

ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ЦЕЛЬЮ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ ТЕРАПИИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

Бузунов В.Е., Помогова А.П.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново

Кафедра психиатрии и наркологии

Резюме. В статье рассматриваются варианты проявления нейролептического синдрома у пациентов психиатрического стационара в реальной психиатрической практике. Целью исследования являлось изучение влияния возраста, стажа приема и количества нейролептиков на выраженность нейролепсии. В ходе исследования были проанкетированы 146 пациентов психиатрической больницы, получающих нейролептики. Из них 51 женщин и 95 мужчин. Использовались шкала лекарственно вызванной акатазии (Burns), и шкала экстрапирамидных симптомов (ESRS), в которых учитывались симптомы как паркинсонизма, так и дискинезии с дистонией. Выявлено, что у первичных больных примерно в равной степени проявляются паркинсонические проявления и дистония, при увеличении стажа доля дистонии снижается, и по мере увеличения стажа все большее место занимает паркинсонизм. Признаки паркинсонизма были значительными вне зависимости от того, сколько нейролептиков получает пациент. Однако наибольшие проявления паркинсонизма и дискинезии были при применении у пациентов трех нейролептиков одновременно.

Ключевые слова: Нейролептики, нейролептический синдром

SYNDROME FOR THE PURPOSE OF EFFECTIVE PREVENTION SIDE EFFECTS OF THERAPY WITH NEUROLEPTICS

Buzunow V. E., Pomogova A. P.

Ivanovo state medical Academy, Department of psychiatry and narcology

Summary. The article discusses how the existence of neuroleptic syndrome in patients of the psychiatric hospital psychiatric practice in real. The aim of the study was to investigate the influence of age, experience of reception and number of doses on the severity of narcolepsia. The study of proactively 146 patients in psychiatric hospitals who receive antipsychotics. Of these, 51 women and 95 men. Scale has been used medicines due to akatshi (Burns), and the scale of extrapyramidal symptoms (ESRS) that took into account symptoms such as parkinsonism and dyskinesia with dystonia. Revealed that primary patients about equally manifest Parkinsonian symptoms and dystonia, with increasing experience, the proportion of dystonia is reduced, and as the increasing experience of growing takes place parkinsonism. Signs of parkinsonism were significant regardless of how many doses a patient receives. However, the greatest manifestations of parkinsonism and dyskinesia were in the application in patients three doses at the same time.

Key words: Neuroleptics, neuroleptic syndrom

Нейролептический синдром является одним из самых часто встречаемых осложнений приема нейролептиков. Вариабельность симптоматики, и побочных эффектов от нейролептиков очень высок, и в данном исследовании мы планировали изучить какие же осложнения встречаются наиболее часто, и в каком возрастном диапазоне они более выражены. Это помогло бы врачам использующим данные препараты наиболее, прогнозировать у кого возможно развитие нейролепсии скорее всего, и как избежать побочных эффектов.

Патогенез нейролептического синдрома не до конца ясен, но фармакологические свойства антипсихотиков позволяют предположить, что в его основе лежит блокада дофаминовых рецепторов в нигростриарном пути и связанное с этим высвобождение глутамата, приводящие к дисбалансу нейротрансмиттеров, повреждению базальных ганглиев и подкорково-таламических связей, а также компенсаторному усилению синтеза и высвобождения дофамина. Для возникновения экстрапирамидных расстройств необходим уровень связывания D2-рецепторов от 75% и выше.

Риск экстрапирамидных расстройств существует, в большей или меньшей степени, при применении всех антипсихотических средств, хотя некоторые из экстрапирамидных нарушений (к примеру, поздняя дискинезия) чаще возникают при терапии типичными нейролептиками. Преимущества атипичных нейролептиков в этой связи доказаны как в многочисленных клинических исследованиях, так и в повседневной практике врачей-психиатров (Карпова М.В., Беда В.И., 2008, [2] Шток В. Н., 2000 [5], Штульман Д. Р., Левин О. С., 1999[6]).

При лечении экстрапирамидной симптоматики часто используются корректоры, но применение их целесообразно лишь при острых расстройствах, а преимущества долгосрочного лечения с использованием таких препаратов сомнительны, поскольку они вызывают другие побочные эффекты со стороны нервной системы: ухудшение когнитивных функций при приеме холинолитических средств, таких как циклодол; депрессия и сердечно-сосудистые побочные эффекты при приеме бета-блокаторов.

Лекарственный паркинсонизм, он же акинетогипертонический синдром. Встречается в 15—60% случаев при приеме антипсихотиков, обусловлен снижением дофамина в нигростриарном пути и связанным с этим повышением глутамата и ацетилхолина/

Лекарственный паркинсонизм в целом является серьезным осложнением нейролептической терапии и профилактика его повышает приверженность терапии, способствует эффективному лечению пациентов и ограничивает прогрессирование процесса, наступление осложнений. Все это прямо относится к понятию третичной психопрофилактики и относится к одной из задач психиатрической службы (Руженская Е.В., 2010, [3])

Целью исследования являлось изучение влияния возраста, стажа приема и количества нейролептиков на выраженность нейролепсии.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанкетированы 146 пациентов психиатрической больницы, получающих нейролептики. Из них 51 женщин и 95 мужчин. Использовались шкала лекарственно вызванной акатазии (Burns), и шкала экстрапирамидных симптомов (ESRS), в которых учитывались симптомы как паркинсонизма, так и дискинезии с дистонией.

Результаты. Проводя исследование и получив большую вариативность выраженности у разных пациентов, мы отразили лишь общие показатели выраженности паркинсонизма и дискинезии у разных возрастных групп.

По шкале (burns) была проведена глобальная оценка акатазии с градациями:

1 балл - Сомнительная (только субъективные жалобы, т.е псевдоакатазии)

2 балл - Слабовыраженная (неспецифические жалобы+суетливость)

3 балл - Средняя (неспецифические жалобы +акатазия)

4 балл - Отчетливая (жалобы на внутреннее беспокойство+акатазия)

5 балл – Выраженная (жалобы на беспокойство +бессонница+акатазия)

В зависимости от стажа приема выявлена прямая зависимость выраженности акатазии в зависимости от стажа приема нейролептиков.

Таблица 1

Выраженность акатазии в зависимости от стажа приема нейролептиков (по шкале burns)

Стаж приема нейролептиков	Всего 113 чел	Выраженность акатазии (в баллах)									
		1		2		3		4		5	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Впервые	9	8	88,89	-	-	1	11,11	0	0	0	0
1-6 месяцев	6	2	33,33	-	-	-	-	4	67,67	0	0
1 год	4	2	50,0	-	-	-	-	1	25,0	1	25,0
3-5 лет	11	11	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
6-10 лет	11	6	54,55	3	27,27	1	9,09	-	-	1	9,09
11-20 лет	17	10	58,82	1	5,88	3	17,65	3	17,65	-	-
Более 20 лет	55	37	67,27	6	10,91	5	9,09	5	9,09	2	3,64

Оценивая побочные эффекты в зависимости от стажа по шкале (ESRS), выявлялись признаки паркинсонизма, дискинезии и дистонии. У некоторых больных, особенно с длительным стажем приема препаратов, выявлено несколько симптомов нейролепсии (табл.2).

Как мы видим, у первичных больных примерно в равной степени проявляются паркинсонические проявления и дистония, при увеличении стажа доля дистонии снижается, и по мере увеличения стажа все большее место занимает паркинсонизм. Это так называемый лекарственный, дозозависимый паркинсонизм, существенно снижающий качество жизни пациента и приверженность терапии, и требующий адекватной коррекции.

Таблица 2

Симптомы нейролепсии зависимости от стажа приема нейролептиков (по шкале ESRS)

Стаж приема нейролептиков	Всего 113 чел.	Симптомы							
		Паркинсонизм		Дискинезии		Дистонии		Др. симптомы	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Впервые	9	4	44,44	1	11,12	4	44,44	-	-
1-6 месяцев	6	1	16,67	2	33,33	2	33,33	1	16,67
1 год	4	3	75,0	-	-	1	25,0	-	-
3-5 лет	11	4	36,37	1	9,09	1	9,09	5	45,45
6-10 лет	11	7	63,64	1	9,09	-	-	3	27,27
11-20 лет	17	14	82,35	5	29,41	2	11,76	3	17,65
Более 20 лет	55	32	58,18	10	18,18	1	1,82	12	21,82

Также был проведен анализ переносимости нейролептической терапии в зависимости от возраста пациентов (табл. 3,4).

Более половины пациентов старше 49 лет, это соотносится с достаточным стажем болезни. При исследовании мы выяснили, что у более возрастных пациентов акатазия менее выражена. Наибольшая доля пациентов с выраженной симптоматикой наблюдается в группах 30-39 лет (14,29%) и 40-49 лет (12,5%).

Во всех возрастных группах из симптомов наиболее выражен паркинсонизм (от 44 до 81%) и дискинезии (от 14 до 27%). Дистонии в основном бывают у молодых пациентов, в возрастных группах 20-29 лет ((11%) и 30-39 лет (9%).

Таблица 3

Выраженность акатазии в зависимости от возраста пациентов (по шкале burns)

Возраст пациентов	Всего 113 чел	Выраженность акатазии (в баллах)									
		1		2		3		4		5	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
20-29 лет	18	15	83,33	-	-	1	5,56	2	11,11	-	-
30-39 лет	21	10	47,62	4	19,05	-	-	4	19,05	3	14,29
40-49 лет	16	8	50,0	2	12,5	2	12,5	2	12,5	2	12,5
Старше 49 лет	58	40	68,97	4	6,90	7	12,07	3	5,17	4	6,90

Таблица 4

Симптомы нейролепсии в зависимости от возраста пациентов (по шкале ESRS)

Возраст пациентов	Всего 113 чел.	Симптомы							
		Паркинсонизм		Дискинезии		Дистонии		Др. симптомы	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
20-29 лет	18	8	44,44	5	27,78	2	11,11	3	16,67
30-39 лет	21	15	71,43	3	14,29	2	9,52	2	9,52
40-49 лет	16	13	81,25	4	25,0	-	-	3	18,75
Старше 49 лет	58	41	70,69	15	25,86	-	-	4	6,90

Кроме того, просматриваются и другие симптомы нейролепсии, которые влияют на общее впечатление, отражаются в жалобах больных, но не могут быть оценены по

применяемым в исследовании шкалам. Но в целом шкалы, имеющие балльное распределение выраженности симптомов, удобны для оценки врачом частных случаев выраженности нейролепсии.

Помимо вышеизложенного, мы отследили наличие основных симптомов нейролепсии у пациентов в зависимости от того, какой объем нейролептической терапии (сколько нейролептиков) они получают (табл.5). Были выделены группы пациентов, получающие один, два, или три нейролептика одновременно.

Табл. 5

Симптомы нейролепсии в зависимости от объема нейролептической терапии

Количество нейролептиков	Количество пациентов	Выявленные симптомы					
		паркинсонизм		дискинезия		были достоверные признаки акатазии	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
один нейролептик	35	16	45,71	6	17,14	5	14,29
два нейролептика	97	45	46,39	11	11,34	17	17,53
три нейролептика	14	8	57,14	3	21,42	2	2,06

Как мы видим, признаки паркинсонизма были значительными вне зависимости от того, сколько нейролептиков получает пациент. Однако наибольшие проявления паркинсонизма и дискинезии были при применении трех нейролептиков одновременно. Это, наряду с неудобством пациентов при приеме большого количества лекарств, значительно снижает приверженность терапии. Кроме того, это формирует «особенный» внешний вид психически больного человека, а в целом настороженное отношение к нему со стороны населения. В целом в психиатрии существует проблема отношения населения к пациентам психиатрического профиля (Голенков А.В., Калинина Е.В., 2004, [1]) и усугублять негативные тенденции – значит нанести дополнительный ущерб больному.

В связи с этим, для поддержания качества жизни пациента и как следствие, приверженности терапии, зная о возможных побочных эффектах нейролептической терапии, целесообразно использовать все возможности.

Наиболее значимые – адекватное применение самой нейролептической терапии – не превышать терапевтические дозы, использовать дробный прием нейролептиков или отдать предпочтение современным пролонгам, что позволит предусмотреть снижение пика их действия, в период которых и продуцируются нейролептические проявления. Кроме того, в качестве профилактики и коррекции необходимо активно и своевременно использовать медикаментозные (корректоры) и немедикаментозные (физическая реабилитация с достаточным режимом двигательной активности, [4]) методы.

Заключение. Наибольшее внимание врачам при назначении нейролептиков нужно обращать на людей более старшего возраста, с большим стажем их применения. Чтобы не страдало качество жизни пациента, поддерживалась большая приверженность терапии, необходимо предвидеть возможные побочные эффекты нейролептической терапии, и использовать все возможности для их купирования.

Литература

1. Голенков А.В., Калинина Е.В. Отношение к психически больным и их выявление в населении // В сборнике: Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии Материалы конференции. Научный редактор Голенков А.В.. 2004. С. 86-90.
2. Карпова М.В., Беда В.И. Применение атипичного антипсихотика «Сероквель» при экстрапирамидных расстройствах, возникающих в ходе терапии типичными нейролептиками // В сборнике: Ивановская региональная психиатрия, современные вопросы оказания психиатрической помощи // сборник научных трудов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Департамент здравоохранения Ивановской обл., Гос. учреждение здравоохранения Обл. клиническая психиатрическая больница "Богородское" ; [редкол.: Е. В. Руженская (отв. ред.) и др.]. Иваново, 2008. С. 191-195.
3. Руженская Е.В. Психопрофилактика, современное понимание // Психопрофилактика, современное понимание // сборник научных трудов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Департамент здравоохранения Ивановской обл., Гос. учреждение здравоохранения Обл. клиническая психиатрическая больница "Богородское", Ивановская обл. общественная орг. "О-во психиатров, психотерапевтов и наркологов" ; [редкол.: А. М. Футерман (гл. ред.), Е. В. Руженская (отв. ред.)]. Иваново, 2010. С. 5-8.
4. Физическая реабилитация // Гиголаева Т.В., Нестеров А.Н., Перевозчикова Е.В., Руженская Е.В., Толстова С.Ю., Махов А.С. Учебное пособие / Шуя, 2011. Том часть 2
5. Шток В. Н., Левин О. С. Лекарственные экстрапирамидные расстройства // В мире лекарств.— 2000.— № 2.— С. 12-15.
6. Штульман Д. Р., Левин О. С. Гипертинезы // Справочник практического врача по неврологии.— М., 1999.— С. 255-259.