

УДК 616.895.8: 616.895.4-071-036: 615.214.3

*О.В. Жиленков***О КОРРЕЛЯЦИИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ И НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: нейролептическая депрессия, нейролептический синдром

Проблема нейролептических депрессий остаётся актуальной по настоящее время, несмотря на все более широкое внедрение атипичных нейролептиков, депрессогенный эффект которых минимизирован. Стертые варианты нейролептической депрессии существенно затрудняют интерпретацию психического статуса пациентов и их лечение.

Нейролептические депрессии возникают в непосредственной связи с применением нейролептиков и гипотимические проявления нейролептической депрессии образуют общие симптомы с экстрапирамидными побочными эффектами, такими как акатизия, паркинсонизм, оральные гиперкинезы и другими проявлениями экстрапирамидного синдрома [1]. Острые нейролептические дистонии также могут являться составной частью нейролептической депрессии, очень часто сопровождаются состояниями страха и тревоги. В литературе описаны такие осложнения острых дистонических реакций, как тяжёлые случаи ларингоспазма, вывих височно-нижнечелюстного сустава, сломанные зубы, тяжёлые повреждения языка [2].

Нейролептические депрессии – дополнительный фактор риска смерти вследствие самоубийства при шизофрении. Если учесть, что 10% больных совершают самоубийство, это имеет

существенное значение [3]. Важно правильно определять и клинически оценивать такие симптомы, поскольку в настоящее время появляется всё больше объективных данных о возможности их успешного лечения.

Целью настоящего исследования явилось изучение депрессивных нарушений вследствие приёма нейролептиков у больных шизофренией с клиникой нейролептического синдрома.

Задачи исследования: изучить, при каких вариантах нейролептической депрессии (согласно МКБ-10 входит в состав постпсихотической депрессии, F 20.4) встречаются острые нейролептические дистонии, акатизия, паркинсонизм, их сочетание между собой и оценить степень их выраженности. Ранее были идентифицированы четыре варианта нейролептической депрессии – нейролептическая меланхолия, персеверирующая («назойливая»), акинетическая, нейролептическая дисфория [1]. Поэтому основная задача настоящего исследования заключалась в идентификации экстрапирамидных побочных эффектов вследствие терапии нейролептиками в непосредственной связи с ранее идентифицированными вариантами нейролептической депрессии, поскольку в доступной медицинской литературе такие сведения не выявлены [1, 3, 4, 5, 6, 7].

Материал и методы исследования

Для скринингового выявления аффективных расстройств использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) у больных шизофренией с клиникой побочных экстрапирамидных эффектов психофармакотерапии (нейролептический синдром). В случае выявления признаков депрессии проводилось углублённое обследование пациентов. Основным в исследовании был клинико-психопатологический метод. Для объективизации данных и уточнения глубины депрессивных расстройств применялись

Шкала депрессии Гамильтона (HDRS), Шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS). Нейролептический синдром выявлялся при неврологическом осмотре. Экстрапирамидные двигательные расстройства, связанные с приёмом нейролептиков, регистрировались в соответствии с критериями американской классификации DSM-IV (острая дистония, паркинсонизм, острая акатизия, поздняя дискинезия)[8].

Оценка степени тяжести экстрапирамидных двигательных расстройств производилась по шка-

ле: лёгкая, умеренная, выраженная. Основную группу составили 60 больных шизофренией (36 женщин и 24 мужчины) с клиническими проявлениями нейролептической депрессии в возрасте от 20 до 60 лет, с длительностью болезни от 1 до 32 лет (средняя длительность заболевания в группе – 17 лет). Обследование проводилось на фоне длительного приёма нейролептиков – более трёх месяцев. Из них 47 пациентов (78,33%) принимали традиционные (типичные) нейролептики в виде моно или сочетанной терапии в средних терапевтических дозировках; 8 пациентов (13,33%) получали сочетанную терапию в виде комбинаций типичных и атипичных нейролептиков; 5 пациентов (8,33%) принимали атипичные нейролептики на протяжении длительного времени.

В обследовании не участвовали больные шизофренией с явлениями резидуальной церебральной органической недостаточности, у которых даже невысокие дозы нейролептиков могут вызвать нейролептический синдром, а также больные с воспалительными заболеваниями головного мозга, метаболическими заболеваниями, делириозными расстройствами, с другой аффективной патологией, с другими психическими и неврологическими заболеваниями, а также пациенты с клиникой злокачественного нейролептического синдрома.

В группу сравнения включены 26 больных шизофренией без признаков аффективных расстройств, но с клиникой нейролептического синдрома.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные данные представлены в таблицах 1,2,3. Учитывая возможность наличия нескольких побочных явлений у од-

ного больного, количество экстрапирамидных синдромов, превышало количество больных.

Таблица 1

Психометрические характеристики нейролептической депрессии

	Нейролептическая меланхолия (n=3)	Персеверирующая («назойливая») депрессия (n=23)	Акинетическая депрессия (n=18)	Нейролептическая дисфория (n=16)
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) D - депрессия	17,66	11,20	10,94	11,46
Шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS)	32,00	15,23	14,40	14,25
Шкала депрессии Гамильтона (HDRS)	30,00	16,44	15,94	16,10

Глубина депрессивных расстройств при персеверирующем, акинетическом и дисфорическом вариантах нейролептической депрессии соответствовала лёгкому депрессивному эпизоду (F32.0 по МКБ-10) и умеренному депрессивному эпизоду (F32.1 по МКБ-10) в случае нейролептической меланхолии. Признаки нейролептической депрессии появились вслед за редукцией позитивной психосимптоматики после 1-2 месяцев лечения нейролептиками или на более

поздних этапах лечения в период становления ремиссии после психотического приступа.

Острые дистонии были спровоцированы увеличением очередной дозы препаратов или эмоциональным стрессом на фоне стабильной дозы. Согласно приведенным в таблице 2 данным, острые дистонии нейролептического генеза встречаются при всех четырёх вариантах нейролептической депрессии и имеют свои клинические особенности.

Характеристика различных вариантов нейролептической депрессии

	Нейролептическая меланхолия (n=3)	Персеверирующая («назойливая») депрессия (n=23)	Акинетическая депрессия (n=18)	Нейролептическая дисфория (n=16)
Шкала акатизии Барнса (BAS)	8,00	5,83	1,60	6,10
Шкала Симпсон-Ангуса (SAS)	11,66	6,32	6,20	4,50
Шкала непроизвольных патологических движений (AIMS)	10,00	8,26	4,16	6,65

Таблица 3

Распределение пациентов с острой нейролептической дистонией и нейролептической депрессией

Симптомы острой дистонии по DSM-IV	Нейролептическая меланхолия (n=3)	Персеверирующая («назойливая») депрессия (n=23)	Акинетическая депрессия (n=18)	Нейролептическая дисфория (n=16)
ретроколлиз, тортиколлиз	-	2	1	-
тризм, зевание, гримасничанье	-	-	2	2
дисфагия, ларингофарингеальные спазмы, дисфония	-	-	5	1
дизартрия, макроглоссия	1	1	-	-
высовывание языка	2	1	-	-
окулогирные кризы	-	2	-	2

Пациенты с клиническими проявлениями нейролептической меланхолии с чертами психической анестезии (n=3) на протяжении нескольких месяцев получали терапию нейролептиками – алифатическими производными фенотиазина. Болезненные переживания характеризовались тяжёлой степенью выраженности по Шкале депрессии Гамильтона (30 баллов) и Монгомери-Асберга (32 балла), что является наиболее высокими показателями в сравнении с другими вариантами нейролептической депрессии. Нейролептическая меланхолия сопровождается преимущественно акатизией лёгкой-умеренной степени. У одного из трёх пациентов наблюдалась поздняя дискинезия, у двух других – спонтанные дискинезии. Шкала акатизии Барнс (8 баллов) и Шкала оценки экстрапирамидной симптоматики Симпсона-Ангуса (11,66 баллов) зафиксировали самые высокие показатели акати-

зии и паркинсонизма в сравнении с другими вариантами нейролептической депрессии. Шкала непроизвольных патологических движений (AIMS) отражает среднее значение спонтанных и поздней дискинезий, наиболее высокий в группе (10 баллов). Смазанная и затруднённая речь, обусловленная гипертонусом или увеличение языка (4 группа симптомов острой дистонии по DSM-IV) была выявлена у одного пациента с нейролептической меланхолией, а высывывание языка в виде синдрома Куленкампа-Тарнова (5 группа симптомов острой дистонии по DSM-IV) – у двух пациентов.

Пациенты с клиническими проявлениями нейролептической персеверирующей («назойливой») депрессии (n=23) в течение нескольких месяцев получали как классические, так и атипичные нейролептики в виде сочетанной или монотерапии. Депрессивные переживания по

Шкале депресії Гамільтона (HDRS) і Монтгомери-Асберг отражають лёгку ступень депресії (16,44 і 15,23 баллів відповідно). Кількість баллів сопоставимо з акинети́чним варіантом нейролептичної депресії і нейролептичної дисфорією. Персеверуюча («назойлива») депресія супроводжується переважно акатизією лёгкої ступені (BAS – 5,38 баллів) в поєднанні з паркінсонізмом лёгкої ступені (SAS – 9,32 баллів). Поздня дискінезія набулася у 8 пацієнтів. Случаєв спонтанної дискінезії – два, остра дистонія у шести пацієнтів. Тортиколіс (1 група симптомів острай дистонії по DSM-IV) зареєстрований у двох пацієнтів (у одній пацієнтки поєднувався з острай дистонією в пальцях обох рук). Дизартрія, обумовлена гіпертонусом (4 група симптомів острай дистонії по DSM-IV) набулася у одного пацієнта; синдром Куленкампа-Тарнова (5 група симптомів острай дистонії по DSM-IV) – у одного пацієнта і у двох зареєстрований окулогірний криз (6 група симптомів острай дистонії по DSM-IV).

Пацієнти з клінікою акинети́чного варіанта нейролептичної депресії (n=18) на протязі багатьох місяців приймали класичні і атипичні нейролептики в формі моно або поєднаної терапії. Рівень депресії відповідає лёгкій ступені (HDRS – 15,94 баллів і MADRS – 14,40 баллів). Акинети́чна депресія во всіх спостереженнях супроводжується переважно паркінсонізмом лёгкої ступені (SAS – 6,20 баллів). Акатизія лёгкої ступені малохарактерна (набулася у трьох пацієнтів, BAS – 1,60 баллів). Поздня дискінезія набулася у одного пацієнта (AIMS – 4,16 баллів). Острай дистонія набулася у 8 пацієнтів з акинети́чною депресією (1 випадок тортиколіса, 2 випадки тризма, 5 випадків дисфагії). При цьому тортиколіс поєднувався з симптомом «пізанської вежі» вираженої ступені – у пацієнтки, прийманої галоперидол,

які мали місце тонічної сгибання туловища з нахилом в сторону і невеликим поворотом назад з нахилом голови і шиї в ту ж сторону, т.е. набулася дистонія аксиальної мускулатури на фоні паркінсонізму лёгкої ступені.

Пацієнти з клінічними проявами нейролептичної дисфорії (n=16) на протязі тривалого часу приймали класичні і атипичні нейролептики. Депресивні переживання відповідають лёгкій ступені вираженості (HDRS – 16,11 баллів і MADRS – 14,25 баллів). Нейролептична дисфорія супроводжується переважно акатизією лёгкої ступені (BAS – 6,10 баллів) в поєднанні з паркінсонізмом лёгкої ступені (SAS – 4,50 баллів). У одного пацієнта – спонтанна дискінезія, у двох – поздня дискінезія (сумарно AIMS – 6,65 баллів). Случаєв острай дистонії – 5 (2 випадки тризма, 1 випадок дисфонії і 2 випадки окулогірних кризів).

Представлені дані свідчать про те, що клінічно нейролептична депресія проявляється переважно в формі афективних порушень лёгкої ступені вираженості, за винятком нейролептичної меланхолії. Незважаючи на це, приєднання екстрапірамідної симптоматики до клінічних проявів нейролептичної депресії значно ускладнює її перебіг, особливо в випадках острай дистонії нейролептичного генезу в структурі всіх чотирьох варіантів нейролептичної депресії. Отримані дані свідчать про те, що симптоми острай дистонії у хворих шизофренією не протекали ізольовано, а набулися на фоні акатизії переважно лёгкої ступені в поєднанні з паркінсонізмом лёгкої ступені.

В зв'язі з цим терапевтичні програми для хворих шизофренією з клінічними проявами нейролептичної депресії повинні будуватися з урахуванням формування і перебігу нейролептичного синдрому, що дозволить оптимізувати лікування.

О.В. Жилєнков

ПРО КОРЕЛЯЦІЇ НЕЙРОЛЕПТИЧНИХ ДЕПРЕСІЙ ТА НЕЙРОЛЕПТИЧНОГО СИНДРОМУ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

До післяпсихотичних депресій належить нейролептична депресія з рисами анестетичної меланхолії, персеверуюча депресія, акинети́чна депресія, нейролептична дисфорія. Вони зумовлені антипсихотичними засобами і комбінуються з екстрапірамідними розладами. Нейролептична депресія є важкою патологією. У статті надано опис клінічних особливостей нейролептичних депресій у хворих на шизофренію. Було обстежено 60 хворих на нейролептичну депресію. Показано, що розвиток нейролептичної депресії перебігає переважно у вигляді афективних порушень лёгкого ступеня вираженості. Незважаючи на це, приєднання екстрапірамідної симптоматики до клінічних проявів нейролептичної депресії значно пригнічує її перебіг. Клінічні особливості нейролептичних депресій повинні враховуватися при діагностиці та лікуванні. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 77-81).

THE CORRELATION OF NEUROLEPTIC DEPRESSIONS AND NEUROLEPTIC SYNDROME

Institute for Neurology, Psychiatry and Narcology

The post-psychotic depressions us includes neuroleptic depression with features of anesthetic melancholia, persevering depression, akinetic depression, neuroleptic dysphoria. Its induced by antipsychotics and combine with extrapyramidal disorders. Neuroleptic depressive disorders are very difficult pathology. This article includes description clinical participations of neuroleptic depressions at patients with schizophrenia. 60 patients with neuroleptic depression were investigated. It was showed that the development of neuroleptic depression had passed mainly in affective disturbances of light stage of expressiveness. The adding extrapyramidal symptomatology to clinical manifestation of neuroleptic depression definitely appresses their tendency. Clinical particulars of depressions can be count during diagnostic and therapy this pathology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 77-81).

Литература

1. Смулевич А.Б. Депрессии и шизофрения// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, №4. – с.4-13.
2. Лис А.Дж.Тики. М.: Медицина, 1989. – 333 с.
3. Ciaran Mulholland & Stephen Cooper. The symptom of depression in schizophrenia and its management// Advances in Psychiatric Treatment 2000; vol.6, pp. 169-177.
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988. – 528 с.
5. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М.: Медицина, 1996.
6. Смулевич А.Б., Морозова М.А. Биологическая терапия. Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999.
7. Чайка В.В. К типологии и динамике постшизофренических депрессий. Аффективные и шизоаффективные психозы. М.: Медицина, 1998.
8. Малин Д.И., Козырев В.В, Равилов С.С. Экстрапирамидные побочные эффекты нейролептиков: классификация и современные способы коррекции. //Психиатрия и психофармакотерапия 2001. – т.3, №6

Поступила в редакцию 6.06.2006