

В.Н. Григорьева, Е.В. Гузанова, В.Ф. Россохин

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СПАСТИЧЕСКОЙ КРИВОШЕЕЙ

Нижегородская государственная медицинская академия

Спастическая кривошея (СК) представляет собой одну из фокальных форм торсионной дистонии — прогрессирующего дегенеративного экстрапирамидного заболевания, ведущим проявлением которого служит дистонический гиперкинез. Для СК характерны произвольные медленные, постоянные или периодические движения в шее, искажающие ее нормальное положение и приводящие к насильственному повороту и/или наклону головы.

В зависимости от патогенетических особенностей заболевания выделяют первичную (идиопатическую) и вторичную (симптоматическую) СК. Идиопатическая дистония начинается чаще всего в молодом (30—40 лет) возрасте и характеризуется дистоническим гиперкинезом в сочетании или без сочетания с тремором при отсутствии других неврологических симптомов. Выявить специфическое нейроморфологическое повреждение мозга не удается. Обсуждается роль генетических факторов (изменений гена DYT-1) в происхождении некоторых вариантов идиопатической СК.

Патофизиологической основой формирования СК считаются нейромедиаторные расстройства с дисбалансом нейротрансмиттерной и нейропептидергической регуляции систем, вовлекающих базальные ганглии, мозжечково-таламические связи и некоторые структуры промежуточного и среднего мозга. Указывается также на определенную роль периферических биомеханических нарушений в поддержании патологических поз шеи. Отмечается также влияние психологических факторов на развитие СК. Так, возникновение этой болезни часто провоцируется психотравмирующими воздействиями (утраты, семейные конфликты, финансовые проблемы и др.), а психический стресс модифицирует выраженность клинических проявлений СК у большинства пациентов.

Исходя из представлений о патогенезе СК предложено множество вариантов ее лечения,

включающих лекарственные воздействия на нейромедиаторные системы головного мозга, хирургическую селективную денервацию вовлеченных в формирование патологических поз мышц, а также стереотаксические операции. Поскольку все эти методы терапии у значительной части больных оказываются недостаточно эффективными, все чаще используется введение в напряженные гипертрофированные мышцы шеи ботулотоксина типа А, блокирующего нервно-мышечную передачу. Однако существенными ограничениями для широкого применения препарата являются его высокая стоимость и необходимость повторения инъекций через каждые 4—6 месяцев. В тех случаях, когда СК не поддается лечению, она заметно изменяет внешность больного и вызывает эффект «стигматизации», заставляя пациента стыдиться себя и резко нарушая его психологическое благополучие. В этой связи большое значение в лечении больных СК придается психотерапии, направленной на устранение вторично возникающих у пациента невротических нарушений.

Несмотря на большое число методов лечения СК, до сих пор мало изучены факторы, которые влияют на эффективность их комплексного применения, направленного как на уменьшение дистонического гиперкинеза, так и на улучшение психологической адаптации пациента в условиях продолжающегося заболевания.

Целью работы являлось изучение факторов, влияющих на эффективность комплексной терапии больных СК.

Под наблюдением находились 60 больных (женщин — 36, мужчин — 22) идиопатической СК в возрасте от 16 до 71 лет (средний возраст — $40,0 \pm 2,5$ г[M±m]). Диагноз идиопатической СК устанавливался на основании общепринятых клинических критериев диагностики данного заболевания (формирование патологических поз

головы и шеи, наличие корригирующих жестов, парадоксальные кинезии, уменьшение гиперкинеза под влиянием эмоциональной релаксации, изменчивость кривошеи в разные фазы суточного цикла, в положении лежа, при алкогольной нагрузке, феномен инверсии ротации, дистонические синдромы в других частях тела и др.) после исключения органической патологии на основании результатов нейровизуализационных и лабораторных исследований.

Из 60 пациентов у 8 (13%) имела место клоническая, у 47 (78%) — тонико-клоническая, у 5 (8%) — тоническая формы СК. У 10 (16%) больных отмечалась легкая степень заболевания, у 31 (52%) — среднетяжелая и у 19 (32%) — тяжелая. Изолированная форма СК была диагностирована у 45 пациентов, в то время как сочетание СК с дистоническими гиперкинезами в других областях — у 13.

Давность заболевания на момент первого осмотра составляла от одного месяца до 11 лет. У 25 (42%) больных в анамнезе имелись спонтанные ремиссии, длившиеся от нескольких дней до нескольких лет.

Наряду с клинико-неврологическим осмотром у всех больных осуществлялись количественная оценка выраженности дистонического гиперкинеза в баллах на основании определения индекса Tsui, а также психодиагностическое обследование и определение степени ограничений жизнедеятельности. Психологическая диагностика включала беседы с больным, в ходе которых выяснялись особенности его личностного реагирования, условия развития в детстве, взаимоотношения в семье и на работе, наиболее волнующие проблемы, степень готовности к выполнению рекомендаций врача, степень уверенности в возможности выздоровления, выраженность установки на получение или продление инвалидности. Выраженность установок пациента оценивалась в баллах (0 — отсутствие явной установки, 1 — отчетливая установка). Наряду с этим применялась Госпитальная шкала тревоги и депрессии с определением уровней тревоги (УТ) и депрессии (УД) и изучались индивидуально-личностные особенности пациента с помощью сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (теста СМОЛ). На основании результатов психодиагностического исследования определяли общую выраженность психической дезадаптации по четырехбалльной системе в соответствии со

следующими критериями [12]. Отсутствие эмоционального напряжения: жалоб нет, личностный профиль по данным теста СМОЛ линейного характера находится в пределах 40—60 Т баллов; могут быть один-два пика по неосновным шкалам — 0 баллов. Слабо выраженное эмоциональное напряжение: в клинической картине имеется слабо выраженная неспецифическая общеневротическая симптоматика; личностный профиль по данным теста СМОЛ в пределах 40—69 Т баллов, линейного характера или с наличием 1-2 пиков при нормативном разбросе основных шкал — 1 балл. Умеренно выраженное эмоциональное напряжение либо акцентуация характера: стойкие общеневротические неспецифические симптомы; личностный профиль СМОЛ в пределах 45—75 Т баллов, имеет пограничный или пикообразный характер при наличии одного-двух пиков по основным (1,2,3,7) шкалам — 2 балла. Сильно выраженное эмоциональное напряжение: соответствует невротической реакции либо невротическому состоянию; помимо неспецифических общеневротических проявлений выражены и идеаторные расстройства; личностный профиль в пределах 40—100 Т баллов, высокорасположенный, плавающий или пикообразный с тремя-четырьмя ведущими шкалами (1,2,3,7), девятая шкала низкая — 3 балла.

Степень нарушений жизнедеятельности определяли по субшкале ограничений жизнедеятельности, являющейся составной шкалы оценки выраженности идиопатической дистонии. Эта шкала позволяет по пятибалльной системе (0 баллов — нет нарушений, 4 балла — максимально возможные нарушения) определить выраженность ограничений функциональных возможностей в таких сферах, как речевая активность, письмо рукой, прием пищи, поглощение пищи/глотание, процедуры личной гигиены, одевание и ходьба. Наряду с этим, с помощью разработанной нами анкеты также по пятибалльной шкале дополнительно оценивали степень ограничений возможностей пациента при общении с окружающими, осуществлении привычных бытовых дел и профессиональной деятельности.

Обследовали всех больных до начала стационарного курса лечения (Т1), после окончания курса лечения (Т2) и через 6 месяцев после этого момента (Т3). Курс лечения включал фармакотерапию, когнитивно-поведенческую психотерапию, кинезотерапию и рефлексотерапию. При

фармакотерапии использовались вазоактивные и седативные растительные препараты. Клоназепам, антидепрессанты и другие психотропные средства не использовались в связи с тем, что большинство больных уже получали их ранее без существенного эффекта.

Сеансы когнитивно-поведенческой терапии (длительностью по 30—45 минут каждый) проводились с интервалом 1-2 дня и были направлены на помощь больным в осознании ими своих сохранных возможностей и жизненных целей, ради которых имело смысл приспособляться к болезни; мотивацию на изменение отношения к болезни; обучение способам переключения произвольного внимания, эмоционально-мышечной релаксации и адаптивного психического реагирования в контексте решения конкретных актуальных для больных задач. При кинезотерапии основное внимание уделялось упражнениям на быстрое ритмичное переключение с одних двигательных паттернов на другие. В конце каждого занятия больному давались задания по отработке полученных навыков, а при выписке из стационара определялась программа его дальнейших самостоятельных тренировок.

За период T2-T3 проводилось 4-5 дополнительных осмотров больных, что позволяло уточнить особенности течения болезни и определить моменты наступления и продолжительности ремиссий. При T2 и T3 обследованиях изучались соответственно ближайшие и отдаленные результаты лечения. Ближайший эффект курса лечения оценивали по двухбалльной системе как положительный (существенное улучшение состояния больного на момент T2) и отрицательный (несущественное улучшение либо ухудшение состояния пациента). Критерием ближайшего положительного эффекта лечения считали уменьшение выраженности ограничений жизнедеятельности на балл или более в половине или более из тех изучавшихся сфер жизнедеятельности, в которых исходно отмечались ограничения, сочетавшееся с регрессом индекса TSUI более чем на 50 % по сравнению с исходным и/или со снижением степени психической дезадаптации на один или более баллов. Отдаленный эффект лечения также оценивали по двухбалльной системе как положительный либо отрицательный. Положительным отдаленным результатом лечения считалось достижение стойкого

выраженного улучшения, т.е. сохранение изменений в состоянии пациента, соответствовавших критериям положительного ближайшего эффекта лечения, в течение 2 и более месяцев на протяжении периода T2-T3. Отдаленный результат лечения признавался отрицательным при отсутствии таких изменений или сохранении их менее 2 месяцев.

Статистическую обработку данных производили с помощью программы Statistica 6,0 и SSPS -10. Анализ различий между зависимыми выборками осуществлялся с применением t-критерия Стьюдента для связанных выборок при нормальном распределении переменных и критерия Вилконсона при распределении переменных, отличающихся от нормальных. Взаимосвязь параметров изучали с помощью вычисления коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для выяснения степени влияния биологических и психологических факторов на вероятность достижения положительного эффекта лечения применялся метод бинарной логистической регрессии с пошаговым включением предикторов, статистически значимо влияющих на терапевтический результат.

Исходное среднее значение индекса Tsui в группе обследованных составляло $9,4 \pm 3,9$ ($M \pm \text{станд. откл.}$) баллов, что соответствовало умеренной степени дистонического гиперкинеза. Значения средних показателей УТ и УД до лечения (соответственно $8,9 \pm 3,6$ и $6,7 \pm 3,5$ балла) свидетельствовали о том, что для большинства больных СК были характерны субклинические проявления тревоги при отсутствии явных симптомов депрессии [14]. Большинство базисных шкал (1, 2, 4, 6, 7 и 8) личностного профиля теста СМОЛ до лечения превышало 55 Т-баллов. Такой «пограничный» характер профиля отражал некоторое повышение общего уровня психического напряжения больных по сравнению с популяцией в целом. Соотношение шкал достоверности указывало на то, что больные СК склонны к самокритичности и искренности в раскрытии своих проблем. Небольшие пики профиля отмечались по базисным шкалам 2 (пессимистичность), 4 (импульсивность) и 8 (индивидуалистичность). Относительное повышение профиля по этим шкалам означало своеобразие интересов больных, трудности их социальной адаптации, тенденцию к независимости, импульсивности и агрессивности в поведении, а также склонность к интеллектуальной переработке информации.

Функциональные возможности больных СК оказались наиболее ограниченными в сфере профессиональной деятельности. Так, средняя балльная оценка по соответствующему пункту субшкалы ограничений жизнедеятельности составила 3,0 [1,0;2,0] балла (медиана [25%;75% квантили]). Умеренные ограничения наблюдались также в таких сферах, как прием пищи (средняя оценка — 2,0 [1,0;2,0] балла), общение (средняя оценка — 2,0 [1,0;3,0] балла) и активность в быту (средняя оценка — 2,0 [1,0;3,0] балла). Легкие ограничения отмечались при выполнении процедур личной гигиены, одевании и ходьбе, в то время как речь, письмо и глотание у подавляющего числа больных не нарушались.

Непосредственно после курса лечения в группе больных отмечалось статистически значимое снижение среднего значения индекса Tsui до $5,7 \pm 3,9$ (M \pm станд.откл.) балла ($p < 0,001$), что отражало уменьшение выраженности дистонического гиперкинеза. Усредненный профиль СМОЛ больных статистически достоверно (от $p < 0,02$ до $p < 0,001$) снизился по всем базисным шкалам, т.е. выраженность проявлений психической дезадаптации у пациентов уменьшилась. Средние оценки функциональных ограничений больных после курса лечения статистически значимо ($p < 0,001$) снизились, составив (медиана [25%;75% квантили]) по приему пищи 1,0 [1,0;1,0] балл, процедурам личной гигиены — 0 [0;1,0], одеванию — 0 [0;1,0], ходьбе — 0,5 [0;1,0] и общению — 1,0 [0;1,0] балла. Показатели по активности в быту и профессиональной деятельности, оценивавшиеся спустя месяц после выписки из стационара, также оказались статистически достоверно ниже исходных ($p < 0,001$).

В целом ближайшие и отдаленные положительные эффекты курса терапии были достигнуты у 35 из 58 (60,3%) больных. Однако по составу подгруппы больных с ближайшими и отдаленными позитивными результатами терапии совпадали не полностью, поскольку у 5 человек ближайший положительный результат лечения оказался нестойким, и у 5 больных, напротив, положительный эффект появился лишь спустя некоторое время после выписки из стационара.

Для выявления факторов, в наибольшей степени влияющих на вероятность достижения положительного эффекта комплексной терапии, были отобраны такие слабо коррелирующие между собой параметры, как возраст больного (годы), давность заболевания на момент Т1 (месяцы),

наличие ремиссий в анамнезе (есть/нет), индекс Tsui на момент Т1 (баллы), форма СК (тоническая/тонико-клоническая); сочетание СК с другими проявлениями торсионной дистонии (изолированная /неизолированная СК), выраженность установки на инвалидность (есть/нет), общий уровень психической дезадаптации на момент Т1 (баллы), степень готовности больного следовать рекомендациям врача и отрабатывать навыки психофизиологической саморегуляции (высокая/низкая). Результаты логистического регрессионного анализа показали, что статистически значимое влияние ($p < 0,0004$) на ближайший эффект оказывают высокая степень готовности следовать рекомендациям врача и отсутствие установки на инвалидность. Выбранные системой признаки оказывали статистически значимое (совместное) влияние на результаты лечения при $p < 0,0001$. Точность выводов о характере ближайшего эффекта при использовании этих двух признаков составляло 77,6%, что свидетельствовало об их достаточно высокой прогностической ценности.

Показателями, значимыми для прогнозирования отдаленного эффекта терапии, оказались готовность следовать рекомендациям врача, индекс Tsui и общий уровень психической дезадаптации на момент Т1. Вероятность достижения отдаленного позитивного эффекта была выше у больных, доверявших врачу и нацеленных на самостоятельную работу, имевших менее грубую симптоматику СК и не находившихся в состоянии выраженного психического стресса при исходном обследовании ($p < 0,0001$). Процент правильной переклассификации составил 81,0.

Сочетанное применение фармакотерапии, когнитивно-поведенческой психотерапии, кинезотерапии и рефлексотерапии позволило достичь положительного результата лечения более чем у 60 % наблюдавшихся нами больных СК. Эти данные согласуются с мнением других авторов о возможности уменьшения дистонического гиперкинеза и повышения уровня психического благополучия больных СК при обучении их навыкам мышечной релаксации и способам позитивного мышления. Результаты работы свидетельствуют также о важности сочетания психотерапии с ритмической лечебной гимнастикой и методами рефлексотерапии.

Полученные нами данные, согласно которым значимое влияние на достижение ближайшего положительного результата комплексной терапии

СК терапии оказывают прежде всего установка больного на инвалидность и его готовность следовать рекомендациям врача, самостоятельного отработывая навыки психофизиологической саморегуляции и занимаясь лечебными физическими упражнениями, свидетельствуют о первостепенном влиянии психологических факторов на исходы лечения. Во многом это можно объяснить тем, что принятые в данной работе критерии эффективности терапии включали прежде всего уменьшение ограничений жизнедеятельности пациента, сочетавшееся с уменьшением выраженности дистонического гиперкинеза и/или уменьшением степени его психологической дезадаптации. Иными словами, положительным результатом лечения признавался лишь в случае расширения социальной активности пациента при условии одновременного улучшения его физического и/или психического состояния. Такой подход к оценке терапевтических результатов позволяет учитывать динамику не только и не столько физиологических показателей, сколько возможностей психологической и социальной адаптации пациента, т.е. предполагает целостное восприятие биологической, психологической и социальной сущности человека.

Поскольку доступное внешнему наблюдению поведение и уровень повседневной активности человека неразрывно связаны с особенностями его психологического состояния (настроение, актуальные потребности, установки, цели и программы деятельности) вполне объясним тот факт, что степень уменьшения ограничений жизнедеятельности больных СК и, следовательно, успешности терапии существенно зависит от

установок пациентов. Между тем на отдаленные результаты лечения, при определении характера которых учитывалась стойкость достигнутого положительного эффекта, влияла не только готовность больного приспособиваться к жизни в условиях заболевания, но и уровень его исходной психической дезадаптации и тяжесть проявлений самой болезни, что соответствует приводимым в литературе данным.

Таким образом, на эффективность комплексного лечения больных спастической кривошеей, оцениваемую на основании уменьшения выраженности дистонического гиперкинеза и улучшения возможностей психологической и социальной адаптации пациента, наибольшее влияние оказывает его готовность следовать рекомендациям врача и активно отработать навыки психофизиологической саморегуляции. Кратковременный эффект терапии также предопределяется выраженностью установки больного на получение инвалидности, а долговременный — степенью его психической дезадаптации и тяжестью проявлений болезни. В комплексное лечение спастической кривошеей целесообразно включать рефлексотерапию, ритмическую гимнастику и когнитивно-поведенческую психотерапию, в процессе которой особое внимание следует уделять коррекции неадаптивных убеждений и установок больных.

Поступила 28.02.07.

