

УДК: 615.831:616.895.8

© Линева А.Н., Василенко Е.П., Линева Р.С., Романенко Д.И., 2013

ЛАТЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОЗА ПРИ ШИЗОАФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ

Линева А.Н., Василенко Е.П., Линева Р.С., Романенко Д.И.

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Вступление. Шизоаффективное расстройство в Международных классификациях и диагностических руководствах психических расстройств и нарушений поведения [5,14] определяется как психотическое состояние с приступообразным течением. Эпизоды психоза включают симптомы шизофрении и аффективных расстройств.

В структуре психоза имеют место определенные патопсихологические синдромы [2,3, 4,11], включающие позитивные, негативные и общесихопатологические симптомокомплексы [7,13].

В связи с тем, что компонентом патогенеза этих состояний являются закономерные нарушения индивидуального профиля межполушарно-диэнцефального взаимодействия [8,12], для лечения этих расстройств используется латеральная терапия, как группа методов направленного воздействия на контур межполушарно-диэнцефального взаимодействия.

Одним из этих методов является латеральная физиотерапия, основанная на зонально-латеральных электростимуляциях субсенсорным низкочастотным импульсным током зон кожной иннервации правого и левого полушария [8,12].

Было установлено, что правополушарные электростимуляции оказывали терапевтически значимое действие с временными обострениями этой симптоматики [8,12].

При этом использовались разные варианты расположения электродов, в частности, восходящие электростимуляции зоны кисти и предплечья контралатеральной верхней конечности [8,12].

Отмечено наличие определенных особенностей терапевтически и диагностически значимого действия зонально-латеральных электростимуляций с различными вариантами расположения электродов [12].

Требуется дальнейшее исследование для объективизации и уточнения этих особенностей [12].

Целью настоящего исследования была объективизация терапевтически значимого действия правополушарных восходящих электростимуляций для изучения специфических особенностей эффекта этого варианта зонально-латеральных электростимуляций для последующего обоснования рекомендации по включению этих процедур в индивидуально адекватную рецептуру курса латеральной физиотерапии больного с шизоаффективным расстройством.

Указанная цель достигается в ходе решения следующих задач:

- оценить влияние правополушарной восходящей электростимуляции на психопатологические синдромы психотического эпизода шизоаффективного расстройства;
- исследовать действия правополушарной восходящей электростимуляции на позитивные, негативные и общесихопатологические симпто-

мокомплексы в структуре шизоаффективного психотического эпизода;

- обосновать рекомендации по использованию правополушарных восходящих электростимуляций в ходе курса латеральной физиотерапии шизоаффективного расстройства.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Исследование является фрагментом тем НИР «Резистентность к латеральным препаратам при эндо- и экзогенных психических расстройствах» (№ государственной регистрации 01044005751).

Материалы и методы. Диагностика шизоаффективного расстройства проводилась клинико-психопатологическим методом в соответствии с критериями принятыми в концептуальной психиатрии [11]. Типология психотических приступов соответствовала критериям операциональной диагностики и диагностического руководства [14], а также отечественным Критериям [6] диагностики и лечения психических расстройств и расстройств поведения.

Биологическая терапия психотического эпизода проводилась в соответствии с этими Критериями [6] и клиническими протоколами оказания медицинской помощи по специальности «Психиатрия» [10].

В ходе лечения, на этапе обратного развития психоза, проводилась латеральная физиотерапия [8,12].

Дизайн исследования включал оригинальное одноцентровое клиническое, плацебо-контролируемое исследование. Сравнивалась динамика симптоматики психоза у одного и того же пациента до и после зонально-латеральной стимуляции. Основным вмешательством была латеральная физиотерапия, сопутствующим – индивидуально адекватная психофармакологическая терапия. Использовалось маскирование латеральной физиотерапии (слепой метод), когда пациента не информировали, какое лечение (электростимуляция или плацебо-процедура) ему проводилось [8,9,12].

Рецептура латеральной физиотерапии предполагала проведение электростимуляции непрерывной серией отрицательных импульсов частотой 9 Гц, силой тока в 1,2 раза ниже сенсорного порога в течение 2 минут. В качестве генератора электрического тока использовался аппарат для электросна.

Проводились правополушарные восходящие электростимуляции с расположением электродов на левой верхней конечности: прямоугольный анод располагался на ладони, а круглый катод – на передней поверхности нижней трети предплечья [8,12].

При проведении «плацебо-стимуляции» использовали аналогичное расположение электродов и длительность процедуры, но при выключенном генераторе.

Стимуляції проводились ежедневно, в одно і то жє фіксоване для кожного пацієнта время с 15:00 до 20:00. Непосредственно перед сеансом оцінювали состояние больного.

Курс стимуляцій включав 10 сеансів. На п'ятий день проводилась зонально-латеральна електростимуляція. Во время остальных сеансів здійснювали «плацебо-стимуляції».

Таким образом, курс включав два етапи. В течение первых пяти днів оцінювалася динаміка симптоматики после «плацебо-стимуляцій». На втором етапі (с шестого по десятый дні) изучалась эта динаміка после зонально-латеральної електростимуляції.

Исследования осуществлялись в ходе лечения 10 больных шизоаффективным расстройством (5 мужчин и 5 женщин), проходивших стационарное лечение в Луганской областной клинической психоневрологической больнице.

Изучение симптоматики психотического эпизода в ходе курса латеральной физиотерапии проводилось с помощью клинико-статистической карты, включающей 20 пунктов.

Регистрировали возраст пациента, рубрику шизоаффективного расстройства [5,14], тип преморбидной личности [2,3,4], длительность заболевания от начала манифестации.

Оценивали синдромологическую структуру настоящего эпизода по ведущим позитивным и негативным клинико-психопатологическим синдромам [2,3,4,11], структуру аффективных расстройств по ведущему аффекту [2,4,11] и их тяжесть. Динаміка психоза исследовалась клинико-психопатологическим [2,3,4,11] и клинико-статистическим [7,9] методами.

Проводилась клинико-описательная характеристика психопатологической симптоматики. Клинико-психопатологические данные дополнялись клинико-статистической оценкой выраженности комплексов симптомов в условных баллах, включавшей два методологических подхода.

Проводилось качественно-количественное ранжирование ведущих психопатологических симптомов по 4-х балльной шкале [1]: 0 – отсутствие симптоматики, 1 – легкая, 2 – средняя, 3 – тяжелая степень выраженности симптоматики.

Кроме того, осуществлялось количественное шкалирование выраженности в условных баллах позитивных, негативных и общепсихопатологических симптомокомплексов психоза по 7-ми балльной оценочной системе PANSS [7].

Динаміка состояния оценивалась в 10 временных точках [8,12], соответственно, с 1-го по 10-й дні латеральной физиотерапии.

Соответственно, на первом этапе «плацебо-стимуляцій» мы оценивали динамику симптоматики в сравнении с 1-м днем латеральной физиотерапии. На втором этапе, после зонально-латеральной електростимуляції, выраженность симптоматики во временных точках сравнивалась с состоянием перед зонально-латеральної електростимуляції (5-й день латеральной физиотерапии).

Соответственно, для каждого этапа латеральной физиотерапии отдельно оценивалась эффективность терапии («плацебо-стимуляції» и зонально-латеральной електростимуляції) по 4-х

балльной шкале [1]: ухудшение состояния, 0 – отсутствие эффекта, 1 – минимальный эффект, 2 – средний эффект, 3 – выраженный эффект.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием метода вариационной статистики [7,9]. Компьютерные расчеты осуществлялись с помощью специально разработанного сотрудником нашей кафедры В.Н. Клейном (1989) набора программ Пакет статистической обработки универсальный PSOU.

Состав пролеченных пациентов представлен в **таблице 1**.

Результаты исследования и их обсуждение. Динаміка психопатологических симптомов и синдромов в ходе курса латеральной физиотерапии отражена в **таблицах 2-5**.

Как следует из **таблиц 2 и 3**, проведение плацебо-стимуляцій не оказывало существенного влияния на выраженность психопатологической симптоматики психоза.

На этом этапе лечения у 6 пациентов динамика симптоматики отсутствовала. У 4 больных имело место некоторое улучшение состояния под влиянием психофармакологической терапии. Эффективность терапии на этапе «плацебо-стимуляцій» составила $0,4 \pm 0,2$ условных балла.

Динаміка симптоматики психоза после правополушарной восходящей зонально-латеральной електростимуляції отражена в **таблицах 4 и 5**.

Как следует из результатов клинико-статистической оценки симптомокомплексов психотического эпизода, через сутки после зонально-латеральной електростимуляції имело место отчетливое становление терапевтически значимого эффекта сеанса латеральной терапии со статистически достоверной редукцией выраженности симптомов и синдромов всех компонентов психоза.

Восходящие правополушарные зонально-латеральные електростимуляції через сутки оказывают седативно-релаксирующее и антипсихотическое действие [1,8,12].

Так, общеседативное действие стимуляцій проявилось в ослаблении психомоторного возбуждения, напряженности, злобности, подозрительности, агрессивности, нарушений сна. Одновременно ослаблялась выраженность аффективной насыщенности психопатической симптоматики.

Результатом избирательного антипсихотического действия этих зонально-латеральных електростимуляцій была редукция галлюцинаторно-бредовой симптоматики в виде вербальных псевдогаллюцинаций, психических автоматизмов, иллюзорно-бредового восприятия, острого чувственного и острого образного бреда, бреда отношения, инсценировки, преследования и воздействия, снизилась актуальность систематизированного бреда, активность галлюцинаторного и бредового поведения.

Одним из проявлений избирательного антипсихотического действия этих електростимуляцій было терапевтически значимое влияние на патогномичные для эндогенно-процессуальных расстройств дискордантные нарушения когнитивных и эмоционально-волевых процессов в виде парадоксальности, разноплановости и внутренней противоречивости психических актов [2,4,11].

Таблица 1. Состав группы пролеченных больных

№	Характеристика	Количество больных
1.	Возраст (полных лет):	
	- до 20 лет	2
	- 20-29 лет	-
	- 30-39 лет	2
	- 40-49 лет	5
	- 50-59 лет	1
2.	Рубрика МКБ-10:	
	- F25.0 – шизоаффективное расстройство, маниакальный тип	2
	- F25.1 – шизоаффективное расстройство, депрессивный тип	4
	- F25.2 – шизоаффективное расстройство, смешанный тип	4
3.	Тип преморбидной личности:	
	- стенично-шизоидные черты	4
	- сензитивно-шизоидные черты	1
	- тимопатические черты	5
4.	Длительность заболевания (полных лет):	
	- от 3 до 5	3
	- от 5 до 10	3
	- от 10 и более	4
5.	Синдромологическая структура приступа:	
	Позитивные синдромы:	
	- кататоно-нейроидный	1
	- аффективно-нейроидный	2
	- острый парафренный	1
	- острый синдром Кандинского-Клерамбо	3
	- биполярный аффективно-параноидный	1
	- депрессивно-параноидный	1
	- маниакально-параноидный	1
	Негативные синдромы:	
	- стеническая аутизация	1
	- сензитивная аутизация	1
	- аутизация с эмоциональным обеднением	2
	- фершробен	6
6.	Структура аффективных расстройств:	
	- дурашливая мания	1
	- гневливая мания	1
	- маниакально-гебоидный синдром	1
	- тревожная депрессия	1
	- тоскливо-тревожная депрессия	5
	- тревожно-тоскливая депрессия	1
7.	Тяжесть аффективного расстройства:	
	- гипопсихотическое	3
	- психотическое	7

Таблица 2. Динамика психопатологических симптомов на этапе «плацебо-стимуляции»

№	Психопатологические симптомы	Выраженность симптома в течение курса латеральной физиотерапии (условный балл) (M±m)				
		1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день
1.	Галлюцинации слуховые	2,6±0,2	2,5±0,2	2,5±0,2	2,5±0,2	2,5±0,2
2.	Иллюзорно-бредовое восприятие	2,6±0,2	2,6±0,2	2,6±0,2	2,6±0,2	2,4±0,2
3.	Псевдогаллюцинации	2,5±0,2	2,5±0,2	2,5±0,2	2,5±0,2	2,5±0,2
4.	Явления психич. автоматизма	2,7±0,2	2,8±0,2	2,8±0,2	2,8±0,2	2,7±0,2
5.	Степень убежденности в реальности источника восприятия	2,7±0,2	2,8±0,2	2,9±0,1	2,9±0,1	2,8±0,1
6.	Идеи недоброжелательного отношения	2,8±0,2	2,8±0,1	2,8±0,1	2,9±0,1	2,6±0,3
7.	Идеи преследования	2,9±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1	2,7±0,3	2,7±0,3
8.	Идеи физического воздействия	2,8±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1
9.	Неоформленный бред, бредовое настроение	2,8±0,5	2,8±0,1	2,8±0,1	2,8±0,1	2,8±0,1
10.	Отрывочный, несистематизированный бред	2,9±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1
11.	Систематизированный бред	2,0±0,3	2,0±0,3	2,1±0,2	2,1±0,2	2,1±0,2
12.	Степень убежденности в истинности идей	2,9±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1	2,8±0,1
13.	Бредовая активность	2,5±0,2	2,5±0,2	2,5±0,2	2,5±0,2	2,1±0,3
14.	Пониженное настроение	2,4±0,2	2,4±0,2	2,5±0,2	2,5±0,2	2,5±0,2
15.	Тревога, страх	2,7±0,2	2,7±0,2	2,7±0,2	2,5±0,2	2,5±0,2
16.	Недовольство, гневливость, злобность	2,1±0,1	2,1±0,2	2,2±0,2	2,0±0,1	2,0±0,2
17.	Приподнятое настроение	1,7±0,3	1,7±0,3	1,7±0,3	1,6±0,3	1,6±0,3
18.	Недоумение, растерянность	2,5±0,2	2,3±0,2	2,3±0,2	2,2±0,2	2,1±0,2
19.	Враждебность, недоверие	2,2±0,2	2,4±0,2	2,3±0,2	2,3±0,2	2,3±0,2
20.	Настороженность, повышенная активность внимания	2,5±0,2	2,7±0,2	2,4±0,2	2,6±0,2	2,4±0,3
21.	Двигательное и идеомоторное возбуждение	2,1±0,2	1,9±0,2	2,0±0,2	2,0±0,2	1,9±0,2
22.	Недостаточный сон	2,2±0,1	2,1±0,2	2,1±0,1	2,2±0,1	2,2±0,1
23.	Малообщительность, малоконтактность	2,3±0,2	2,4±0,2	2,4±0,2	2,4±0,2	2,2±0,2
24.	Снижение критики к состоянию и сознанию болезни	2,9±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1	2,9±0,1

Примечание: здесь, как и в таблицах 3, 4, 5 M – среднее значение, m – отклонение средней.

ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

Таблица 3. Динамика симптомокомплексов оценочной системы PANSS на этапе «плацебо-стимуляции»

№	Симптомокомплексы системы PANSS	Выраженность симптома в течение курса латеральной физиотерапии (условный балл) (M±m)				
		1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день
1.	Шкала позитивных синдромов:					
1.1.	Бред	6,0±0,1	6,0±0,2	6,0±0,1	6,0±0,1	6,0±0,1
1.2.	Галлюцинации	5,5±0,2	5,6±0,2	5,6±0,3	5,5±0,2	5,5±0,2
1.3.	Возбуждение	4,7±0,2	4,8±0,3	4,9±0,2	4,6±0,2	4,7±0,2
1.4.	Идеи величия	4,4±0,3	4,4±0,2	4,4±0,3	4,4±0,3	4,4±0,3
1.5.	Подозрительность, идеи преследования	5,6±0,2	5,4±0,2	5,8±0,2	5,6±0,2	5,6±0,2
2.	Шкала негативных синдромов:					
2.1.	Притупленный аффект	4,7±0,2	4,7±0,4	4,7±0,2	4,7±0,2	4,6±0,2
2.2.	Эмоциональная отгороженность	4,6±0,2	4,7±0,2	4,6±0,2	4,6±0,2	4,6±0,2
2.3.	Малоконтактность, некоммуникабельность	4,6±0,2	4,5±0,3	4,6±0,2	4,6±0,2	4,5±0,2
2.4.	Нарушение абстрактного мышления	4,7±0,2	4,7±0,5	4,7±0,2	4,7±0,2	4,7±0,2
2.5.	Нарушения спонтанности и плавности речи	4,6±0,2	4,7±0,1	4,7±0,2	4,5±0,2	4,5±0,2
3.	Шкала общих психопатологических синдромов:					
3.1.	Тревога	5,6±0,2	5,5±0,1	5,2±0,3	5,4±0,3	5,3±0,3
3.2.	Чувство вины	4,2±0,3	4,2±0,3	4,2±0,3	4,2±0,3	4,2±0,3
3.3.	Напряженность	5,3±0,3	5,2±0,1	4,8±0,4	5,1±0,3	5,0±0,4
3.4.	Депрессия	4,9±0,2	4,9±0,1	4,9±0,2	4,9±0,3	4,8±0,3
3.5.	Моторная заторможенность	4,2±0,2	4,2±0,2	4,2±0,2	4,2±0,2	4,2±0,2
3.6.	Нарушение внимания	4,8±0,2	4,9±0,2	4,8±0,3	4,7±0,3	4,7±0,3
3.7.	Снижение критичности к своему состоянию	5,9±0,2	5,9±0,1	5,9±0,2	5,9±0,2	5,9±0,2
3.8.	Расстройство воли	4,9±0,1	4,9±0,2	4,8±0,1	4,8±0,1	4,8±0,1
3.9.	Ослабление контроля импульсивности (агрессивность)	4,6±0,2	4,5±0,2	4,3±0,3	4,3±0,3	4,3±0,3
3.10.	Загруженность психическими переживаниями	5,7±0,2	5,7±0,2	5,7±0,2	5,7±0,2	5,7±0,3

Таблица 4. Динамика психопатологических симптомов после зонально-латеральной электростимуляции

№	Психопатологические симптомы	Выраженность симптома в течение курса латеральной физиотерапии (условный балл) (M±m)					
		5-й день	6-й день	7-й день	8-й день	9-й день	10-й день
1.	Галлюцинации слуховые	2,5±0,2	1,2±0,2*	1,0±0,2*	1,0±0,3*	0,9±0,3*	0,7±0,2*
2.	Иллюзорно-бредовое восприятие	2,4±0,2	1,3±0,2*	1,1±0,2*	0,8±0,2*	0,7±0,3*	0,7±0,1*
3.	Псевдогаллюцинации	2,5±0,2	1,4±0,2*	1,2±0,2*	1,1±0,2*	0,7±0,3*	0,3±0,2*
4.	Явления психического автоматизма	2,7±0,2	1,3±0,2*	1,2±0,1*	1,1±0,3*	0,4±0,2*	0,3±0,2*
5.	Степень убежденности в реальности источника восприятия	2,8±0,1	1,4±0,2*	1,3±0,2*	0,6±0,2*	0,8±0,2*	0,4±0,2*
6.	Идеи недоброжелательного отношения	2,6±0,3	1,2±0,2*	1,1±0,3*	0,9±0,3*	0,8±0,2*	0,2±0,1*
7.	Идеи преследования	2,7±0,3	1,4±0,2*	1,4±0,2*	1,1±0,2*	0,7±0,3*	0,2±0,1*
8.	Идеи физического воздействия	2,9±0,1	1,2±0,1*	1,1±0,2*	1,0±0,3*	0,8±0,2*	0,4±0,2*
9.	Неоформленный бред, бредовое настроение	2,8±0,1	1,2±0,1*	1,2±0,2*	1,0±0,3*	0,6±0,2*	0,2±0,1*
10.	Отрывочный, несистематизированный бред	2,9±0,1	1,4±0,2*	1,2±0,2*	1,3±0,2*	0,9±0,2*	0,3±0,2*
11.	Систематизированный бред	2,1±0,2	1,6±0,2*	1,5±0,2*	1,3±0,2*	1,1±0,2*	0,6±0,3*
12.	Степень убежденности в истинности идей	2,8±0,1	1,5±0,2*	1,5±0,2*	0,6±0,2*	0,6±0,1*	0,6±0,3*
13.	Бредовая активность	2,1±0,3	1,2±0,1*	1,0±0,1*	0,8±0,3*	0,6±0,2*	0,2±0,1*
14.	Пониженное настроение	2,5±0,2	1,6±0,2*	1,5±0,2*	1,2±0,1*	1,0±0,1*	0,8±0,3*
15.	Тревога, страх	2,5±0,2	1,5±0,2*	1,5±0,2*	1,2±0,2*	1,1±0,2*	0,8±0,2*
16.	Недовольство, гневливость, злобность	2,0±0,2	1,2±0,1*	1,2±0,2*	0,8±0,2*	0,8±0,2*	0,4±0,2*
17.	Приподнятое настроение	1,6±0,3	1,0±0,1*	1,2±0,3*	0,8±0,1*	0,8±0,2*	0,8±0,3*
18.	Недоумение, растерянность	2,1±0,2	0,9±0,2*	0,8±0,2*	0,5±0,2*	0,4±0,2*	0,2±0,1*
19.	Враждебность, недоверие	2,3±0,2	1,2±0,1*	1,4±0,2*	1,0±0,1*	0,8±0,2*	0,4±0,2*
20.	Настороженность, повышенная активность внимания	2,4±0,3	1,3±0,2*	1,4±0,2*	1,2±0,2*	1,0±0,2*	0,4±0,2*
21.	Двигательное и идеомоторное возбуждение	1,9±0,2	1,5±0,2*	0,9±0,2*	0,9±0,2*	0,8±0,2*	0,4±0,2*
22.	Недостаточный сон	2,2±0,1	1,4±0,2*	1,2±0,1*	1,2±0,2*	1,2±0,2*	0,8±0,3*
23.	Малообщительность, малоконтактность	2,2±0,2	1,8±0,2*	1,4±0,2*	1,4±0,2*	1,3±0,2*	1,2±0,3*
24.	Снижение критики к состоянию и сознания болезни	2,9±0,1	2,1±0,2*	1,8±0,3*	1,6±0,3*	1,4±0,3*	0,9±0,3*

Примечание: здесь, как и в таблице 5. * - достоверно (p<0,05) при сравнении величины показателя с 5-м днем терапии.

Таблица 5. Динамика симптомокомплексов оценочной системы PANSS после зонально-латеральной электростимуляции

№	Психопатологические симптомы	Выраженность симптома в течение курса латеральной физиотерапии (условный балл) (M±m)					
		5-й день	6-й день	7-й день	8-й день	9-й день	10-й день
1. Шкала позитивных синдромов:							
1.1.	Бред	6,0±0,1	4,1±0,2*	4,0±0,2*	3,6±0,3*	3,4±0,3*	2,7±0,3*
1.2.	Галлюцинации	5,5±0,2	3,8±0,2*	3,5±0,2*	3,2±0,3*	2,8±0,3*	2,3±0,3*
1.3.	Возбуждение	4,7±0,2	3,5±0,2*	3,6±0,2*	2,7±0,2*	2,5±0,3*	2,5±0,3*
1.4.	Идеи величия	4,4±0,3	3,0±0,2*	2,8±0,2*	2,2±0,2*	2,2±0,2*	2,0±0,1*
1.5.	Подозрительность, идеи преследования	5,6±0,2	3,6±0,3*	3,6±0,2*	3,4±0,2*	2,9±0,2*	2,4±0,2*
2. Шкала негативных синдромов:							
2.1.	Притупленный аффект	4,6±0,2	3,6±0,2*	3,7±0,2*	3,4±0,2*	3,4±0,2*	3,1±0,2*
2.2.	Эмоциональная отгороженность	4,6±0,2	3,6±0,2*	3,6±0,2*	3,5±0,2*	3,5±0,2*	3,0±0,2*
2.3.	Малоконтактность, некоммуникабельность	4,5±0,2	3,6±0,2*	3,5±0,2*	3,5±0,2*	3,5±0,2*	3,1±0,2*
2.4.	Нарушение абстрактного мышления	4,7±0,2	3,7±0,2*	3,7±0,2*	3,6±0,2*	3,7±0,3*	3,5±0,2*
2.5.	Нарушения и спонтанности и плавности речи	4,5±0,2	3,5±0,2*	3,5±0,2*	3,4±0,2*	3,3±0,2*	3,1±0,2*
3. Шкала общих психопатологических синдромов:							
3.1.	Тревога	5,3±0,3	3,8±0,2*	4,0±0,2*	3,4±0,2*	3,1±0,3*	2,7±0,3*
3.2.	Чувство вины	4,2±0,3	3,4±0,2*	3,2±0,3*	2,7±0,2*	2,3±0,3*	2,1±0,3*
3.3.	Напряженность	5,0±0,4	3,9±0,2*	4,0±0,3*	3,4±0,3*	3,1±0,3*	2,6±0,3*
3.4.	Депрессия	4,8±0,3	3,6±0,2*	3,7±0,2*	3,3±0,2*	2,9±0,2*	2,7±0,3*
3.5.	Моторная заторможенность	4,2±0,2	3,5±0,2*	3,5±0,2*	3,3±0,2*	3,2±0,2*	2,8±0,3*
3.6.	Нарушение внимания	4,7±0,3	3,7±0,2*	3,6±0,2*	3,4±0,2*	3,2±0,2*	3,1±0,3*
3.7.	Снижение критичности к своему состоянию	5,9±0,2	4,4±0,3*	4,3±0,3*	4,1±0,3*	4,0±0,4*	3,2±0,4*
3.8.	Расстройство воли	4,8±0,1	4,0±0,1*	3,9±0,2*	3,9±0,2*	3,4±0,3*	3,2±0,2*
3.9.	Ослабление контроля импульсивности (агрессивность)	4,3±0,3	3,3±0,2*	3,3±0,3*	2,6±0,3*	2,6±0,3*	2,1±0,3*
3.10.	Загруженность психическими переживаниями	5,7±0,3	3,8±0,2*	3,6±0,2*	3,5±0,2*	3,2±0,3*	2,8±0,2*

Также, на 6-й день курса латеральной физиотерапии, через сутки после правополушарных восходящих электростимуляций, редуцировались характерные для психических расстройств класса F2 нарушения мышления, интонационной окраски и модуляции речи, мимики, пантомимики, выразительности эмоциональной экспрессии, способности к эмпатичному общению и эмоциональному резонансу [2,3,4,5,11].

Таким образом, уже через сутки правополушарные восходящие зонально-латеральные электростимуляции оказывают общее антипсихотическое действие с редуциацией всех компонентов клинической картины психоза, снижением загруженности большого психотическими переживаниями с активной социальной отстраненностью. Появилась критическая оценка психопатологической симптоматики.

Одновременно возрастала общительность, коммуникабельность больных, их интерес к окружающему и социальная активность [7,11].

Можно было говорить о своеобразном активирующем действии восходящих правополушарных электростимуляций на симптоматику негативных регистров [8,12].

После однократной терапевтически значимой восходящей электростимуляции имела место продолжающаяся редукция как психопатологических симптомов, так и позитивных, негативных и общепсихопатологических симптомокомплексов психотического эпизода. Эта динамика наблюдалась, оценивалась и симптоматически подтверждалась с 6-го по 10-й день курса стимуляции.

Различные компоненты психоза проявляли неодинаковую чувствительность к терапевтическому действию правополушарных восходящих электростимуляций, что проявлялось в различных темпах редукции психотических феноменов.

Так, только на вторые сутки после латеральной электростимуляции достигло статистически дос-

товерного уровня снижение выраженности идеомоторного возбуждения, мало контактности.

На третьи сутки после стимуляции статистически достоверной становилась редукция моторной заторможенности и напряженности.

Выраженность маниакального аффекта колебалась в течение первых двух суток после сеанса латеральной физиотерапии и закономерно снижалась на третьи сутки.

Наибольшую устойчивость к действию правополушарной восходящей электростимуляции проявляла симптоматика систематизированного бреда, редукция которой стала статистически достоверной только на четвертые сутки после стимуляции.

Эффективность терапии после правополушарных зонально-латеральных электростимуляций составила $2,2 \pm 0,2$ балла, что статистически достоверно превышало ее эффективность на этапе «платцебо-стимуляций» ($p < 0,05$).

Заключение. В структуре эндогенно-процессуального психоза вербальные галлюцинации и псевдогаллюцинации, явления психического автоматизма, симптомокомплексы острого чувственного и образного бреда, интерпретативного бреда воздействия и персекуторного бреда; тревога, растерянность и психомоторное возбуждение связаны со сдвигом градиента межполушарной функциональной асимметрии в сторону патологической активации левополушарных структур [8,12].

Правополушарные зонально-латеральные электростимуляции вызвали сдвиг градиента межполушарно-диэнцефального взаимодействия в противоположном направлении, с активацией правополушарно-диэнцефальных структур, что сопровождалось редуцией этой симптоматики [8,12].

Терапевтический эффект индивидуально адекватной психофармакологической терапии эндогенно-процессуальных психозов связан с коррекцией нейромедиаторно-нейрорецепторного взаимодействия в нейрхимических системах [9,11,13,14].

На этапе обратного развития шизоаффективного психотического эпизода под влиянием индивидуально адекватной психофармакологической терапии после электростимуляций были задействованы оба механизма воздействия на патогенез психоза. Увеличение темпов редукции психотической симптоматики давало нам основание говорить о потенцировании лечебного действия психофармакологической терапии [1,8,9,12].

Полученные данные подтверждают такие особенности восходящих правополушарных зонально-латеральных электростимуляций, как наличие выраженного общего антипсихотического действия на эндогенно-процессуальную психотическую симптоматику в сочетании со своеобразным активирующим действием на сниженную общую и социальную активность, коммуникабельность и эмоциональную экспрессию в рамках как аффективной симптоматики, так и негативных регистров [2,3,4,7,8,12].

Выводы: Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие предварительные выводы.

На этапе обратного развития психотического эпизода шизоаффективного расстройства восходящие правополушарные зонально-латеральные стимуляции вызывали редукцию симптоматики психоза.

Восходящие правополушарные стимуляции оказывали общее антипсихотическое действие на позитивные, негативные и общепсихопатологические синдромы психоза.

Отмечалось избирательное антипсихотическое действие этих электростимуляций на симптоматику вербального и псевдогаллюциноза, психических автоматизмов, чувственного, образного и интерпретативного бреда; дискордантных, когнитивных, эмоциональных и бихевиоральных нарушений.

Особенностью восходящих правополушарных стимуляций было своеобразное активирующее влияние на проявления сниженной общей и социальной активности, малокоммункабельность, притупление эмоционально-экспрессивных реакций в структуре аффективной симптоматики и регистров негативных синдромов.

Восходящие электростимуляции могут применяться в комплексном лечении шизоаффективного расстройства на этапе обратного развития психотического эпизода для потенцирования действия психофармакологической терапии.

Продолжение исследования. Целесообразно провести анализ вариантов обратного развития симптоматики психотического эпизода шизоаффективного расстройства под влиянием однократной восходящей правополушарной зонально-латеральной электростимуляции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авруцкий Г. Я. Лечение психически больных: Руководство для врачей / Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. – М: Медицина 1998 – 528 с.
2. Бухановский А.О. Общая психопатология: Пособие для врачей / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявкин, М.Е. Литвак. 2-е издание, перераб. и доп. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1993, - с. 141-263.
3. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний/Всероссийский научный центр психического здоровья АМН СССР / Сост.: А.К. Ануфриев, Ю.И. Либерман, В.Г. Остроглазов. – М., 1990. – 112с.
4. Жмуров В. А. Психические нарушения / В.А. Жмуров. – М.: МЕД пресс-информ, 2008. – 1016 с.
5. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссариями) / Сост.: Дж. Э. Купер; Под редакцией Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. П. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 416 с.
6. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клінічний посібник / [Панько Т.В., Явдак І.О., Колядко С.П. та ін.] Під ред. Проф. П.В. Волошина. – Х.: РВФ «АРСІС» ЛТД, 2000. – 303 с.
7. Мосолов С. Н. Шкалы психиатрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С.Н. Мосолов. – М.: ООО «РИСТАР КОМ», 2001. – 238 с.
8. Применение латеральной физиотерапии (ФИЛАТ) в комплексном лечении шизофрении: Методические рекомендации МЗ УССР / Ворошиловградский медицинский институт / Авт.: А.П. Чуприков, А.Н. Линева, Ю.В. Кукурекин, - Ворошиловград, 1988. – 21 с.
9. Принципы и практика психофармакотерапии / [Яничак Ф. Дж., Дэвис Дж.М., Прескорт Ш.Х., Айд Ф.Дж.]: пер. с англ. С.А. Маларова. – К.: Нипка-Центр, 1999. – 728 с.
10. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України №59 від 05.02.2007. – м. Київ, 2007. – 34 с.
11. Руководство по психиатрии в двух томах / [Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др.]: под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с.; Т. 2. – 745 с.
12. Чуприков А.П. Латеральная терапия: Руководство для врачей / А.П. Чуприков, А.Н. Линева, И.А. Марценковской. – К.: Здоров'я, 1994. - 176с.
13. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. – 2nd ed. // Amer. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161, №2. – P. 1-114.
14. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition text revision. DSM-IV-TR / American psychiatric association. – Washington: Published by the American Psychiatry Association D.C., 2000. – 943 p.

Линева А.Н., Василенко А.П., Линева Р.С., Романенко Д.И. Латеральная терапия психозов при шизоаффективных расстройствах // Украинский медицинский альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 29-34.

У 10 больных на шизоаффективные расстройства проводили правополушарную восходящую зонально-латеральную электростимуляцию. Изучали динамику психопатологических синдромов, позитивных, негативных и общепсихопатологические симптомокомплексы с помощью клинико-психопатологических и клинико-статистических шкал.

Ключевые слова: латеральная физиотерапия, восходящие зонально-латеральные электростимуляции, психоз, шизоаффективных расстройств.

Линьов О.М., Василенко О.П., Линьова Р.С., Романенко Д.И. Латеральна терапія психозу при шизоафективному розладі // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 29-34.

У 10 хворих на шизоафективний розлад проводили правопівкулеву висхідну зонально-латеральну електростимуляцію. Вивчали динаміку психопатологічних синдромів, позитивних, негативних та загальнопсихопатологічних симптомокомплексів за допомогою клініко-психопатологічних та клініко-статистичних шкал.

Ключові слова: латеральна фізіотерапія, висхідні зонально-латеральні електростимуляції, психоз, шизоафективний розлад.

Linjov A.N., Vasilenko E.P., Linjova R.S., Romanenko D.I. Lateral therapy of psychosis in patients with schizoaffective disorder // Украинский медицинский альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 29-34.

Ascending zonal-lateral electrostimulation of right hemisphere was carried out in 10 patients with schizoaffective disorder. The dynamics of psychopathological syndromes, positive, negative and general psychopathological symptomcomplexes was investigated with the help of clinicopsychopathological and clinicostatistical scales.

Key words: lateral physiotherapy, ascending zonal-lateral electrostimulations, psychosis, schizoaffective disorder.

Надійшла 17.12.2012 р.

Рецензент: проф. С.Є.Казакова