

**НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ
СИНДРОМ. ЕГО
КЛИНИКА И
КУПИРОВАНИЕ.**

Что же это такое?

- Нейролептический синдром (нейролептические экстрапирамидные расстройства) – неврологические расстройства, возникающие при лечении антипсихотиками.
- С учётом времени появления: ранний, затяжной и хронический.

Классификация по клинической картине.

С учётом преобладающей симптоматики:

- Нейролептический паркинсонизм;
- Острая дистония;
- Акатизия;
- Поздняя дискинезия;
- Злокачественный нейролептический синдром.

Нейролептический паркинсонизм

- Это экстрапирамидный синдром, связанный с применением нейролептиков и проявляющийся снижением спонтанной двигательной активности, скованностью и напряжённостью мышц, иногда — тремором и постуральными расстройствами (трудностями удерживания равновесия).

Вероятность развития паркинсонизма

выше:

- при применении высоких доз нейролептиков, особенно пиперазинового ряда;
- при наличии фонового органического поражения головного мозга;
- при черепно-мозговой травме в анамнезе;
- при наследственной предрасположенности к этому осложнению.

К факторам риска относят: возраст, пол (ж), курение.

Клиника

псевдопаркинсонизма:

- Гипокинезия (снижение спонтанной двигательной активности);
- Мышечная ригидность (скованность, напряжённость мышц);
- Тремор;
- Постуральная неустойчивость (неспособность удерживать равновесие, трудности ходьбы, падения);
- Симптом зубчатого колеса (прерывистость, ступенчатость движений);
- Симметричность проявлений (отличие от истинного Паркинсонизма).

Зарубежные исследователи делят проявления НП на следующие синдромы:

- Акинетические;
- Акинетико-гипертонические;
- Гиперкинетико-гипертонические;
- Дискинетические.

Акинетический синдром при НП:

Характерна монотонная речь, амимия, редкие мигания, пониженный мышечный тонус, бедность и замедленность движений. Больные обычно сидят с полусогнутыми руками, слегка наклонив туловище.

Акинетико-гипертонический синдром при НП:

- Сочетание брадикинезии различной степени выраженности (вплоть до акинезии) с гипертонией мышц по типу «зубчатого колеса».

Гиперкинетико- гипертонический синдром при НП:

- Брадикинезия, мышечная гипертония и гиперкинезы разного типа (тремор, тасикинезии и акатизии).
- *Тасикинезия* – непроизвольная ходьба.
- *Акатизия* - постоянное изменение положения тела в пространстве.

С указанными видами гиперкинезов часто сочетаются различные непроизвольные движения рук: потирание лба, области сердца, сжимание и разжимание кистей, пощёлкивание пальцами.

Дискинетический синдром при НП:

- Проявляется оральными дискинезиями – синдром Куленкампфа-Тарнова, и окулогирными кризами, сопровождающимися мучительным закатыванием глаз.
- Синдром Куленкампфа-Тарнова проявляется приступообразным напряжением мышц лица, глотки, насильственным высовыванием языка, затруднением глотания, дыхания и речи, насильственным поворотом головы в сторону или запрокидыванием её назад.

Диагноз НП устанавливают в соответствии с американской классификацией DSM-IV (1994 г.):

- **А.** Наличие одного или нескольких симптомов, появляющихся на фоне нейролептической терапии:
 - 1) тремора (конечностей, головы, языка)
 - 2) мышечной ригидности с пластическим повышением мышечного тонуса и симптомом «зубчатого колеса»
 - 3) акинезии
- **В.** Симптомы группы А появляются в течение первых нескольких недель с момента начала нейролептической терапии или повышения дозы ранее принимаемых нейролептиков и уменьшаются после назначения антипаркинсонических корректоров.
- **С.** Симптомы группы А не должны быть обусловлены психическим заболеванием (кататония, негативные симптомы шизофрении, двигательная заторможенность при большом депрессивном эпизоде и др.).
- **Д.** Симптомы группы А не должны быть обусловлены приемом другого препарата, а также неврологическим или соматическим заболеванием (болезнь Паркинсона, болезнь Вильсона и др.).

Лечение

псевдопаркинсонизма:

- Необходимо отменить препарат.
- Если отменить невозможно: рассмотреть вариант с уменьшением дозы, или заменой препарата другим, в меньшей степени вызывающим экстрапирамидные осложнения.
- Одновременно следует назначить холинолитики с минимальным сроком применения 2-3 месяца. Наиболее широкое распространение при этом синдроме имеют тригексифенидил (паркопан, циклодол) и бипериден.

Лечение

псевдопаркинсонизма:

Леводопа при псевдопаркинсонизме, не используется, так как она может вызывать галлюцинации, бредовые расстройства и дискинезию. Не используются также агонисты дофаминовых рецепторов. В то же время леводопа и агонисты дофаминовых рецепторов могут быть назначены на непродолжительное время, если пациент не страдает психическим заболеванием и принимал нейролептик как противорвотное средство, а его отмена не привела к быстрому регрессу симптомов.

Острая дистония (2-12%).

- Это раннее экстрапирамидное осложнение терапии нейролептиками, проявляющееся непроизвольными движениями в виде спастических сокращений отдельных групп мышц по всему телу.
- Характеризуется медленными (тоническими) или повторяющимися быстрыми (клонико-тоническими) движениями, вызывающими вращение, сгибание или разгибание туловища и конечностей с формированием патологических поз.

Факторы риска:

- Лечение высокими дозами сильнодействующих нейролептиков.
- Мужской пол.
- Уже отмечавшиеся дистонические реакции.
- Кокаиновая наркомания.

Более чем в 90% случаев дистония развивается в первые 5 суток лечения.

Клиника острой дистонии:

Гиперкинез возникает внезапно, движения очень яркие, часто причудливы, выглядят демонстративными, их легко принять за истерические. Характерны блефароспазм, окулогирные кризы (непроизвольная длительная фиксация взора, обычно вверх), спастическая кривошея (насильственное отклонение головы в сторону или назад), тризм, дизартрия и даже опистотонус. Изредка из-за ларинго- и фарингоспазма нарушается дыхание. Гиперкинез часто сопровождается чувством тревоги. Даже если острая дистония после отмены вызвавшего ее препарата прошла самостоятельно, через несколько дней она может возобновиться.

Лечение острой дистонии:

- Приём М-холинолитиков (бензатропин или дифенгидрамин) или бензодиазепинов (например, лоразепама) быстро обрывает гиперкинез (особенно в/в). Во избежание рецидивов лечение продолжают несколько дней
- В случае ларинго- и фарингоспазма препараты вводят повторно в/в; следят за дыханием больного, так как иногда требуется интубация трахеи.

- При распространении дистонических спазмов на мышцы глотки и гортани существует риск удушья. При этом рекомендуется срочное введение реланиума и акинетона внутривенно, иногда необходимы деполяризующие миорелаксанты и кратковременная искусственная вентиляция лёгких.



**ЭТО БЫЛА ЛИШЬ ПОЛОВИНА
ПРЕЗЕНТАЦИИ, НО ВЫ
ДЕРЖИТЕСЬ ТАМ.
ХОРОШЕГО ВАМ НАСТРОЕНИЯ
И ЗДОРОВЬЯ.**

© ДМИТРИЙ АНАТОЛЬЕВИЧ МЕДВЕДЕВ

Акатизия

- Акатизия — клинический синдром, характеризующийся постоянным или периодически возникающим неприятным чувством внутреннего двигательного беспокойства, внутренней потребности двигаться или менять позу, и проявляющийся в неспособности больного долго сидеть спокойно в одной позе или долго оставаться без движения.

Акатизию подразделяют на:

- *Моторную акатизию* (преимущественно двигательное беспокойство, непоседливость, неусидчивость);
- *Психическую акатизию* (тревога, внутреннее напряжение, беспокойство, раздражительность, не обязательно проявляющиеся в двигательной сфере);
- *Сенсорную акатизию* (своеобразные ощущения «кручения», «выворачивания», «зуда» или «чесотки» или «потягивания» в мышцах или суставах, не всегда реализующиеся в конкретные двигательные акты и нередко трактуемые лечащими врачами как сенестопатии).
- *Классическую*, для которой характерна более или менее равномерная представленность в клинической картине как субъективных (психического и сенсорного), так и объективного компонента

В зависимости от времени возникновения:

- Острая акатизия возникает в первые дни и недели (иногда часы) лечения.
- Поздняя акатизия обычно возникая спустя много месяцев или лет.
- Акатизия отмены обычно возникает в сроки до двух недель после снижения дозы или отмены препарата.

Клиническая картина акатизии:

- Стереотипные бессмысленные движения ног, обычно вовлекающие обе нижние конечности целиком.
- Сопровождающая двигательная активность может быть разной, но часто приобретает стереотипный характер.
- При сильной выраженности акатизия может затрагивать практически всё тело.

Клиническая картина акатизии:

- Сенсорный компонент (субъективно – «покалывание в ногах», «выкручивание» суставов и мышц, неясное «жжение» или «зуд» в ногах).
- Психический компонент (субъективно – «тревога», «страх», «внутреннее напряжение», «беспокойство», «невозможность расслабиться», «хочется выпрыгнуть из своей кожи», «бессонница»)
- Жалобы часто бывают расплывчатыми, неконкретными и непонятными врачу.

Клиническая картина акатизии:

- Как следствие может развиваться повышенная лабильность аффекта, например, повышенная плаксивость или раздражительность, вспыльчивость, повышенная возбудимость.

Схема лечения акатизии по George Arana, Jerrold Rosenbaum

А. Если больной лечится высокопотентным типичным нейролептиком и у него отсутствуют другие экстрапирамидные симптомы (ЭПС).

1. Препарат 1-го выбора: β -адреноблокатор, например пропранолол в дозе 10-30 мг 3 раза в сутки (также можно использовать надолол) (см. главу 6).

2. Препарат 2-го выбора: антихолинергические средства, такие как бензтропин в дозе 2 мг 2 раза в сутки.

3. Препарат 3-го выбора: бензодиазепин, например лоразепам в дозе 1 мг 3 раза в сутки или клоназепам в дозе 0,5 мг 2 раза в сутки.

В. Если больной принимает низкопотентные типичные нейролептики (например, тиоридазин) или антипсихотический препарат в комбинации с трициклическим антидепрессантом и у него отсутствуют другие ЭПС.

1. Препарат 1-го выбора: пропранолол - 10 - 30 мг 3 раза в сутки.

2. Препарат 2-го выбора: лоразепам - 1 мг 3 раза в сутки или клоназепам - 0,5 мг 2 раза в сутки.

3. Препарат 3-го выбора: бензтропин - 1 мг 2 раза в сутки (возможно усиление антихолинергической токсичности).

С. Если у больного, принимающего антипсихотические средства, обнаруживаются другие ЭПС (дистония или паркинсонизм).

1. Препарат 1-го выбора: бензтропин - 2 мг 2 раза в сутки.

2. Препарат 2-го выбора: бензтропин в комбинации с пропранололом в дозе 10 - 30 мг 3 раза в сутки.

3. Препарат 3-го выбора: бензтропин с лоразепамом в дозе 1 мг 3 раза в сутки или клоназепамом в дозе 0,5 мг 2 раза в сутки.

D. Если у больного присутствуют другие ЭПС; при этом акатизия не реагирует на монотерапию антихолинергическими средствами.

1. Препараты 1-го выбора: бензтропин - 2 мг 2 раза в сутки с пропранололом - 10 - 30 мг 3 раза в сутки.

2. Препараты 2-го выбора: бензтропин - 2 мг 2 раза в сутки с лоразепамом - 1 мг 3 раза в сутки или клоназепамом - 0,5 мг 2 раза в сутки.

Поздняя дискинезия.

Хореоподобные (непроизвольные и хаотичные) насильственные движения, включающие в себя жевательные и причмокивающие движения губ и языка, гримасничанье из-за поражения мышц лица и рта.

Клиника поздней

ДИСКИНЕЗИИ:

- Щёчно-язычно-жевательный синдром (патологические движения мышц языка, щёк и жевательных мышц).
- Реже в гиперкинез вовлекаются мышцы туловища и конечностей.
- В выраженных случаях – вид двигательных автоматизмов облизывания, сосания, перекатывания и высовывания языка, а также более сложные гримасы преимущественно в нижней половине лица.
- «Знак конфеты».
- В более тяжёлых случаях вовлекаются мышцы шеи и рук с хореоатетонидными движениями.

Купирование и лечение поздней дискинезии.

Увеличение дозы нейролептика – самый эффективный приём для купирования поздней дискинезии, но такой способ является порочным, т.к. влечёт за собой необходимость назначения в дальнейшем ещё более высоких доз.

Лечение:

- Отменить нейролептик.
- Уменьшить дозу.
- Заменить его каким-либо другим нейролептиком, с которым связан меньший риск поздней дискинезии.

Злокачественный нейролептический синдром.

- Проявляется резким повышением тонуса всех мышц, подъёмом температуры тела, гипертензией или падением АД, тахикардией, профузным потом, нарушением сознания.
- Поражение мышц (рабдомиолиз) проявляется мышечными болями.

Клиническая картина.

- Мышечная ригидность (от гипертонуса мышцы до симптома «свинцовой трубы»)
- Гипертермия (часто утренняя температура выше вечерней; температура фебрильная - 38,5—42°С)
- Вегетативные сдвиги многообразны: тахикардия и другие сердечные дизритмии, лабильность артериального давления, тахипноэ, бледность кожи, потливость, слюнотечение, недержание мочи, задержка мочи.

- Психические нарушения: от тревоги, спутанности, возбуждения или делирия до онейроидного помрачения сознания, тяжёлой кататонии.
- По некоторым авторам – буллёзный дерматит (ягодицы, пятки, коленно-локтевые суставы).

Лабораторные исследования:

Обнаруживают повышение концентрации креатинина и КФК, рост активность трансаминаз, лейкоцитоз, лимфопению, ускорение СОЭ.

Миоглобинемия, миоглобинурия создают угрозу для возникновения почечной недостаточности.

Лечение ЗСН:

- При первом же подозрении на возникновение ЗСН немедленно прекращают приём нейрорепаративов. Все усилия направляются на коррекцию водно-электролитного баланса. Вводят солевые растворы, 5% раствор глюкозы, плазму и плазмозамещающие растворы, реополиглюкин, полиглюкин, гемодез.
- С целью восстановления дофаминэргической системы назначают бромокриптин.
- Для предупреждения повреждения мышц вводят мышечный релаксант дантровен.
- При отсутствии глубокого выключения сознания проводят ЭСТ.
- Для предупреждения шок – глюкокортикостероиды.

Презентация окончена.



Спасибо за внимание!