

**КОРРЕКЦИЯ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ
АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В
УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Зокиров М. М.

Шадманова Л. Ш.

Толипова Н. Ш.

Кафедра психиатрии и наркологии

Ташкентский государственный медицинский университет

Аннотация

По данным многочисленных авторов частота побочных эффектов при лечении типичными нейролептиками достаточна велика - 100% и выраженность их в основном усиливается с увеличением дозы препарата (галоперидол).]. Изучение переносимости традиционной нейролептической терапии показало, что чаще всего при ее применении наблюдается развитие различных экстрапирамидных нарушений. Внедрение в клиническую практику атипичных антипсихотических средств изменило представление о спектре побочных эффектов нейролептиков. В целом переносимость атипичных антипсихотических препаратов, по данным многочисленных исследований значительно лучше, чем типичных. [Bernstein JG: 1987. Masand PS. Blackburn CL, Ganguli R. et al., 1999; National Heart Lung and Blood Institute, 1998. Pijl H. Meinders AE:1996, Аведисова А.С., 2001].

Ключевые слова: нейролептики, экстрапирамидные расстройства, галоперидол, шизофрения.

Introduction

Вызываемые антипсихотиками экстрапирамидные расстройства (далее- ЭР) и применяемые в настоящее время методы их коррекции с использованием холинолитических препаратов центрального действия и бензодиазепинов широко освещены в литературе 60х-80х годов XX века [5,6,15].

С началом широкого применения антипсихотиков второго поколения многие исследователи связывали надежды на снижение распространенности ЭР [5,10]. Однако, по данным многоцентрового исследования состава антипсихотической фармакотерапии в больницах Евросоюза выяснилось, что до 40% пациентов, получающих атипичные антипсихотики, одновременно получают и холинолитики [1,6,11].

Исследование применения атипичных антипсихотиков у пожилых пациентов в психиатрических больницах Англии и Уэльса [1,9,10] выявило, что наиболее частыми побочными эффектами данных препаратов в психиатрической практике являются гиперседация и ЭР с нарушением походки. Отмечается возможность развития поздних дискинезий при длительной терапии атипичными антипсихотиками [2,4,5,8,9,12,14].

Описаны случаи развития злокачественного нейролептического синдрома при лечении рисперидоном [2,7,11] и оланзапином [8,15]. Имеющиеся в литературе оценки факторов риска ЭР при терапии различными психотропными средствами, сравнительные оценки «неврологической безопасности» классических и современных психотропных средств, описания спектра клинических проявлений ЭР на фоне терапии психотропными средствами различных клинико-фармакологических групп достаточно противоречивы.

Современные антипсихотические препараты позволяют успешно купировать психотическую симптоматику таких нозологических форм, как шизофрения и органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство. Однако их применение нередко сопровождается развитием нежелательных побочных эффектов, которые крайне тяжелы для больного. Это может стать причиной отказа от их приема и, как следствие, ухудшения течения и прогноза заболевания.

В Республиканской психиатрической больнице г.Ташкента наблюдались 48 пациентов в возрасте от 25 до 52 лет без тяжелых соматических и неврологических заболеваний, из них 26 пациентов страдали параноидной шизофренией, 22 – органическим бредовым (шизофреноподобным) расстройством. В клинической картине психоза преобладала параноидная симптоматика в виде бредовых идей отношения, преследования, воздействия, величия.

В терапии использовались как традиционные, так и атипичные нейролептики. Больные были разделены на 2 группы с соответствующей антипсихотической терапией.

1-я группа (25 пациентов) принимали галоперидол 5-15 мг/сут.

2-я группа (13 пациентов) получали антипсихотическую терапию атипичными нейролептиками; Оланзапин 10-20 мг/сут, Рисперидон 4-6 мг/сут.

В 1й группе из 25 пациентов с психическими нарушениями шизофренического спектра, лечившихся типичными нейролептиками, признаки нейролептического синдрома наблюдались в разные временные периоды: от 2 суток до 20 дней от начала нейролептической терапии.

Неврологический компонент отмечался в виде острой дистонии (в 5 случаях), акатизии [4], нейролептического паркинсонизма [5]. В психическом компоненте нейролептического синдрома преобладали тревога [4], нарушение сна [5].

Терапия нейролептического синдрома в 11 случаях начиналась с внутривенного капельного введения препарата амантадина сульфата (ПК-Мерц) 200 мг/сут в течение 3 дней с переводом на прием ПК-Мерц в таблетках в дозе 200–300 мг/сут. У 3 пациентов с легкими проявлениями нейролептического синдрома терапия начиналась сразу с приема ПК-Мерц в таблетках в дозе 200–400 мг/сут.

У одного пациента отмечались начальные признаки злокачественного нейролептического синдрома: гипертермия до субфебрильных цифр, колебания АД, тахикардия, профузное потоотделение, сальность кожных покровов, генерализованная мышечная ригидность, спутанность сознания.

Для купирования проявлений злокачественного нейролептического синдрома на фоне дезинтоксикационной терапии ПК-Мерц применялся в виде инфузий по 500 мл

(200 мг) 2 раза в сутки в течение 5 дней с последующим переводом на таблетированную форму препарата (300 мг в сутки) с одновременным введением бензодиазепинов. Во всех случаях отмечалась быстрая редукция нейролептического синдрома, особенно при инфузионном введении ПК-Мерц. Положительная динамика отмечалась уже в первые сутки от начала терапии, симптоматика купировалась на 3–7-й день.

В 1й группе из 10 пациентов с психическими нарушениями шизофренического спектра, лечившихся типичными нейролептиками, в качестве корректора применялся тригексифенидил в дозе 2–6 мг в сутки. По сравнению с применением тригексифенидила ПК-Мерц быстрее купировал экстрапирамидную симптоматику и акатизию. В этой группе из признаков экстрапирамидных расстройств отмечались; сухость во рту, учащение пульса, нарушения аккомодации, задержки мочеиспускания, снижение когнитивных функций, эйфория, суетливость, нарушения ориентировки. При применении амантадина сульфата (ПК-Мерц) никаких побочных действий не выявлено.

2-я группа (13 пациентов) получали антипсихотическую терапию атипичными нейролептиками; Оланзапин 10-20 мг/сут, Респеридон 4-6 мг/сут.

В этой группе у 5 пациентов с психическими нарушениями шизофренического спектра, лечившихся атипичными нейролептиками из признаков экстрапирамидных расстройств отмечались; колебания АД, тахикардия, сухость во рту, суетливость. У этих пациентов с легкими проявлениями нейролептического синдрома терапия начиналась сразу с приема ПК-Мерц в таблетках в дозе 200–400 мг/сути признаки нейролепсии успешно купировались.

Выводы.

Результаты исследования свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности амантадина сульфата (ПК-Мерц) в купировании нежелательных неврологических побочных явлений нейролептической терапии.

Особенно быстро редукция нейролептического синдрома отмечалась при инфузионном введении. По сравнению с применением тригексифенидила инфузионное введение ПК-Мерц быстрее купирует экстрапирамидную симптоматику и акатизию, не вызывая побочных реакций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова А.С. Подходы к оценке терапии психотропными препаратами /А.С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия.- 2004.- Т.6, №1. - С. 4-6.
2. Бурбелло А.Т. Неблагоприятные побочные реакции лекарственных средств/ А.Т. Бурбелло, С.В. Бабак, Б.В. Андреев, А.С. Колбин.- СПб.: СПбГМА, 2008.-31 с.
3. Ветохина Т.Н. Особенности клинических проявлений и течения нейролептического паркинсонизма и подходы к его коррекции / Т.Н.Ветохина, Н.В.Федорова, Е.Ф. Воронина // Психиатрия и психофармакотерапия.- 2006.- Т.8, № 1.- С. 29-33.
4. Гурович И.Я. Побочные эффекты и осложнения при нейролептической терапии: дис.... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Гурович Исаак Яковлевич.- М., 1971.- 443с.

5. Джонс П.Б. Шизофрения: Клиническое руководство / Джонс П.Б., Бакли П.Ф.; пер. с англ.; под общ. ред. проф. С.Н. Мосолова.- М.: МЕДпресс-информ, 2009.- 192 с.
6. Кабанов С.О. Сравнительная оценка влияния антипсихотической терапии на когнитивные нарушения у больных параноидной шизофренией: автореф. дис....канд. мед. наук: 14.00.18 / Кабанов Сергей Олегович.- М., 2007.- 24 с.
7. Клинические разборы в психиатрической практике; под ред. А.Г. Гофмана.-М.: МЕДпресс - информ, 2009. - 704 с.
8. Левин О.С. Как лечить паркинсонизм не при болезни Паркинсона / О.С. Левин // Трудный Пациент.- 2008.- № 5- 6.- С. 13-23.
9. Порсева Н.Ю. Применение холинолитиков в немедицинских целях / Н.Ю. Порсева, А.В. Солонина, О.Н. Дворская // Фармация - 2012.- № 2 - С. 5153.
10. Снедков Е.В. Инвега (палиперидон): методические рекомендации для врачей по использованию препарата при лечении больных шизофренией / Е.В. Снедков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.- 2008. - № 4.- С. 32 - 37.
11. Федорова Н.В. Диагностика и лечение нейролептических экстрапирамидных синдромов: учебно- методическое пособие / Н.В. Федорова, Т.Н. Ветохина.- М., РМАПО, 2006.- 18 с.
12. Хаташвили И.Т. Паркинсонизм: клиника, диагноз и дифференциальный диагноз / И.Т. Хаташвили, Н.Н. Яхно // Русский Медицинский Журнал.-2002- Т. 10, № 12-13.- С.527- 532.
13. Четвертных И.И. Сравнительная эффективность и переносимость длительного применения рисперидона, кветиапина и оланзапина в сравнении с галоперидолом у больных с впервые выявленной шизофренией / И.И. Четвертных, С.Н. Мосолов, В.В. Калинин, Г.Ю. Сулимов // Социальная и клиническая психиатрия - 2007 - Т. 17, № 1- С. 41 - 46.
14. Читая Н.Н. Особенности нейролептического синдрома при лечении женщин типичными и атипичными нейролептиками / Н.Н. Читая, Д.С. Данилов, Н.А. Тювина // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.- 2009.-№3.- С. 37-43.
15. Читая Н.Н. Тендерные особенности нейролептического синдрома при лечении типичными и атипичными антипсихотиками (сравнительное исследование) / Н.Н. Читая, Д.С. Данилов, Н.А. Тювина // Российский психиатрический журнал. - 2009. - № 2. - С. 77-84.