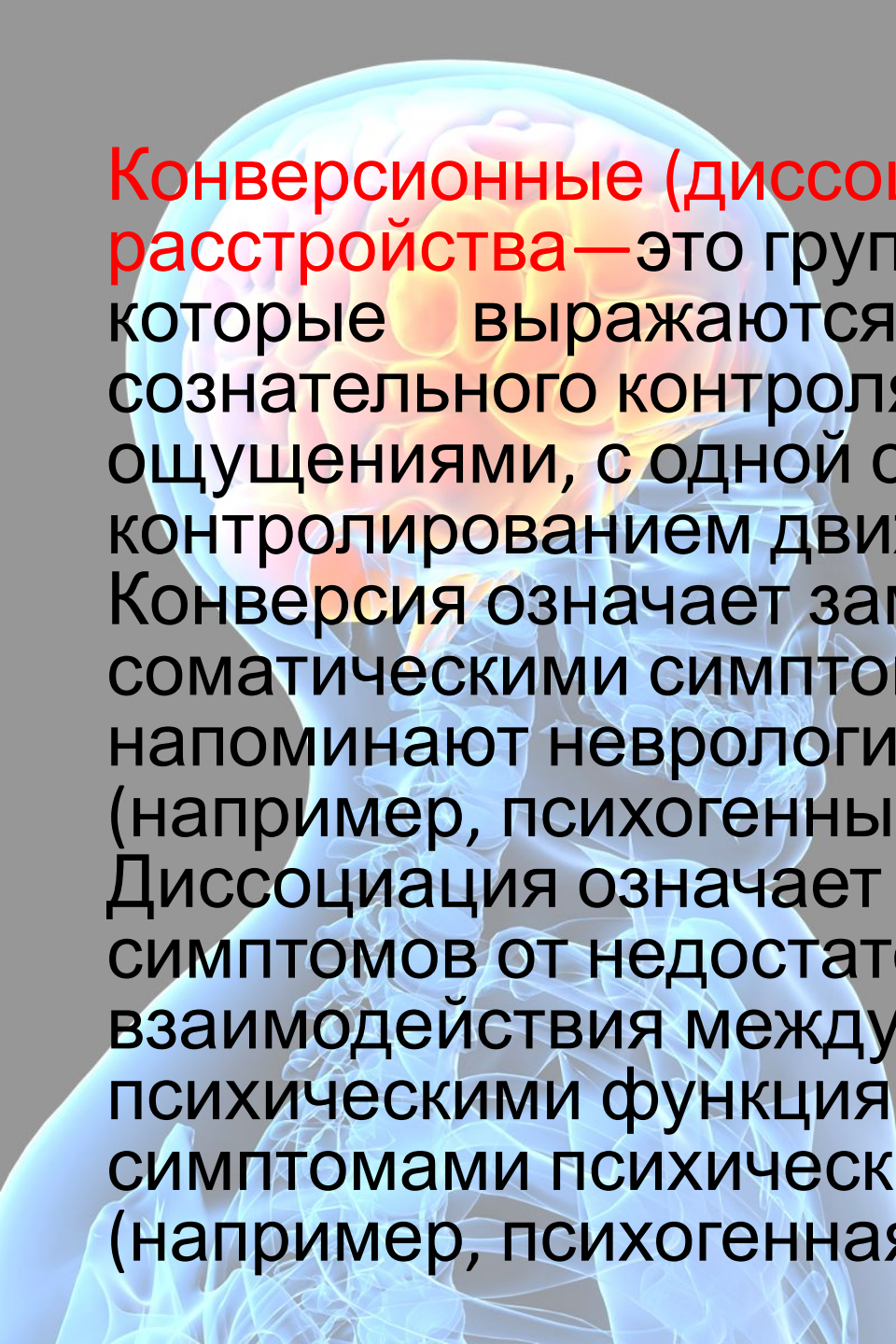


**КОНВЕРСИОННЫЕ  
ДВИГАТЕЛЬНЫЕ  
РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ  
ВРАЧА-НЕВРОЛОГА**



**Конверсионные (диссоциативные) расстройства**—это группа заболеваний, которые выражаются в утрате сознательного контроля над памятью и ощущениями, с одной стороны, и над контролированием движений тела—с другой. Конверсия означает замещение тревоги соматическими симптомами, которые часто напоминают неврологическое заболевание (например, психогенный паралич). Диссоциация означает происхождение симптомов от недостаточного взаимодействия между различными психическими функциями и проявляется симптомами психических нарушений (например, психогенная амнезия).



# Актуальность

- Конверсионные расстройства согласно последним данным статистики стоят на 6-м месте среди 20 самых частых диагнозов в неврологии. При этом пациенты с конверсионными двигательными расстройствами в результате ошибочной диагностики проходят лечение не в профильных стационарах, а в общесоматических неврологических отделениях или сосудистых центрах.



# Этиология

## Факторы

- Биологические
- Психологические
- Социальные

- Происхождение — психогенное, существует тесная связь по времени с травматическими событиями, неразрешимыми и невыносимыми событиями или нарушенными взаимоотношениями. Увеличение числа расстройств характерно для периода войн и конфликтов или природных катастроф. Они более типичны для женщин, чем для мужчин, и для юношеского и подросткового возраста, чем для среднего возраста.

# Конверсионные расстройства

A diagram of a human head and neck in profile, rendered in a semi-transparent blue style. The brain is highlighted in a gradient of yellow and orange. Two blue arrows originate from the main title 'Конверсионные расстройства'. One arrow points to the motor cortex area of the brain, and the other points to the sensory cortex area. Below the brain, two blue rounded rectangular boxes contain lists of symptoms corresponding to these areas.

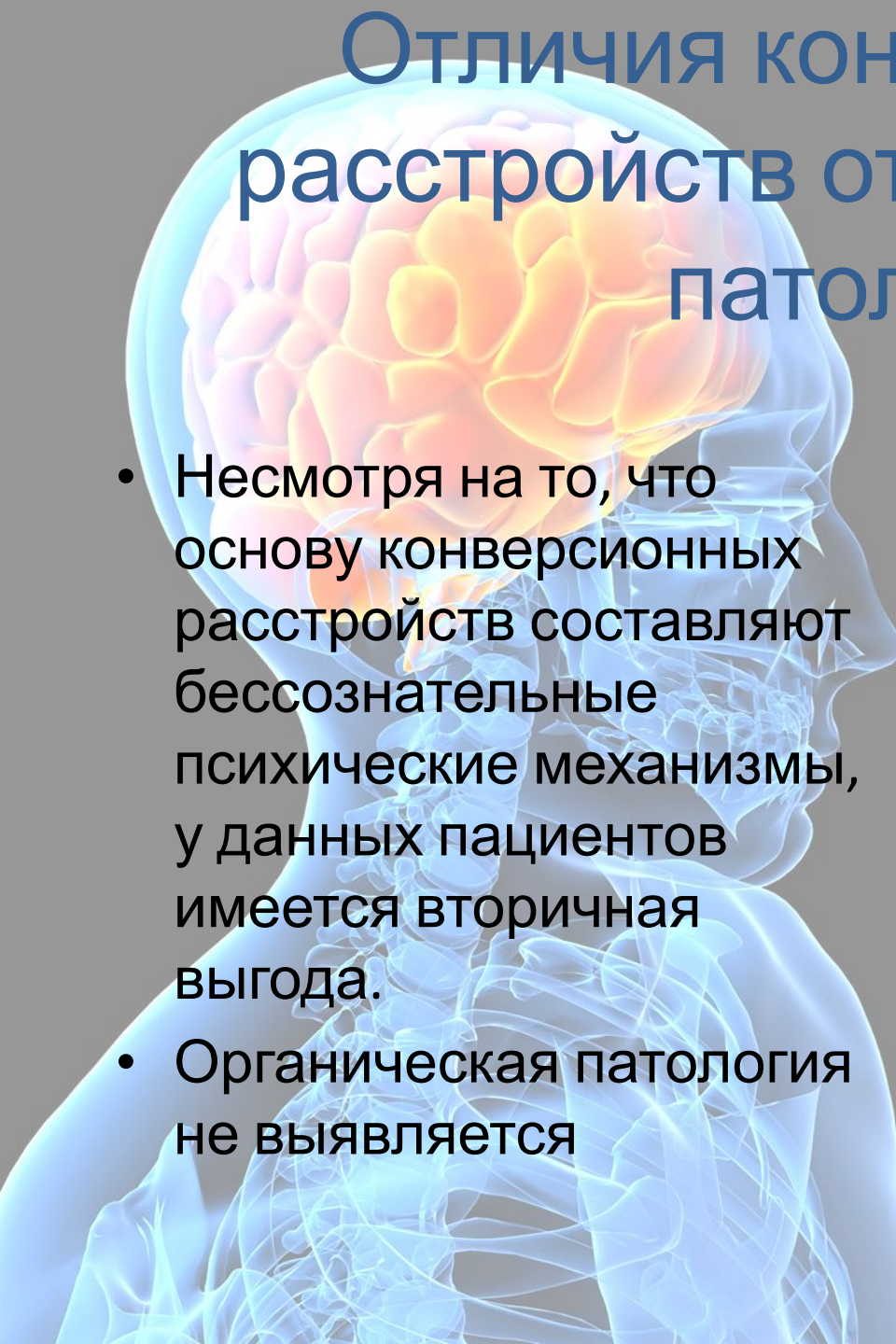
## Двигательные

Парезы  
Плегии  
Нарушения походки  
Тремор  
Афония  
Судороги  
Мутизм

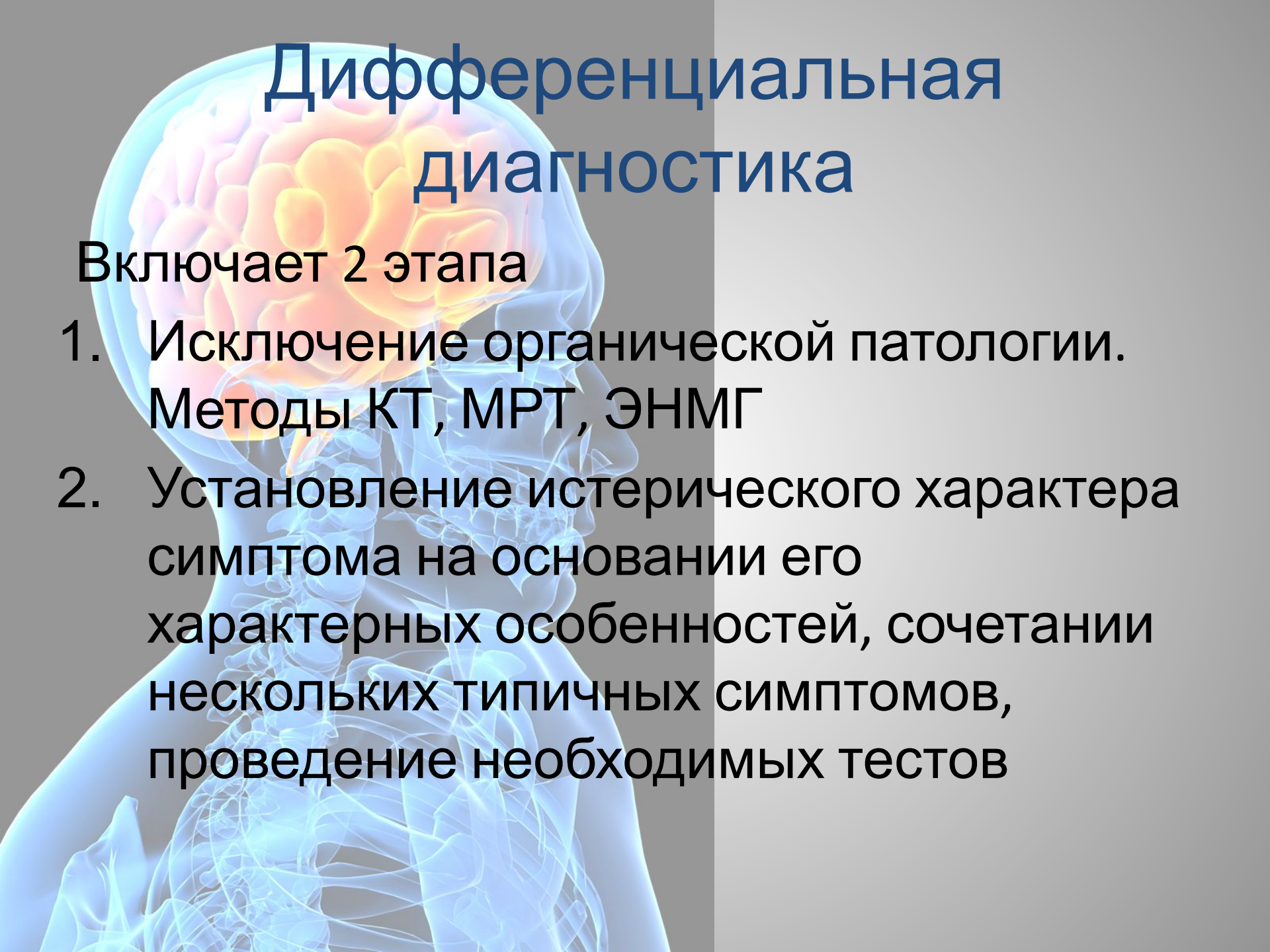
## Чувствительные

Гиперестезия  
Парестезия  
Анестезия  
Слепота  
Глухота  
Туннельное зрение

# Отличия конверсионных расстройств от органической патологии



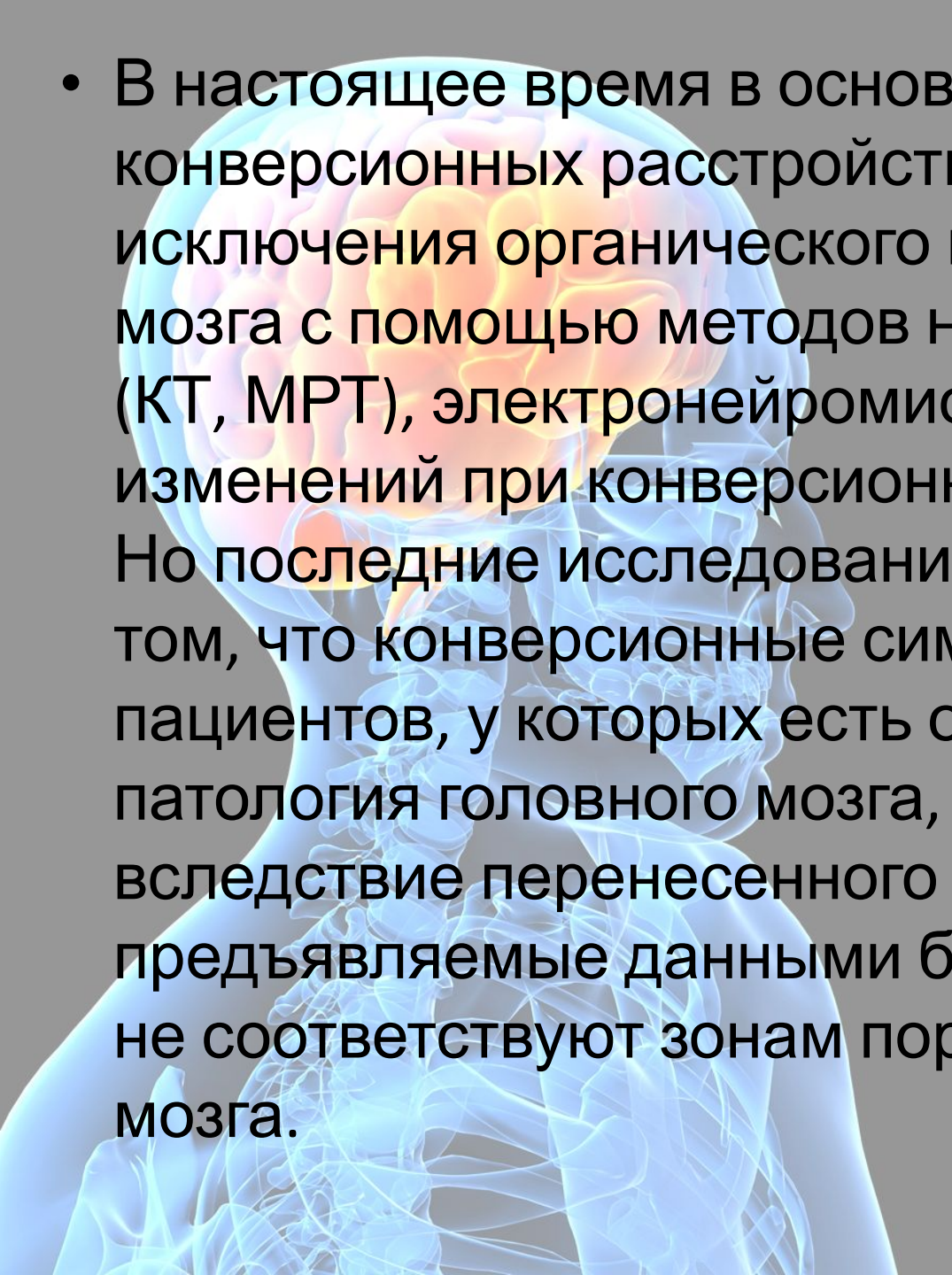
- Несмотря на то, что основу конверсионных расстройств составляют бессознательные психические механизмы, у данных пациентов имеется вторичная выгода.
- Органическая патология не выявляется
- Основные отличия функциональных расстройств от органических заболеваний заключаются в том, что их локализация не соответствует зонам иннервации, степень выраженности этих нарушений варьирует в течение короткого периода времени, степень выраженности симптома может уменьшаться при внушении и самовнушении.



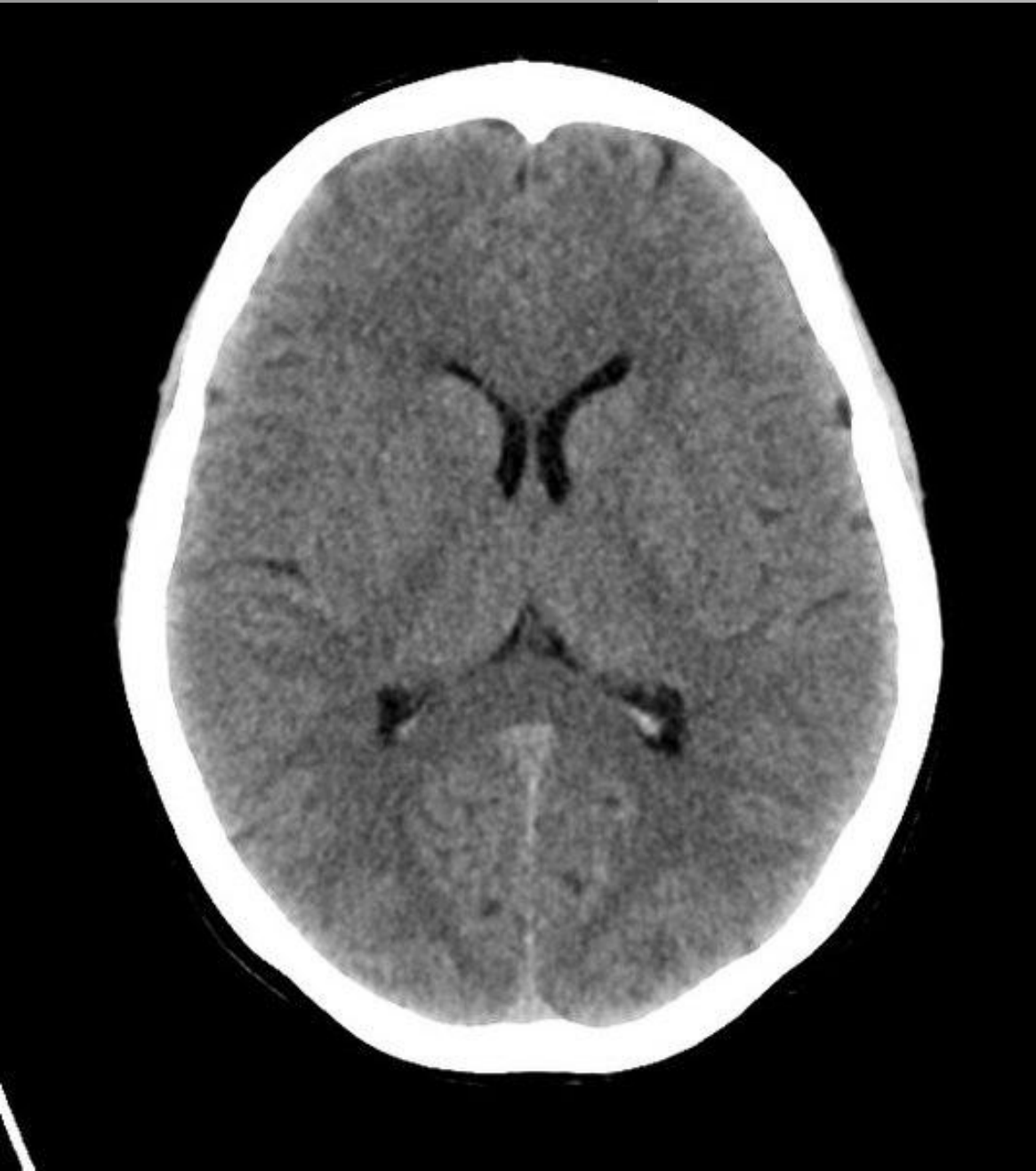
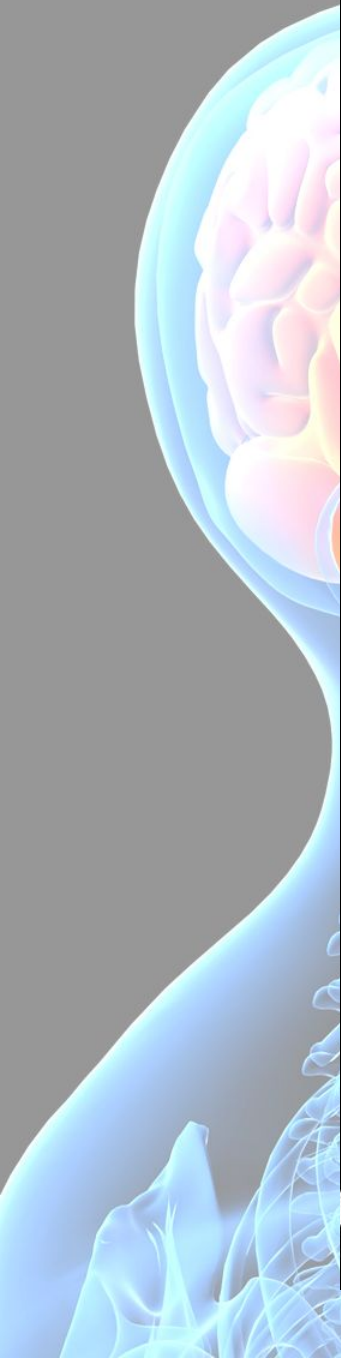
# Дифференциальная диагностика

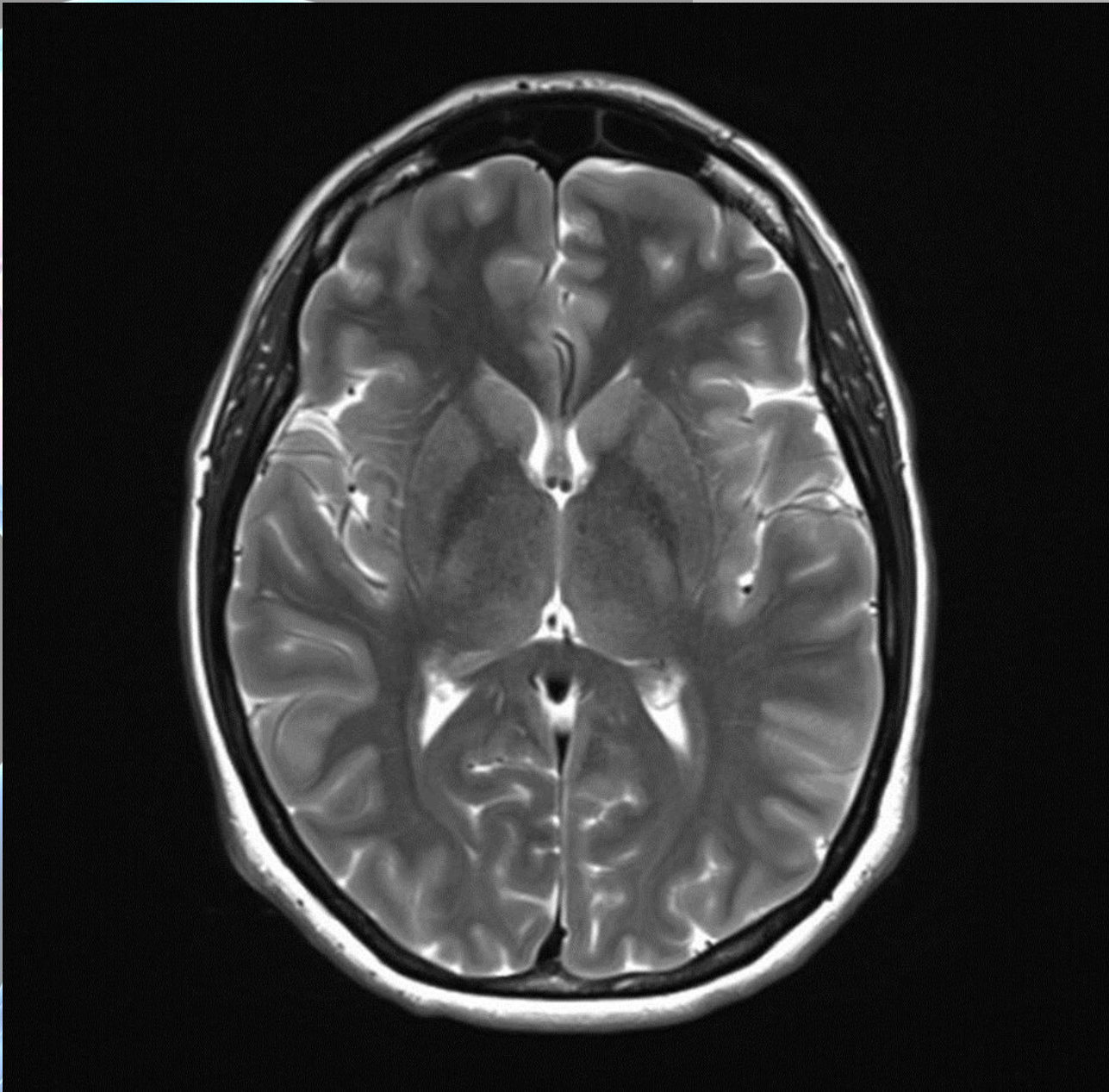
Включает 2 этапа

1. Исключение органической патологии.  
Методы КТ, МРТ, ЭНМГ
2. Установление истерического характера симптома на основании его характерных особенностей, сочетании нескольких типичных симптомов, проведение необходимых тестов

- 
- В настоящее время в основе диагностики конверсионных расстройств лежит метод исключения органического поражения головного мозга с помощью методов нейровизуализации (КТ, МРТ), электронейромиографии (отсутствие изменений при конверсионных расстройствах). Но последние исследования свидетельствуют о том, что конверсионные симптомы могут быть и у пациентов, у которых есть органическая патология головного мозга, например, вследствие перенесенного ОНМК. При этом предъявляемые данными больными симптомы не соответствуют зонам поражения головного мозга.

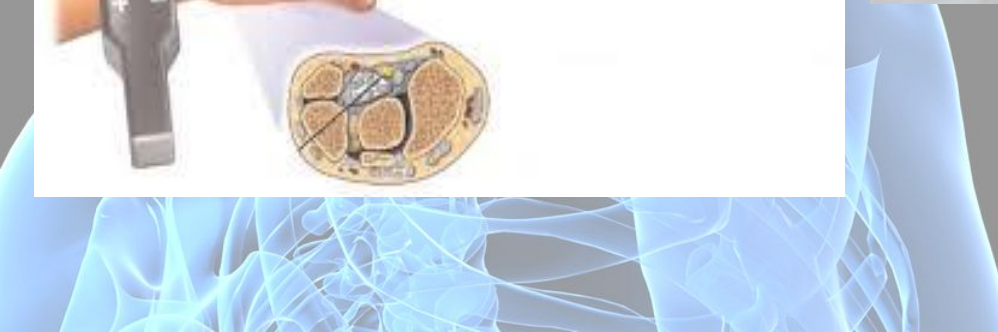
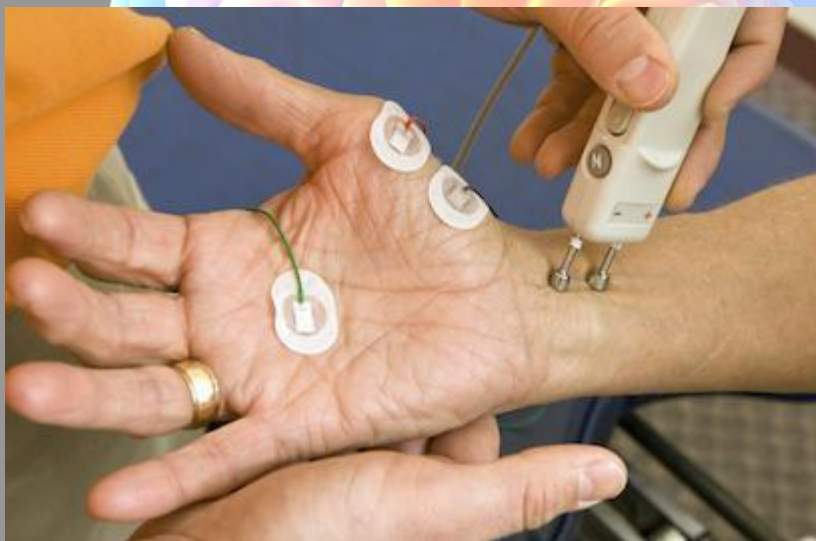








# Электронейромиография



# Конверсионные парезы



- психогенные больные чаще жалуются на слабость
- парезы в руках чаще латерализованны, а в ногах обычно выявляются с двух сторон
- при объективном исследовании слабость в конечностях более выражена и шире по локализации
- при тестировании выявляется феномен «зубчатой слабости»
- часто псевдопарезы развиваются на фоне диффузной мышечной гипотонии и симметричной гиперрефлексии, возможны патологические позы и контрактуры
- отсутствие асимметрии рефлексов, отсутствие мышечных атрофий.
- характерны сочетания с другими психогенными симптомами на той же стороне тела: болевыми, чувствительными, двигательными (тремор, псевдогемиспазм и др.)



## Нарушение походки

- Походка при конверсиях некоординированная, атаксическая, шатающаяся и сопровождается выраженными, нерегулярными, дёргающимися движениями корпуса, а также беспорядочными движениями и размахиванием рук. При этом больные падают редко, а если падают, то обычно не получают повреждений. Нарушения походки усиливаются, когда на больного окружающие обращают внимание.

## Тремор

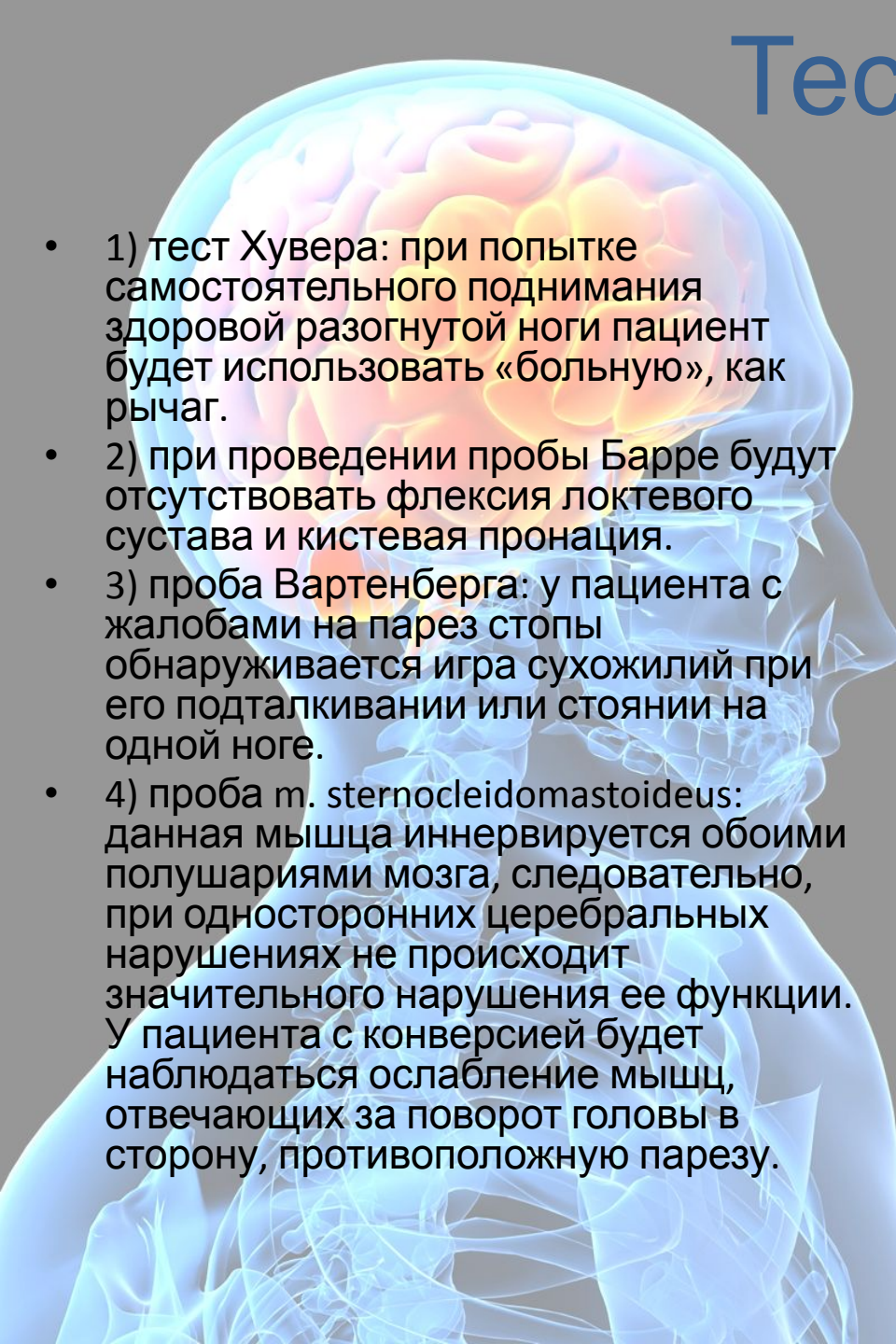
- Диссоциативный тремор часто бывает грубого характера и распространяется на всю конечность, усиливается при привлечении внимания к больному. **Диссоциативная афония** не сопровождается заболеваниями полости рта, голосовых связок.

# Психогенные припадки

- при дифференциальной диагностике с эпилептическим приступом следует учитывать то, что у больных с конверсиями приступы длятся дольше, потеря сознания продолжается более 5-15 минут, характерны «истерическая дуга», запрокидывание головы, закатывание глаз вверх, слезы, крики, стоны, самое главное - необходимость в зрителях.



# Тесты

- 
- 1) тест Хувера: при попытке самостоятельного поднимания здоровой разогнутой ноги пациент будет использовать «больную», как рычаг.
  - 2) при проведении пробы Барре будут отсутствовать флексия локтевого сустава и кистевая пронация.
  - 3) проба Вартенберга: у пациента с жалобами на парез стопы обнаруживается игра сухожилий при его подталкивании или стоянии на одной ноге.
  - 4) проба *m. sternocleidomastoideus*: данная мышца иннервируется обоими полушариями мозга, следовательно, при односторонних церебральных нарушениях не происходит значительного нарушения ее функции. У пациента с конверсией будет наблюдаться ослабление мышц, отвечающих за поворот головы в сторону, противоположную парезу.
  - 5) сохранение оборонительных реакций: при воздействии внезапным болевым раздражителем на пораженную конечность в ней наблюдается формирование защитной реакции (резкое отдергивание).
  - 7) проба Вартенберга по исследованию птоза: не происходит коррекции опущения века и сморщивания лба. Круговая мышца глаза активно сокращается.
  - 8) провоцирование эпилептического припадка в момент записи ЭЭГ. Больному вводят физиологический раствор, назвав его эпилептогенным препаратом, после чего регистрируется приступ, который можно купировать противосудорожным препаратом (тоже физиологический раствор).





# Лечение

- 1) комплексное — включающим медикаментозные и психологические методы лечения наряду с социальными вмешательствами
- 2) многоуровневое (личностный, межличностный, ситуационный)
- 3) многопрофильное — участие медицинских психологов и по показаниям: логопедов, врачей (психиатров, психотерапевтов, врачей лечебной физкультуры и физиотерапевтов), а также специально подготовленный средний медицинский персонал, социальных работников и специалистов в области терапии занятостью

# Медикаментозная терапия

- Антидепрессанты препараты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина: флуоксетин, пароксетин, сертралин, флувоксамин, эсциталопрам, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина: дулоксетин, венлафаксин, милнаципран.



# Нейролептики





**Спасибо за внимание!**