

УДК 61 6.89-008.1:615.85

*О.М. Ліньов***ВПЛИВ ЛАТЕРАЛЬНОЇ ФІЗИОТЕРАПІЇ НА СОЦІАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННО-ПРОЦЕСУАЛЬНІ ПСИХОЗИ**

Луганський державний медичний університет

Ключові слова: латеральна фізіотерапія, ендогенно-процесуальні психози, параноїдна шизофренія, шизоафективний розлад

Під ендогенно-процесуальними психозами слід розуміти психотичні стани із закономірним синдромокінезом і синдромотаксисом як позитивних так і негативних синдромів з різною прогресивністю [1]. Ці розлади визначаються рубриками міжнародних статистичних класифікацій: шизофренія, шизоафективний, хронічний маячний, гострі й транзиторні психотичні розлади [2, 3].

У зв'язку із загальною тенденцією цих станів до хронічного перебігу однією з провідних проблем лікувально-реабілітаційного процесу є поновлення рівня соціальної активності цих хворих [4].

Психофармакологічна терапія, а першу чергу атипичні антипсихотичні засоби, дозволяють послабити емоційну й соціальну усуненість цих хворих, проте це потребує довготривалих курсів лікування [5].

Одним із напрямків комплексного лікування цих розладів є так звана латеральна терапія [6], яка ґрунтується на керованому впливі на індив-

ідуальний профіль міжпівкулево-діенцефальної взаємодії. В роботі аналізується дія так званої латеральної фізіотерапії або зонально-латеральних електростимуляцій.

Метою дослідження було оцінити дію латеральної фізіотерапії на рівень соціальної активності хворих на ендогенно-процесуальні психози для обґрунтування кола її показань в комплексному лікуванні та реабілітації цих станів.

Ця мета досягалась під час вирішення наступних завдань:

- вивчити вплив зонально-латеральних електростимуляцій на порушення соціальної активності хворих в структурі складного ознакоскладу психозу;
- оцінити дії латеральної фізіотерапії на рівень соціального функціонування пацієнтів під час ремісії, якість і тривалість ремісій;
- уточнити коло показань для застосування латеральної фізіотерапії в лікуванні й реабілітації ендогенно-процесуальних психозів.

Матеріали та методи дослідження

В якості моделі терапевтичної динаміки ендогенно-процесуальних психозів ми використовували приступоподібні психотичні стани, які визначались рубриками епізоду параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу [2,3].

Для запобігання систематичних помилок, пов'язаних із ходом дослідження використовувалось мультіаксіальне вивчення стану хворих, яке охоплювало операціональну діагностику рубрики міжнародних статистичних класифікацій [2,3], клініко-психопатологічну якісну оцінку провідних позитивних і негативних синдромів у структурі психотичного приступу [1,7], клініко-статистичну оцінку вираженості симптомокомплексів за допомогою стандартизованих градуированих шкал [5].

Дизайн дослідження передбачав одноцентрове, оригінальне, клінічне, плацебо-контрольова-

не дослідження, наближене до методології квазірандомізованого випробування. Порівнювались провідна та контрольна групи сформовані за принципом «пар випадок-контроль», використовувались загальноприйняті критерії стратифікації. Провідним втручанням була латеральна фізіотерапія, супутнім-психофармакологічна. Використовувалось маскування латеральної фізіотерапії (сліпий метод), коли пацієнту не повідомляли, яке лікування (електростимуляції, або плацебо-процедури) йому проводили [8].

Згідно із вимогами до проектів наукових досліджень методологія роботи відповідає критеріям 2-го класу наукових досліджень [5].

Дослідження проводились впродовж лікування 20 хворих на приступоподібні ендогенно-процесуальні психози, які отримували індивідуально адекватну психофармакологічну терапію

[2,9]. Провідним або „вісьовим” середником був галоперидол.

Латеральна фізіотерапія проводилась на етапі зворотного розвитку психозу.

Хворі розподілялись на дві групи по 10 пацієнтів. В групі 1(провідній) проводились зонально-латеральні електростимуляції, в групі 2 (контрольній) пацієнти стримували плацебо-процедури (аналогічне розташування електродів при вимикненому електростимуляторі).

Склад груп був ідентичним за такими критеріями стратифікації (стандартизації): стать хворих (5 чоловіків та 5 жінок), рубрики Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду [2] та DSM-IV [3] (відповідно 4 хворих на епізод парної шизофренії й 6 пацієнтів із приступом шизоафективного розладу), синдромологічна структура плинного приступу [1], шубоподібним прогресивним типом перебігу ендогенно-процесуального психозу [7], (4 хворих із шубоподібним прогресивним типом перебігу, 6 пацієнтів із шубоподібним шизоафективним) тривалість психозу від початку маніфестації (до 5 років).

Зонально-латеральні електростимуляції проводились безперервною серією негативних прямокутних імпульсів частотою 1-30 Гц, силою електричного струму в 1,2-1,8 рази нижчою за сенсорний поріг, тривалістю 1-3 хвилини.

Використовувався „шийний варіант” розташування електродів: прямокутний анод на контралатеральній долоні, а круглий катод на кантралатеральній половині передньої поверхні шиї [6].

Курс латеральної фізіотерапії охоплював 5 стимуляцій, які проводились щоденно. Їх латеральність послідовно чередували таким чином, що першою, третьою й п'ятою проводились правопівкулеві стимуляції, а другою та четвертою – лівопівкулеві.

Точечна оцінка стану хворих проводилась на таких етапах терапії: А-на початку стаціонарного лікування, Б-на початку латеральної фізіотерапії, В-через добу після правопівкулевих стимуляцій, Г – через добу після лівопівкулевих стимуляцій, Е-наприкінці стаціонарної терапії.

Якісна описова клініко-психопатологічна характеристика хворого доповнювалась клініко-статистичною кількісною оцінкою важкості психопатологічних симптомокомплексів в умовних

балах за шкалою позитивних та негативних синдромів PANSS [10].

Ми аналізували динаміку динаміку ознакоскладів, які найбільше всього визначали обмеження соціальної активності пацієнтів. Це так звані позитивні й загально психотичні ознакосклади: ворожість, напруженість, малоконтактність, завантаженість психотичними переживаннями й активна соціальна усуненість. А окрім того, так звані негативні синдроми: емоційна усуненість і пасивно-апатична соціальна усуненість. [10]

Кількісно оцінювалась динаміка стану хворих шляхом порівняння вираженості симптоматики між такими етапами терапії: на початку й наприкінці стаціонарного лікування А-Е, на початку й під кінець латеральної фізіотерапії Б-Д, після правопівкулевих та після лівопівкулевих стимуляцій В-Г.

Наприкінці стаціонарного лікування кількісно вимірювали загальний рієнь соціального функціонування хворих за допомогою шкали загальної оцінки функціонування текучої ЗОФ системи DSM-III-R [11], якість досягненої ремісії та рівень працездатності хворих за допомогою п'ятибальної шкали КТР [4].

Рівень соціальної адаптації хворих під час виписки якісно ранжували на 4 градації [4]: 1. адаптація, як у здорових, 2. зниження за фахом при регулярній роботі або нерегулярній праці з частотою зміною місця служби, 3. не працюють, не вчаться лише обслуговують себе, 4. повна дезадаптація.

Шляхом катамнестичного дослідження впродовж 24 місяців оцінювали тривалість досягненої ремісії. За тривалістю ремісії ранжували на 5 груп: 1. до 6 місяців; 2. від 6 до 12 місяців; 3. від 12 до 18 місяців; 4. від 18 до 24 місяців; 5. 24 місяці й більше.

Стан хворих під час виписки й після неї порівнювали між провідною та контрольною групами.

Статистична обробка проводилась за допомогою методу Ст'юдента. Розрахунки вели на ІВМ-сумісному комп'ютері з процесором АТ386 в операційному середовищі “Windows 3.1” за допомогою навмисно розробленого співробітником нашої клініки В.М. Клейном (1989) батареї програм пакет статистичної обробки універсальний PSOU.

Результати дослідження та їх обговорення

Вплив зонально-латеральних електростимуляцій на зворотній розвиток ознакоскладів, що характеризують порушення соціальної адаптації хворих відображено в таблиці 1.

Правопівкулеві стимуляції супроводжувались редукцією завантаженості психотичними переживаннями, напруженості й ворожості до співрозмовника, поживлялась комуніка-

бельність, збільшувались схильність до емоційно забарвленого спілкування з підсиленням емпатії та синтонності, досягненням більш якісного емоційного резонансу,

збільшенням загальної та соціальної активності хворих. Це давало підстави оцінити дію стимуляції цієї латеральності як терапевтично значущу [6].

Таблиця 1

Динаміка симптоматики приступу ендогенно-процесуального психозу на етапах терапії в провідній групі

Ознакоклад за шкалою PANSS	Вираженість симптоматичних в ум. балах на етапах терапії (М ± м)					
	А	Б	В	Г	Д	Е
Ворожість	4,6±0,3*	4,3±0,3*	2,5±0,1*	3,5±0,2	2,0±0,2	1,3±0,2
Напруженість	6,0±0,2*	5,4±0,2*	3,1±0,1*	4,2±0,3	2,7±0,2	2,0±0,2
Малоконтактність	5,0±0,3*	4,6±0,3*	3,2±0,1*	4,1±0,2	2,9±0,2	2,5±0,2
Завантаженість психічними переживаннями	6,1 ±0,4*	5,1±0,2*	3,5±0,1*	4,5±0,2	3,2±0,2	2,0±0,2
Активна соціальна усуненість	6,1±0,3*	5,4±0,2*	3,5±0,1*	4,5±0,2	3,2±0,2	2,0±0,2
Емоційна усуненість	5,0±0,3*	4,8±0,2*	3,4±0,1*	4,3±0,2	3,2±0,2	2,2±0,2
Пасивно-апатична соціальна усуненість	5,0±0,4*	4,9±0,3*	3,2±0,2*	3,9±0,2	2,7±0,2	2,0±0,2

Примітка: М – середня, м – помилка середньої. Ймовірність „нульової” гіпотези про відсутність різниці при порівнянні між етапами терапії А-Е, Б-Д, В-Г * $p < 0,05$

Лівопівкулеві електростимуляції викликали протилежний ефект із тимчасовим загостренням психотичних переживань, підсиленням агресивної напруженості, ворожого ставлення до оточуючих, зменшенням виразності емоційно експресивних мімічних та пантомімічних реакцій, збільшенням емоційної й соціальної усуненості, зниженням їх активності. Відповідно, дія лівопівкулевих стимуляцій носила діагностично значущий характер [6].

Тимчасове загострення симптоматики після лівопівкулевих стимуляцій підсилювало терапевтичний ефект наступних правопівкулевих стимуляцій.

Таке «розхитування» симптоматики сприяло подоланню стійкості або буферності складних психотичних ознакокладів до дії біологічної терапії [4,6].

Динаміка відповідних позитивних, негативних і загальнопсихотичних синдромів за шкалою PANSS в контрольній групі відображена в таблиці 2.

Під впливом індивідуально адекватної психофармакологічної терапії в цій групі мала місце редукція завантаженості психотичною симптоматикою з напруженістю ворожістю, зануренням

у хворобливі переживання, відповідно зростала комунікабельність, загальна й соціальна активність хворих.

Проведення плацебо-стимуляцій ніякого впливу на зворотній розвиток емоційного й соціального усунення пацієнтів не надавало. Стан хворих після проведення правопівкулевих і лівопівкулевих плацебо-процедур практично не відрізнявся.

Як походить з таблиць 1 та 2, порівняння стану пацієнтів провідної та контрольної групи під час виписки із стаціонару свідчить про те, що проведення латеральної фізіотерапії дозволило досягти більш окресленої редукції завантаженості психотичними переживаннями з напруженістю, ворожістю, обмеженням контактів, емоційною та соціальною усуненістю з підвищенням активності хворих.

Таблиця 3 відображує кількісні характеристики досягнутої ремісії в провідній та контрольній групах.

Так, проведення курсу зонально-латеральних електростимуляцій в провідній групі дозволило досягти більш високого загального рівня функціонування пацієнтів під час виписки.

Динаміка симптоматики приступу ендогенно-процесуального психозу на етапах терапії в контрольній групі

Ознакосклад за шкалою PANSS	Вираженість симптоматики в ум. балах на етапах терапії (M ± m)					
	А	Б	В	Г	Д	Е
Ворожість	5,5±0,4*	4,3±0,2*	4,0±0,1	3,9±0,2	3,5±0,2	2,7±0,1
Напруженість	5,9±0,3*	5,0±0,3	4,2±0,2	4,1±0,2	4,0±0,2	3,2±0,2
Малоконтактність	5,0±0,3*	4,1±0,2	4,0±0,1	4,1±0,2	3,9±0,2	3,5±0,2
Завантаженість психічними переживаннями	6,3±0,3*	5,3±0,3*	4,8±0,2	4,8±0,2	4,5±0,2	3,7±0,2
Активна соціальна усуненість	6,0±0,2*	5,1±0,3	4,8±0,2	4,8±0,2	4,5±0,2	3,7±0,2
Емоційна усуненість	5,4±0,2*	5,0±0,3	4,7±0,1	4,6±0,1	4,5±0,2	3,7±0,2
Пасивно-апатична соціальна усуненість	5,4±0,2*	4,8±0,3	4,4±0,2	4,3±0,2	4,1±0,3	3,0±0,2

Примітка: М – середня, м – помилка середньої. Ймовірність «нульової» гіпотези про відсутність різниці при порівнянні між етапами терапії А-Е, Б-Д, В-Г *p<0,05

В провідній групі було досягнуто ремісії більшої якості з більш високим рівнем працездатності пацієнтів під час виписки.

Таблиця 4 віддзеркалює тривалість досягнутої ремісії та рівень соціальної адаптації хворих під час ремісії в групах.

Таблиця 3

Характеристика досягнутих ремісій в групах

Показник, що характеризує ремісію	Величина показника в ум. балах в групах (M ± m)	
	Провідна	Контрольна
ЗОФ текуча	71,1±2,0*	48,0±4,8
Якість ремісії (показник К)	4,0±0,1*	3,2±0,2
Працездатність хворих (показник Т)	4,1±0,3*	3,4±0,2

Примітка: М – середня, м – помилка середньої. Ймовірність «нульової» гіпотези про відсутність різниці при порівнянні між етапами терапії А-Е, Б-Д, В-Г, *p<0,05

Після латеральної фізіотерапії у більшості хворих провідної групи було досягнуто ремісії тривалістю 24 місяця і більше. В контрольній групі тривалість досягнутої ремісії у більшості пацієнтів не перебільшувала 12 місяців.

Проведення зонально-латеральних електростимуляцій в провідній групі у більшості хворих дозволило досягти майже преморбідного рівня соціальної адаптації. В контрольній групі у більшості хворих рівень соціальної адаптації під час досягнутої ремісії лишився зниженим.

Таким чином, зниження соціальної активності у хворих на ендогенно-процесуальні пси-

хозу обумовлено наявністю ознакоскладів, які створюють два кластери.

До першого відносяться так звані позитивні й загальнопсихотичні синдроми [10], обумовлені психотичними галюцинаторно-маячними й афективними розладами [7]: ворожість, напруженість, малоконтактність, завантаженість психотичними переживаннями й активна соціальна усуненість.

Другий утворюють так звані негативні синдроми шкали PANSS [10], які є проявом дискордантних емоційно-вольових та інтелектуально-мнестичних розладів [7] на тлі певного й більш

стабільного реєстра важкості негативної симптоматики [1]: емоційна усуненість і пасивно-апатична соціальна усуненість.

Дія індивідуально адекватної психофармакологічної терапії на ці розлади пов'язана з її впливом на порушення нейромедіаторно-нейрорецепторної

взаємодії в структурі патогенезу цих станів [5].

Вплив на означені ознакосклади зонально-латеральних електростимуляцій свідчить про участь в патогенетичних механізмах цих станів порушень індивідуального профілю міжпівкулево-дienceфальної взаємодії [6].

Таблиця 4

Розподіл хворих в провідній та контрольній групах за рівнем їх соціальної адаптації під час виписки та тривалості ремісії

Характеристика соціальної адаптації та тривалість ремісії	Кількість хворих в групах	
	Провідна	Контрольна
Рівень соціальної адаптації хворих під час виписки		
P1. Адаптація, як у здорових	6	2
P2. Зникнення за фахом при регуляції роботи або нерегулярна праця з частою зміною місця служби	4	6
P3. Не працюють, не вчаться, лише обслуговують себе	---	---
P4. Повна дезадаптація	---	2
Тривалість досягнення ремісії		
Тр.1. до 6 місяців	2	2
Тр.2. від 6 до 12 місяців	1	6
Тр.3. від 12 до 18 місяців	---	---
Тр.4. від 18 до 24 місяців	---	---
Тр.5. від 24 місяців й більше	7	2

Вищенаведене дає підстави зробити наступні висновки.

Зонально-латеральні електростимуляції дозволяють вплинути на порушення соціальної активності хворих на ендогенно-процесуальні психози, обумовлені активною й пасивною емоційною та соціальною усуненістю пацієнтів. При цьому дія правопівкулевих стимуляцій носить терапевтично значущий характер, а лівопівкулевих – діагностично значущий.

Проведення курсу латеральної фізіотерапії із

завершенням його правопівкулевою стимуляцією дозволяє послабити емоційну та соціальну усуненість хворих на ендогенно-процесуальні психотичні стани з підвищенням соціальної активності пацієнтів, дає можливість досягнути ремісії більшої якості та тривалості.

Доцільно застосування зонально-латеральних електростимуляцій в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів при приступоподібних ендогенно-процесуальних психозах із зниженням соціальної активності хворих.

А.Н. Линева

ВЛИЯНИЕ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ НА СОЦИАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ

Луганский государственный медицинский университет

Изучали влияние зонально-латеральных электростимуляций на симптоматику приступа эндогенно-процессуального психоза у 20 больных. Правополушарные стимуляции вызывали редукцию симптоматики. Проведение курса латеральной физиотерапии позволяло ослабить социальную и эмоциональную отгороженность больных, повысить качество и длительность ремиссий, трудоспособность и социальную активность пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.147-152)

A.N. Lineva

ACTION OF LATERAL PHYSIOTHERAPY ON SOCIAL ACTIVITY IN THE PATIENTS WITH ENDOGENOUS-REMEDIAL PSYCHOSIS

Lugansk state medical university

The author studied the action zone lateral electric-stimulation on symptoms episode of endogenous-remedial psychoses in 20 patients. The right hemisphere stimulations caused the reduction of symptoms. Conducting course of lateral physiotherapy made it possible social and emotional fence patients to increase quality and reach of remissions workability and social activity in the patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.147-152)

Література

1. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология: Пособие для врачей. — 2-е издание перераб. и дополн. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. — С.141-263.
2. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клінічний посібник. — Харків: АРСІС, 2001. — С.80-93.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition text revision: Published by the American Psychiatry Association. DC 2000. — 943 p.
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1998. — 528 с.
5. Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С.А. Малярова /Ф. Дж.Яничан, Дж. М. Дэвис, Ш.Х. Престорн, Ф. Дж. Айд мл. — К.: Ника Центр, 1999. — С. 115-254.
6. Чуприков А.П., Линева А.Н., Марценковский И.А. Латеральная терапия: Руководство для врачей. — К.: Здоров'я, 1994. — 176 с.
7. Руководство по психиатрии в 2 томах. Т.1/А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др. Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999 — С. 407-555.
8. Глоссарий руководства для составления Кокрановских обзоров (Версия 4.1) А.Л. Спасокукоцкий // Укр. мед. часопис. — 2001. — № 1(21), 1/11. — С. 115-135.
9. Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування): Методичні рекомендації / Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Український центр науково-медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи/ Н.О. Марута, А.М. Бачериков. — Харків, 2001. — 20 с.
10. Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A. Significance of positive and negative syndromes in chronic schizophrenia// Br. J. Psychiatry. — 1986. — 149. — P. 439-449.
11. Діагностичні критерії з DSM-III-R. — Перекл. з англ. — К.: Абрис, 1994. — С.22-23.

Поступила в редакцию 28.06.2004