

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц



2018г.

Регистрационный № 228-1218

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ УСТАНОВОЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ У
ПАЦИЕНТОВ СО СЛУХОВЫМИ, ЗРИТЕЛЬНЫМИ,
СТАТОДИНАМИЧЕСКИМИ, ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ,
БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской
экспертизы и реабилитации»

Авторы: д.м.н. В.Б. Смычек, к.м.н. Д.С. Казакевич, к.м.н. И.Я. Чапко,
к.м.н. Осипов Ю.В., к.м.н. Т.А. Емельянцева, С.В. Козлова,
П.А. Ильюхин

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневиц
28.12.2018
Регистрационный № 228-1218

**МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ УСТАНОВОЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ СО СЛУХОВЫМИ, ЗРИТЕЛЬНЫМИ,
СТАТОДИНАМИЧЕСКИМИ, ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ,
БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический
центр медицинской экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: д-р мед. наук В. Б. Смычек, канд. мед. наук Д. С. Казакевич, канд. мед.
наук И. Я. Чапко, канд. мед. наук Ю. В. Осипов, канд. мед. наук
Т. А. Емельянцева, С. В. Козлова, П. А. Ильюхин

Минск 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод определения установочного поведения (симуляции, аггравации, диссимуляции, дезаггравации) у пациентов со слуховыми, зрительными, статодинамическими, психологическими нарушениями, болевым синдромом (далее — метод) для целей проведения медицинского осмотра пациентов врачами-специалистами организаций здравоохранения

Инструкция предназначена для врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам в амбулаторных и (или) стационарных условиях, врачей-специалистов медико-реабилитационных экспертных комиссий (врачей-экспертов, врачей-реабилитологов) и других врачей-специалистов.

Определения:

симуляция — сознательное (умышленное, преднамеренное) создание видимости болезни или отдельных ее симптомов человеком, не страдающим данным заболеванием, для получения вторичных выгод;

диссимуляция — сознательное (умышленное, преднамеренное) сокрытие или стремление скрыть имеющееся заболевание или ее симптомы;

аггравация — намеренное или непреднамеренное преувеличение пациентом симптомов имеющегося у него заболевания;

дезаггравация — сознательное преуменьшение пациентом тяжести своего состояния или сокрытие отдельных симптомов имеющегося заболевания;

установочное поведение — осознанное, целенаправленное стремление пациента представить симптомы несуществующего заболевания (симуляция, метасимуляция, суперсимуляция), утяжелить симптомы имеющегося заболевания (аггравация), предъявить симптомы, утяжеляющие общее состояние организма (поиск симптомов), или скрыть существенные симптомы болезни (диссимуляция) в целях получения выгоды или достижения определенных целей.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Пациенты со слуховыми, зрительными, статодинамическими, психологическими нарушениями, болевым синдромом и признаками установочного поведения.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Порядок проведения медицинского осмотра пациента определен инструкцией о порядке проведения медицинских осмотров, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.12.2015 № 127.

1. Диагностика установочного поведения:

Для диагностики установочного поведения используются методы:

1.1. метод экспертных оценок.

1.2. Метод тщательного, целенаправленного наблюдения за пациентом врачами-специалистами, иными медицинскими работниками, специалистами:

в период медицинского осмотра (в условиях «экспертизы») с использованием отвлечения внимания пациента, метода «провокации»; вопросов «с подвохом», постоянным сопоставлением субъективных жалоб, динамики предъявляемых симптомов и поведения пациента;

при осмотре пациента другим врачом-специалистом, иным специалистом;

вне кабинета врача-специалиста, в условиях обычной жизнедеятельности пациента, который ведет себя естественно, не предполагая, что и вне медицинского осмотра (вне «экспертизы») продолжается наблюдение за его жизнедеятельностью — способностью к самостоятельному передвижению, использованию технических средств социальной реабилитации, самообслуживанию, ориентации, общению, способностью контролировать свое поведение, другое;

при общении пациента с родственниками, сопровождающими, другими пациентами, медицинским и иным персоналом;

1.3. Контрольные методы оценки степени нарушений функций органов и систем организма в зависимости от выявленного установочного (симуляционного) симптомокомплекса с целью исключения или подтверждения установочного поведения пациента.

2. Диагностика установочного поведения у пациентов со слуховыми нарушениями.

2.1. Диагностика аггравации одно- и двусторонней тугоухости производится в случаях:

если данные неоднократных исследований слуха не совпадают между собою;

если испытуемый отвечает медленно, заикаясь, и наблюдается умышленное скрывание слуха. Неправильные ответы на названные слова получаются приблизительно в половине случаев. Подозрение в преувеличении подтверждается:

если пациент лучше слышит с завязанными глазами или в темноте, или если ему здоровое ухо закрывается помощником, а не сам пациент закрывает себе глаза и затыкает ухо;

если можно доказать лучший слух у испытуемого, вводя его в заблуждение тем, что несколько человек с разных расстояний поочередно шепотом произносят слова, или исследующий врач стоит все время неподвижно, а помощник его приближается и удаляется;

если при продолжительном исследовании с завязанными глазами или в темноте у испытуемого от утомления и слабости можно будет установить ширину слуха большую, чем было до начала исследования.

Субъективные методы исследования для диагностики аггравации одно- и двусторонней тугоухости:

акуметрия за экраном с использованием фраз бытового характера, обладающих информационной избыточностью;

способ Каспера. Врач-специалист начинает беседу с пациентом вначале очень громко, а затем постепенно снижает громкость своего голоса. Если пациент продолжает отвечать, то вероятно, он аггравировал имеющееся у него снижение слуха;

способ Вернике (используется, если пациент слышит шепот). Пациенту закрывают глаза экраном и поворачивают исследуемым ухом к говорящему. Проводимое обследование основывается на том, что шепотная речь разных людей практически неотличима. Врач-специалист находится на расстоянии, с которого пациент хорошо разбирает шепотную речь. Помощник располагается несколько далее, где эта речь разбирается плохо. Затем оба специалиста по очереди повторяют шепотом слова. Аггравант и нормально слышащий человек будут повторять эти слова как за врачом-специалистом, так и помощником, который находится на более далеком расстоянии от пациента. Истинно тугоухий будет разбирать только шепотную речь, произнесенную врачом-специалистом;

способ Штенгера. Основан на феномене маскировки. При предоставлении на оба уха тона одинаковой частоты, но разной громкости, ухом будет восприниматься только более громкий звуковой раздражитель. Этот опыт в первоначальном варианте, предложенном автором, с применением двух камертонов одинаковой высоты, используют для выявления симуляции односторонней глухоты. В настоящее время использование теста Штенгера, которым оснащены современные аудиометры, возможно для определения аггравации односторонней тугоухости или выраженной асимметричной потери слуха. Опыт проводится по относительной шкале, начиная с частоты 125 Гц, а затем последовательно на всех остальных частотах. Методика его выполнения заключается в следующем. Подается тон в лучше слышащее ухо интенсивностью, на 5 дБ превышающей порог восприятия. Затем увеличивают силу звука на хуже слышащее ухо до тех пор, пока пациент не даст знать, что он стал этим ухом слышать сигнал. Уровень, при котором пациент отметил латерализацию звука в худшее ухо, регистрируется на аудиограмме как порог восприятия с поправкой ± 10 дБ;

пороговая тональная аудиометрия с интервалом исследования 2–5 дней. Колебания полученных данных по каждой речевой частоте (500, 1000, 2000, 4000 Гц) не более 25 дБ;

речевая аудиометрия в наушниках при комфортном уровне громкости. Процент разборчивости речи колеблется в пределах не более 5–10 % в ту или другую сторону.

Способы Каспера, Вернике и Штенгера применимы и для выявления симуляции одно- и двусторонней глухоты.

Объективные методы исследования для диагностики аггравации одно- и двусторонней тугоухости:

отоакустическая эмиссия (ОАЭ), задержанная вызванная ОАЭ (ЗВОАЭ) и ОАЭ на частоте продукта искажения (DPOAE). Регистрация всех видов отоакустической эмиссии диагностирует потерю слуха менее 30 дБ;

импедансометрия. Регистрация ипси- и контралатеральных акустических рефлексов в исследуемом диапазоне частот свидетельствует о порогах слуха 7 дБ и ниже;

порог обнаружения коротколатентных вызванных слуховых потенциалов (КСПВ), результаты регистрации стационарных слуховых потенциалов (ASSR).

2.2. Диагностика симуляции двусторонней тугоухости, односторонней глухоты, двусторонней глухоты показана в случаях:

если пациент уверяет, что он не слышит ни шепотной речи, ни разговорной при закрытом другом, хорошо слышащем ухе;

если пациент уверяет, что он, при хорошо слышащем одном ухе, не слышит ни один из приставляемых к глухому уху камертонов, даже выше «а». Высокие камертоны должны быть слышимы здоровым ухом.

Обнаружение симуляции односторонней глухоты часто удается с помощью просверленной оливы. Берут две одинаковые оливы, из которых одна просверлена. Во время испытания слуха затыкают мнимое больное ухо то одной, то другой оливой и стараются обнаружить обман симулирующего.

Субъективные методы исследования симуляции двусторонней тугоухости, односторонней глухоты, двусторонней глухоты:

акуметрия за экраном с использованием вопросов бытового характера, обладающих информационной избыточностью и интересующих пациента, применение любого словесного раздражителя (например, незаметный оклик), который поможет разрушить искусственно созданную доминанту «я глухой»;

пороговая тональная аудиометрия с интервалом исследования 2–5 дней. Колебания полученных данных по каждой речевой частоте (500, 1000, 2000, 4000 Гц) не более 25 дБ;

речевая аудиометрия в наушниках при комфортном уровне громкости (при выявлении симуляции двусторонней тугоухости). Процент разборчивости речи колеблется в пределах не более 5–10 % в ту или другую стороны. На тональной пороговой аудиометрии порог слухового восприятия на частоте 1000 Гц выше, в результате чего уровень комфортной громкости намного ниже среднего значения для отолотически здорового человека (30–40 дБ над порогом слуха на частоте 1000 Гц) даже с учетом наличия феномена ускоренного нарастания громкости (ФУНГ).

Объективные методы исследования симуляции двусторонней тугоухости, односторонней глухоты, двусторонней глухоты:

ОАЭ, ЗВОАЭ и DPOAE. Регистрация всех видов отоакустической эмиссии диагностирует потерю слуха менее 30 дБ;

импедансометрия. Регистрация ипси- и контралатеральных акустических рефлексов в исследуемом диапазоне частот свидетельствует о порогах слуха 7 дБ и ниже. При односторонней глухоте акустический рефлекс при ипсилатеральной стимуляции будет регистрироваться только на здоровом ухе, а при контралатеральной стимуляции — только на «глухом»;

порог обнаружения коротколатентных вызванных слуховых потенциалов (КСПВ), результаты регистрации стационарных слуховых потенциалов (ASSR).

Для диагностики симуляции двусторонней тугоухости используются следующие способы: способ Каспера; способ Вернике; способ Тато (Tato).

Последний представляет собой модифицированный опыт Ломбарда с использованием аудиометра. На расстоянии 1 м от обследуемого устанавливают микрофон шумомера. На уши надевают головные телефоны от аудиометра. Обследуемому предлагают читать текст. При этом устанавливают интенсивность его голоса шумомером. Затем одновременно подают через наушники заглушающий шум в 10, 20, 30, 40 дБ и т. д. на оба уха. При помощи шумомера улавливают тот момент, когда пациент начинает усиливать голос. У отолотически здоровых лиц это наступает между 10 и 20 дБ над слуховым порогом.

Для диагностики симуляции односторонней тугоухости или глухоты используются следующие способы:

опыт Шварцце. Основан на неполном выключении здорового уха путем его закрытия комочком ваты. При этом продолжают разговаривать с обследуемым на обычной громкости. Симулянт перестанет отвечать на вопросы, думая, что при таком закрытии здорового уха наступает полное его выключение;

проба костной латерализации. Методика основана на том, что звук через кость доходит до здорового уха независимо от того, где приложен камертон. Приводят в возбуждение бранши камертона с частотой 128 Гц и прикладывают к сосцевидному отростку на стороне «глухого» уха. Симулянт сообщит, что не слышит тон камертона на этой стороне;

способ Штенгера. Для этого опыта в первоначальном варианте, предложенном автором, используют два камертона одинаковой высоты. После приведения камертонов в возбужденное состояние их приближают к обоим ушам таким образом, чтобы один из них оказался ближе к уху, на которое пациент пытается показать хуже слух. При этом у пациента спрашивают, каким ухом он слышит звук. Симулянт ответит, что ничего не слышит. Человек, действительно глухой на одно ухо, будет в течение всего времени исследования говорить, что слышит камертон здоровым ухом. При проведении аудиометрического теста Штенгера симулянт перестанет отвечать на сигнал, интенсивность которого будет выше сигнала, подаваемого на здоровое ухо;

уловка Маркса. Находясь за спиной обследуемого (с целью исключения слухозрительного контакта), заглушают здоровое ухо включенной трещоткой Барани и спрашивают, что он слышит. Если пациент ничего не ответил, то у него действительно имеет место односторонняя глухота, так как трещотка Барани полностью выключает здоровое ухо, исключая возможность передачи звуковых колебаний в здоровое ухо, как по воздушной, так и костной проводимости;

речевая аудиометрия с использованием двухканального аудиометра. Для выявления симуляции односторонней глухоты можно использовать опыт Люце, при котором в оба уха вводят разветвленную резиновую трубку и через нее произносят слова, зажимая попеременно ее ветви. Симулянт обязательно ошибется и повторит слово, когда была пережата трубка, вставленная в здоровое ухо. Нами предложена модификация этого опыта с применением речевой аудиометрии. В оба уха подаются одновременно с двух головных телефонов звуковые стимулы (разносложные фонетически сбалансированные слова, которые

составлены Г. И. Гринбергом и Л. Р. Зиндером (1957) и записаны на CD-диске) на комфортном уровне громкости для здорового уха. В процессе исследования периодически отключается канал, через который подаются слова на здоровое ухо. Симулянт обязательно ошибется и иногда повторит слово, которое он будет слышать в «глухом» ухе при отключении здорового.

2.3. Диагностика симуляции двусторонней глухоты без специального оборудования выполняется следующими способами:

исследование ауропульпебрального рефлекса Бехтерева. Перед обследуемым находится помощник, а за его спиной — врач с барабаном. При ударе в барабан симулянт будет мигать вследствие возникновения безусловного рефлекса на слишком громкий звуковой раздражитель;

способ Говсеева–Попова. Сущность этого опыта основывается на торможении тактильных ощущений при раздражении слухового анализатора отолгически здорового человека. Тактильное и звуковое раздражение возникает при проведении по спине пациента, покрытой несколькими слоями марли (модификация Ф. А. Попова), щеткой с грубым ворсом, тактильное — при проведении тыльной поверхностью ладони. Врач-специалист спрашивает пациента, чем он проводит по его спине. Затем врач одновременно проводит рукой по спине пациента, а щеткой — по своему халату. Отологически здоровый человек, прежде всего, ориентируется на звуковые ощущения и ответит, что по его спине провели щеткой. Истинно глухой всегда точно отличит прикосновение руки от щетки;

способ Тато;

исследование костной проводимости для низких частот. Устанавливается костный телефон аудиометра на правое или левое ухо. Подаются тоны с частотой до 256 Гц на большой интенсивности. Истинно глухой воспринимает тоны в форме вибрации и сообщает об этом. Симулянт не отличит колебания от звука, в результате чего говорит, что ничего не слышит.

В некоторых случаях другим сочетанным раздражителем может быть фарадический ток, вызывающий сокращение мышц руки.

Опыт производится следующим образом: не исследуемое ухо плотно закупоривается при помощи ватного тампона, пропитанного маслом, который вставляется в наружный слуховой проход. Пациенту предлагается закрыть глаза или они завязываются платком; он сидит удобно за столом, правая рука лежит на столе и держит какой-нибудь предмет (например, карандаш). Предварительно пациенту объясняют, что при каждом ощущении прикосновения к плечу он должен тотчас же стукнуть по столу тем предметом, который он держит в руке. Врач-специалист становится на желаемом расстоянии от уха пациента, например, на расстоянии 2 м, и шепотом произносит какое-нибудь слово, например: «раз, два». Одновременно очень мягко он прикасается к плечу пациента имеющейся у него в руках указкой или линейкой соответствующей длины. Пациент при ощущении прикосновения к плечу стучит карандашом по столу. Таким путем формируется условный двигательный рефлекс на сочетанное раздражение: шепотная речь на расстоянии 2 м плюс прикосновение к плечу. При воспитании условного рефлекса необходимо строго соблюдать следующие условия:

шепотная речь все время должна быть одинаковой по быстроте произношения слов и интенсивности звука;

расстояние от уха пациента должно сохраняться неизменным;

необходимо соблюдать строгую ритмичность в действии сочетанных раздражителей, т. е. произносить звук и прикасаться к плечу пациента каждый раз через неравные промежутки времени, чтобы не воспитать условного рефлекса на ритм.

По истечении некоторого времени, неодинакового у разных лиц, можно заметить, что условный двигательный рефлекс на сочетанное раздражение сформирован, тогда произнесение шепотом слова, не сопровождаемого прикосновением к плечу, вызывает осуществление этого рефлекса, т. е. стук карандашом по столу. Осуществление этого рефлекса является несомненным объективным признаком того, что пациент шепотную речь на расстоянии в данном случае 2 м слышит.

В случае необходимости опыт повторяется с произнесением слова шепотной речью на другом расстоянии. Таким путем точно устанавливается острота слуха на шепотную речь. Если оказывается, что шепотная речь пациентом не воспринимается, то воспитание условного двигательного рефлекса производится на разговорную речь, при этом не исследуемое ухо заглушается при помощи трещотки Барани.

Для определения слуха необходимо последовательно произвести несколько опытов с воспитанием условного двигательного рефлекса, а именно: первоначально определяется, слышит ли исследуемый шепотную речь на расстоянии 2 м тем или другим ухом. Если условный двигательный рефлекс осуществляется, то этим ограничивается исследование, ибо это означает, что острота слуха на исследуемое ухо равна не менее 2 м для шепотной речи. Если же условного рефлекса на шепотную речь на этом расстоянии не возникает, то повторяют опыт с шепотной речью на более близком расстоянии, например, 1 м. Оценка слуха на шепотную речь проводится возле ушной раковины, на разговорную речь — на расстоянии 1 м, около ушной раковины, или на крик.

2.4. Диагностика симуляции двустороннего снижения слуха проводится следующими способами:

способ Каспера. Врач-специалист начинает с пациентом говорить сначала очень громко и затем, во время разговора, незаметным образом постепенно понижает свой голос. Если пациент продолжает его слышать, то ясно, что острота его слуха больше, чем он показывал вначале;

способ Тшуди. В ухо попеременно вставляют воронку или слуховую трубку, наполненную воском или без него и предлагают испытуемому повторить произнесенные шепотом слова. Так как пациент одинаково ощущает чувство закладывания от открытых и закрытых воронок, то он, не соображая, каким ухом слышит, дает правильные ответы.

2.5. Диагностика притворной глухоты на оба уха. Истинно глухой не отстраняется от врача-специалиста, который его исследует, напротив, он с напряженным вниманием следит за ним, смотрит, говоря ему прямо в лицо, с осмысленным взглядом и старается читать по его губам. Мнимо глухой неестественно приближает свое лицо к лицу врача-специалиста, избегая смотреть

на врача-специалиста и на движение его губ при разговоре, прерывая разговор вопросом «что» или же монотонно повторяя: «я не слышу, я глух», приставляет руку к своему уху, делает неестественные гримасы.

Диагностика притворной глухоты на оба уха проводится следующими способами:

способ Швартце. Низкие камертоны большого размера приставляются то к костям черепа, то к концам пальцев. Симулянты при этом утверждают, что они не чувствуют колебаний камертона;

способ Говсеева основан на существовании иллюзии при одновременном восприятии впечатлений двумя органами чувств — осязанием и слухом. Если одетого человека с нормальным слухом поглаживать по спине ладонью, а затем платяной щеткой, то испытуемый всегда правильно ответит, чем поглаживали его по спине. Если врач-специалист проведет щеткой по своей одежде и одновременно ладонью по спине пациента, то последний всегда ответит, что по спине проводили щеткой, так как он будет слышать характерный звук щетки. Пациент основывает свои ощущения не на осязании, а на звуковом восприятии. Глухой, предварительно подготовленный, не ошибется, так как слуховые ощущения для него не существуют и не извращают его восприятий. В случае, если у пациента слух не потерян, а он лишь притворяется глухим, тогда он неизбежно будет ошибаться.

3. Диагностика установочного поведения у пациентов со зрительными нарушениями.

3.1. Диагностика симуляции слепоты на один глаз проводится следующими способами:

исследование прямой и содружественной реакции зрачков на свет. При полной слепоте на один глаз прямая реакция зрачка на свет отсутствует, содружественная — сохранена;

закрыв зрячий глаз, предлагают пациенту смотреть прямо вперед. Пациент обычно фиксирует какой-нибудь предмет. Тогда перед глазом пациента ставится призма в 10–12°, переносящая фиксируемый предмет в сторону от макулы. При этом действительно слепой глаз останется неподвижным, а мнимо слепой делает движение в сторону верхушки призмы, так как иначе он не может ясно видеть фиксируемый предмет;

закрыв зрячий глаз, перед слепым глазом специалист водит пальцем в различных направлениях, предлагая пациенту смотреть за пальцем. Слепой глаз обычно поворачивается в указанных направлениях. Затем врач-специалист, продолжая водить пальцем, уже не говорит направление. Мнимо слепой пациент продолжает следить глазом за пальцем.

3.2. Диагностика симуляции снижения зрения на один или оба глаза проводится следующими способами:

исследование остроты зрения по таблицам с различных дистанций можно проводить как по обычным таблицам Головина–Сивцева, так и по специальным разрезным таблицам для контрольного исследования остроты зрения (таблицы с переставленными строками, опто типы Поляка и др.);

исследование остроты зрения с помощью изолированных знаков с различных дистанций проводят при полной коррекции в соответствии с данными скиаскопического определения рефракции. Если пациент показывает одну и ту же остроту зрения при чтении знаков различной величины с различных дистанций, то показания являются верными;

зеркальная проба, которая основана на том, что плоское зеркало дает мнимое изображение объекта на таком расстоянии позади зеркала, на котором он (объект) расположен впереди зеркала, т. е. знаки видны на удвоенном расстоянии. Вначале по таблице или по изолированным знакам без зеркала определяют остроту зрения. Затем врач-специалист располагает таблицу позади или рядом с обследуемым так, чтобы знаки отражались в зеркале, висящем напротив. В зеркале знаки видны на удвоенном расстоянии. Если пациент читал с расстояния 5 м первую строку таблицы и продолжает ее читать в зеркале, то острота зрения на самом деле равна 0,2, а не 0,1;

выключить лучше видящий глаз из функции зрения можно приставлением к оправе двух сильных цилиндрических стекол с противоположными знаками, но с совпадающими осями, т. е. нейтрализующих друг друга. Затем незаметно поворачивают ось одного стекла перпендикулярно оси другого. Если пациент хорошо видит и другим глазом, то он продолжает читать знаки, полагая, что видит, как и прежде, «лучшим» глазом;

метод Жавая: пациенту показывают шрифт, перед которым перпендикулярно строчкам держат карандаш. Пациент будет свободно читать, если видит обоими глазами. При зрении одним глазом он должен поворачивать голову, так как карандаш заслоняет некоторые буквы;

проба Снеллена с цветными стеклами основана на том, что красное стекло делает незаметными на светлом фоне знаки красного цвета, а на черном фоне — знаки зеленого цвета. Зеленое стекло, наоборот, делает неузнаваемыми на белом фоне знаки зеленого цвета, на черном — красного. Если пациент, перед «лучшим» глазом которого стоит красное стекло, а перед «худшим» — зеленое, читает красные буквы, то он определяет их «худшим» глазом.

3.3. Симуляция или аггравация односторонней амблиопии выявляется также с помощью большого диплоскопа, на барабане которого буквы, расположенные справа, видны левым глазом, а расположенные слева — правым глазом. Полагая, что правым глазом видны буквы в правой части ряда, а левым — в левой, пациент читает те из них, которые, по его мнению, он видит «лучшим» глазом и таким образом проявляет симуляцию.

3.4. Объективным способом определения остроты зрения является проба с оптокинетическим нистагмом. Метод основан на возникновении нистагма при фиксации движущихся объектов. Если пациент не различает эти объекты, нистагм не проявляется. Аппарат для определения нистагма состоит из барабана, вращающегося в правую и левую стороны. На лентах барабана нанесены в шахматном порядке черные и белые квадраты определенных размеров. Остроту зрения определяют в зависимости от поперечника клеток.

3.5. Диагностика симуляции ограничений полей зрения. Симуляция изменений поля зрения часто сопровождается симуляцией снижения остроты

зрения. Резкое концентрическое сужение полей зрения, которое показывает пациент, обычно не соответствует его ориентировке в пространстве. При повторных исследованиях на периметре, особенно с помощью цветных объектов, обнаруживаются различные границы поля зрения. Симуляцию ограничения поля зрения можно выявить при повторных исследованиях на периметре или кампиметре с различных расстояний (симулянт в таких случаях не меняет своих показаний) или перенесением точки фиксации на 20–30° от центра к периферии по дуге периметра.

3.6. Симуляция нарушения цветоощущения выявляется при демонстрации полихроматических таблиц Е. Б. Рабкина или с помощью аномалоскопа Нагеля. При этом показания симулянта будут отличаться от показаний цветослеплого или цветоаномала.

3.7. Симуляция нарушения сумеречного зрения выявляется с помощью адаптометра: кривая зрительной темновой адаптации у симулянта отличается от таковой у гемералопа.

3.8. Диагностика диссимуляции цветослепоты или цветоаномалии проводится с помощью полихроматических таблиц Е. Б. Рабкина и аномалоскопа.

3.9. Диагностика диссимуляции снижения остроты зрения осуществляется с помощью неизвестных для пациента тестов (например, разрезные таблицы), чтобы исключить возможность для пациентов выучить наизусть общепринятые таблицы. Выявлению диссимуляции помогает также тщательное объективное обследование больного, позволяющее обнаружить объективные причины снижения зрительных функций.

4. Диагностика установочного поведения у пациентов с болевым синдромом и статодинамическими нарушениями при болезнях нервной системы.

4.1. Контрольные методы (способы) диагностики и оценки степени выраженности болевого вертебрального синдрома у пациентов с установочным поведением:

оценка изменения нормальной физиологической конфигурации позвоночника — уплощение поясничного лордоза и формирование вертебральной деформации (сколиоз и др.), мышечных атрофий и дистрофий;

оценка дефанса длинных мышц спины, чаще одностороннего, сохраняющегося в горизонтальном положении пациента на животе, либо при нахождении в вертикальном положении стоя на одной ноге поочередно (феномен «симптомом ипсилатерального (гомолатерального) напряжения паравертебральной мышцы»), произвольный рефлекторный генез которого может использоваться в диагностике установочного поведения. В норме стояние на одной ноге сопровождается напряжением паравертебральных мышц на противоположной стороне (контралатерально). На стороне опорной ноги паравертебральные мышцы расслабляются. При болевом синдроме в поясничном отделе позвоночника с наличием острого или подострого люмбоишиалгического или корешкового синдрома ипсилатеральная мышца не расслабляется вследствие развития локальной или регионарной миофиксации — мышечно-тонического синдрома;

пробы Минора, Шоберта, Отта с целью оценки изменения статодинамической функции позвоночника (ограничение сгибания, разгибания, ротации и др.). Оценка подвижности позвоночника проводится также при наблюдении за походкой пациента, манерой сидеть, ложиться и вставать, «излишними» движениями при одевании, раздевании (например, снятие обуви с помощью палки или дополнительные промежуточные разгрузочные двигательные акты и позные установки и т. д.). Во время ходьбы пациент щадит больную ногу, касаясь пола только носком (укорочение опорной фазы на ногу со стороны люмбоишиалгии, а также «симптом двойного укорочения» ноги на стороне люмбоишиалгии — нога частично согнута в тазобедренном и коленном суставах и разогнута в голеностопном суставе (опора на носок), что позволяет придать пострадавшему вертебропельвиомембральному сегменту необходимую антальгическую позную установку, тем самым «щадя» пораженные позвоночные двигательные сегменты); таким образом, вся нагрузка приходится на здоровую ногу.

Оценка посадки пациента на кушетке: при болевом синдроме пациент нагружает ягодичную (седалищную) область лишь на стороне противоположной люмбалгии или люмбоишиалгии, соответственно разгружая аналогичную область на «больной стороне» посредством упора руками в подлокотник или на сиденье, а при шейном остеохондрозе разгружает шейный отдел, поддерживая голову руками и упираясь в стол. Для поднятия предмета с пола пациент вынужден присесть на корточки или же наклонять туловище вперед, сгибая при этом больную ногу. При грудном остеохондрозе пациент стремится сидеть, опираясь о спинку стула;

сопоставление выполняемых однотипных движений пациента лежа, стоя, при отвлечении внимания (вне экспертной обстановки при наличии возможности). При умышленной симуляции пациент отказывается выполнять одни движения из-за боли, но выполняет их в другом положении либо при отвлечении внимания без болевого синдрома.

оценка вегетативных нарушений в динамике неврологического осмотра: при усилении болевого синдрома в момент пальпации, вызывании симптомов натяжения отмечаются выраженный гипергидроз, изменение окраски кожных покровов, лабильность артериального давления, тахикардия и др. При аггравации выраженного болевого синдрома имеет место несоответствие между жалобами пациента, проводимыми пробами и отсутствием вегетативных нарушений при осмотре;

специальные неврологические тесты:

проверка симптомов натяжения сидя, лежа, при отвлечении внимания и сопоставление полученных данных (проведение двух фаз симптома Лассега, Сикара, Бехтерева, Вассермана, Мацкевича, Соколянского и др.);

симптом «посадки», который выявляется следующим образом: пациенту, лежащему на спине, предлагают сесть с вытянутыми ногами; при этом наблюдается сгибание (непроизвольное антальгическое) в коленном суставе одной или обеих ног. Если препятствовать сгибанию ног нажатием на коленные суставы, туловище пациента отклоняется назад. У здорового человека сгибания ног или отклонения туловища назад не наблюдается (или минимально в

соответствии с имеющимися параметрами эластичности мышечно-связочного аппарата). При остром люмбоишиалгическом (радикулярном и/или рефлекторном) синдроме дополнительное тыльное сгибание стопы — симптом поднятой ноги Брагарда (выполняется как симптом Ласега, но с указанным ранее тыльным сгибанием стопы в конце подъема ноги) — ведет к резкому усилению боли, поэтому отрицательный симптом Брагарда при положительном симптоме Ласега также вызывает подозрение аггравации. В период стихания острой фазы заболевания большинство пациентов при ходьбе не может широко выносить больную ногу, так как при этом возникает боль в пояснице и больной ноге (локомоторная люмбоишиалгия). Иногда этот симптом носит перекрестный характер, т. е. появление болей в больной ноге при широком выносе здоровой (аналогично радикулярному симптому Бехтерева или перекрестному симптому Ласега — возникновение болей в больной ноге при исследовании симптома Ласега на здоровой стороне);

тест (симптом) Селецкого и Венгерова. Симптом Селецкого (феномен таза): при остеохондрозе, радикулопатии на уровне L2–L4 и невropатии бедренного нерва во время сгибания ноги в коленном суставе у пациента, лежащего на животе, тазовая область приподнимается из-за возникающих по ходу бедренного нерва резких болей. Симптом Венгерова: при люмбоишиалгии (радикулопатического и мышечно-тонического генеза) сгибание в тазобедренном суставе выпрямленной ноги пациента (как при симптоме Ласега) приводит к непроизвольному тоническому напряжению мышц передней брюшной стенки. В любом случае знание особенностей (двигательные поведенческие рефлекторные антalgические реакции) применяемых тестов (симптомов) в вертебрoneврологии в рамках остеохондроза позвоночника (вертебральная и вертеброгенная патология на фоне дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночном столбе) позволяет использовать их для выявления аггравации со стороны пациента. Так, например, при выраженных признаках люмбоишиалгии и проявлениях мышечно-тонических реакций (выявляемых посредством симптома Ласега, который в некоторой степени пациент может симулировать или аггравировать) отсутствие боли в икроножной мышце при разгибании большого пальца стопы у лежащего на спине пациента (отрицательный симптом Турина) может в данном клинико-диагностическом процессе указывать на симуляцию или аггравацию (но при комплексной оценке с другими экспертными тестами);

специальные «ложноположительные» тесты: симптомы «наложения рук», наклона таза, звонка «ложноположительный», натяжения «ложноположительные», гиперреактивности, которые используются для оценки влияния психогенного фактора, личностных особенностей пациента. Симптом «наложения рук» выполняется следующим образом. При вертикальном положении пациента производится легкое надавливание руками его на голову. Боль обычно отсутствует. При установочном поведении пациентом отмечается появление или усиление болей в поясничном отделе позвоночника. Симптом наклона таза выполняется при вертикальном положении пациента. Врач-специалист осуществляет небольшие наклоны туловища пациента в сторону так, чтобы движения осуществлялись только в тазобедренных суставах (при

фиксированном пояснично-крестцовом отделе позвоночника). Боль обычно отсутствует. При установочном поведении отмечается появление или усиление болей в поясничном отделе позвоночника. Симптом звонка «ложноположительный» аналогичен симптому звонка, однако пальпация производится с незначительным давлением. Боль в норме отсутствует. При установочном поведении отмечается появление или усиление болей. Симптомы натяжения «ложноположительные» аналогичны по технике выполнения симптомам натяжения (допускается уменьшение амплитуды наклонов). При установочном поведении отмечается появление боли, не соответствующее локализации поражения и сопровождающееся повышенной эмоциональной лабильностью. Симптом гиперреактивности заключается в оценке врачом результатов комплексного применения специальных тестов (указанных выше) для оценки болевого синдрома. При установочном поведении эмоциональные реакции обычно не соответствуют истинной выраженности и тяжести раздражителя и объективным вегетативным реакциям;

верхний симптом Ласега, при котором боли (в т. ч. головная) при шейном остеохондрозе усиливаются при поворотах и наклонах головы в сторону, противоположную болевому синдрому; при этом положение головы вынужденное;

проба Бертши, которая заключается в исчезновении или уменьшении головной боли при кратковременном вертикальном вытяжении (2–3 мин) шейного отдела позвоночника;

инструментальные методы исследования (стандартные электродиагностические исследования, используемые для оценки болевого синдрома — регистрация вызванных потенциалов, реовазография, электронейромиография, рентгенологические методы, томографические и другие нейровизуализационные методы исследования), их анализ с сопоставлением данных осмотра, топической диагностики с выраженностью жалоб пациента. При этом одной из главных причин экспертных ошибок считается отсутствие параллелизма между клинической картиной и данными инструментальных методов исследования.

При аггравации и симуляции отмечается несоответствие между положительным характером изменений по данным инструментальных исследований в динамике (после восстановительного лечения, реабилитации) и сохраняющимися многочисленными жалобами пациента на отсутствие положительных изменений в состоянии здоровья.

4.2. Контрольные методы (способы) диагностики и оценки степени выраженности двигательных нарушений (парезов, параличей, гиперкинезов, атаксии) у пациентов с установочным поведением:

оценка активных и пассивных движений, рационального использования дополнительных средств опоры;

Как правило, при аггравации и умышленной симуляции имеет место несоответствие участия отдельных частей тела в процессе ходьбы (пациент ограничивает движения и в стопе и в бедре — при парезе только разгибателей стопы), неадекватность содружественных движений конечностей (пациент

ограничивает движения и в ноге и в руке, как при гемипарезе), наличие нехарактерных защитных поз (торсионный поворот тела), несоответствующих биомеханике вертебрального синдрома); измененный (укороченный) характер опоры на стопу, расширенный угол разворота стоп, ограничение перемещения как на носках, так и на пятках;

диагностика аггравации, симуляции атаксии проводится на основании симптома Ромберга, который выявляет изменения равновесия (пошатывание или даже падение) под контролем зрения и при выключении зрения. У пациента может иметь место покачивание туловища различной выраженности вплоть до падения, в позе стоя прямо со сдвинутыми стопами и опущенными руками. Для усиления маловыраженного пошатывания применяется ряд приемов, усложняющих пробу. К ним относятся, например, вытягивание рук вперед, поднятие головы вверх, стояние на одной ноге или расположение ног в одну линию (усложненная поза Ромберга) — сагиттальная установка стоп, когда пятка одной ноги касается пальцев другой, выполнение теста тандемной ходьбы, затруднение при поворотах, при смене положения тела, необходимость дополнительных средств опоры при передвижении и сравнительная оценка данных. При симуляции возможно возникновение несоответствий в выполнении координаторных проб: выполнение пальценосовой пробы под зрительным контролем с промахиванием, но удовлетворительное выполнение пальцепальцевой пробы Барани (пальцемолоточковой), не вызывающее затруднений у пациента;

оценка нейротрофических нарушений;

оценка симптомов выпадения (чувствительные и рефлекторные нарушения, атрофия соответствующих мышечных групп). Обычно симптомы выпадения ограничиваются 1–2 нервными корешками. Полирадикулярного синдрома при остеохондрозе почти не бывает. Характерно снижение поверхностной чувствительности (гипестезия) в соответствии с анатомической иннервацией, однако не всегда эти нарушения соответствуют известным схемам Гедда, Кигана. Парестезии носят в основном субъективный характер. Среди расстройств рефлекторной сферы наиболее часто отмечается снижение или отсутствие сухожильно-периостальных рефлексов. Гипотония и особенно атрофия мышц спины, ягодичной области, ноги, верхнего плечевого пояса и руки характерны при длительном анамнезе заболевания.

Симптомы выпадения (чувствительные и рефлекторные нарушения, атрофия соответствующих мышечных групп), имея первостепенное значение для топической диагностики, не могут сами по себе служить показателем нарушений функций. При этом пациенты используют структурные и морфологические изменения в позвоночнике, выявленные в результате инструментальных исследований, для усиления выраженности предъявляемых жалоб;

оценка психологических особенностей пациента, выявление признаков патологической симуляции.

4.3. Оценка аггравации и симуляции неспецифической боли в нижней части спины.

Признаки, используемые для объективной оценки аггравации и симуляции неспецифической боли в нижней части спины (Gordon Waddel, 1980-е гг.), представлены в таблице 1.

Таблица 1. — Признаки, используемые для объективной оценки аггравации и симуляции неспецифической боли в нижней части спины

Категория	Признак
Чувствительность	Поверхностная: легкое прикосновение вызывает боль – позитивный. Неанатомическая: нарушена глубокая чувствительность на обширной площади – позитивный
Симуляция	Аксиальное давление: давление на шейный отдел позвоночника вызывает боль в пояснице – позитивный. Ротация: исследователь производит ротацию туловища при фиксированных тазобедренных и плечевых суставах. При появлении боли – позитивный
Дистракция	Поднимание выпрямленной ноги (при формальном обследовании) вызывает боль, но выпрямление ноги при согнутом до 90° бедре для проверки симптома Бабинского боли не вызывает
Региональная	Слабость множества мышц, не иннервирующихся одним и тем же корешком. Чувствительность: снижение чувствительности по типу носков
Избыточная реакция	Избыточное проявление эмоций при обследовании

Оценивают 8 признаков в 5 категориях. Наличие 3 и более «позитивных» категорий указывает на высокую вероятность установочного поведения.

5. Диагностика установочного поведения у пациентов с болевым синдромом и статодинамическими нарушениями при болезнях костно-мышечной системы, травмах.

Диагностика проводится с использованием контрольных методов:

5.1. Нагрузочный тест для диагностики симуляции при оценке нарушения статодинамической функции: пациенту предлагается принять позу, при которой конечность с симулируемой контрактурой находится в неопорном положении:

при наличии разгибательной контрактуры в коленном суставе расположить пациента на смотровой кушетке (столе) таким образом, чтобы нижняя треть бедра свешивалась со стола. При симуляции произойдет сгибание в коленном суставе вследствие усталости под действием собственного веса;

при сгибательной контрактуре в коленном суставе расположить пациента на смотровой кушетке (столе) лежа на животе, чтобы голень и стопа не касались стола. При симуляции произойдет разгибание вследствие усталости под действием собственного веса.

5.2. Нагрузочный тест для оценки объема движений в исследуемом суставе при изменении позы пациента:

пациенту предлагается принять положение сидя из положения лежа с оценкой подвижности в суставах в динамике движения, а также углов сгибания в тазобедренном, коленном и голеностопных суставах в положении сидя;

пациенту предлагается принять положение стоя из положения сидя с оценкой подвижности в суставах в динамике движения, а также углов сгибания в тазобедренном, коленном и голеностопных суставах в положении стоя;

пациенту предлагается принять положение стоя на коленях на кушетке, с оценкой подвижности в суставах в динамике движения, углов сгибания в коленном и голеностопных суставах.

5.3. Нагрузочный тест для оценки движений, которые пациент, будучи в другом положении, отказывался выполнить из-за болей:

при подозрении симуляции разгибательной контрактуры тазобедренного сустава в положении лежа нога пациента фиксирована в тазобедренном суставе в положении разгибания, при этом пациент отказывается из-за сильной болезненности произвести какое-либо движение бедром. Одновременно ему предлагается поднять кверху руки, согнуть шею, затем туловище и не сгибая колен, дотронуться пальцами рук до носков. Если пациент выполняет задание, следовательно, он симулировал невозможность двигать ногой в тазобедренном суставе в положении лежа, так как им было выполнено то же самое движение;

при подозрении симуляции разгибательной контрактуры в голеностопном суставе. Положение пациента лежа на кушетке на животе, нога разогнута в коленном и тазобедренном суставах, вытянута вдоль кушетки. Врач-специалист располагает стопу вдоль кушетки, фиксируется объем сгибания в голеностопном суставе.

5.4. Диагностика установочной контрактуры плечевого сустава:

тест «пожимания плечами» (Shoulder Shrug Sign) применяется для диагностики остеоартроза и синдрома «замороженного плеча». Пациент в положении стоя сгибает супинированные предплечья под углом 90° и отводит оба плеча до 90° . Симптом считается положительным, когда пациент отклоняется в сторону, противоположную пораженной, и рефлекторно поднимает надплечье со стороны поражения;

исследование объема пассивных движений при подозрении на симуляцию разгибательной контрактуры. Положение пациента на спине с согнутыми под углом 90° коленными и тазобедренными суставами; под шею кладется валик. Врач-специалист располагается на противоположной от исследуемой руки стороне, одной рукой фиксирует плечевой сустав и грудную клетку, другой, обхватив запястье, осуществляет сгибание в плечевом суставе;

исследование объема пассивных движений при подозрении симуляции сгибательной контрактуры. Положение пациента на животе, исследователь немного сгибает руку в локтевом суставе и выполняет пассивное разгибание в плечевом суставе;

исследование объема пассивных движений при подозрении симуляции аддукционной контрактуры. Положение пациента на спине. Локоть находится в положении разгибания (для предотвращения воздействия длинной головки трехглавой мышцы). Врач-специалист одной рукой стабилизирует плечевой сустав, затем производит пассивное разгибание в плечевом суставе при ротированной внутрь, а затем наружу руке.

5.5. Диагностика установочного поведения при патологии локтевого сустава:

исследование сгибания в локтевом суставе при подозрении симуляции разгибательной контрактуры. Пациент находится лежа на кушетке на спине, плечо отведено под углом 90° и ротировано наружу. Врач-специалист фиксирует одной рукой плечо, другой производит пассивное сгибание в локтевом суставе;

исследование разгибания в локтевом суставе при подозрении на симуляцию сгибательной контрактуры. Положение пациента на кушетке на спине, плечо отведено до 90° и ротировано внутрь. Врач-специалист одной рукой фиксирует плечевой сустав, другой производит разгибание в локтевом суставе;

5.6. Диагностика установочного поведения при патологии тазобедренного сустава:

исследование сгибания в тазобедренном суставе при подозрении симуляции разгибательной контрактуры. Положение пациента — сидя на кушетке с опорой на руки, коленные суставы согнуты под углом 90° , спина прямая. Пациенту предлагается поднять бедро от кушетки, при симуляции контрактуры сгибание в тазобедренном суставе происходит более чем на 100° ;

Thomas's test используется для исследования разгибания в тазобедренном суставе. Положение пациента — лежа на кушетке на спине, производят пассивное (либо активное) сгибание в обоих тазобедренных суставах до уплощения поясничного лордоза, затем просят пациента выпрямить пораженную ногу. Врач-специалист фиксирует крайнее разгибательное положение;

Stinchfield's test. Положение пациента лежа на спине, коленный сустав разогнут. Пациенту предлагают согнуть ногу в тазобедренном суставе до $20-30^\circ$, затем исследователь оказывает сопротивление рукой на бедро (пытается разогнуть тазобедренный сустав). При этом тесте повышается давление *m. iliopsoas* на тазобедренный сустав. Тест считается позитивным при появлении болевого синдрома в паховой области. Возможно использование данного теста для дифференциальной диагностики болевого синдрома;

походка Тренделенбурга (Trendelenburg). Наблюдается при поражении отводящих мышц бедра (особенно средней ягодичной мышцы, играющей исключительную роль во время стационарной фазы цикла ходьбы, который занимает около 60 % цикла, поддерживая оба бедра на одном уровне), иннервирующихся *n. glutealis sup.* Пациент не может отвести пораженную ногу, лежа на боку (на здоровой стороне). Такое состояние может наблюдаться при поражении самих мышц, поражении в области точки прикрепления (большой вертел бедра), L5 радикулопатии, поражении *n. glutealis sup.*, болевом синдроме при артрозе, вызывающем слабость аддукторов бедра. Компенсация походки происходит путем бокового наклона туловища в сторону поражения. При билатеральном положении пациент «падает» на обе половины таза во время ходьбы («переваливающаяся походка»), что может наблюдаться при миопатиях;

симптом Trendelenburg. Пациенту предлагается встать напротив стены лицом, опершись руками в стену. Затем пациент должен поднять ногу, согнуть ее в коленном суставе. У пациента, имеющего поражение мышц, при опоре на

больную ногу таз на контралатеральной стороне опускается (положительный симптом Trendelenburg);

Schober-test для дифференциальной диагностики контрактуры тазобедренных суставов с ограничением движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (при наклонах, раздевании, одевании).

5.7. Диагностика установочного поведения при патологии коленного сустава:

исследование сгибания в коленном суставе при подозрении симуляции разгибательной контрактуры. Положение пациента — лежа на кушетке на животе. Врач-специалист одной рукой фиксирует бедро, другой, обхватив голеностопный сустав, производит сгибание в коленном суставе. Возможно, применить наружную и/или внутреннюю ротацию в тазобедренном суставе для расслабления медиальной и латеральной порции четырехглавой мышцы бедра;

исследование разгибания в коленном суставе при подозрении симуляции сгибательной контрактуры. Положение пациента сидя на кушетке, под нижнюю треть бедра подложен мягкий валик, коленные суставы находятся в положении сгибания 90° . Врач-специалист одной рукой фиксирует бедро, другой, обхватив голеностопный сустав, производит разгибание в коленном суставе.

5.8. Диагностика укорочений (удлинений) конечностей для выявления установочного поведения:

определение характера хромоты, анализ ходьбы пациента с учетом типичных особенностей шадящей (болевой) хромоты и нешадящей (безболевой) хромоты.

Наличие болевых ощущений проявляется так называемой шадящей хромотой. При этом пациент избегает из-за болевых ощущений полностью нагружать пораженную ногу, шадит ее и при ходьбе опирается на нее более кратковременно, осторожнее, чем на здоровую. В результате период одиночной опоры на больную ногу укорочен, с чем связано укорочение длины шага на здоровой стороне. Период двойной опоры более продолжительный. Туловище при шадящей хромоте в связи с разгрузкой ноги наклоняется в сторону, походка приобретает типичные черты: горизонтальные колебания таза (кпереди и кзади) асимметричны; походка пациента напряженная, суставы — тазобедренный, иногда и коленный — фиксированы, вся нога слегка отведена. По «звуку ходьбы» (изменению звукового ритма) легко распознать шадящую хромоту.

При нешадящей хромоте, вызванной укорочением конечности, небольшое укорочение (в пределах 1–2 см) не дает хромоты, маскируясь компенсаторным опущением таза. Укорочение, превышающее 2–3 см, приводит к хромоте, при которой пораженная нога, как и здоровая, полностью используется пациентом в качестве опоры; болевые ощущения отсутствуют. Походка, как и при шадящей хромоте, утрачивает свою правильность, однако отношения существенно меняются. При опоре на пораженную ногу пациент переносит всю тяжесть тела в сторону укороченной ноги — падающая хромота. Период опоры на укороченную ногу равен периоду опоры на здоровую или даже более длительный;

оценка механизма компенсации укорочения, которыми пользуется пациент во время ходьбы.

Легкое укорочение нижней конечности на 1,5–3 см нарушает опорно-двигательную функцию в незначительной степени и легко компенсируется наклоном таза в соответствующую сторону или использованием вкладной стельки и (или) увеличением высоты каблука.

Умеренное укорочение нижней конечности на 4–7 см компенсируется при стоянии и ходьбе наклоном таза в сторону укороченной ноги, опорой на передний отдел эквированной стопы или подгибанием здоровой ноги. Такое укорочение ноги приводит к легкому ограничению способности к самостоятельному передвижению, требует компенсации укорочения ортопедической обувью.

Умеренное ограничение способности к самостоятельному передвижению имеет место у пациентов с укорочением нижней конечности на 7–10 см, компенсируется при стоянии и ходьбе наклоном таза в сторону укороченной ноги, опорой на передний отдел эквированной стопы и подгибанием здоровой ноги.

Выраженное укорочение требует компенсации укорочения специальной ортопедической обувью и использования трости.

Укорочение более 15 % по сравнению с другой ногой практически исключает указанные выше компенсаторные механизмы. Укороченная нога в таком случае полностью исключается из опоры. С учетом того, что длина нижней конечности приближается к половине роста человека (укорочение на 15 % — более 10–13 см) требуется компенсация укорочения сложной ортопедической обувью с двойным следом;

определение вида укорочения (удлинения):

абсолютное (истинное, анатомическое), которое определяется на основании поsegmentного измерения длины конечностей, может быть подтверждено рентгенологически (топограмма);

кажущееся (проекционное), которое наблюдается при дефектной установке конечности, фиксированной под углом вследствие контрактуры сустава, при этом результаты поsegmentного измерения конечности совпадают со здоровой;

относительное (дислокационное), которое наблюдается при изменениях в расположении сочленяющихся сегментов конечности, когда суставные концы оказываются смещенными (например, при вывихе).

При одновременном наличии нескольких видов изменения длины измеряемой конечности с целью определения величины каждого вида укорочения (удлинения) в отдельности, а также общего (суммарного) изменения длины конечности выполняются антропометрические измерения продольных размеров нижних конечностей с использованием антропометрических точек с учетом вида укорочения.

Обязательным является измерение окружности симметричных участков конечностей. Гипотрофия мышц на пораженной стороне является достоверным показателем «пользования» конечностью. При патологии сустава преимущественно гипотрофируются мышцы, расположенные проксимальнее (например, при заболевании голеностопного сустава — мышцы голени, коленного — бедра, тазобедренного — бедра и ягодичной области и т. д.).

6. Диагностика установочного поведения у пациентов с психическими нарушениями.

При симуляции психических расстройств чаще воспроизводятся отдельные психопатологические симптомы и синдромы: психомоторное возбуждение; кататонический ступор и кататоническое возбуждение; галлюцинации; бредовые идеи; расстройства памяти, слабоумие; мутизм (молчание, отказ от речевого контакта); депрессия.

Перечисленные симптомы могут отмечаться в рамках различных заболеваний.

Практически никогда подражание не бывает точным.

Для подтверждения якобы существующих психических расстройств симулянты пытаются продемонстрировать их в присутствии медицинского персонала.

Трудность выявления симуляции психических расстройств признается давно. Отчасти этот факт связан с тем, что психиатрия — далеко не точная наука, где диагноз основывается на клиническом наблюдении и субъективной интерпретации симптомов специалистами.

Клиническому методу принадлежит ведущая роль в выявлении фактов симуляции и аггравации при психических и поведенческих расстройствах.

Клинический метод включает не только исследование психического состояния, но и сопоставление его с данными анамнеза. Особенно большое значение отводится анализу структуры отдельных психопатологических синдромов с учетом их нозологической принадлежности, последовательности их развития в течение расстройства. При этом для симуляции психических расстройств характерны нетипичность, полиморфизм симптоматики, отдельно выявленные симптомы, их несовместимость, отсутствие целостной картины какого-либо психического расстройства и характерной динамики развития заболевания.

Resnick (1997) предлагает следующую модель принятия клинического решения для подтверждения симуляции психических и поведенческих расстройств, которая предусматривает соответствие нескольким критериям:

1) наличие понятного мотива симуляции;
2) изменчивость преподнесения симптоматики, что проявляется, как минимум, одним из следующих признаков:

выраженное несоответствие поведения при осмотре и вне ситуации осмотра;

непоследовательность в описании психотических симптомов;

противоречия между сообщаемым анамнезом заболевания и медицинской документацией;

3) изображение несуществующих симптомов, что проявляется, по меньшей мере, одним из следующих признаков:

детальное описание симптомов, не имеющих отношения к распространенным темам бреда отношений, идей величия или религиозного бреда;

внезапное появление симптоматики, объясняющей антисоциальные формы поведения;

атипичные бредовые идеи или галлюцинации;

4) подтверждение факта симуляции психоза следующими данными:
госпитализация в стационар после попытки разоблачения;
убедительная информация, подкрепляющая мнение о симуляции, например, данные психометрических тестов или объективного анамнеза.

Экспертную оценку лиц, подозреваемых в симуляции или аггравации психических и поведенческих расстройств, целесообразно проводить в стационарных условиях, где присутствуют все возможности для углубленного клинического, экспериментально-психологического, лабораторного и инструментального комплексного исследования и анализа.

Для установления аггравации необходим непредвзятый подход со стороны специалистов.

Для выявления симптомов неосознанной аггравации (соматизированного расстройства, ипохондрического расстройства, хронического соматоформного болевого расстройства) существуют специальные психопатологические опросники, которыми пользуются врачи-психиатры и другие медицинские специалисты.

Одним из наиболее популярных опросников, которые позволяют оценить психопатологическую симптоматику при симуляции и аггравации, является опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptomchecklist-90-revised, SCL-90-R). Опросник валидизирован, адаптирован и рекомендован для использования на постсоветском пространстве.

Опросник является скрининговой методикой.

Пациенту дается инструкция: «Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Поставьте птичку там, где описывается степень Вашего дискомфорта или беспокойности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня».

Каждый из вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует утверждению «совсем нет», 1 — «немного», 2 — «умеренно», 3 — «сильно», 4 — «очень сильно».

Для выявления симуляции и аггравации используются шкалы:

соматизации — Somatization (SOM), 12 пунктов (1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58);

тревожности — Anxiety (ANX), 10 пунктов (2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86);

депрессии — Depression (DEP), 10 пунктов (5, 14, 15, 22, 29, 30, 31, 32, 71, 79);

враждебности — Hostility (HOS), 6 пунктов (11, 24, 63, 67, 74, 81);

паранойяльных тенденций — ParanoidIdeation (PAR), 6 пунктов (8, 18, 43, 68, 76, 83).

Результаты, полученные в результате заполнения указанных шкал по SCL-90-R, могут быть интерпретированы по выраженности отдельных шкал и симптомов.

Выраженные симптомы соматизации и тревожности чаще сопровождают соматизированное ипохондрическое расстройство.

Выраженные симптомы соматизации, тревожности и депрессии — ипохондрическое расстройство.

Выраженные симптомы враждебности и паранойяльности встречаются у пациентов с психопатоподобными чертами личности (акцентуация личностных черт и расстройство личности).

При диссоциативных расстройствах могут быть выражены симптомы как соматизации и тревожности, так и враждебности.

Указанные шкалы опросника SCL-90-R, которые используются в диагностике симуляции и аггравации при психических и поведенческих расстройствах, представлены в таблице 2.

Таблица 2. — Шкалы опросника SCL-90-R, которые используются в диагностике симуляции и аггравации при психических и поведенческих расстройствах

		Нет 0 баллов	Немного 1 балл	Умеренно 2 балла	Сильно 3 балла	Очень сильно 4 балла
SOM	Головные боли					
	Слабость или головокружение					
	Боли в сердце или грудной клетке					
	Боли в пояснице					
	Тошнота или расстройство желудка					
	Боли в мышцах					
	Затрудненное дыхание					
	Приступы жара или озноба					
	Онемение или покалывание в различных частях тела					
	Ком в горле					
	Ощущение слабости в различных частях					
	Тяжесть в конечностях					
ANX	Нервозность или внутренняя дрожь					
	Дрожь					
	Неожиданный и беспричинный страх					
	Чувство страха					
	Сильное или учащенное сердцебиение					
	Ощущение напряженности или взвинченности					
	Приступы ужаса или паники					
	Такое сильное беспокойство, что вы не можете усидеть на месте					
	Ощущение, что с вами произойдет что-то плохое					
	Кошмарные сновидения					
HOS	Легко возникающее разочарование или раздражение					
	Вспышки гнева, которые вы не могли сдержать					
	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо					
	Импульсы ломать или крушить что-либо					
	Вы вступаете в спор					
	Вы кричите или швыряетесь вещами					

Продолжение таблицы 2

		Нет 0 баллов	Немного 1 балл	Умеренно 2 балла	Сильно 3 балла	Очень сильно 4 балла
PAR	Ощущение, что почти во всех ваших неприятностях виноваты другие					
	Чувство, что большинству людей нельзя доверять					
	Ощущение, что другие наблюдают за вами или говорят о вас					
	Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие					
	Ощущение, что другие недооценивают ваши достижения					
	Ощущение, что люди злоупотребят вашим доверием, если вы им позволите					
DEP	Потеря сексуального влечения или удовольствия					
	Упадок сил или заторможенность					
	Мысли о том, чтобы покончить с собой					
	Слезливость					
	Ощущение, что вы в западне или пойманы					
	Чувство, что вы сами во многом виноваты					
	Чувство одиночества					
	Подавленное настроение, «хандра»					
	Чрезмерное беспокойство по разным поводам					
	Отсутствие интереса к чему бы то ни было					
	Ощущение, что будущее безнадежно					
	Чувство, что все, что бы вы ни делали, требует больших усилий					
Ощущение собственной никчемности						

Для более детальной диагностики психопатологических особенностей личности при подозрении на симуляцию и аггравацию может быть использован Миннесотский многоаспектный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI).

В беседе с лицом, которое подозревается в симуляции психического расстройства, рекомендуется придерживаться следующих правил:

1. При возможности задавать открытые вопросы.
2. Стараться не прерывать при изложении анамнеза.
3. Избегать наводящих или подсказывающих вопросов, поскольку они могут давать намеки в отношении истинных признаков реальных психических расстройств.

4. Не проявлять раздражения или недоверия, так как это может усиливать защитные формы поведения.

6. Клиническое интервью должно продолжаться в течение довольно длительного времени, поскольку усталость уменьшает способность симулирующего лица придерживаться придуманной версии психического расстройства.

7. Задавать вопросы о невозможных в данном случае симптомах, чтобы проверить, будет ли подтверждаться их наличие.

В клиническом интервью подозреваемого в симуляции лица врач, возможно, решит рассказать о своих подозрениях. В таком случае лучше использовать утверждения общего характера, а не выдвигать обвинения. Например, можно сказать: «Вы не сообщили мне всю правду», а не «Вы меня обманули». Следует избегать конфликта с таким лицом, а факты сопоставлять без обвинений.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Отсутствуют.