

ЛАТЕРАЛЬНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ (ФИЛАТ) – НАПРАВЛЕНИЕ В БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ

А.П. Чуприков

Структурно-функциональная неоднозначность и сложное взаимодействие полушарий мозга (Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова, 1981) обуславливаются наряду с вертикальной (кора – подкорковые отделы – ствол мозга) горизонтально-латеральной организацией нейропсихопатологических детерминантных систем по Г.Н. Крыжановскому (1980). Осознание этого факта и собственные клинические разработки позволили выделить психопатологические состояния (синдромы) с преимущественно правополушарной и преимущественно левополушарной латерализацией патологической детерминанты (А.П. Чуприков, Е.В. Гурова и др., 1979; Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова, 1981; А.П. Чуприков, А.Н. Линева и др., 1988).

Одним из путей дестабилизации патологической детерминантной системы является воздействие на патологический профиль межполушарного взаимодействия путем, как угнетения полушария, вовлеченного в патологическую активность, так и активации противоположного полушария. И в первом и во втором случае изменяется межполушарное взаимодействие, связанное прежде всего с наиболее распространенным типом взаимодействия – реципрокным.

Первым методом латеральной физиотерапии психических расстройств несомненно является унилатеральная электросудорожная терапия психозов, описанная в монографии Л.Я. Балонина, Д.В. Баркина, В.Л. Деглина и др. (1979) – метод, известный среди специалистов и имеющий свой узкий круг показаний для применения.

По времени мы (А.П. Чуприков и Е.В. Гурова), вероятно, были первыми, кто попытался изучить возможности использования в качестве лечебного фактора в психиатрии относительно слабые, субсенсорные латеральные раздражения (электростимуляции). Во всяком случае, подача первой заявки на изобретение в этой области датируется летом 1977 года (а.с. №725671).

Позднее появились сходные методы других авторов: транскраниальная микрополяризация (Г.А. Вартанян, Г.В. Гальдинов, И.М. Акимова, 1981), парнополяризационная терапия (В.И. Букреев, В.М. Шеверева, 1984), селективная электростимуляция полушарий (А.А. Краулис, И.А. Спандега, 1983).

Сегодня можно говорить о семействе методов латеральной физиотерапии психических расстройств различного генеза. В этой области психиатрии только изобретений

украинских авторов более 25. И число это не окончательное. Мы предложили родовое название для методов такого рода: «ФИЛАТ» (сокращенное: физиотерапия латеральная), зарегистрированное в начале 90-х годов как «товарный знак», для лечебно-коррекционных методов и опытно-конструкторских разработок в этой области.

В этой череде методов одним из первых был разработан метод транскутанной зонально-латеральной электростимуляции субсенсорным импульсным током низкой частоты, применявшийся как транскраниально, так и по типу «восходящей» стимуляции, например, руки (А.П. Чуприков, Е.В. Гурова, Г.П. Васильева, 1979). Он основан на действии импульсного тока малой частоты и силы на процессы памяти (В.Ф. Коновалов, Г.У. Федоров, 1981) и создания зоны навязанной активности в одном из полушарий (А.В. Черноситов, А.П. Чуприков, Э.А. Бардахчян, 1982) с вовлечением подкорковых отделов, в частности, церебральных центров вегетативной регуляции (А.П. Чуприков, В.В. Натаров, В.В. Полторак и др., 1987).

Зонально-латеральное электростимуляции являлись методом выбора в лечении пограничных состояний, абстинентного синдрома при алкоголизме, непсихотических формах эндогенной патологии включая ремиссии после психозов. Метод применялся для лечения депрессий, в том числе в сочетании с антидепрессантами. При лечении эндогенных психозов зонально-латеральные электростимуляции применялись в сочетании с иными методами биологической терапии на этапе обратного развития психоза (А.П. Чуприков, 1984).

Как показали исследования, зонально-латеральные электростимуляции оказывают закономерное влияние на психическое состояние, клинику психопатологических симптомов и синдромов, что дало основание говорить о психотропном эффекте и спектре психотропной активности латеральных электростимуляций. Такое психотропное действие было обозначено как латеральный эффект (А.П. Чуприков, Е.В. Гурова, Г.П. Васильева, 1979; А.П. Чуприков, 1984; А.П. Чуприков, А.Н. Линева и др., 1988).

При этом правополушарные стимуляции оказывают седативно-релаксирующее действие, которое является терапевтически значимым при тревожно-гиперстенических и галлюцинаторно-бредовых расстройствах. Стимулирующее активирующее влияние левополушарных электростимуляций было терапевтически значимым при вяло-гипостенических, тоскливо-апатических расстройствах и большинстве неврозоподобных (деперсонализационных, коэнестетических, обсессивных) состояний (А.П. Чуприков, Е.В. Гурова, Г.П. Васильева, 1979; А.П. Чуприков, А.Н. Линева и др., 1988).

Отдаленные эффекты зонально-латеральных электростимуляций проявлялись определенным видоизменением течения эндогенных психозов, сходным с описанным

терапевтическим патоморфозом (Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува, 1988). Отмечалась редукция параноидных расстройств в своеобразную неврозоподобную и психопатоподобную симптоматику, имело место становление субдепрессий по типу «нажитой циклотимии» (А.П. Чуприков, А.Н. Линева и др., 1988).

Оказалось, что зонально-латеральные электростимуляции вполне сочетаются с другими методами биологической терапии. Так комбинация инсулинокоматозной терапии с зонально-латеральными электростимуляциями была названа латерально потенцированной инсулинокоматозной терапией (А.П. Чуприков, А.Н. Линева, 1983).

При этом в экспериментальных исследованиях было показано наличие определенного влияния латеральных стимуляций на фармакокинетику инсулина. В частности, после правополушарных электростимуляций имело место снижение базальной гликемии, повышение инкреции эндогенного инсулина, усиление гипогликемического действия стандартной дозы экзогенного инсулина с одновременным замедлением выведения этого гормона из кровеносного русла (А.П. Чуприков, В.В. Натаров, В.В. Полторак и др., 1987).

Зонально-латеральные электростимуляции модулировали клиническую картину гипогликемии. После правополушарных стимуляций отмечались редукция психомоторного возбуждения и судорожных сокращений мышц в период гипогликемии, имели место явления сенсibilизации и кумуляции со снижением минимальной коматозной дозы. Проведение левополушарных электростимуляций сопровождалось возобновлением побочных явлений в период гипогликемии с развитием адаптации к инсулину и повышением коматозной дозы (А.П. Чуприков, А.В. Черноситов, А.Н. Линева, 1985).

Под влиянием латеральных электростимуляций закономерно менялась психотропная активность инсулиновых ком. Правополушарные стимуляции усиливали антипсихотическое действие комы. После левополушарных электростимуляций инсулиновые комы вызывали временное обострение психопатологической симптоматики. При проведении потенцированной инсулино-коматозной терапии обратное развитие психоза осуществлялось быстрее по типу «критического регресса», что позволяло сократить число ком на курс лечения, добившись ремиссий более высокого качества и длительности (А.П. Чуприков, А.Н. Линева и др., 1988).

Принципиально одни и те же закономерности отмечались при сочетании зонально-латеральных электростимуляций как с традиционной, так и с форсированной инсулинокоматозной терапией (А.Н. Линева, 1985).

Частным видом латеральных электростимуляций является субсенсорная стимуляция импульсным током биологически активных точек. С помощью унилатеральной электростимуляции точек акупунктуры удавалось нормализовать измененный аффект и

восстановить вегетативный тонус при эндогенных депрессиях. Латеральная электростимуляция биологически активных точек сопровождалась изменением температуры, кровяного давления, электропроводимости кожи, числа сердечных сокращений, уровня форменных элементов крови, холестерина и сахара (С.И. Найденов, 1988).

Одним из новых методов латеральных электростимуляций, отличающихся от традиционных методов ФИЛАТ некоторой «размытостью» латеральных воздействий, длительностью процедуры, является латеральная трансцеребральная электростимуляция (ЛАТЕН), основанная на воздействии импульсным высокочастотным током силой от 1,5 до 30 мА, частотой от 700 до 4000 Гц. Метод позволяет, используя эффект электроаналгезии, снижать активность гиперфункционального полушария с одновременной стимуляцией противоположной гемисферы. В ходе латеральной электроаналгезии удавалось добиться редукции психопатологической симптоматики при шизофрении с доминированием невротоподобных и галлюцинаторно-параноидных расстройств (А.А. Педак, А.П. Чуприков, 1990).

К латеральной физиотерапии, по нашему мнению, могут быть отнесены и методы, в которых применяются не электростимулы, а раздражители иной модальности, такие как звук, свет.

В качестве монауральных раздражений использовалась человеческая речь (внушение) и музыка. Оказалось, что при невротических и циклотимоподобных состояниях подача звуковых раздражителей в одно ухо может приводить к изменению гаммы эмоциональных переживаний и этот эффект может быть использован в терапевтических целях.

Наконец, сотрудниками Луганского и Донецкого медицинских институтов созданы очки - «ФИЛАТ» (приоритет 1987 г.), в которых в качестве латерализованного агента используется свет с различной длиной волны (разного цвета). Используются длинноволновые (красный, оранжевый, желтый цвет) и коротковолновые (зеленый, синий, фиолетовый цвет) диапазоны света.

Основные показания для применения очков – ФИЛАТ заключаются в купировании психических нарушений и психоматических расстройств невротоподобного и невротического регистров.

После относительно кратковременных засветок (от 5 до 15-20 мин) при расположении красных светофильтров в правом полуполе зрения, а синих – в левом («прямые» засветки) в первые сутки регистрируют повышение настроения, психической активности эмоционального тонуса, комфортности, снижение продолжительности ночного сна (психоактивирующий эффект). При обратном расположении светофильтров (обратные

засветки) регистрируют снижение эмоционального тонуса, напряжения, замедление темпа мышления, ослабление мотивации деятельности, сонливость (психорелаксирующий эффект).

По степени автономности и радикальности вклада латерального эффекта очков – ФИЛАТ в общий эффект комплексной терапии можно выделить три группы клинко-типологических образований:

1 группа – заболевания, при которых латеральная светотерапия может применяться в качестве альтернативного метода лечения: психогенные декомпенсации невротического регистра, реакции при акцентуациях личности и психопатиях, невротические реакции при острых и хронических соматических заболеваниях, экзогенные фазные декомпенсации психики (постфикционные и посттравматические неглубокие астенические или адинамические субдепрессии), эндотимные фазные декомпенсации (сезонные депрессии, синдром предместруального напряжения, метеоневрозы).

2 группа – заболевания, при которых латеральная светотерапия применяется в комплексе с иными методами (фармакотерапия, психотерапия физиотерапия) во многом модифицируя их действие. К этой группе относятся неврозы (неврастения, невротическая депрессия, истерический невроз, невроз навязчивых состояний) психоматические заболевания (язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма), психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга, неврозоподобные и психопатоподобные расстройства в структуре отдаленных последствий черепно-мозговой травмы.

3 группа – заболевания, при которых латеральная светотерапия способна только оказать влияние на общий механизм динамики заболевания. Например прямые засветки способствуют затуханию механизмов приступообразования, ослабляют тенденции континуальности течения аффективных расстройств, но могут усиливать прогрессивность процессуальных заболеваний. Обратные засветки уменьшают процессуальность, прогрессивность способствуя усилению приступообразных компонентов динамики расстройств психики.

Как видим, использование физиологических, ослабленных, в том числе дистантноприменяемых, раздражителей разной модальности способно приводить к принципиально сходным изменениям психопатологической картины расстройств психики. Это в свою очередь позволяет говорить о существовании каких – то общих механизмов направленного изменения межполушарного взаимодействия при применении в ФИЛАТ раздражителей разной модальности. Необходимо подчеркнуть, что эти механизмы по своей природе существенно отличаются от механизмов лежащих в основе унилатеральной

электросудорожной терапии. Кроме того, методы ФИЛАТ имеют иной, более широкий круг показаний к применению в психиатрии расстройств.

Таким образом семейство физических методов лечения некоторых расстройств психики пополнилось новыми стимуляционными методами, использующими относительно слабые параметры тока, звука, света, применяемыми строго латерально и объединенными родовым названием ФИЛАТ (латеральная физиотерапия). В отличие от сходных методов методы ФИЛАТ прошли испытание как агенты, обладающие психотропной активностью и их применение обосновано клиническими критериями. Хотя предстоит еще дополнительные исследования целью которых должно явиться изучение некоторых биологических механизмов эффективности ФИЛАТ, тем не менее можно констатировать, что настало время широкого внедрения методов ФИЛАТ в психиатрическую политику.

Литература

1. *Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 527 с.
2. *Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А.* Функциональная асимметрия человека. – М.: Медицина, 1981. – 288 с.
3. *Букреев В.И., Шеверева В.М.* Использование методов электростимуляции в лечении депрессивных состояний: Метод. рекомендации. – Х., 1984. – 20 с.
4. *Вартанян Г.А., Гальдинов Г.В., Акимова М.М.* Организация и модуляция процессов памяти. – Л., Медицина. Ленингр. отд-ние, 1981. – 206 с.
5. *Коновалов В.Ф., Федоров Г.У.* Изменение слуховой кратковременной памяти под влиянием электросна, вызванного током разной частоты//Физиология человека. – 1981.–№2. – с.345-348
6. *Крауклис А.А., Спандега И.А.* Метод селективной стимуляции полушарий мозга при лечении больных электросном: Метод. рекомендации. – Рига: МЗ ЛатвССР, 1983. – 17с.
7. *Крыжановский Г.Н.* Детерминантные структуры в патологии нервной системы: Генераторные механизмы нейропатологических синдромов. – М.: Медицина, 1980. – 360 с.
8. *Линев А.Н.* Латеральная модуляция действия экзогенного инсулина у больных шизофренией //Леворукость, антропоизомерия и латер. адапт-я.–М.; Ворошиловград, 1985, с. 113-114.
9. *Педак А.А.* Латеральная трансцеребральная электроаналгезия (ЛАТЕН) – новый немедикаментозный метод лечения больных шизофренией // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Тез. докл. межобл. науч.-практ. конф. психиатров и наркологов. –Запаорожье, 1990. – с. 50-52.
10. *Черноситов А.В., Чуприков А.П., Бардахчян Э.А.* Модулирование функциональной межполушарной асимметрии // Взаимоотношение полушарий мозга: Материалы Всесоюз. конф., посвященной 60-летию образования СССР. – Тбилиси, 1982. – С. 42-43.
11. *Чуприков А.П.* Применение в комплексной терапии больных приступообразной прогрессирующей шизофренией методов латеральной физиотерапии // Неврология и психиатрия. –1984. – Вып. 13. – с. 76-80.
12. *Чуприков А.П., Гурова Е.В., Васильева Г.П.* Латеральная электростимуляция – новый метод лечения пограничных расстройств в амбулаторных условиях. – М., 1979. – с. 182-183.

13. *Чуприков А.П., Линев А.Н., Черноситов А.В.* К возможности латерального потенцирования инсулинокоматозной терапии // Проблемы нейрокибернетики. Механизмы функциональной межполушарной асимметрии мозга. – Элиста, 1985. – с. 139-145.
14. *Чуприков А.П., Линев А.Н., Кукурекин Ю.В.* Применение латеральной физиотерапии (ФИЛАТ) в комплексном лечении шизофрении: Метод. рекомендации. – Ворошиловград, 1988. – с. 21.
15. *Чуприков А.П., Черноситов А.В., Линев А.Н.* Влияние латеральной электростимуляции (ФИЛАТ) на чувствительность к инсулину // Проблемы нейрокибернетики. – Ростов н/Д: Изд-во Рост. университета, 1983. – с. 253.