: психогенная походка, анализ походки, неврологический экзамен, позитивные признаки

Статья получена: 14.12.2021
Статья принята: 20.01.2023
Статья опубликована: 02.03.2023

Для цитирования: Савков В.С. Диагностика психогенных (функциональных) расстройств походки. *Acta biomedica scientifica*. 2023; 8(1): 148-157. doi: 10.29413/ABS.2023-8.1.17

DIAGNOSIS OF PSYCHOGENIC (FUNCTIONAL) GAIT DISORDERS

Savkov V.S.

Irkutsk State Medical Academy
of Postgraduate Education – Branch
Campus of the Russian Medical Academy
of Continuing Professional Education
(Yubileyniy 100, Irkutsk 664049,
Russian Federation)

Corresponding author:
Vladimir S. Savkov,
e-mail: mr.savkov1955@mail.ru

ABSTRACT

Psychogenic gait is common in patients with medically unexplained neurological symptoms and provides significant challenges to healthcare providers. Clinicians may arrive at a correct diagnosis earlier if distinctive positive signs are identified and acknowledged. Psychogenic disorders of posture and gait are common and are the major manifestation in 8–10 % of patients with psychogenic movement disorders. Psychogenic movement disorders can present with varied phenomenology that may resemble organic movement disorders. The diagnosis is based on clinical evaluation with a supporting history and classic features on neurologic examination. In functional gait disorders, walking is often bizarre and does not conform to any of the usual patterns observed with neurologic gait disorders. Astasia-abasia, an inability to stand (astasia) or walk (abasia) in the absence of other neurologic abnormalities, was the term applied by investigators in the mid to late 19th century to describe certain patients with a frankly functional gait. Other descriptive terms include gaits that resemble walking on ice, walking a sticky surface, walking through water (bringing to mind excessive slowness), tightrope walking, habitual limping, and bizarre, robotic, knock-kneed, trepidant, anxious, and cautious gaits. Ancillary testing, such as imaging and neurophysiologic studies, can provide supplementary information but is not necessary for diagnosis.

Key words: *psychogenic gait, neurological examination, gait analysis, positive signs*

Received: 14.12.2021
Accepted: 20.01.2023
Published: 02.03.2023

For citation: Savkov V.S. Diagnosis of psychogenic (functional) gait disorders. *Acta bio-medica scientifica*. 2023; 8(1): 148-157. doi: 10.29413/ABS.2023-8.1.17

Психогенные (функциональные) двигательные расстройства являются достаточно распространёнными явлениями в клинической практике. Так, у 2–20 % пациентов, направленных в специализированные клиники двигательных расстройств, диагностируют функциональные двигательные расстройства [1, 2]; а 40 % этих пациентов имеют нарушения походки без структурных органических повреждений [3, 4]. Помимо того, у 30–60 % пациентов, обращающихся к неврологу в поликлинику с нарушениями функции ходьбы, не удаётся обнаружить какой-либо органической патологии [5–8]. Психогенные (функциональные) нарушения походки (также называемые конверсионными расстройствами) – это потеря способности ходить при отсутствии неврологической патологии. Они входят в широкий спектр функциональных неврологических расстройств (ФНР) и, в частности, в категорию двигательных расстройств. В зарубежной медицинской литературе при описании функциональных нарушений походки в равной мере используются такие термины, как «психогенные расстройства походки» и «функциональные нарушения походки» [9, 10, 11]; хотя в последние годы акцент делается на термин «функциональный» – как менее стигматизирующий и оскорбительный [12]. В данной статье мы будем использовать термин «психогенные расстройства походки» (ПРП).

ПРП могут носить изолированный характер (например, по типу астазии-абазии) или быть частью смешанных функциональных двигательных расстройств: так, у 6–8,5 % пациентов функциональные расстройства позы и походки являются основным проявлением, а у 40 % – в сочетании с другими функциональными двигательными нарушениями [3, 13–16]. Психогенная астазия-абазия (или психогенная дисбазия) проявляется расстройством двигательной координации, которая характеризуется неспособностью стояния или ходьбы, несмотря на нормальную способность двигать ногами в положении сидя или лёжа. Внешне передвижение таких пациентов, особенно в кабинете врача, имеют элементы драматизма и акробатики (акробатическая походка). При ходьбе они покачиваются в различные стороны, делают резкие зигзагообразные шаги, наклоняют туловище вперёд (камптокормия) или откидываются назад, перекрещивают ноги по типу «плетение косы», некоторые передвигаются на выпрямленных и слегка разведённых ногах (ходульная походка), спотыкаются об окружающие предметы (которые обычно мягкие), чаще всего без падений; тем самым, наоборот, демонстрируя хороший моторный и балансовый контроль. Иногда пациенты с ПРП могут активно пытаться падать, когда врач и/или члены семьи находятся поблизости; больные же с органическими заболеваниями обычно пытаются сами поддерживать себя, ища опору рядом с собой, а не пересекая комнату или коридор – как это делают пациенты с ПРП. Больные с психогенной походкой могут нормально ходить, если они думают, что за ними никто не наблюдает. ПРП могут входить в состав сложных функциональных двигательных расстройств, например, при функциональной слабости

или парезе в виде гемипареза, нижнего моно- или парапареза; функционального (психогенного) паркинсонизма или функциональной (психогенной) дистонии. Поэтому одни из них внешне напоминают гемипаретическую, парапаретическую и монопаретическую походки, другие – дистоническую или паркинсоническую походки. Нередко нарушения походки входят в структуру соматоформного болевого синдрома по типу люмбаго с неадаптивным болевым поведением.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В прошлом диагностика психогенных или функциональных нарушений походки производилась после того, как все потенциальные органические причины были исключены. В настоящее же время выявление «позитивной» симптоматики, позволяющей обнаруживать несоответствие клинических неврологических данных известным заболеваниям, считается наиболее важным в диагностике функциональных неврологических расстройств. Современные диагностические критерии функциональных неврологических расстройств и, в частности, психогенных нарушений походки базируются на DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, Американская психиатрическая ассоциация, пятое издание, 2013 г.) и МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра, 1992 г.). В DSM-5 при постановке диагноза «конверсионное расстройство» (функциональное неврологическое расстройство) основной акцент был сделан на клинические данные, и меньшее внимание было придано сопутствующим психологическим факторам, как требовалось в предыдущих версиях. Таким образом, важным шагом в достижении диагноза функционального неврологического расстройства, согласно DSM-5, являются неврологические тесты, позволяющие исключить органическое заболевание и определить «положительные» признаки, указывающие на функциональное (конверсионное) расстройство, что позволяет предотвратить ненужные, а иногда и потенциально опасные, инвазивные исследования, которые могут поддерживать и закреплять функциональные неврологические симптомы.

В МКБ-10 конверсионные (диссоциативные) неврологические ненормальные двигательные расстройства или слабость входят в раздел F44 (Диссоциативные расстройства). Характерным для этой группы расстройств являются парезы и параличи, астазия-абазия и др. симптомы, клинические проявления которых не соответствуют признакам известных неврологических расстройств. МКБ-11 (Международная классификация болезней для статистики смертности и заболеваемости 11-го пересмотра, 2020 г.) даёт следующее определение функциональным нарушениям походки: «расстройство диссоциативных неврологических симптомов с нарушением походки характеризуется симпто-

мами, связанными со способностью или манерой ходьбы человека, включая атаксию и неспособность стоять без посторонней помощи, которые не соответствуют признанному заболеванию нервной системы, другому психическому, поведенческому или неврологическому расстройству или другому заболеванию и не возникают исключительно во время другого диссоциативного расстройства» (код: 6B60.7 Диссоциативное неврологическое симптоматическое расстройство с нарушением походки). Таким образом, как в DSM-5, так и в МКБ-10 и МКБ-11 имеется указание на важный признак – это несоответствие психогенной (функциональной) походки известным неврологическим или соматическим расстройствам.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПСИХОГЕННУЮ (ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ) ПРИРОДУ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

А. Анамнез:

1. Симптомы чаще всего возникают остро.
2. Течение болезни носит стационарное течение, без признаков прогрессивности.
3. Спонтанная ремиссия или быстрый регресс симптомов.
4. Возможны сопутствующие признаки тревоги и депрессии.
5. Множественные соматические жалобы.

В некоторых ситуациях подробный психосоциальный анамнез позволяет выявить непосредственную причину функциональных неврологических расстройств (ФНР). Так, например, это может быть потеря работы, развод, сексуальное насилие, перенесённое оскорбление или обида. Заболевание иногда может проявиться после незначительной физической травмы, при этом аномальные двигательные расстройства и болевые ощущения не соответствуют степени травмы [17]. У пациентов с конверсионными неврологическими расстройствами нередко диагностируются и другие необъяснимые психосоматические проявления, такие как фибромиалгия, синдром раздражённого кишечника, атипичные боли в грудной области [18, 19, 20].

Б. Клинические данные:

1. Симптомы появляются или нарастают при привлечении к ним внимания и уменьшаются или исчезают при отвлечении внимания.
2. Функциональные неврологические симптомы, которые отсутствуют в анамнезе, могут появляться во время осмотра.
3. Такие особенности движений, как амплитуда, частота, распространённость, носят непоследовательные и нехарактерные для органической патологии особенности или признаки.

Неврологический осмотр позволяет выявить несоответствие полученных данных обследования известным симптомам или заболеваниям; при этом при обследо-

вании важно отвлекать внимание пациента. Например, пациент, который не может двигать ногой, когда его просят, начинает её двигать, когда надевает обувь или брюки после осмотра. При неврологическом осмотре пациентов с конверсионными неврологическими расстройствами нет объективных признаков органического поражения нервной системы, например: отсутствуют патологические симптомы (симптом Бабинского), рефлекторная сфера без особенностей, в остром периоде отсутствуют мышечные атрофии. Но вместе с тем необходимо учитывать, что у некоторых пациентов с ФНР могут выявляться ложные неврологические знаки, такие как гиперрефлексия, псевдосимптом Бабинского, псевдоатаксия и т. д. При функциональном гемипарезе может отмечаться вовлечение всех анатомических структур на «поражённой» половине тела (снижение слуха, зрения, гемипарез и гемигипестезия с вовлечением лица). При функциональной слабости в руке или ноге вовлекается вся конечность, а не отдельные мышечные группы, и это может сопровождаться одновременной мышечной гипотонией и гиперрефлексией. При осмотре могут выявляться неанатомические расстройства чувствительности (гипестезия или анестезия с границей строго по средней линии верхней половины туловища или имеется «ампутационный характер» чувствительных нарушений, захватывающий всю руку или ногу). Больные с функциональной гемигипестезией могут утверждать, что не чувствуют вибрации на одной половине грудины, хотя вибрация хорошо передаётся через кости.

В. Ответ на терапию. Отсутствие реакции на специфическое лечение, направленное на возможное или предполагаемое неврологическое заболевание, и положительный быстрый терапевтический эффект после психотерапии или плацебо.

Г. Сопутствующие заболевания при ФНР могут включать панические расстройства, генерализованные тревожные расстройства, посттравматические стрессовые расстройства, диссоциативные расстройства, социальные фобии или конкретные обсессивно-компульсивные расстройства и расстройства личности [5, 21, 22].

S. Fahn и P.J. Williams (1988) выделили следующие критерии для установления ФНР: внезапное или острое начало; спонтанные ремиссии или рецидивы; противоречивость и изменчивость неврологических симптомов при осмотре или динамическом наблюдении, которые не соответствуют известным неврологическим заболеваниям; усиленный акцент внимания на болезненных проявлениях; уменьшение или исчезновение тех или иных функциональных симптомов при отвлечении внимания или при использовании психотерапии, внушения или плацебо; функциональная двигательная слабость или сенсорные (неанатомические) нарушения; необъяснимые с позиций современной медицины болевые ощущения; избыточная пугливость, вздрагивание от неожиданного действия; неестественные, причудливые движения; множественная соматизация [23]. Необходимо отметить,

что первоначально авторы предложили эти критерии для диагностики психогенной дистонии; а в последующем эти диагностические критерии были перенесены и на другие ФНР.

ДИАГНОСТИКА ПСИХОГЕННЫХ (ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ) РАССТРОЙСТВ ПОХОДКИ

Следует отметить, что ни один паттерн ходьбы не является патогномоничным для функционального расстройства походки. Так, например, причудливая походка может наблюдаться при органической дистонии или хорее. Кроме того, функциональные и органические нарушения походки могут сосуществовать у одного и того же пациента. Поэтому диагноз нередко бывает достаточно сложным, особенно для неподготовленного невролога. Но вместе с тем процесс диагностики должен быть основан не на исключении органических нарушений походки, а на поиске позитивных клинических признаков функциональных нарушений походки, а именно: изменчивости или несовместимости (то есть вариации в клинической картине, которые не могут быть согласованы с известной органической патологией) и несоответствии (сочетании симптомов и признаков, которые не наблюдаются при органических поражениях) [2]. Так, например, отмечается внезапное начало или быстрое прогрессирование нарушения походки при отсутствии травмы или структурного поражения нервной или костно-мышечной систем. Примерами несоответствия при неврологическом осмотре может служить следующее: «ножничная походка» при отсутствии поражения кортикоспинального пути; анталгическая походка при отсутствии боли; подгибание колена (или коленей) при ходьбе при нормальной силе четырёхглавой мышцы; значительное улучшение походки при отвлечении внимания.

ДИАГНОСТИКА И ПОДТИПЫ ПСИХОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПОХОДКИ

Т. Lempert и соавт. (1991) выделяют шесть категорий и шесть особенностей психогенной походки [9]:

- 1) кратковременные колебания при стоянии и ходьбе, часто в ответ на короткое внушение (суггестию);
- 2) чрезмерная медлительность или нерешительность передвижения, несовместимое с неврологическим заболеванием;
- 3) «психогенный тест Ромберга», проявляющийся наращиванием амплитуды раскачивания после непродолжительной задержки и уменьшением за счёт отвлечения внимания;
- 4) нерентабельные позы с большими энергетическими мышечными затратами;
- 5) походка, рисунок которой напоминает «прогулку по льду», с небольшими осторожными шагами с фиксированными голеностопными суставами;

6) внезапная потеря устойчивости и подгибание в коленях, как правило, без падений.

Шесть наводящих особенностей:

- 1) псевдоатаксия: нестабильность осанки и походки;
- 2) размахивание руками;
- 3) перетаскивание ноги;
- 4) непрерывное сгибание/разгибание пальцев;
- 5) необычный тремор рук/ног/туловища/головы;
- 6) внезапные шаги в сторону.

ПРП могут носить разнообразный характер. Но вместе с тем можно выделить несколько характерных подтипов походки.

Походка с волочением ноги (или моноплегическая, со слабостью, перетаскиванием и прихрамыванием одной ноги, тогда как другая нога перемещается нормально или почти нормально) [16, 24, 25]. Пациент волочит функционально слабую ногу за туловищем, часто с внутренней или внешней ротацией бедра и с инверсией/эверсией в лодыжке. Характерным является то, что слабая нога волочится за большим от бедра и передняя часть стопы находится в контакте с полом («как будто она намагничена к земле»). Такие пациенты используют обе руки, чтобы подтянуть ногу на кровать. Нередко отмечается внезапная слабость «поражённой» ноги с подгибанием коленного сустава, обычно без падения. Помогает определить функциональную слабость ноги положительный знак Гувера и другие пробы.

Походка «прогулка по льду». Эта модель походки характеризуется ненормальным, чрезмерно замедленным движением обеих ног. Паттерн такой походки напоминает хождение по скользкой поверхности: осторожная, медленная, с уменьшенной длиной и высотой шага, фиксированными коленями и лодыжками; обычно обусловленную одновременным сокращением мышц агонистов и антагонистов и внешне напоминающую походку при болезни Паркинсона. Нередко отмечаются замедленные движения всего тела, с длительными затратами времени на раздевание и надевание одежды. В других ситуациях руки могут быть отведены в стороны, что напоминает ходьбу по канату. Походка может быть улучшена, если попросить пациента идти назад, бегать или ходить по лестнице.

Туловищная атаксия/неустойчивость. При ходьбе пациент покачивается из стороны в сторону, при этом часто делает небольшие боковые шаги в сторону, чтобы не упасть. Нередко размахивает руками. Качание наблюдается только в верхней половине тела, тогда как ноги перемещаются, чтобы исправить дисбаланс, когда вектор тела отодвинут от линии веса тела; кажется, что человек двигает ногами, для того чтобы не упасть и восстановить равновесие. Улучшают поструральную неустойчивость приёмы и задачи, направленные на отвлечение внимания, например: отгадать цифры, написанные пальцем на их коже, решить сложные арифметические задачи, произвести отсчёт месяцев в году в обратном порядке и т. д. Важно отметить, что баланс таких пациентов при объективном обследовании намного лучше, чем они утверждают.

ПОЗИТИВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ВЫЯВЛЯТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ СЛАБОСТЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА ФУНКЦИЮ ХОДЬБЫ

Проба Гувера. Проба Гувера используется с 1908 г. для диагностики конверсионного паралича при односторонней слабости нижней конечности. Впервые её описал американский врач Ч.Ф. Гувер (1865–1927). Этот тест обладает умеренной чувствительностью (63 %) и высокой специфичностью (100 %) [26–29]. Данный тест основан на феномене координаторных синкинезий. Так, если лежащий на спине человек поднимает вверх одну ногу, то пятка другой ноги непроизвольно оказывает давление на кушетку. Трудно использовать данный тест при двусторонней слабости ног. Метод проведения: врач становится у ножного конца кровати, подкладывает руки под пятки пациента и просит его поочередно с максимальной силой прижимать ноги к кровати. Если давление здоровой ноги пациента на кисть врача будет незначительной, то уже изначально можно предположить, что он прилагает мало усилий или стараний. Затем врач просит поднять слабую ногу. При органическом парезе врач ощутит повышение давления здоровой ноги на кисть руки, то есть больной будет стараться, чтобы поддержать паретическую конечность. Поднятие слабой ноги при функциональном парезе не будет сопровождаться увеличением давления пятки здоровой ноги на руку врача (положительная проба Гувера). В качестве альтернативы пациенту предлагают поднять здоровую ногу вверх, оказывая ей сопротивление, в таком случае давление пяткой функционально слабой ноги на кисть будет возрастать и возвращаться к норме. При органическом парезе этого не будет наблюдаться, то есть паретическая конечность будет оказывать слабое давление.

Тест отведения бедра (Sonoо abductor test). Данный тест был разработан японским неврологом М. Sonoо (2004) для выявления одностороннего неорганического пареза нижней конечности [30]. Основан, как и тест Гувера, на феномене координаторной оппозиционной синкинезии и отвлечении внимания. Метод проведения: врач становится у ножного конца кровати или кушетки, на которой находится пациент, и просит его максимально развести ноги в стороны. Затем врач накладывает свои руки на область латеральных лодыжек ног пациента и, прикладывая равное усилие, начинает их сдвигать к центру. Слабая нога, как при функциональной слабости, так и органическом парезе, обнаруживается сразу: она начинает перемещаться в сторону здоровой ноги. Затем врач перемещает здоровую ногу пациента по средней линии и просит его отводить поочередно ноги в стороны; при этом внимание пациента должно быть сосредоточено на той ноге, которая находится в движении. При психогенном (функциональном) парезе, когда пациент отводит здоровую ногу в сторону, сосредоточив на ней внимание, то сила в слабой ноге значительно возрастает и она находится в неподвижном состоянии при равном внешнем давлении со стороны рук

экзаменатора. Однако при отведении функционально слабой ноги в сторону, «ослабленной» становится и здоровая нога, и она будет смещаться в сторону «псевдопарализованной» ноги. При органическом парезе будет наблюдаться иная картина: когда пациент отводит здоровую ногу в сторону, она остаётся неподвижной (то есть оказывает сопротивление), а больная нога начинает перемещаться в её сторону; если же пациент отводит в сторону парализованную ногу, то здоровая нога продолжает находиться в исходном (или неподвижном) состоянии в силу оппозиционного синергизма. Данную пробу можно провести и в положении сидя на стуле или кушетке. При функциональном парезе сила в бедре будет возвращаться к норме при контралатеральном отведении здоровой ноги против внешнего сопротивления, оказываемого исследователем.

Тест «Центральной травмы позвоночника» («Spinal Injuries Center» test). Данный тест был описан I. Yague и соавт. (2004) для оценки психогенного (конверсионного) пареза нижних конечностей [31]. Метод проведения и оценка теста: пациент укладывается на спину, и врач пассивно поднимает его колени до согнутого положения, при этом ступни ног опираются на кровать. Затем врач убирает руки с коленей, и если пациент может удерживать колени в согнутом положении, то тест считается положительным (то есть имеются указания на психогенный парез). При органическом парезе нога не удерживается в согнутом положении, и она будет опускаться, отклоняясь коленом наружу (в этом случае тест считается отрицательным).

Исследование мышечного тонуса. Пациент с психогенным парезом может оказывать сопротивление врачу, что ощущается исследователем как повышение мышечного тонуса в конечности; но затем вдруг внезапно он не оказывает никакого мышечного сопротивления. Однако в последующем может вновь возобновить сопротивление (данный признак обозначается как феномен «ступенчатой» слабости, «поддавки» или «уступчивая» слабость).

Нижняя проба Барре. Пациенту предлагают лечь на живот с согнутыми под прямым углом коленями и удерживать их в таком положении. При органическом парезе нога будет быстро опускаться вниз с возможным колебанием ноги. У пациента с психогенным парезом нога также быстро разгибается, но без сокращения мышц подколенного сухожилия.

Тест «Стул» («chair test»). Этот тест помогает диагностировать пациентов с функциональным расстройством походки, демонстрируя значительное расхождение при ходьбе в вертикальном положении и при «ходьбе» на стуле [32]. Метод проведения: пациента сначала просят «ходить» вперёд и назад к экзаменатору, сидя в ротационном кресле с колёсами, на расстояние 6–9 метров. Затем пациента просят идти на такое же расстояние без кресла. Пациентам с функциональными нарушениями походки будет трудно ходить, но с помощью кресла с колёсами могут передвигаться, как правило, без проблем. Пациенты с органическими нарушениями походки испытывают затруднения при выполнении обеих задач.

Знак «пыхтя и отдуваясь» («Huffing and Puffing sign»). Пациенты с психогенными расстройствами походки демонстрируют чрезмерные усилия при раздвигании одежды, вставании со стула, стоянии и особенно при ходьбе, которые сопровождаются частыми вздохами после задержки дыхания, страдальческими гримасами лица, крихтением, плачем, чрезвычайной медлительностью, шевелениями пальцами ног, внезапным подгибанием коленей [33, 34].

Тест Вартенберга (тест «игры» сухожилий стопы). В норме, когда здоровый человек стоит на одной ноге, рефлекторно напрягаются тыльные сгибатели стопы; а при органическом парезе такое напряжение сухожилий выражено слабо или отсутствует. Такие попеременные изменения мышечных сухожилий с целью сохранения баланса обозначают как «игра» сухожилий. У больного с психогенным парезом стопы при стоянии на одной ноге или резком толчке в стороны обнаруживается «игра» сухожилий тыльных сгибателей стопы (то есть как у здорового человека).

С целью дифференциальной диагностики ПРП от органических расстройств походки используются и другие усложнённые тесты, например, тандемная ходьба; проба с фланговой походкой; ходьба на пятках, носках, с закрытыми глазами, с быстрыми поворотами тела; проба Ромберга; бег вперёд или назад. Оценка походки в небольшом кабинете врача не позволяет выявить все соответствующие характеристики, поэтому пациенты также должны ходить в широком холле или коридоре.

«Психогенный» вариант выполнения пробы Ромберга: 1) резкое отклонение тела пациента к медицинскому работнику или от него, но без падения на пол; 2) чрезмерное раскачивание тела большой амплитуды после задержки в несколько секунд; 3) значительное улучшение стояния в позе Ромберга с закрытыми глазами при отвлечении внимания пациента (например, при написании цифр на спине или решении арифметических задач).

Проба фланговой походки. Больному предлагают двигаться боком вправо и влево. При органическом гемипарезе больной лучше передвигается в сторону гемипареза, чем в противоположную сторону; а при психогенном (функциональном) гемипарезе ходьба боком невозможна или значительно затруднена, как в одну, так и другую сторону.

При тестировании на поструральную неустойчивость пациентов с ПП отмечают, в отличие от болезни Паркинсона, нехарактерные реакции: так, например, при резком потягивании пациента, который стоит спиной к врачу, за плечи назад (тест на ретропульсию), он делает резкие шаги назад, при этом размахивает руками, но не падает [35]; а иногда даже простое похлопывание по плечу может вызвать аномальную предвосхищающую поструральную реакцию [36].

Функциональные неврологические расстройства редко возникают остро, имитируют инсульт или органические поражения спинного мозга (в том числе с нарушением функции походки). Поэтому знание и владение навыками «прикроватных» методов обследования, осно-

ванных на позитивной диагностике, позволяет врачам, особенно оказывающим неотложную или экстренную медицинскую помощь, правильно поставить диагноз, избегая чрезмерных экономических затрат на обследования и лечение [37–40]. Следует отметить, что ни один из тестов не может интерпретироваться изолированно, а должен рассматриваться в контексте целостной клинической картины.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

У пациентки И., 38 лет, после ряда психотравмирующих ситуаций (конфликтная ситуация на работе, обострения хронического заболевания ребёнка) внезапно нарушилась речь, появилось несистемное головокружение, слабость в левой руке и ноге. По скорой медицинской помощи была доставлена в неврологическое отделение больницы. После стационарного лечения выписана с диагнозом: «Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии. Артериальная гипертония 3-й ст., риск 4. Лёгкий левосторонний гемипарез, гемигипестезия. Преходящая дизартрия. Умеренно-выраженные вестибуло-координаторные нарушения. На листке нетрудоспособности в течение 160 дней, причём с разными диагнозами: «вертеброгенная цервикобрахиалгия, торакалгия», фибромиалгический синдром», «артериальная гипертония», «полиостеоартроз». За этот же период у неё было несколько госпитализаций с различными диагнозами. В связи с длительной временной нетрудоспособностью была направлена на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Жалобы и объективный статус при освидетельствовании в бюро МСЭ. Вошла в кабинет самостоятельно, в обычной обуви, с тростью, с большей опорой на правую ногу, идёт крайне медленно, с подтаскиванием левой стопы в эквиноварусной позиции. Предъявляет многочисленные жалобы: на практически постоянные головные боли, боли во всём теле, чувство ползания «мурашек» по телу, нехватки воздуха, даже в покое, слабость в конечностях, больше слева, периодическое пощёлкивание при приёме пищи из-за ощущения инородного тела в горле («словно ком в горле застрял»), хриплый голос при волнениях, мимолётное ухудшение зрительных и слуховых ощущений; боли за грудиной, в области сердца с иррадиацией в левую руку, лопатку, возникающие при любом движении тела, «всё время задыхаюсь, болит сердце». Одевается и раздевается при помощи мужа («кружится голова при наклоне»). Со слов, все работы по дому выполняют муж и дети («я даже одеться не могу»). Черепно-мозговые нервы: зрачки равномерные, зрачковые реакции сохранены, глазодвигательных нарушений нет, тригеминальные точки безболезненны, жевательная и мимическая мускулатура функционирует хорошо, слух сохранен, нистагма нет, дужки мягкого нёба при фонации подвижны, язык при высовывании по средней линии. Рефлексы орального автоматизма отрицательны. Отмечается периодический тремор головы, который при отвлечении внимания исчезает. Мышечный

тонус в правых конечностях не изменён, а тонус мышц в левой руке и ноге меняется по типу феномена «уступчивой» или «ступенчатой» слабости (то есть периодически пациентка оказывает сопротивление врачу при исследовании им мышечного тонуса, а затем внезапно перестаёт оказывать мышечное сопротивление). При проведении верхней пробы Барре – руки на одном уровне, без пронации (то есть пирамидной слабости какой-либо руки нет), хотя левую кисть сжимает слабее. Сухожильные рефлексы с рук средней живости, без убедительной разницы. Коленные и ахилловы рефлексы вызываются, без убедительной разницы. Патологические кистевые и стопные рефлексы не выявляются. Определяется левосторонняя гемипигестезия строго по средней линии. Координаторные пробы выполняет точно, в позе Ромберга покачивается слегка, но из позы не выходит. Положительная проба Гювера. Экстрапирамидных расстройств нет. Тазовых симптомов нет. При пальпации прямые мышцы спины мягкие. Симптомов натяжения нервных стволов нет.

Психолог. К процедуре обследования относится формально. Заинтересованности в результатах обследования нет. Инструкции к заданиям усваивает верно, в памяти удерживает. Выглядит печальной. Говорит тихим голосом. Фон настроения снижен. Темп работы несколько снижен. Внимание истощаемое. Работоспособность снижена. Мнестические функции снижены незначительно. Мнемограмма 5-6-6-8. Эффективность запоминания нарушена. Отсроченное воспроизведение 6 слов. Арифметические операции выполняет в умеренном темпе, без ошибок. При выполнении заданий, направленных на исследование мыслительных процессов, выявляется эпизодическое снижение уровня обобщения. Со стороны динамики мышления – замедление темпа. Графические характеристики без признаков органического характера. По методикам Сонди, Люшера, Шкалы депрессии Бека выявлено: фон настроения снижен (по шкале депрессии 17 баллов, что соответствует умеренной депрессии), повышенная чувствительность к внешним раздражителям, снижение работоспособности, трудности в эффективной коммуникации с окружающими, стремление выставить себя напоказ, повышенная тревожность, ипохондричность. В личности демонстративные черты. Внутренняя модель болезни – неадекватная. Реабилитационный потенциал болезни – удовлетворительный.

Данные дополнительного обследования. Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов шеи стенозированных и окклюзионных поражений артериальных сосудов не обнаружила. При проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга очаговой патологии не выявлено. Данные рентгенографии коленных суставов, кистей рук, стоп, голеностопных суставов без особенностей. ЭКГ: синусовая тахикардия. ЧСС 100 имп./мин. Изменения в миокарде левого желудочка с умеренными диффузными нарушениями процессов реполяризации. Общий анализ крови и мочи, биохимические исследования крови – без особенностей. Осмотр окулиста – миопия обоих глаз. Консультация эндокринолога – экзогенно-конституциональное ожирение 3-й ст.

Комментарий автора. Острое развитие слабости в конечностях и нарушение походки могут быть при инсульте и функциональном (конверсионном) неврологическом расстройстве, что представляет определённые диагностические трудности. Однако тщательный неврологический осмотр с проведением диагностических клинических тестов не выявил пирамидной симптоматики, которая наблюдается при инсульте. Так, у пациентки отсутствуют патологические кистевые и стопные знаки (верхний симптом Россолимо, симптом Бабинского), верхняя и нижняя пробы Барре не выявили пирамидной слабости. Функциональная слабость в ноге подтверждена пробой Гювера. Мышечный тонус в левых конечностях изменён по типу «уступчивой» или «ступенчатой» слабости. Походка носит моноплегический характер – со слабостью и волочением левой ноги сзади туловища с эквиноварусным положением стопы. При гемипаретической походке органического происхождения паретическая нога выпрямлена, и стопа, находящаяся в положении подошвенного сгибания и супинации, описывает через сторону полукруг (циркумдукция). Расстройство чувствительности носит неанатомический характер («расщепление» чувствительности строго по средней линии). Нейровизуализация (МРТ головного мозга, УЗДГ сосудов шеи) и лабораторные показатели (анализ крови, биохимические исследования крови) без особенностей. Необходимо также помнить, что выявление на МРТ каких-либо изменений может носить резидуальный характер, не связанный с текущим заболеванием. Поэтому параклинические данные необходимо сопоставлять с клинической картиной заболевания. В пользу ФНР указывают многочисленные психосоматические жалобы, коморбидность с психическими расстройствами (тревожность, депрессия), вторичная выгода (манипуляция членами семьи). Кроме того, острая слабость конечностей, расстройство речи (по типу заикания) возникли после психотравмирующих ситуаций. Однако в настоящее время, согласно DSM-5, психологические стрессы не являются обязательными при постановке диагноза ФНР. Решающее значение для данного диагноза имеют выявление «позитивных» физических признаков и проведение диагностических клинических тестов.

Таким образом, можно заключить, что у пациентки имеется «Функциональное (конверсионное) неврологическое расстройство с двигательными и сенсорными расстройствами, нарушениями походки, хроническое течение».

Важно отметить, что около 8 % случаев имитации острого инсульта могут быть вызваны функциональными неврологическими расстройствами [41, 42]. Нейровизуализация (МРТ, КТ) поддерживается в этих случаях, но она не подтверждает диагноз функционального неврологического расстройства и не исключает острый инфаркт головного мозга с абсолютной уверенностью [43]. Поэтому клиническая оценка у постели больного остаётся лучшим доступным методом для различения острого инсульта и функциональной имитации инсульта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностика функциональных неврологических расстройств, в том числе и психогенных нарушений походки, должна включать тщательное клиническое обследование на выявление положительных признаков. «Позитивная» диагностика позволяет поставить правильный диагноз уже на ранней стадии заболевания, а нейровизуализирующие и нейрофизиологические исследования могут предоставить дополнительную информацию.

Конфликт интересов

Автор данной статьи заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Edwards MJ, Bhatia KP. Functional (psychogenic) movement disorders: Merging mind and brain. *Lancet Neurol.* 2012; 11(3): 250-260. doi: 10.1016/S1474-4422(11)70310-6
2. Nonnekes J, Růžička E, Serranová T, Reich SG, Bloem BR, Hallett M. Functional gait disorders: A sign-based approach. *Neurology.* 2020; 94(24): 1093-1099. doi: 10.1212/WNL.0000000000009649
3. Baik JS, Lang AE. Gait abnormalities in psychogenic movement disorders. *Mov Disord.* 2007; 22(3): 395-399. doi: 10.1002/mds.21283
4. Baizabal-Carvallo JF, Alonso-Juarez M, Jankovic J. Functional gait disorders, clinical phenomenology, and classification. *Neurol Sci.* 2020; 41(4): 911-915. doi: 10.1007/s10072-019-04185-8
5. Lazare A. Current concepts in psychiatry. Conversion symptoms. *N Engl J Med.* 1981; 305(13): 745-748. doi: 10.1056/NEJM198109243051306
6. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialties. *J Psychosom Res.* 2001; 51(1): 361-367. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00223-9
7. Reuber M, Mitchell A, Howlett S, Crimlisk H, Grünewald R. Functional symptoms in neurology: Questions and answers. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 2005; 76(3): 307-314. doi: 10.1136/jnnp.2004.048280
8. Kanaan R, Armstrong D, Barnes P, Wessely S. In the psychiatrist's chair: How neurologists understand conversion disorder. *Brain.* 2009; 132(10): 2889-2896. doi: 10.1093/brain/awp060
9. Lempert T, Brandt T, Dieterich M, Huppert D. How to identify psychogenic disorders of stance and gait. A video study in 37 patients. *J Neurol.* 1991; 238(3): 140-146. doi: 10.1007/BF00319680
10. Gupta A, Lang AE. Psychogenic movement disorders. *Curr Opin Neurol.* 2009; 22(4): 430-436. doi: 10.1097/WCO.0b013e32832dc169
11. Peckham EL, Hallett M. Psychogenic movement disorders. *Neurol Clin.* 2009; 27(3): 801-819. doi: 10.1016/j.ncl.2009.04.008
12. Edwards MJ, Stone J, Lang AE. From psychogenic movement disorder to functional movement disorder: It's time to change the name. *Mov Disord.* 2014; 29(7): 849-852. doi: 10.1002/mds.25562
13. Keane JR. Hysterical gait disorders: 60 cases. *Neurology.* 1989; 39(4): 586-589. doi: 10.1212/WNL.39.4.586
14. Sudarsky L. Psychogenic gait disorders. *Semin Neurol.* 2006; 26(3): 351-356. doi: 10.1055/s-2006-945523
15. Boogaarts HD, Abdo WF, Bloem BR. "Recumbent" gait: Relationship to the phenotype of "astasia-abasia"? *Mov Disord.* 2007; 22(14): 2121-2122. doi: 10.1002/mds.21716
16. Scott S, Stone J. iPhone-responsive functional gait disorder. *Pract Neurol.* 2014; 14(6): 422-424. doi: 10.1136/practneurol-2014-000873
17. Stone J, Zeman A, Sharp M. Functional weakness and sensory disturbance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002; 73(2): 241-245. doi: 10.1136/jnnp.73.2.241
18. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet.* 1999; 354(9182): 936-939. doi: 10.1016/S0140-6736(98)08320-2
19. Edwards MJ, Schrag A. Hyperkinetic psychogenic movement disorders. *Handb Clin Neurol.* 2011; 100: 719-729. doi: 10.1016/B978-0-444-52014-2.00051-3
20. Stone J, Carson A. Functional neurologic symptoms: Assessment and management. *Neurol Clin.* 2011; 29(1): 1-18. doi: 10.1016/j.ncl.2010.10.011
21. Binzer M, Andersen PM, Kullgen G. Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: A prospective control group study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1997; 63(1): 83-88. doi: 10.1136/jnnp.63.1.83
22. Ford CV, Folks DG. Conversion disorders: An overview. *Psychosomatics.* 1985; 26(5): 371-383. doi: 10.1016/S0033-3182(85)72845-9
23. Fahn S, Williams PJ. Psychogenic dystonia. *Adv Neurol.* 1988; 50: 431-455.
24. Jordbru A, Smedstad L, Moen V, Martinsen E. Identifying patterns of psychogenic gait by video-recording. *J Rehabil Med.* 2012; 44(1): 31-35. doi: 10.2340/16501977-0888
25. Jordbru AA, Smedstad LM, Klungsøyr O, Martinsen EW. Psychogenic gait disorder: A randomized controlled trial of physical rehabilitation with 1-year follow-up. *J Rehabil Med.* 2014; 46(2): 181-187. doi: 10.2340/16501977-1246
26. Ziv I, Djaldetti R, Zoldan Y, Avraham M, Melamed E. Diagnosis of "non-organic" limb paresis by a novel objective motor assessment: The quantitative Hoover's test. *J Neurol.* 1998; 245(12): 797-802. doi: 10.1007/s004150050289
27. McWhirter L, Stone J, Sandercock P, Whiteley W. Hoover's sign for the diagnosis of functional weakness: A prospective unblinded cohort study in patients with suspected stroke. *J Psychosom Res.* 2011; 71(6): 384-386. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.09.003
28. Mehndiratta MM, Kumar M, Nayak R, Garg H, Pandey S. Hoover's sign: Clinical relevance in neurology. *J Postgrad Med.* 2014; 60(3): 297-299. doi: 10.4103/0022-3859.138769
29. Daum C, Gheorghita F, Spatola M, Stojanova V, Medlin F, Vingerhoets F, et al. Interobserver agreement and validity of bedside 'positive signs' for functional weakness, sensory and gait disorders in conversion disorder: A pilot study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2015; 86(4): 425-430. doi: 10.1136/jnnp-2013-307381
30. Sonoo M. Abductor sign: A reliable new sign to detect unilateral non-organic paresis of the lower limb. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004; 75(1): 121-125.
31. Yague I, Shiba K, Ueta T, Iwamoto Y. A new clinical evaluation for hysterical paralysis. *Spine (Phila Pa 1976).* 2004; 29(17): 1910-1913. doi: 10.1097/01.brs.0000137055.55350.37
32. Okun MS, Rodriguez RL, Foote KD, Fernandez HH. The "chair test" to aid in the diagnosis of psychogenic gait disorders. *Neurologist.* 2007; 13(2): 87-91. doi: 10.1097/01.nrl.0000256358.52613.cc

33. Laub HN, Dwivedi AK, Revilla FJ, Duker AP, Pecina-Jacob C, Espay AJ. Diagnostic performance of the "Huffing and Puffing" sign in functional (psychogenic) movement disorders. *Mov Disord Clin Pract.* 2015; 2(1): 29-32. doi: 10.1002/mdc3.12102
34. Sokol LL, Espay AJ. Clinical signs in functional (psychogenic) gait disorders: A brief survey. *J Clin Mov Disord.* 2016; 3: 3. doi: 10.1186/s40734-016-0031-1
35. Sage JI, Mark MH. Psychogenic parkinsonism: Clinical spectrum and diagnosis. *Ann Clin Psychiatry.* 2015; 27(1): 33-38.
36. Coebergh J, Zimianiti I, Kaski D. Shoulder-tap test for functional gait disorders: A sign of abnormal anticipatory behavior. *Neurology.* 2021; 97(23): 1070-1071. doi: 10.1212/WNL.00000000000012886
37. Finkelstein SA, Cortel-LeBlanc MA, Cortel-LeBlanc A, Stone J. Functional neurological disorder in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2021; 28(6): 685-696. doi: 10.1111/acem.14263
38. Anderson JR, Nakhate V, Stephen CD, Perez DL. Functional (psychogenic) neurological disorders: Assessment and acute management in the emergency department. *Semin Neurology.* 2019; 39(1): 102-114. doi: 10.1055/s-0038-1676844
39. Bennett K, Diamond C, Hoeritzauer I, Gardiner P, McWhirter L, Carson A, et al. A practical review of functional neurological disorder (FND) for the general physician. *Clin Med (Lond).* 2021; 21(1): 28-36. doi: 10.7861/clinmed.2020-0987
40. Popkirov S, Stone J, Buchan AM. Functional neurological disorder: A common and treatable stroke mimic. *Stroke.* 2020; 51(5): 1629-1635. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.029076
41. Gargalas S, Weeks R, Khan-Bourne N, Shotbolt P, Simblett S, Ashraf L, et al. Incidence and outcome of functional stroke mimics admitted to a hyperacute stroke unit. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2017; 88(1): 2-6. doi: 10.1136/jnnp-2015-311114
42. Wilkins SS, Bourke P, Salam A, Akhtar N, D'Souza A, Kamran S, et al. Functional stroke mimics: Incidence and characteristics at a Primary Stroke Center in the Middle East. *Psychosom Med.* 2018; 80(5): 416-421. doi: 10.1097/PSY.0000000000000563
43. Edlow BL, Hurwitz S, Edlow JA. Diagnosis of DWI-negative acute ischemic stroke: A meta-analysis. *Neurology.* 2017; 89(3): 256-262. doi: 10.1212/WNL.00000000000004120

Сведения об авторе

Савков Владимир Станиславович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры медицинской экспертизы, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, e-mail: mr.savkov1955@mail.ru

Information about the author

Vladimir S. Savkov – Cand. Sc. (Med.), Associate Professor at the Department of Medical Examination, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, e-mail: mr.savkov1955@mail.ru