

экзогенную стимуляцию кратковременно несколько раз в день.

По истечении месячного курса реабилитации у 7 больных (5 мужчин и 2 женщины) произошло качественное улучшение локомоторных функций: темп ходьбы при свободном перемещении соответствовал задаваемому экзогенно, при движении отсутствовали дефекты, характерные для акинетико-ригидного синдрома (скованность при ходьбе, резкое изменение темпа ходьбы и изменение длины шага в начале и конце движения, затруднения при поворотах и т.д.). После окончания курса реабилитации пациенты ежедневно (2 раза в день в течение 3—5 минут) синхронизировали темп перемещения с частотой работы портативного фотофоностимулятора. У 3 больных удалось значительно снизить дозу антипаркинсонических препаратов.

У 3 пациентов существенного положительного эффекта от реабилитации методом референтной биоадаптации добиться не удалось, так как при использовании адекватно подобранного сочетания и дозы антипаркинсонических препаратов грубой скованности при ходьбе у них не было (осложнением терапии у этих больных являлись гиперкинезы), а попытка уменьшения дозы препаратов приводила к немедленной генерализованной скованности всего тела.

Таким образом, использование функционального драйвера, обеспечивающего, по нашему мнению, поддержание оптимального режима, достигнутого в результате курса реабилитации, может в перспективе рассматриваться как дополнение (или даже альтернатива) медицинским схемам. Викарному эффекту от применения лекарств, восполняющих уровень дофамина, и таким образом носящему пассивный характер, может быть противопоставлен в будущем метод активной нефармакологической стимуляции дофамин-компетентных генеративных структур мозга, фактор временной стимуляции указанных структур. Мы полагаем, что речь идет об оживлении при-

родно-колебательного контура, реагирующего нейрохимическим процессом в центрэнцефалической системе на экзогенное воздействие темпо-ритмовыми программами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса.—М., 1968.
2. Ашофф Ю. Тезисы IV Международного симпозиума "Человек в космосе".—Ереван, 1971.—С.26—28.
3. Боголепов Н.К. Коматозные состояния.—М., 1962.
4. Голубовский Л.М. К вопросу о синдроме непроизвольной жестикуляции: Очерки клинической неврологии /Под ред. С.Н.Давиденкова.—М., 1962.
5. Давиденков С.Н. Паракинезы.—БМЭ, 1932.
6. Моисеева Н.И. и соавт. Саморегуляция ритма стадий сна как одно из проявлений адаптации к условиям внешней среды: Саморегуляция нейротрофических механизмов в интегральной и адаптивной деятельности мозга.—Л., 1972.
7. Нарогова В.В. Онтогенетическая динамика индивидуального ритма человека: Эффективность санаторно-курортного лечения в здравницах Красноярского края.—Красноярск, 1991.
8. Рокотова Н.А. Нервный контроль темпа движений у человека и возможные способы представления времени в нервной системе: Проблемы космической биологии.—М., 1967.
9. Руднев В.А., Прокопенко С.В., Похабов Д.В. Восстановление речевых функций у больных с патологией коры головного мозга методом референтной биоадаптации.—НПО "Союзмединформ". Депонирована 17.03.1992.
10. Руднев В.А., Прокопенко С.В. Вопросы клинической и теоретической невропатологии и психиатрии /Под ред. В.А.Руднева и А.Б.Гринштейна.—Красноярск, 1989.—С.16—19.
11. Урманцев Ю.А. Специфика пространственных и временных отношений в живой природе: Пространство, время, движение.—М., 1971.
12. Jasob A. Die Extrapyramidalen erkankungen.—Berlin, 1913.
13. Smith K.U. Cybernetic theory of time perception and izavolution: Труды XVII Международного конгресса.—Симп. 19.—М., 1966.—С.152—159.

Поступила 12.02.97.

УДК 616.74—009.125—036.8

Е.В.Седышева, В.М.Леванов, А.Б.Прокопенкова, А.В.Густов

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ДИСТРОФИЧЕСКОЙ МИОТОНИЕЙ И ПРИНЦИПЫ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Нижегородская государственная медицинская академия

Р е ф е р а т. При проведении исследования психологических особенностей личности у 20 больных дистрофической миотонией с использованием теста ММРП было выявлено характерное для периода первых клинических проявлений болезни формирование тревожно-ас-

тенического синдрома. По мере прогрессирования основного заболевания прослеживается тенденция к ипохондрическим и депрессивным состояниям. Предложен комплекс медикаментозной и психотерапевтической реабилитации.

*Е.В.Седышева, В.М.Леванов,
А.Б.Прокопенкова, А.В.Густов*

ДИСТРОФИК МИОТОНИЯЛЕ АВЫРУЛАРГА
ПСИХОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКА
ҺӘМ АЛАРНЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ ПРИНЦИПЛАРЫ

ММПІ тестын файдаланып, дистрофик миотонияле 20 авыру шәхесенең психологик үзенчәлекләрен тикшергәндә, чирнең беренчел клиник чоры өчен хас тынчысызлык, хәлсезлек билгеләре жьелмасы формалашуы ачыкланды. Төп чир көчәйгәндә ипохондрик һәм депрессив халәтләр тенденциясе сизелә. Медикоментоз һәм психотерапевтик реабилитация комплексы тәкъдим ителә.

*E.V.Sedysheva, V.M.Levanov,
A.B.Prokopenkova, A.V.Gustov*

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF PATIENTS WITH MYOTONIA DYSTROPHICA
AND PRINCIPLES OF THEIR REHABILITATION

When testing psychological characteristics of personality in 20 patients with myotonia dystrophica using MMPI test, it was revealed forming of anxious-asthenic syndrome, typical for initial clinical symptoms of the disease. With the main disease progression tendency to hypochondriac and depressive states is observed. Complex of medicamentous and psychotherapeutic rehabilitation is offered.

При медицинской реабилитации больных необходимо учитывать не только состояние нарушенных функций, но и особенности психологического и социального статуса. Клинические проявления дистрофической миотонии хорошо известны [2—5], однако психологическая характеристика этих больных изучена недостаточно. При анализе развития основных симптомов дистрофической миотонии было отмечено, что по мере развертывания миотонических, миопатических, нейродистрофических проявлений возникают и прогрессируют нервно-психические и интеллектуальные изменения. Это приводит к выраженной социальной дезадаптации больных и определяет актуальность изучения данного вопроса.

Мы наблюдали группу больных из 20 человек, у которых кроме клинического обследования были изучены психологические особенности личности путем тестирования по методике Миннесотского многопрофильного опросника личности ММПІ в адаптированном на русский язык варианте [1]. Тест применяется для интегральной оценки психологического статуса и включает широкий круг вопросов по поводу склонностей, интересов, установок личности обследуемого, состояния его здоровья, а также большой диапазон психопатологических признаков. В методике ММПІ имеются три шкалы (L, F, K), позволяющих оценить достоверность результатов, отношение больного к процедуре тестирования, и 10 клинических шкал. При анализе результатов исследования учитываются форма профиля, соотношение шкал по высоте, общий подъем графика, абсолютная и относительная величина пиков.

При анализе полученных данных оказалось, что двое больных не смогли ответить на все вопросы теста из-за выраженного снижения интеллекта и были исключены из дальнейшего исследования. Остальные 18 графиков удовлетворяли требованиям достоверности (L, K \leq 70Т-баллов, F \leq 80Т-баллов). Усредненный профиль характеризовался достоверным подъемом шкалы F, что свидетельствует о внутренней напряженности, хроническом стрессе, стремлении привлечь внимание, призвать к помощи, подсознательном преувеличении имеющихся психологических проблем. Клинические шкалы выявляли признаки ипохондрического, тревожно-астенического и тревожно-депрессивного синдромов. Усредненный профиль характеризовался подъемом шкал 1, 2, 7, 8, 0 со снижением шкал 4 и 9, что указывало на преобладание гипостенических личностных черт: тревожности, мнительности, эмоциональной неустойчивости, быстрой истощаемости с преобладанием сниженного эмоционального фона, склонности к субдепрессивным и депрессивным состояниям, соматизации психологических проблем, ипохондрическим проявлениям. 6 из 8 пациентов были отнесены к социальным интравертам. При этом можно было проследить развитие определенного типа невротических проявлений данного заболевания.

Исходя из полученных клинических и психометрических данных, можно предположить, что наиболее ранним проявлением заболевания является формирование тревожно-астенического синдрома (подъем шкал 2, 7), сопровождающегося нарушением сна и аппетита, вегетативными проявлениями (тахикардия, повышенная потливость, зябкость), раздражительной слабостью с быстрым эмоциональным истощением, снижением работоспособности, повышенной утомляемостью.

По мере прогрессирования основного заболевания прослеживалась тенденция к соматизации тревоги, ипохондрическим и депрессивным состояниям. На профиле ММПІ этому соответствуют подъем 1 (ипохондриция) и снижение 9 (гипомания) шкал, что несколько нивелирует пик шкалы 2 (тревожность). Клинически это соответствует многообразным соматическим жалобам либо при параллельном нарастании ипохондрических и депрессивных проявлений приводит к вынужденной эмоциональной изоляции. Иногда больные имели весьма умеренное количество жалоб, однако крайне пессимистично относились к своей жизни и здоровью. Тоскливый аффект проявлялся в самых различных сферах, особенно в отношении будущих перспектив, преобладали подавленное настроение, отказ от социальных контактов.

Помимо описанного выше подъема шкал 1, 2, 7, 0 и снижения шкалы 9 профиль ММПІ характеризовался подъемом среднего уровня, как правило, выше 60Т-баллов, выраженным

пиком шкалы F, что указывает на ухудшение психосоциальной адаптации пациента, общий стресс, напряжение множественных компенсаторных функций психической деятельности, направленных на нивелировку дезадаптации.

Длительное течение заболевания, помимо нарушения физиологических функций организма, приводит к тяжелым психосоциальным нарушениям, график ММПР приобретает при этом вид зубчатой пилы или "плавающего", когда большинство шкал превышало уровень 60Т-баллов. Это происходило за счет вторичного подъема шкал 6 (ригидность аффекта), 8 (аутизма), хотя они, как правило, не превосходили уровня шкал гипостенического регистра (2, 7, 0).

В целом это свидетельствует о глубокой дезадаптации, дезинтеграции личности, нарастании заторможенности, уходе от контактов, бегстве от проблем (эскейп), внутренней дисгармонии, обидчивости, внутреннем напряжении, бесконечном обдумывании проблем со своеобразным их видением, малой доступности для психокорректирующих вмешательств.

При исследовании мнестических функций было обнаружено, что у лиц с астеническим и депрессивным синдромами кривая памяти была снижена по сравнению с таковой у здоровых и лиц с реакциями компенсации.

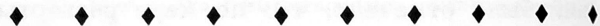
Лечебные мероприятия психопатологических проявлений у больных дистрофической миотонией проводились на фоне базисной терапии основного заболевания. Лиц с астеническим синдромом лечили транквилизаторами без релаксирующего действия (рудотель, грандаксин) в сочетании с препаратами валерианы, брома, а также адаптогенов (экстракт

родиолы розовой, элеутерококка, левзеи). Больным с тревожно-депрессивными состояниями предписывали малые транквилизаторы в сочетании с вегетотропными препаратами (беллоид, беллатаминал), при отсутствии эффекта дополнительно назначали антидепрессанты (амитриптилин по 25—50 мг в сутки). Наиболее сложной была коррекция ипохондрических расстройств, тоски, тревоги, нормализации сна: использовали транквилизаторы, вегетотропные средства и электросон. Всем больным, кроме того, проводилась рациональная и суггестивная психотерапия, направленная на формирование адекватной самооценки, создание жизненных перспектив, коррекцию масштаба переживаний болезни. Критериями завершения данного этапа лечения были смягчение нервно-психических расстройств, повышение жизненного тонуса, нарастание двигательной активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психологии.—М., 1976.
2. Гаусманова-Петрусевич И. Мышечные заболевания.—Варшава, 1971.
3. Гехт Б.М., Ильина Н.А. Нервно-мышечные болезни.—М., 1982.
4. Зинченко А.П. Миотонии.—Л., 1969.
5. Катаева К.Г., Красик Е.Д., Команденко Н.И. // Журн. невропатол. и психиатр.—1992.—№ 4.—С.47—49.

Поступила 26.01.97.



УДК 612.741+616.742.7—009+616.833.17

Я.Б.Юдельсон, Н.П.Грибова

ЭКСТЕРОЦЕПТИВНАЯ СУПРЕССИЯ ПРИ ЛИЦЕВЫХ ГИПЕРКИНЕЗАХ И ДИСТОНИЯХ

Смоленская государственная медицинская академия

Р е ф е р а т. На основании результатов изучения параметров экстероцептивной супрессии у 140 больных с различными вариантами лицевых гиперкинезов уточнено состояние рефлекторных тормозных нейрональных цепей. Полученные данные могут быть использованы в процессе подбора и мониторинга терапии и способствовать пониманию механизмов формирования дискинезий лицевой мускулатуры.

Я.Б.Юдельсон, Н.П.Грибова

БИТ ГИПЕРКИНЕЗЫ ҺӘМ ДИСТОНИЯСЕ
ВАКЫТЫНДА ЭКСТЕРОЦЕПТИВ СУПРЕССИЯ

Бит гиперкинезының төрле варианты булган 140 авыруның экстероцептив супрессия параметрларын өйрәнү нәтижеләре нигезендә рефлектор тоткарлау нейрональ чыл-

бырның халәте ачыклана. Алынган мәгълүматлардан дәвалауны сайлау һәм мониторинг процессында файдаланырга мөмкин, алар шулай ук бит мускулы дискинезиясе формалашу механизмын аңлауда этәргеч була алалар.

B.Judelson, N.P.Gribova

EXTEROCEPTIVE SUPPRESSION
IN FACIAL HYPERKINESSES AND DYSTONIAS

On the basis of study of results of exteroceptive suppression parameters in 140 patients with different variants of facial hyperkineses the state of reflex inhibitory neuronal chains was defined more precisely. Received data may be used in process selection and monitoring of therapy and promote to understanding of facial musculature dyskinesia forming mechanisms.