

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Зокиров М.М.

*Ташкентский государственный медицинский университет**Кафедра психиатрии и наркологии*

Аннотация: Нейролептический синдром – неврологические нарушения, возникающие вследствие приема нейролептиков и других средств, влияющих на дофаминергические рецепторы. Наблюдаются двигательные расстройства: паркинсонизм, тики, гиперкинезы, стереотипии, двигательное беспокойство, дрожание туловища и конечностей. Диагноз выставляется на основании анамнеза (прием нейролептиков), неврологического обследования и данных дополнительных исследований, проводимых для исключения заболеваний со сходной симптоматикой. Лечение нейролептического синдрома - отмена или уменьшение дозы нейролептика, фармакотерапия для устранения возникших нарушений.

Ключевые слова; злокачественный нейролептический синдром, факторы риска ЗНС, Нейролептики, антипсихотики, психофармакотерапия, шизофрения

Общие сведения

Нейролептический синдром (нейролептические экстрапирамидные расстройства) – неврологические расстройства, возникающие при лечении антипсихотиками. Отличаются большим разнообразием, могут быть острыми или хроническими. В первые годы применения нейролептиков (в основном – аминазина) экстрапирамидные расстройства были настолько распространенными, что специалисты даже считали их обязательным следствием фармакотерапии и признаком, по которому можно оценивать эффективность того или иного препарата. В последующем, после более детального изучения принципов действия антипсихотиков и появления лекарственных средств нового поколения (атипичных нейролептиков) эта точка зрения была признана неверной.

Несмотря на уменьшение распространенности данного синдрома, проблема возникновения экстрапирамидных расстройств при лечении антипсихотиками не теряет своей актуальности. Исследователи утверждают, что каждый третий случай развития паркинсонизма обусловлен приемом лекарственных средств. Нейролептический синдром ухудшает качество жизни больных, влечет за собой снижение или утрату трудоспособности и негативно влияет на социализацию. Лечение нейролептического синдрома осуществляют специалисты в области психиатрии и неврологии.

Причины и классификация нейролептического синдрома

Причины развития нейролептического синдрома окончательно не выяснены. С учетом свойств антипсихотиков психиатры и неврологи предполагают, что неврологические расстройства провоцируются блокадой дофаминовых рецепторов и последующими компенсаторными реакциями, обуславливающими нарушение баланса нейротрансмиттеров и разрушение связей между таламусом и подкорковыми структурами. Нейролептический синдром может возникать при использовании любых нейролептиков, однако некоторые нарушения чаще выявляются при терапии типичными антипсихотиками.

С учетом времени появления различают три разновидности нейролептического синдрома: ранний, затяжной и хронический. Ранние экстрапирамидные расстройства появляются в первые дни лечения и исчезают после прекращения приема антипсихотиков. Затяжной нейролептический синдром диагностируется при продолжительной лекарственной терапии, нарушения исчезают в течение нескольких месяцев. Хронические экстрапирамидные расстройства развиваются при многолетней терапии и иногда сохраняются на протяжении всей жизни. С учетом преобладающей симптоматики выделяют пять видов нейролептического синдрома: нейролептический паркинсонизм, острая дистония, акатизия, поздняя дискинезия и злокачественный нейролептический синдром.

Клинические формы нейролептического синдрома

Нейролептический паркинсонизм

Является самой распространенной разновидностью нейролептического синдрома. Выявляется у 15-60% больных, получающих антипсихотические средства. Обычно возникает на начальном этапе лечения. Чаще наблюдается у пожилых женщин. Факторами риска являются когнитивные расстройства, курение, ЧМТ, сахарный диабет, органические поражения ЦНС и наличие случаев болезни Паркинсона в семье.

Нейролептический лекарственный паркинсонизм проявляется замедлением движений, мышечной скованностью, прерывистостью движений, дрожанием конечностей, оскудением мимики и гиперсаливацией. У многих больных выявляются характерные эмоциональные, когнитивные и социальные расстройства: безразличие, утрата способности получать удовольствие, замедление мышления, трудности при попытке сконцентрировать внимание, уменьшение количества социальных связей.

Дифференциальный диагноз проводят с другими формами паркинсонизма. В пользу нейролептического синдрома свидетельствует подострое начало, симметричность неврологических нарушений и незначительность постуральных

расстройств. Симптомы не прогрессируют. Лечение – отмена, уменьшение дозы препарата или его замена другим антипсихотиком в сочетании с приемом холинолитиков. Обычно все проявления нейролептического синдрома исчезают в течение нескольких недель. При резистентных формах требуется увеличение дозы холинолитиков и экстракорпоральная детоксикация (гемосорбция, плазмаферез).

Острая дистония

Острая дистония возникает сразу после начала лечения или увеличения дозы. Вероятность развития нейролептического синдрома увеличивается при кокаинизме, алкоголизме, органической патологии ЦНС, гипокальциемии, нарушении функции щитовидных и паращитовидных желез. Чаще страдают молодые мужчины. Наблюдаются неврологические нарушения в виде медленных или быстрых непроизвольных движений. Вначале внезапно появляются мышечные спазмы в области головы и шеи. Возможно гримасничанье, высовывание языка, запрокидывание головы и т. п. Иногда развиваются ларингоспазм, фарингоспазм и обструкция дыхательных путей.

В последующем в насильственные движения вовлекаются мышцы туловища. Больной переразгибает спину в поясничном отделе, изгибается вправо или влево, иногда скручивается. Руки и ноги, как правило, не задействованы или мало задействованы. Спазмы часто причиняют боль и бывают настолько выраженными, что становятся причиной вывиха суставов. Выраженный ларингоспазм может представлять угрозу для жизни больного. Для устранения нейролептического синдрома уменьшают дозу или отменяют антипсихотик, вводят антихолинергические препараты.

Акатизия

Акатизия может начинаться как сразу после начала лечения (ранняя акатизия), так и на фоне длительной терапии (поздняя акатизия). Факторами риска являются женский пол, средний возраст, алкоголизм, лечение большими дозами препаратов, резкое увеличение дозы и использование типичных нейролептиков. Иногда эта форма нейролептического синдрома возникает после отмены или снижения дозы лекарственного средства и исчезает после возобновления терапии или увеличения дозы.

Данная патология проявляется непреодолимой потребностью в движении для устранения дискомфорта и внутреннего беспокойства. Больные ерзают, раскачиваются, переминаются, качают или стучат ногой, поглаживают голову, поправляют одежду и пр. Состояние тяжело переносится, может провоцировать депрессию и попытки суицида. Дифференциальный диагноз нейролептического синдрома проводят с другими неврологическими расстройствами, психозами и ажитированной депрессией. Лечение – отмена или

снижение дозы антипсихотика. Иногда назначают антихолинолитики, бензодиазепины, бета-блокаторы и антигистаминные препараты. При неэффективности лекарственной терапии используют ЭСТ.

Поздняя дискинезия

Эта разновидность нейролептического синдрома возникает спустя несколько месяцев или лет после начала терапии. Факторами риска являются пожилой возраст, острый нейролептический синдром, женский пол, сахарный диабет, постклимактерический период, аффективные расстройства, болезнь Паркинсона у родственников, органические поражения головного мозга, курение, алкоголизм, использование типичных нейролептиков, большие дозы препаратов, прерывистое медикаментозное лечение и ЭСТ.

Вначале появляются непроизвольные движения лицевых мышц. Пациент высовывает язык, чмокает, облизывает губы, совершает сосательные или жевательные движения, гримасничает, надувает щеки. В тяжелых случаях возможны нарушения дыхания, ларингоспазм и фарингоспазм. В последующем в процесс вовлекаются туловище и конечности. Больной раскачивает и скручивает корпус, сгибает и разгибает кисти и пальцы стоп. Из-за мышечных спазмов ходьба искажается, приобретает причудливый характер.

Обычно нейролептический синдром не прогрессирует, неврологические нарушения выражены слабо или умеренно. Реже наблюдаются выраженные расстройства, становящиеся причиной инвалидизации пациентов. Поздняя дискинезия негативно влияет на самовосприятие, вызывает тревогу, гнев, стыд и чувство вины, затрудняет социализацию, может провоцировать депрессию, суицидальные намерения и действия. Лечение – отмена или уменьшение дозы нейролептика. Эффективность других способов лечения при данной форме нейролептического синдрома пока не удается точно оценить. Обычно психиатры используют холинолитики, антиоксиданты, бета-блокаторы, большие дозы витаминов и ботулинический токсин.

Злокачественный нейролептический синдром

По различным данным, злокачественный нейролептический синдром выявляется у 0,1-3,2% больных, получающих антипсихотики в условиях стационара. Может провоцироваться любыми нейролептиками и развиваться на любом этапе лечения, однако чаще всего возникает в первую неделю терапии. Факторами риска являются истощение, нарушения водно-солевого обмена, аллергии, органическая патология ЦНС, деменция, ЧМТ, алкоголизм, инфекционные заболевания, высокая температура и влажность окружающей среды, ЭСТ, большие дозы или быстрое повышение дозы антипсихотиков.

Сопровождается выраженной гипертермией, вегетативными расстройствами (потливостью, гиперсаливацией, учащением пульса и дыхания,

нестабильностью АД, недержанием мочи), повышением тонуса мышц и расстройствами сознания. Психические проявления могут варьировать от тревоги и возбуждения до спутанности сознания, кататонии, делирия, ступора и комы. Диагноз выставляется путем исключения других патологических состояний, способных вызвать подобные симптомы. Злокачественный нейролептический синдром дифференцируют с тяжелыми инфекциями, тепловым ударом, злокачественной гипертермией, опухолями мозга, синдромом длительного раздавливания и другими заболеваниями.

Лечение осуществляют в палате интенсивной терапии. Отменяют нейролептики, при необходимости переводят больного на ИВЛ. Проводят симптоматическую и специфическую лекарственную терапию под контролем жизненно важных функций. При резистентных формах нейролептического синдрома используют ЭСТ. Ранее летальный исход наблюдался примерно в 30% случаев. Современные данные свидетельствуют о снижении уровня смертности до 10-12%. Смерть может наступить вследствие острой почечной или печеночной недостаточности, отека легких, аспирационной пневмонии, шокового легкого, легочной эмболии, острой сердечной патологии, эпилептиформных припадков или инфекционных осложнений.

Литература:

1. Малин Д. И. Злокачественный нейролептический синдром: диагностика и терапия // Современная терапия психических расстройств. – 2016. – №. 2
2. Федорова Н. В., Ветохина Т. Н. Диагностика и лечение нейролептических экстрапирамидных синдромов: Учебно-методическое пособие // М.: РМАПО. – 2006
3. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Малин Д.И. Неотложная помощь в психиатрии // Медицина критических состояний. – 2004. – № 6