

Діагностика та лікування психогенних рухових розладів

Нещодавно відбулася міжнародна неврологічна онлайн-конференція «XIII Нейросимпозіум», під час якої свою доповідь «Психогенні рухові розлади та когніції» представив завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, доктор медичних наук, професор Михайло Михайлович Орос.



М.М. Орос

Група психогенних дискінезій містить психогенний тремор, психогенний міоклонус, психогенну дистонію, психогенний паркінсонізм і низку інших гіперкінезів.

Загальний алгоритм диференціального діагнозу психогенних гіперкінезів складається з аналізу таких факторів:

- ✓ руховий малюнок (відрізняється від стандартних: оригінальність, незвичайність);
- ✓ динаміка гіперкінезу (за впливу деяких ендогенних і екзогенних факторів: реагування на плацебо, реакція на відволікання, мінливість частотно-амплітудних характеристик та розподілу);
- ✓ синдромальне оточення (стигми, множинні рухові розлади, експресивний і вегетативний супровід);
- ✓ перебіг захворювання (раптовий, часто емоційний початок і варіабельність перебігу).

Важливим діагностичним критерієм психогенних гіперкінезів є оригінальність рухового малюнка, його унікальність. Специфічні феномени психогенних дискінезій – камптокормія (характеризується нахилом тулуба вперед і антрополоїдною позою, коли голова та тулуб паралельні землі, а руки звисають вільно

розгойдуються), а також губо-мовний спазм Брісса.

Варіантами гіперкінетичної ходи є:

- ✓ «сальтаторний спазм» – ходьба з періодичними підстрибуваннями чи присіданнями (або складнішими танцювальними рухами);
- ✓ chorea salutante – ходьба з поклонами, феномен «моторної бурі»;
- ✓ «киваючі-качаючий» гіперкінез (феномен «наїзника»).

Що стосується незвичайної динаміки гіперкінезу, то типовими її проявами можуть бути як раптовий початок, так і раптове припинення клінічних проявів. Також характерними є спонтанні ремісії на декілька годин або днів, клінічні дисоціації у вигляді вибіркової неспроможності, коли пацієнт демонструє неможливість здійснити будь-яку дію, як-от розстібання гудзиків, письмо тощо, та водночас легко виконує інші дії за участю тих самих м'язів ураженої кінцівки. Типовим для психогенних гіперкінезів є реагування на плацебо та психотерапію, а також наявність надмірно фіксованої пози з нерухливістю і незалежністю від будь-яких чинників, відсутність динаміки аж до формування

контрактур (т. зв. псевдодистонічний варіант психогенної дистонії).

Надзвичайно важливе (іноді вирішальне) значення в діагностиці психогенних гіперкінезів має синдромальне оточення, яке проявляється характерними стиґмами та функціонально-неврологічними феноменами; до них належать відчуття клубка в горлі, псевдопарез, псевдонапад, псевдоатаксія, псевдозаїкання, дисфагія, аутизм, диспное, різноманітні варіанти психогенної дисабізії, зорові та чутливі порушення за ампутаційним або гемі типом, алогічні феномени (часто в зоні гіперкінезу), сплячка, наявність інших пароксизмальних розладів, а також множинна соматизація. Якщо не в статусі, то в анамнезі вони зазвичай представлені багатим «репертуаром».

Психогенні рухові розлади (та психогенні гіперкінези окрема) в типових випадках характеризуються гострим (зазвичай емоційним) початком. Ремісії та екзацерації часто (але не завжди) пов'язані з розривом, дезактуалізацією або погіршенням психотравматичної ситуації. За психогенних гіперкінезів можливе спонтанне одужання.

Одним із проявів дискінезії є тремор – ритмічні мимовільні коливання щонайменше однієї частини тіла, які можна класифікувати відповідно до обставин, за яких він з'являється. Тремор спокою з'являється тоді, коли уражена частина тіла перебуває у спокої або в стані підтримки проти сил тяжіння, а тремор руки – під час вольових скорочень м'язів.

Психогенний тремор – найпоширеніша підкатегорія психогенних рухових розладів; найчастіше зустрічається в жінок. Середня тривалість тремору становить 4,6 року, а середній вік пацієнтів – 43 роки (±14 років). Клінічні ділянки, які постраждали, – рука (84%), нога (28%), усе тіло (20%). Частота тремору складає від 4 до 10 Гц. Якщо він присутній, то часто проявляється як у спокої, так і в дії. Тремор може поширитися на інші частини тіла, особливо коли одна кінцівка активно бере участь в іншій діяльності. Важливою позитивною діагностичною ознакою психогенного тремору може бути клінічна відсутність тремору пальців.

Характерним для психогенного тремору є дистрибуція (реакція на відволікання – зміна амплітуди, напрямку чи якості тремтіння і навіть його повне припинення при вольовому виконанні інших завдань). Наприклад, під час спілкування з пацієнтом тремор може бути мінімальним. Прохання лікаря постукувати пальцем контралатеральної кінцівки чи виконати розумові завдання, як-от декламація місяців року в зворотному порядку, може відволікати пацієнта, тому тремор в ураженій кінцівці змінює частоту, амплітуду чи характер. З метою посилення відволікання пацієнта можна попросити виконати рухи пальцем у складному порядку (наприклад, другий, п'ятий та третій пальці).

Однак варто пам'ятати, що органічний тремор також може мати змінну амплітуду, яка часто збільшується із занепокоєнням. Окрім того, деякі органічні тремори, як-от тремор голови в пацієнтів з есенціальним тремором або шийною дистонією, можуть мати досить нерегулярний ритм, змінювати напрямок (наприклад, від вертикального до горизонтального) та не обов'язково свідчити про психогенні гіперкінези.

Тремор також може приводитися в певний ритм, що можна продемонструвати, попросивши пацієнта зігнути та розгинути зап'ястя протилежної руки на різних частотах і захопити тремор в ураженій руці до частоти, схожої до добровільного повторюваного руху руки.

Тремор у декількох частинах тіла з однаковою частотою є прикладом його узгодженості. Когерентність тремору в декількох частинах тіла свідчить про психогенний тремор. Окрім того, епізоди «загального тремтіння тіла» більше відповідають психогенним дискінезіям.

Психогенний тремор часто є суєтисливим і може змінюватися у відповідь на певні подразники. Один зі способів перевірити наявність навіюваності – застосувати вібраційний камертон до ураженої частини тіла та припустити, що вібраційний подразник може змінити тремор.

Для реєстрації тремору проводиться треморографія з використанням як кінематичних методик (акселерометр, гіроскоп тощо), так і електроміографії; при цьому основними є два показники – частота тремору та його амплітуда.

Що стосується лікування психогенного тремору, то для його зменшення зазвичай використовуються анкіолітики – бензодіазепіни та ГАМК-ергічні препарати. Одним з таких ГАМК-ергічних препаратів, що добре себе зарекомендував, є Гамалате® В₆. Він являє собою вдале поєднання чотирьох природних метаболітів мозку, які здійснюють низку важливих функцій у центральній нервовій системі, а саме:

- ✓ у-аміномасляна кислота;
- ✓ у-аміно-β-оксимасляна кислота;
- ✓ магній глутамату гідробромід;
- ✓ пріроксину гідрохлорид (вітамін В₆).

у-Аміно-β-оксимасляна кислота є природним нейромедіатором мозку; в нормі утворюється з ГАМК, виконує функцію холінергічної стимуляції, здатна відновлювати пам'ять, забезпечувати глибокий і спокійний сон, усувати збудження, стрес, тривогу.

Саме усунення тривоги є важливою умовою налагодження продуктивного контакту лікаря і пацієнта. Порівняльне дослідження використання Гамалате® В₆ і бензодіазепіну продемонструвало, що анкіолітична дія Гамалате® В₆ на 30-й день не відрізняється від дії бензодіазепіну, при цьому варто пам'ятати, що Гамалате® В₆ є майже вдвічі ефективнішим після 30 днів лікування, ніж протягом перших 15 днів. У дослідженні зниження дози бензодіазепіну в ½ групи В з одночасним прийомом Гамалате® В₆ в ½ дозі не спричинило погіршення профілю тривожності в жодного пацієнта. Заміна бензодіазепіну на Гамалате® В₆ не зумовила появи тривожності чи іншого типу розладу, тому Гамалате® В₆ може цілком замінити бензодіазепін або чергуватися з ним, оскільки ефективність цього препарату аналогічна також для пацієнтів, які приймали чи не приймали анкіолітики.

Що стосується змін у психічній сфері, то відомо, що психогенні порушення не впливають на інтелект, але змінюють поведінку, яка, своєю чергою, впливає на стиль життя і спричиняє когнітивні порушення. Водночас спостереження довели таке: що кращою є когнітивна сфера, то менш імовірним буде розвиток психогенних порушень.

Для лікування когнітивних порушень, зумовлених психогенними гіперкінезами, з успіхом використовується когнітивно-поведінкова терапія. Не менш важливим є створення умов для покращення когніції.

До немедикаментозного лікування психогенного порушення руху належать навіювання, опосередкована терапія, психоаналіз і гіпноз.

Підготував Олександр Соловійов



Гамалате® В₆ Допоможе відновити рівновагу

- ✓ Продуктивність мислення
- ✓ Пам'ять
- ✓ Концентрацію уваги
- ✓ Усуне тривогу, збудження, порушення сну



Унікальне поєднання чотирьох природних метаболітів мозку, які здійснюють ряд найважливіших функцій в ЦНС



Фармакотерапевтична група. Психостимулятори та нозотропні засоби. Код АТХ N06B X. Показання. Дорослим не доведеної засіб при функціональній астмі з проявами емоційної лабільності: порушення концентрації уваги та пам'яті, депресії та астмі, низької здатності до адаптації. Побічні реакції. При застосуванні у високих дозах можливі диспептичні розлади, що зникають при зменшенні дози. Не виключена поява алергічних реакцій. Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату: у-аміномасляна кислота; гостра ниркова недостатність. Протипоказаний препарат: адреналіновий препарат. Взаємодія. Взаємодія з алкоголем та іншими препаратами. Інструкція наведена у скороченому варіанті. Інформація для фахівця у сфері охорони здоров'я, для поширення на спеціалізованих семінарах, конференціях і симпозіумах з медичної тематики.

