

Хубларова Ливия Артуровна

**ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ
НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ
В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ**

19.00.04 – медицинская психология

14.01.11 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Работа выполнена в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научные руководители:

Михайлов Владимир Алексеевич, доктор медицинских наук, научный руководитель отделения реабилитации больных с психосоматическими нарушениями ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Захаров Денис Валерьевич, кандидат медицинских наук, заведующий отделением реабилитации больных с психосоматическими нарушениями ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Официальные оппоненты:

Бабин Сергей Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Помников Виктор Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Ведущая организация – ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ

Защита диссертации состоится «__» _____ 2018 г. в __ часов на заседании диссертационного совета Д в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (192019 Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3)

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке и на официальном сайте ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автореферат разослан «__» _____ 2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук

Бутома Борис Георгиевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Лекарственно-индуцированные экстрапирамидные расстройства – это комплекс двигательных нарушений, обусловленный применением препаратов, влияющих на дофаминергическую активность головного мозга. Наиболее часто риск экстрапирамидных осложнений возникает при приеме нейролептиков, т.к. они обладают значительной дофаминблокирующей активностью. Вместе с тем применение антидепрессантов, антиаритмических препаратов, холиномиметиков и даже антипаркинсонических средств также может вызывать такие осложнения (Mena M.A. et al., 2006; Drug-induced Parkinson ... , 2004). При этом к факторам риска, способствующим возникновению экстрапирамидных расстройств при приеме разнообразных лекарственных препаратов, относятся: женский пол, пожилой возраст, наличие резидуального органического повреждения головного мозга или сопутствующего сахарного диабета, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, бессистемный прием нейролептиков, холинолитических препаратов больными старше 60 лет (Chorea induced ... , 1979; Woogen S. et al., 1981; Psychopharmacology and Women ... ,1996).

Все экстрапирамидные синдромы, вызываемые лекарственными препаратами, по времени возникновения делятся на две группы: ранние и поздние (тардивные).

Ранними, согласно классификации DSM-V, считаются экстрапирамидные синдромы, появившиеся у лиц, принимавших нейролептики в течение первых трех месяцев лечения (или до одного месяца лечения, если речь идет о лицах старше 60 лет).

Поздние экстрапирамидные осложнения возникают вследствие приема препарата в течение не менее 3 месяцев (более 1 месяца у лиц старше 60 лет) или могут появиться после его отмены и чаще имеют необратимый характер. Наиболее тяжелыми двигательными неврологическими расстройствами являются поздние нейролептические дискинезии, т.к. они носят выраженный стойкий трудно купируемый характер и чаще всего не исчезают даже после отмены вызвавшего их нейролептика (Экстрапирамидные расстройства : руководство ... , 2002).

Самая распространенная форма двигательных лекарственных осложнений – дискинезии в лице. Они проявляются в виде выталкивания языка; сосательных, жевательных движений, открывания-закрывания рта, надувания щек, гримасничанья, нахмуривания бровей, наморщивания лба, также может наблюдаться частое моргание и/или блефароспазм. Несколько реже в патологический процесс вовлекаются конечности и туловище (Плотникова Е.В., 2009).

В связи с такого рода клиническими особенностями тардивные нейролептические дискинезии (ТНД) существенно ухудшают повседневную активность (функциональное состояние) пациентов вследствие постоянной плохо контролируемой двигательной активности, нарушающей жевание, глотание, дыхание, говорение. В ряде случаев из-за непрерывного движения губами, нижней челюстью и языком развиваются язвы ротовой полости, происходит разрушение зубного ряда, возникают трудности с выполнением пациентом элементарных гигиенических процедур (бритья, чистки зубов и т. п.).

Кроме того, тардивные дискинезии создают постоянный внутренний дискомфорт, связанный как с ограничением функциональных возможностей больных, так и с негативным восприятием своего внешнего облика, измененного по сравнению с предболезненным. Вследствие этого ухудшается психологическое состояние пациентов, и у них формируются непсихотические психические расстройства тревожно-депрессивного спектра с идеями самоуничтожения и изменением приспособительного поведения в сторону коммуникативных ограничений. Клинически это обстоятельство выражается вынужденной замкнутостью и сознательным ограничением социальных контактов, переживание чего, в свою очередь, усиливает имеющийся у них депрессивный спектр психопатологических проявлений. (Bhatia K.P., 1997). Однако, несмотря на достаточно яркую «психологическую» составляющую

в клинической картине тардивных нейролептических дискинезий, их описание в литературе, как правило, ограничивается лишь изложением характера двигательных нарушений. Вне рамок рассмотрения и обсуждения остается психологически-рефлексивный фон, сопровождающий эти нарушения, «выбивающий» человека из привычного для него образа жизни и требующий прицельной диагностики и адекватного терапевтического подхода.

Сказанное представляется тем более важным, что произвольные движения, характеризующие ТНД, в совокупности с обусловленными этим обстоятельством рефлексивно-психологическими переживаниями пациентов, способны привести к существенным психосоциальным последствиям у лиц, страдающих этим заболеванием. При этом в современном обществе такие больные дополнительно подвергаются выраженной социальной дискриминации и жестким социально-трудовым ограничениям, вступающим в явное противоречие с реально имеющимися у них профессиональными возможностями.

Таким образом, пациенты с поздней дискинезией испытывают затруднения не только в связи с особенностями своей болезни, но и вследствие негативного отношения окружающих людей к её внешним проявлениям (Помников В.Г., 2011). Это порождает у больных постоянное чувство стыда, вины, тревоги, иногда гнева; вызывает формирование феномена самостигматизации. Последствиями длительной самостигматизации могут явиться развитие депрессии и даже суицидные попытки (Бабин С.М. с соавт., 2004; Семке А.В. с соавт., 2009; Зинчук М.С. с соавт., 2013; Комплаенс и его влияние ... , 2014). Многочисленные исследования свидетельствуют о выраженной социальной стигматизации психически больных (Кабанов М.М. с соавт., 2000; Вутне Р., 2000), однако специального изучения феномена самостигматизации, обусловленного нейролептическими дискинезиями, до настоящего времени не проводилось.

Недостаточно освещенной остается и проблема качества жизни пациентов с ТНД, хотя в настоящее время этот показатель считается очень важной интегративной характеристикой здоровья человека, позволяющей оптимизировать лечебные и реабилитационные программы (Незнанов Н.Г., 2008). Лишь несколько исследований в зарубежной литературе затрагивают вопрос качества жизни пациентов с побочными эффектами лекарственной терапии, однако данные этих исследований невозможно считать репрезентативными вследствие малого количества участников, а также из-за гетерогенности форм шизофрении у пациентов, участвовавших в этом исследовании (Quality of life ... , 1996).

Наконец, сложным остается вопрос об успешном лечении поздних нейролептических осложнений. Для лечения ТНД предлагаются различные подходы: отмена нейролептиков, коррекция их дозировок, замена типичных нейролептиков на атипичные, использование дополнительных медикаментозных способов коррекции (селективные антагонисты серотониновых рецепторов, тетрабеназин, витамины Е и В6, бензодиазепины, инсулинотерапия, антихолинергические препараты, агонисты ГАМК, блокаторы кальциевых каналов, нейрохирургическое лечение). В качестве альтернативного метода лечения с 1997 г. используется ботулинический токсин типа А (Tarsy L. et al., 2009). Однако представленные данные об успешности использования всех перечисленных методов неоднозначны.

Сказанное определяет актуальность проведенного исследования, нацеленного не только на комплексное изучение феномена тардивных дискинезий (с точки зрения двигательных и психологических составляющих его характеристик), но и эффективности использования при нем ботулинического токсина.

Степень разработанности темы

В литературе имеются лишь единичные публикации о психологическом состоянии и качестве жизни пациентов с поздними нейролептическими двигательными осложнениями, однако считать изложенные в них данные представляется нам неубедительным ввиду малой выборки пациентов, а также неоднородности исследуемых групп. Проблема самостигматизации данной когорты пациентов фактически не освещена ни в отечественной, ни в зарубежной

литературе. Сведений об исследованиях, посвященных изучению соотношения клинических и психологических аспектов нейролептических дискинезий, а также особенности их динамики в процессе мишень-центрированного лечения, в доступной нам литературе также не встретилось.

Цель исследования

Стратификация риска развития, оптимизация диагностики и лечения тардивных нейролептических дискинезий.

Задачи исследования

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи.

1. Оценить психологические особенности (личностные характеристики, качество жизни, степень выраженности самостигматизации) пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении, имеющих лекарственные осложнения нейролептической терапии в сравнении с пациентами, не имеющими побочных двигательных эффектов.
2. Изучить клинические особенности поздних осложнений нейролептической терапии у пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении в стадии становления ремиссии.
3. Оценить факторы риска развития тардивных нейролептических дискинезий.
4. Оценить патопсихологическое состояние пациентов с нейролептическими дискинезиями.
5. Исследовать динамику показателей клинического и психологического статуса пациентов с нейролептическими побочными эффектами в процессе их лечения ботулотоксином.

Научная новизна

1. В настоящей работе впервые проведена комплексная оценка тардивных нейролептических дискинезий с учетом не только их клинических особенностей, но и обусловленных этим обстоятельством психологических характеристик пациентов и имеющих у них функциональных нарушений.
2. Впервые дана комплексная структурная оценка качества жизни, определены корреляции его показателей с клиническими особенностями тардивных нейролептических дискинезий у пациентов с параноидной формой шизофрении в стадии становления ремиссии.
3. Впервые изучена проблема стигматизации пациентов с параноидной формой шизофрении в стадии становления ремиссии, страдающих лекарственными осложнениями в форме непроизвольных движений.
4. Проведена комплексная оценка патопсихологического статуса пациентов с тардивными дискинезиями и имеющих у них психологических характеристик в сравнении с пациентами с параноидной формой шизофрении в стадии становления ремиссии без нейролептических осложнений.
5. Дана интегративная оценка эффективности ботулинотерапии при тардивных нейролептических дискинезиях.

Теоретическая значимость

На основе анализа данных литературы, результатов собственных клинических и экспериментальных исследований подтвержден объективными данными и теоретически обоснован комплексный подход к лечебному процессу в отношении пациентов с тардивными нейролептическими дискинезиями на самых начальных этапах развития патологии.

Практическая значимость

1. Сведения о патопсихологическом состоянии пациентов с тардивными дискинезиями, а также об их качестве жизни и характере самостигматизации позволяют повысить эффективность комплекса реабилитационных мероприятий для данной группы больных.

2. Использование опросника самостигматизации больных с гиперкинезами позволяет обнаружить и обозначить психотерапевтические «симптом-мишени», что дает возможность более дифференцированно подойти к проблеме реабилитации данной категории больных.

3. Результаты проведенных клинико-психологических исследований и полученные данные о качестве жизни в процессе лечения показывают высокую эффективность ботулинотерапии в отношении тардивных нейролептических дискинезий, обосновывают целесообразность применения этого метода терапии как для нормализации двигательных нарушений, так и для устранения связанных с ними негативных переживаний пациентов, играющих роль стрессорного фактора.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Тардивные дискинезии являются тяжелым двигательным осложнением нейролептической терапии, имеющим различные клинические проявления и значительно меняющим функциональное состояние пациента.

2. Индивидуальная оценка риска развития двигательных побочных эффектов у пациентов, страдающих шизофренией, является важной профилактической мерой развития тардивных нейролептических дискинезий.

3. Поздние нейролептические осложнения ухудшают психологическое состояние пациента, значительно снижают его социальную адаптацию, а также качество жизни.

4. У пациентов, страдающих непроизвольными лекарственными дискинезиями, имеется ярко выраженный феномен самостигматизации, который ухудшает их качество жизни.

5. Ботулинотерапия является эффективным методом лечения тардивных дискинезий, что проявляется не только в положительной клинической динамике, но и в улучшении психологического состояния пациентов, качества их жизни и уменьшении степени выраженности самостигматизации.

Личное участие автора в исследовании

Автором подготовлены план и программа исследования, сформулированы цель и задачи, разработаны критерии отбора пациентов. В процессе работы автор лично проводила набор пациентов, осуществляла сбор жалоб, анамнеза, неврологический осмотр, оценку непроизвольных движений по различным шкалам, анализ полученных объективных данных, назначение и проведение ботулинотерапии, психологическое тестирование пациентов. Автор исследования лично провела комплексное клинико-инструментальное обследование 120 пациентов с диагнозом «шизофрения, параноидная форма, состояние становления ремиссии» (70 пациентов основной группы с поздними двигательными лекарственными осложнениями; 50 пациентов контрольной группы, не имеющих двигательных осложнений). Автор самостоятельно осуществляла оценку полученных результатов, используя математико-статистический анализ с компьютерной обработкой данных и интерпретацией. Автором самостоятельно написан текст диссертации и автореферата, подготовлены слайды для апробации диссертационной работы и ее защиты.

Степень достоверности и апробация работы

Степень достоверности полученных результатов определяется репрезентативным объемом выборок пациентов и использованием современных методов исследования,

подтверждена адекватными методами статистической обработки данных. Используемые методы математической обработки полученных результатов адекватны поставленным задачам.

Основные результаты диссертации были доложены на 8-м Международном конгрессе по болезни Паркинсона и расстройствам движений (г. Стокгольм, 2014 г., 10 июня); на научно-практической конференции молодых ученых «Психоневрология сегодня (от науки к практике)» в рамках цикла «Бехтеревские чтения» (г. Санкт-Петербург, 2014 г., 18 февраля); научно-практической конференции с международным участием «Расстройства движений: вопросы диагностики лечения и реабилитации» (г. Санкт-Петербург, 2016 г., 11 мая); конференции «Расстройства движений. Новое в диагностике, лечении и реабилитации» (г. Казань, 2017 г., 4 мая); 23-м Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (г. Москва, 2017 г., 10 апреля); конференции «Неотложные состояния в неврологии» (г. Санкт-Петербург, 2017 г., 18 ноября), Немецко-российском конгрессе «Ментальное здоровье в Германии и России: Превенция психических нарушений» (Гамбург, 2018 г., 18–21 сентября).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 16 научных работ, в том числе 3 публикации – в ведущих рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК.

Внедрение результатов работы

Основные положения диссертации и результаты клинического исследования внедрены в лечебно-диагностическую работу отделения реабилитации больных с психосоматическими нарушениями Федерального государственного бюджетного учреждения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко г. Санкт-Петербурга.

Обоснование соответствия диссертации паспорту научной специальности

Представленная работа соответствует специальности 19.00.04 – «медицинская психология» и выполнена в соответствии со следующими пунктами паспорта специальности ВАК: «изучение общих и частных психологических закономерностей изменений и восстановления психической деятельности при различных патологических состояниях и аномалиях развития», «анализ и выявление психических факторов, влияющих на возникновение, течение и преодоление болезней и других стойких состояний дезадаптации, на успешную социально-трудовую реабилитацию»; областью исследования является психосоматика и психология телесности. Также данная диссертационная работа соответствует специальности 14.01.11 – «нервные болезни» и выполнена в соответствии с определением формулы специальности: «Нервные болезни – область медицинской науки, занимающаяся изучением этиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики заболеваний нервной системы»; область применения – лечение неврологических больных и нейрореабилитация.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 143 страницах машинописного текста, из них основной текст – 121 страница, приложения – 22 страницы. Работа состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, результатов собственных исследований и их обсуждения, заключения, выводов, практических рекомендаций. Содержит 15 таблиц, 22 рисунка и 8 приложений. Список литературы включает 128 источников, из них: 43 на русском и 85 на иностранных языках.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП

Диссертационное исследование «Динамика клинических и психосоциальных показателей у пациентов с поздними нейролептическими двигательными осложнениями в процессе лечения» одобрено независимым этическим комитетом при ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» (протокол № ЭК–И-44/16).

В процессе работы было обследовано 148 пациентов с диагнозом «поздняя нейролептическая дискинезия» на базе ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ за период с 2014 по 2017 год.

Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 21 до 65 лет с установленным диагнозом «шизофрения, параноидная форма, становление ремиссии, поздняя нейролептическая дискинезия/дистония»; проживание в Российской Федерации; телефон для связи; подписание информированного согласия на участие в исследовании и на проведение соответствующего лечения (инъекции ботулотоксина), консультация врача-психиатра.

Диагностика поздней нейролептической дискинезии/дистонии осуществлялась врачом-неврологом согласно клинико-диагностическим критериям DSM V. Диагноз «шизофрения, параноидная форма, становление ремиссии» подтверждался врачом-психиатром непосредственно перед включением в исследование. В группы были набраны пациенты с синдромальной ремиссией эндогенного заболевания.

Критерии невключения: наличие выраженного психического дефекта в форме грубых речевых и негативных расстройств, приводящих к невозможности понимания или выполнения пациентами предлагаемых заданий, а также наличие соматических заболеваний в состоянии выраженной декомпенсации, злокачественных новообразований, беременности; отсутствие признаков становления ремиссии.

С учетом этих критериев в исследование были включены 120 пациентов, 70 из них составили основную группу (пациенты с двигательными нейролептическими осложнениями), 50 человек – контрольную группу (без двигательных осложнений нейролептической терапии).

В состав основной группы вошли: 31 мужчина (44,3%) и 39 женщин (55,7%) в возрасте 25–65 лет (средний возраст – $47,5 \pm 14,82$ года). Стаж психического заболевания в среднем составлял $21,25 \pm 14,16$ года (от 1 года до 48 лет). Длительность персистирования дискинезий составляла $26,29 \pm 19,64$ месяца (минимум – 6 месяцев, максимум – 88 месяцев). Все пациенты основной группы принимали только один нейролептик в средней терапевтической дозировке. Большинство пациентов 61,4% ($n = 43$) принимали атипичные нейролептики, 38,6% ($n = 27$) – типичные, 40% ($n = 28$) получали депо-нейролептики. Время появления ТНД от начала приема, смены или отмены нейролептика было от 3 до 240 месяцев, в среднем $40,13 \pm 48,65$ месяца.

Тардивные дискинезии локализовались преимущественно в лице – 80,01% ($n = 56$), затрагивали область шеи – 18,57% ($n = 13$) или ноги – 1,43% ($n = 1$). Клиническая картина дискинезий была представлена непроизвольным миганием, нахмуриванием бровей, надуванием нижней губы, собиранием губ в трубочку, сосательными и жевательными движениями, причмокиванием, непроизвольным открыванием и закрыванием рта, хореоатетонидными движениями языка, высовыванием его изо рта. Цервикальная дистония встречалась в виде тортиколлиса, латероколлиса, ретроколлиса. Дистония стопы встретилась только у одной пациентки и выражалась в подвороте стопы внутрь.

У всех пациентов в анамнезе имелся неэффективный прием корректоров дискинезий (холинолитиков, амантадинов, миорелаксантов и других групп препаратов).

Контрольную группу представляли 24 мужчины (48,6%) и 26 женщин (51,4%) в возрасте 21–59 лет (средний возраст $41,29 \pm 14,39$ года). Стаж психического заболевания у них был в среднем $16,57 \pm 11,93$ года (от 2 до 52 лет). 72% ($n = 36$) пациентов принимали атипичные

нейролептики, 20% ($n = 10$) – типичные, 8% ($n = 4$) получали комбинацию типичного и атипичного нейролептиков, 16% ($n = 8$) – депо-нейролептики. Дозировка нейролептика у всех пациентов была средней терапевтической.

Для выполнения задач исследования у всех пациентов осуществлялся тщательный сбор анамнестических сведений, включая семейный и трудовой анамнез, проводился подробный неврологический осмотр. Для оценки степени тяжести двигательных осложнений была использована шкала аномальных непроизвольных движений (AIMS), которая позволяет оценить степень тяжести дискинезий/дистоний, ограничение функциональных возможностей пациента вследствие этих непроизвольных движений, осознание наличия двигательного осложнения и глубину страдания, связанного с ним. Кроме того, использовалась шкала Симпсона, с помощью которой измеряется степень выраженности гиперкинеза и оценивается дифференцированно каждая группа мышц, вовлеченная в гиперкинез, что позволяет в дальнейшем правильно выбирать таргетную терапию. В шкале имеются дополнительные пункты, в которых можно учитывать другие имеющиеся у пациента симптомы (например, слюнотечение).

Для оценки симптоматического состояния (невротических жалоб) использовался симптоматический опросник SCL-90-R, который, в совокупности с Гиссенским личностным опросником (блок «Я»), позволял получить дополнительные сведения о психологическом состоянии пациента, особенностях его личностных реакций на условия окружающего мира и отношения с другими людьми.

Инструментом исследования качества жизни явился опросник общего типа SF-36. Изучение самостигматизации осуществлялось с помощью самоопросника для пациентов с непроизвольными гиперкинезами, разработанного и апробированного в ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Опросник состоит из 6 блоков, каждый из которых изучает влияние стигматизации на определенную сферу жизни.

Для лечения поздних нейролептических дискинезий был использован метод ботулинотерапии. Ботулинический токсин (БТ) – это периферический миорелаксант, блокирующий белок-переносчик ацетилхолина и подавляющий его высвобождение в нервно-мышечных синапсах. Препарат не обладает системным действием; в качестве корректора лекарственно-индуцированных фокальных дистоний впервые был применен в 1997 г. В настоящей работе всем пациентам основной группы вводился ботулотоксин в мышцы, вовлеченные в гиперкинез/дистонию. Доза в зависимости от клинических проявлений выбиралась индивидуально на основании номенклатурных документов и составляла 60–300 ЕД Incobotulinumtoxin A. Введение препарата осуществлялось под контролем УЗИ и/или электромиографии.

Для проведения статистического анализа была создана структурированная карта полученных данных на каждого больного. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программ Microsoft Office Excel 2010, Statistica 6.0 (2006) и IBM SPSS Statistics 16.0. Все данные были обработаны с использованием методов описательной статистики: оценивались центральные тенденции показателей, а именно – среднее значение, стандартная ошибка среднего значения ($M \pm m$), стандартное отклонение (σ). Подсчитывались абсолютные и относительные частоты встречаемости качественных признаков: n и % соответственно. Оценка нормальности распределения производилась с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. Для анализа различий между группами использовались параметрический (t -критерий Стьюдента) и непараметрический (U -критерий Манна–Уитни) критерии для сравнения независимых выборок. Для оценки динамики клинических и психосоциальных показателей в основной группе проводилось сравнение показателей до и после лечения с использованием непараметрического T -критерия Вилкоксона для связанных выборок. Для определения взаимозависимостей был использован корреляционный анализ с применением коэффициента Спирмена. Результаты считались достоверными при уровне статистической значимости не менее 95% ($p \leq 0,05$). Также проводился дисперсионный анализ для определения влияния различных клинических показателей на качество жизни и психологическое состояние больных с ТНД.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В дополнение к имеющимся данным литературы, касающимся факторов риска развития ТНД, нами было выявлено, что наследственная отягощенность по психическому заболеванию достоверно увеличивала риск развития дискинезий ($p < 0,001$). В контрольной группе пациентов только у одного человека имелись в роду психические заболевания. Также в качестве фактора риска был установлен прием пролонгированных нейролептиков ($p < 0,001$).

При клиническом обследовании было выявлено, что степень выраженности гиперкинеза по шкале оценки тяжести аномальных движений (AIMS) в мимических мышцах была средней – $3,3 \pm 1,1$ балла. Выраженность гиперкинеза в губах и периоральных мышцах была также охарактеризована пациентами в основном как средняя и тяжелая и составляла $3,4 \pm 1,3$ балла. Кусательные, сжимающие движения составили $3,0 \pm 1,1$ балла, что также соответствует средней степени гиперкинеза. Язык был задействован практически у всех пациентов, его степень вовлеченности была оценена $2,9 \pm 1,1$ балла. 13 человек имели дистонию в мышцах шеи, степень ее была тяжелой у всех пациентов (4 балла). Изолированная дистония стопы (подворот внутрь) была выявлена у одной пациентки, при этом степень ее оценивалась как тяжелая – 4 балла, у 6 человек имелось легкое повышение тонуса (1 балл) в нижних конечностях, что, согласно оценочной градации, приведенной в опроснике AIMS, могло быть расценено как крайний вариант нормы. Общая оценка имеющихся гиперкинезов была средней ($3,44 \pm 0,74$ балла). Степень ограничения функциональных возможностей вследствие аномальных движений расценивалась пациентами как средняя ($3,23 \pm 0,74$ балла). Пациенты осознавали наличие у себя гиперкинеза, предъявляли выраженное беспокойство по этому поводу ($3,65 \pm 0,55$ балла).

По данным опросника Симпсона общий балл составил 67. По выраженности отдельных дискинезий/дистоний были получены данные, представленные в Таблице 1.

Таблица 1 – Степень выраженности дискинезий/дистоний по шкале Симпсона

Вид дискинезии	Баллы
Мигание	$3,36 \pm 0,3$
Тремор век	$2,65 \pm 0,25$
Тремор верхней губы	$2,55 \pm 0,23$
Вытягивание нижней губы	$3,11 \pm 0,24$
Сморщивание губ	$3,76 \pm 0,25$
Сосательные движения	$3,51 \pm 0,26$
Жевательные движения	$3,75 \pm 0,26$
Причмокивание	$3,67 \pm 0,25$
Высовывание языка	$2,87 \pm 0,24$
Тремор языка	$2,35 \pm 0,2$
Хореоатетодные движения языка	$2,91 \pm 0,24$
Лицевые тики	$3,65 \pm 0,26$
Гримасничание	$3,82 \pm 0,24$
Слюнотечение	$2,44 \pm 0,24$
Напряжение платизмы	$1,27 \pm 0,12$
Антеколлис	5,0
Ретроколлис	6,0
Тортиколлис	$5,63 \pm 0,21$
Подворот стопы	5,0

После лечения ботулотоксином были получены следующие результаты по опроснику AIMS: степень выраженности гиперкинеза в мимических мышцах уменьшилась до легкой – общий балл составил $2,3 \pm 0,7$ ($p = 0,000$). Выраженность гиперкинеза в губах и периоральных мышцах также уменьшилась и составила $2,7 \pm 0,9$ балла ($p = 0,000$). Выраженность гиперкинезов

нижней челюсти после инъекции ботулотоксина составила $2,3 \pm 0,9$ балла ($p = 0,000$), что соответствует легкой степени гиперкинеза. Только у половины пациентов с гиперкинезом языка удалось достичь положительной динамики состояния. Важно подчеркнуть, что это были пациенты сохранным зубным рядом (средний балл по опроснику AIMS составил у них $2,3 \pm 0,9$; $p = 0,000$). В случаях потери большого количества зубов или их отсутствия ботулинотерапия была неэффективной. Инъекция ботулотоксина в дистоничные мышцы стопы имела выраженный положительный эффект: произошло уменьшение степени выраженности гиперкинеза на 2 балла (с 4 до 2). Легкое повышение мышечного тонуса в ногах введением ботулотоксина не корректировалось. 12 из 13 пациентов, имевших цервикальную дистонию, отметили положительный эффект: общий балл тяжести снизился до $2,6 \pm 0,8$ ($p = 0,004$). Только у одного пациента с ретроколлизом инъекция ботулотоксина оказалась малоэффективной.

Общая оценка степени тяжести имеющихся гиперкинезов уменьшилась на 1,15 балла и составила $2,29 \pm 0,1$ балла ($p = 0,000$). Количественное распределение степени тяжести в процессе лечения ботулотоксином представлено на Рисунке 1.

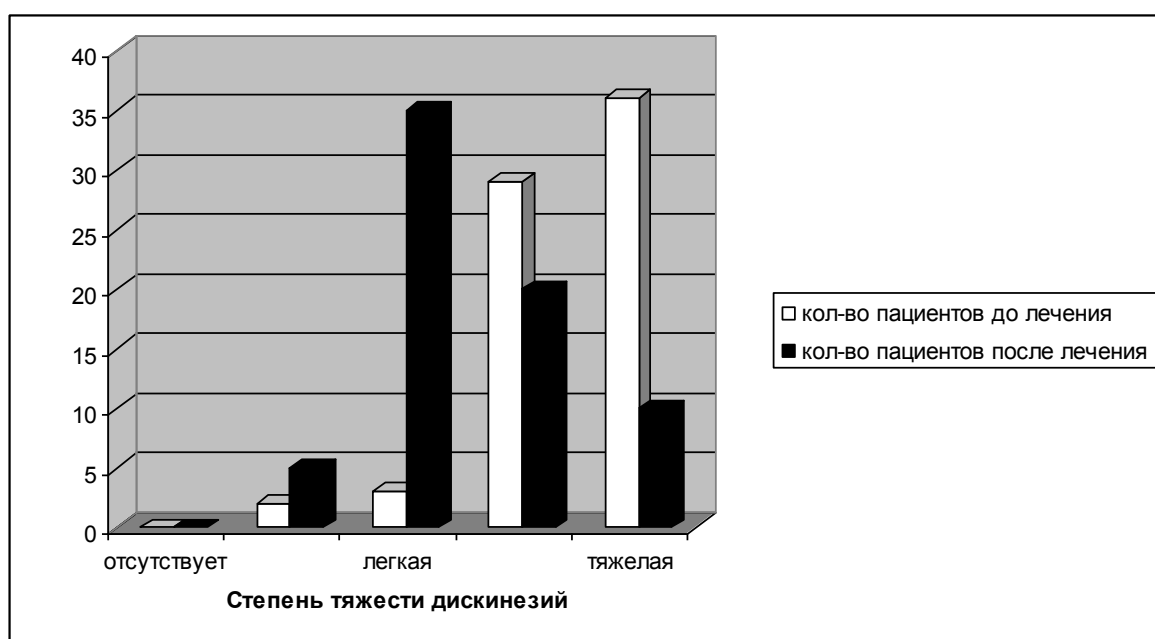


Рисунок 1 – Динамика степени тяжести двигательных осложнений в процессе лечения по шкале AIMS

После лечения ботулотоксином значительно (до $2,1 \pm 0,1$ балла) уменьшилась степень ограничения функциональных возможностей ($p = 0,000$); таким образом, ограничение функциональных возможностей расценивалось пациентами как легкое.

После лечения уменьшилась степень беспокойности пациентов по поводу имеющегося гиперкинеза до $2,4 \pm 0,09$ ($p = 0,000$) (представлено на диаграмме 2). Значительно уменьшилось количество пациентов, которым гиперкинезы приносили страдание, хотя в определенной степени у них сохранялась беспокойность гиперкинезом.

По данным шкалы Симпсона получено значительное уменьшение выраженности дискинезий/дистоний, что показано в Таблице 2.

Таблица 2 – Динамика выраженности по шкале Симпсона

Вид дискинезии	Баллы до инъекции	Баллы после инъекции	Достоверность
Мигание	3,36±0,3	2,16±0,15	0,000
Тремор век	2,65±0,25	1,98±0,14	0,000
Тремор верхней губы	2,55±0,23	1,82±0,4	0,000
Вытягивание нижней губы	3,11±0,24	2,04±0,13	0,000
Сморщивание губ	3,76±0,25	2,36±0,16	0,000
Сосательные движения	3,51±0,26	2,35±0,15	0,000
Жевательные движения	3,75±0,26	2,38±0,15	0,000
Причмокивание	3,67±0,25	2,35±0,17	0,000
Высовывание языка	2,87±0,24	2,22±0,17	0,023
Тремор языка	2,35±0,2	1,76±0,14	0,000
Хореоатетодные движения языка	2,91±0,24	2,13±0,17	0,000
Лицевые тики	3,65±0,26	2,31±0,15	0,000
Гримасничание	3,82±0,24	2,44±0,15	0,000
Слюнотечение	2,44±0,24	1,49±0,11	0,000
Напряжение платизмы	1,27±0,12	1,04±0,25	0,041
Антеколлис	5,0	2,0	0,000
Ретроколлис	6,0	6,0	0,000
Тортиколлис	5,63±0,21	2,63±0,14	0,000
Подворот стопы	4	1	0,000

Как видно из представленной таблицы, у всех пациентов отмечалось уменьшение степени выраженности гиперкинеза; не было динамики только у больного с ретроколлисом. Вместе с тем отчетливая положительная динамика наблюдалась при инъекции фокальной дистонии в случаях тортиколлиса, антеколлиса, подворота стопы. Хороший эффект также был получен у пациентов со слюнотечением, с гиперкинезами в области лба, бровей, нижней челюсти. Наименьший положительный эффект отмечался при хореоатетодных движениях языка, что, вероятно, связано с технической сложностью инъекции. Динамика выраженности дискинезий в процессе лечения ботулотоксином показана на Рисунке 2.

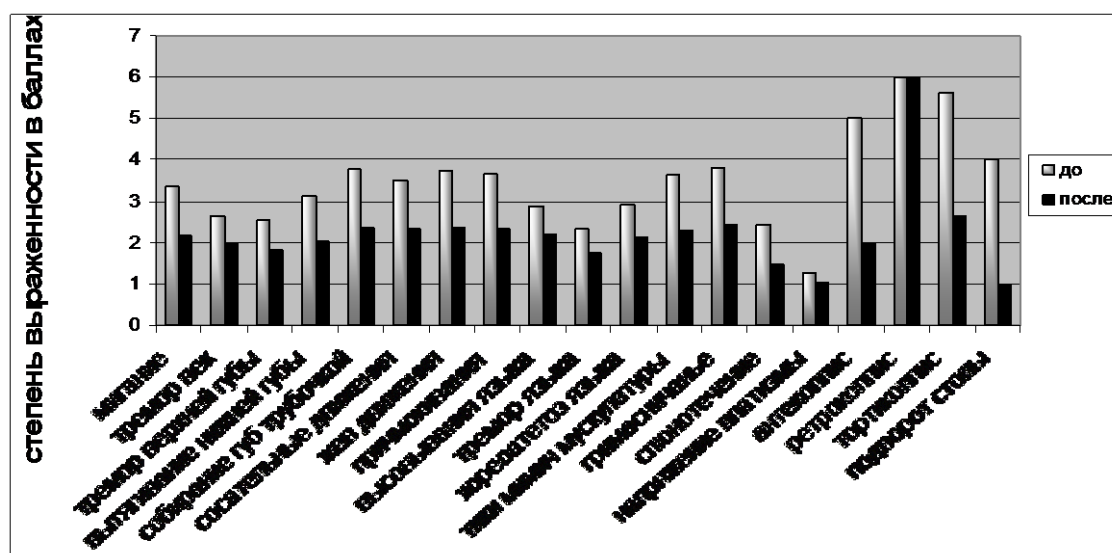


Рисунок 2 – Динамика выраженности дискинезий в процессе лечения ботулотоксином

Анализ психологического состояния пациентов согласно Гиссенскому личностному опроснику показал, что профиль личности в группе больных без экстрапирамидных осложнений на фоне психотропной терапии (контрольная группа) в целом был близок к средним значениям. Им не были свойственны ни агрессивность в поведении с притязаниями на

первенство, ни импульсивность поступков, ни чрезмерная уступчивость и склонность к подчинению. По характеру они представляли себя как людей недостаточно общительных, замкнутых, недостаточно эмоциональных, недоверчивых в общении, испытывающих проблемы в создании прочных и крепких межличностных отношений, привязанностей, подавляющих в себе потребность в любви и теплых отношениях, стремящихся к отстраненности, отгороженности от окружающих. Они невысоко оценивали свои социальные способности, считали себя социально малоактивными, не стремящимися к конкуренции.

Психологический портрет больных с нейролептическими осложнениями значительно отличался по степени выраженности отдельных его характеристик от портрета пациентов, составивших контрольную группу. Профиль исследуемых групп больных по шкалам Гиссенского теста показан на Рисунке 3.

Так, в профиле шкал Гиссенского теста достоверно более выражены, прежде всего, показатели шкал «Социального одобрения» ($p < 0,001$) и «Социальных способностей» ($p < 0,01$). Больные с нейролептическими дискинезиями плохо воспринимали свою социальную репутацию, считали себя непривлекательными, робкими, застенчивыми, неспособными вызывать уважение у окружающих, добиваться поставленных целей. Они представляли себя социально слабыми, необщительными, безэмоциональными, пассивными личностями со слабой способностью к самоотдаче и длительным привязанностям. У пациентов с tardивными дискинезиями оказались более выраженными такие черты характера, как замкнутость, недоверчивость, незаинтересованность в теплых отношениях с другими, отстраненность и отгороженность от других людей со стремлением скрывать свои чувства и потребность в любви. Вместе с тем преобладающий фон настроения у них был без грубых депрессивных проявлений и характеризовался лишь некоторой тенденцией к понижению (дистимического характера) с легким тревожным оттенком.

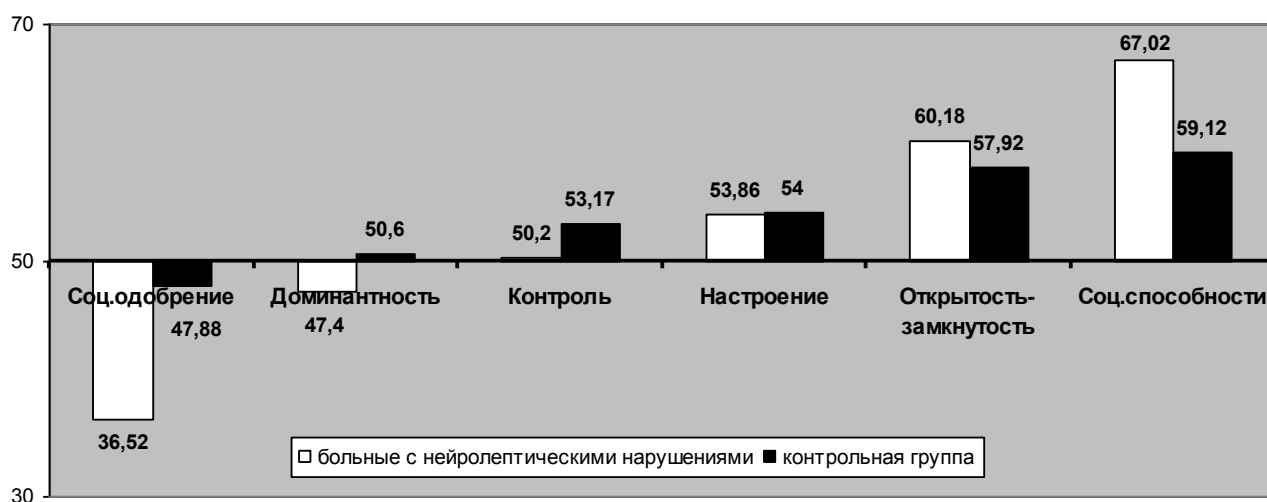


Рисунок 3 – Профиль исследуемых групп больных по шкалам Гиссенского теста

Анализ изложенных данных позволяет нам сделать вывод о существенном влиянии нейролептических осложнений в виде экстрапирамидных расстройств, прежде всего, на такие значимые психологические параметры, как «Социальные способности» и «Социальное одобрение». Поздние дискинезии препятствуют реализации социальных способностей, резко ограничивая самостоятельность пациентов, их социальную активность, сужают круг общения, порождая неуверенность больных в себе, своих силах, способностях; приводят к зависимости

пациентов от окружающих, формируют пассивную жизненную позицию с отказом от реализации своих возможностей и потребностей. Данные обстоятельства приводят к заострению таких черт характера, как необщительность, замкнутость, недоверчивость, блокирование в себе потребностей в любви и теплых отношениях. Склонные к повышенной рефлексии, самоанализу и самокритике, больные часто испытывают подавленность, робость, досаду, у них развивается представление о своей социальной непривлекательности, неспособности вызвать у окружающих уважение.

Выявленные нами закономерности целесообразно учитывать в реабилитационном процессе с привлечением специалистов смежных областей (психологов, психотерапевтов) при проведении психокоррекционных бесед с целью преодоления страха социального неодобрения, повышения самооценки, личностной привлекательности, снижения уровня тревожности.

После проведения ботулинотерапии наблюдалось отчетливое улучшение показателей практически по всем шкалам Гиссенского опросника, а именно: «Социальное одобрение» ($p < 0,001$), «Настроение» ($p < 0,001$), «Открытость-замкнутость» ($p < 0,001$), «Социальные способности» ($p < 0,001$). Исключение составили 2 шкалы («Доминантность» и «Контроль»), значения которых существенно не изменились и практически сохранились на уровне средних.

Прежде всего, при уменьшении выраженности экстрапирамидных нарушений следует отметить нормализацию настроения, что отражено на Рисунке 4.

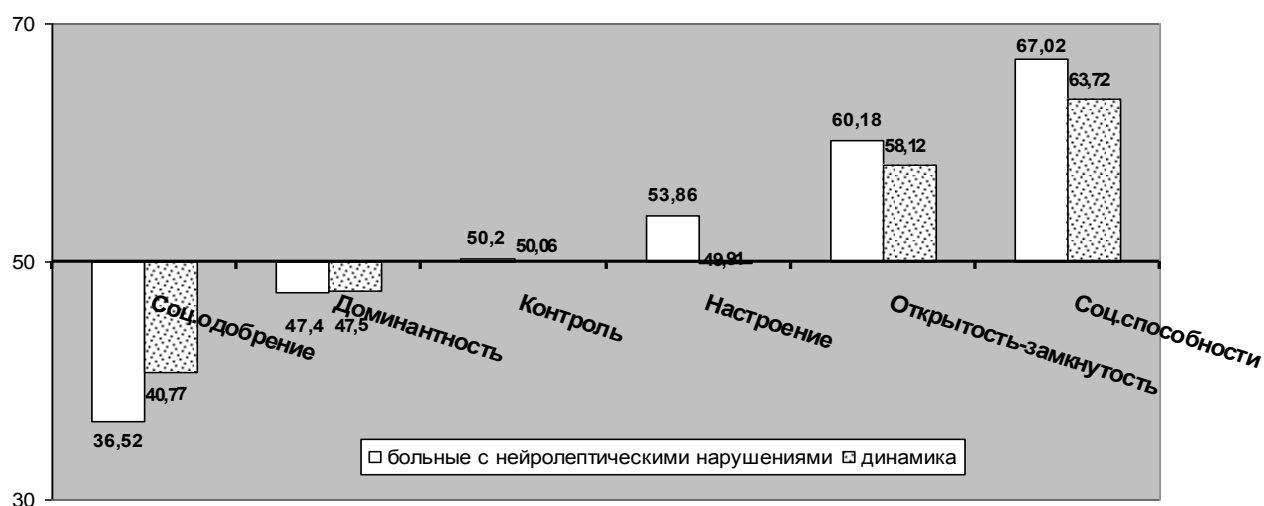


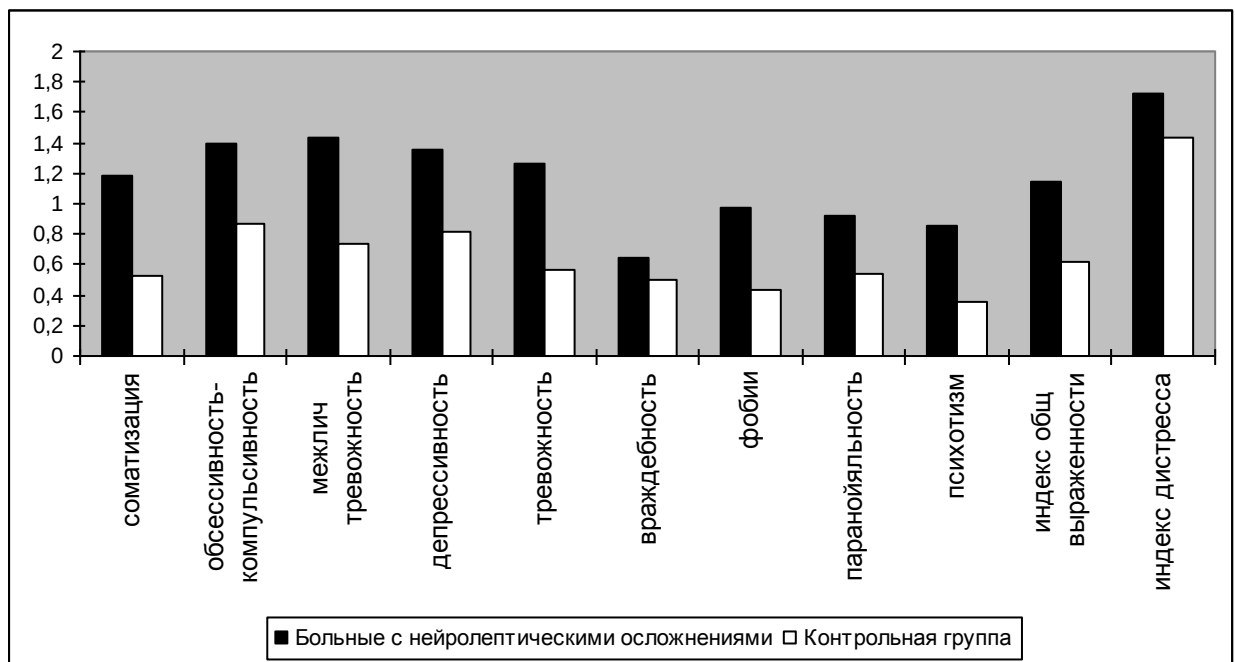
Рисунок 4 – Показатели Гиссенского теста в процессе лечения пациентов основной группы

Улучшение эмоционального фона способствовало большей открытости пациентов в поведении, в общении с окружающими: они сами стали стремиться заводить новые контакты, что позволило им расширить круг общения. С увеличением объема самообслуживания и активности в повседневной жизни больные стали чувствовать себя более уверенно: более самостоятельными в быту, более инициативными; начали проявлять интерес к окружающей их обстановке; у них появилось желание ставить определенные цели и предпринимать усилия для их достижения. При этом изменилось и представление пациентов о своей социальной репутации: у них возникло желание доверять, а также ощущение, что окружающие стали относиться к ним лучше, более доброжелательно и уважительно. В то же время, несмотря на все положительные изменения, у этих больных сохранялась зависимость, склонность к подчинению, что отражено в отсутствии изменений по шкале «Доминантность».

Исходные показатели выраженности симптоматического состояния, полученные по

данным опросника SCL-90 у пациентов с нейролептическими осложнениями до лечения ботулотоксином, свидетельствовали о наличии у них тревожно-депрессивных переживаний с ощущениями телесной дисфункции, внутреннего дискомфорта; чувства неполноценности, особенно в сравнении себя с окружающими; тревожно-навязчивых мыслей и фобических проявлений; подозрительности в общении со стремлением к избегающему, изолированному поведению, межличностной изоляции в социальных контактах, связанных с переживанием ощутимого дистресса. Кроме того, проведенный анализ полученных в исследовании показателей SCL-90 выявил отчетливую взаимосвязь между выраженностью симптоматической «напряженности» пациента, его полом и локализацией дискинезии (лицо-шея). Так, наиболее интенсивный дистресс отмечался у женщин с локализацией дискинезии в лице ($p < 0,001$), что, вероятно, связано с большей значимостью внешнего облика для женщин, чем для мужчин. Напротив, в контрольной группе пациентов (без осложнения в виде экстрапирамидных нарушений) отмечался лишь незначительный подъем показателей шкал «Депрессия», «Фобии» и «Общий индекс симптоматики» (GSI), а выраженных симптоматических нарушений вообще не было выявлено. В связи с этим состояние пациентов можно было квалифицировать как достаточно стабильное, с субклиническими проявлениями депрессивных переживаний, с легким тревожным оттенком, неуверенностью и сомнениями, что соответствует легкой степени выраженности симптоматики (индекс GSI, $p = 0,027$).

Выраженность симптоматических нарушений у пациентов основной и контрольной



групп (по данным шкалы SCL-90) показана на Рисунке 5.

Рисунок 5 – Выраженность симптоматических нарушений у пациентов основной и контрольной групп (по данным шкалы SCL-90)

После проведения терапии ботулотоксином интенсивность и выраженность жалоб (симптоматических нарушений) у пациентов с дискинезиями существенно снизились (с умеренной степени до легкой), что отразилось в уменьшении значений по всем шкалам опросника SCL-90. Наиболее существенные изменения оказались по таким шкалам, как «Паранойяльность», «Депрессия», «Межличностная тревожность», «Тревожность», «Обсессивность-компульсивность», «Соматизация». «Индекс общей выраженности

симптомов». Выраженность симптоматических нарушений у пациентов основной группы до и после лечения (по данным шкалы SCL-90) показана на Рисунке 6.

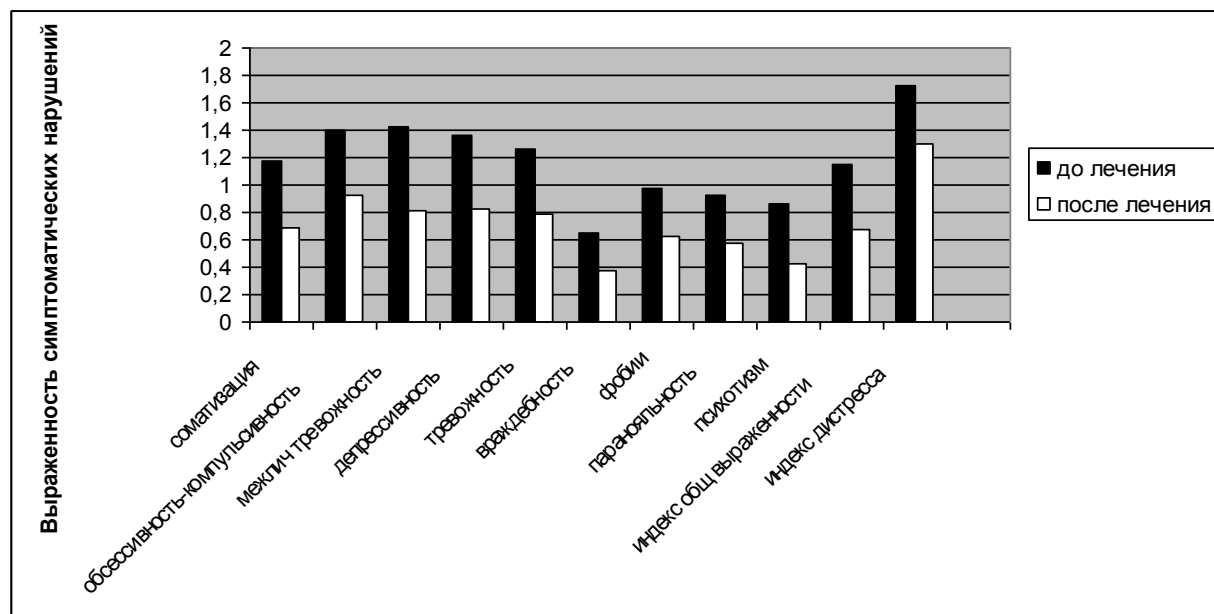


Рисунок 6 – Выраженность симптоматических нарушений у пациентов основной группы до и после лечения (по данным шкалы SCL-90)

Общая интенсивность выраженности симптоматики после ботулинотерапии уменьшилась с 1,15 до 0,68 балла ($t = 12,1767$, $p < 0,001$), что доказывает снижение «симптоматической загруженности» пациентов с поздними дискинезиями и эффективность применения данного метода лечения при появлении лекарственных осложнений.

Исследование качества жизни (КЖ) выявило, что этот показатель у больных с нейролептическими экстрапирамидными нарушениями в целом значительно ниже профиля КЖ контрольной группы (достоверность различий на уровне $p < 0,001$). В контрольной группе степень физического состояния оценивалась достаточно высоко, а его влияние на выполнение повседневной деятельности было минимальным. Больные редко испытывали болевые ощущения, хотя и отмечали недостаточность жизненной активности, ощущения нехватки полноты сил и энергии. Определенные ролевые ограничения в профессиональной деятельности и при осуществлении социальных контактов в этой группе больных в большей степени были связаны не с физическим состоянием, а с эмоциональными переживаниями пациентов.

Пациенты основной группы, имевшие двигательные осложнения, напротив, испытывали физическое недомогание, слабость, дискомфорт. Отягощенность состояния дискинезиями делала этих больных неспособными к элементарному самообслуживанию в быту, существенно ограничивала активность в повседневной жизни, быстро истощала их, препятствовала общению, что, несомненно, приводило к сужению круга социальных контактов. Плохое физическое функционирование усугубляло эмоциональные расстройства. Больные крайне низко оценивали своё состояние здоровья и перспективы лечения.

Достоверными оказались различия ($p < 0,001$) и в оценке общих показателей КЖ двух групп на физическом и психическом уровнях. Так, в контрольной группе мы получили следующие значения в баллах: общее физическое функционирование (ОФФ) – $70,79 \pm 11,94$; общее психическое функционирование (ОПФ) – $62,83 \pm 18,13$; общая оценка КЖ – $66,83 \pm 13,53$. В группе больных с нейролептическими осложнениями эти показатели в баллах оказались существенно более низкими: ОФФ – $35,25 \pm 17,95$; ОПФ – $31,12 \pm 16,20$; общая оценка КЖ – $33,13 \pm 15,67$.

Влияния возраста пациентов ($p > 0,05$), а также продолжительности ТНД на качество

жизни получено не было ($p > 0,05$), что, несомненно, указывает на необходимость тщательного комплексного изучения состояния пациентов с двигательными осложнениями в любой возрастной категории на любом этапе появления двигательных осложнений.

Также не было выявлено отчетливой прямой корреляции между степенью выраженности гиперкинеза и показателями КЖ ($p < 0,005$): даже минимальная степень гиперкинеза приводит к ухудшению КЖ. Этот факт обусловлен феноменом самостигматизации, который развивался на самых ранних этапах появления ТНД и особенно был выражен у пациентов с локализацией гиперкинезов в лице.

После введения ботулотоксина все больные основной группы отметили положительную динамику, что отразилось в оценке ими своего состояния здоровья, ролевого функционирования (обусловленного как физическими, так и эмоциональными факторами), социального функционирования и перспектив лечения. По оценке больных наиболее весомые результаты имели место при улучшении физического состояния: шкала «ФФ» до лечения имела значения $52,98 \pm 23,83$ балла, после лечения – $78,45 \pm 19,46$ балла ($p < 0,001$). На фоне ботулинотерапии была достигнута положительная динамика в сферах ролевого функционирования: на физическом уровне значения шкалы изменились с $14,62 \pm 29,51$ балла до $52,73 \pm 37,17$ балла ($p < 0,001$); на эмоциональном уровне – с $25,22 \pm 38,77$ балла до $62,55 \pm 35,21$ балла ($p < 0,001$). При этом успешность ролевого функционирования, связанного с эмоциональным состоянием, в основной группе стала выше, чем в контрольной: значение шкалы «РЭФ» в основной группе после лечения – $62,55 \pm 35,21$ балла, а в контрольной группе – $54,23 \pm 42,13$ балла.

В целом профиль КЖ больных с нейролептическими осложнениями после проведенного лечения ботулотоксином приближался к значениям КЖ контрольной группы. Общие показатели качества жизни пациентов этой группы до и после лечения показаны на Рисунке 7.

Так, в сфере ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, различия значений по шкале РФФ в основной и контрольной группе статистически незначимы (соответственно $52,73 \pm 37,17$ и $65,71 \pm 37,91$ балла). А по шкалам «Физическое функционирование», «Интенсивность боли», «Общее состояние здоровья», «Жизненная активность», «Социальное функционирование» достоверность различий между исследуемыми группами минимальна (на уровне $p < 0,05$). Важно отметить, что чем более выраженной была положительная динамика аномальных движений, тем выше был общий показатель КЖ ($F = 3,522$, $p = 0,037$).

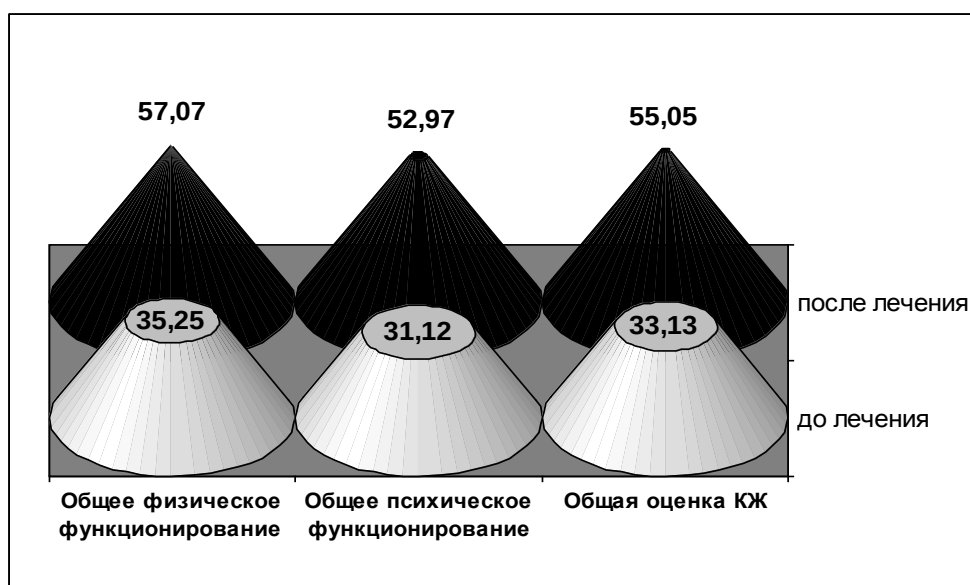


Рисунок 7 – Общие показатели качества жизни до и после лечения

Таким образом, проведенное лечение способствовало улучшению качества жизни больных по всем сферам, что свидетельствует об увеличении доли положительных эмоций, улучшении самоконтроля и в целом о психологическом и физическом комфорте пациентов, получивших лечение. Они стали более социально активными, повысилась их уверенность в себе и инициативность в повседневной жизни. Также более оптимистично они стали оценивать перспективы своего здоровья.

Самостигматизация конкретного больного, порожденная имеющимися в обществе тенденциями к этикетированию любых форм инакости физического облика или поведения человека, в проведенном исследовании рассматривалась в качестве единого процесса, формирующегося под воздействием клинических проявлений заболевания, личностной структуры и особенностей социального функционирования больного.

Следует отметить, что стигматизация неизбежна при непроизвольных гиперкинезах, т. к. пациент не в состоянии осуществить над ними контроль, подавить их, ослабить или скрыть при посторонних людях. В связи с этим непроизвольные движения вызывают выраженную социальную дезадаптацию.

С помощью использования опросника самостигматизации были получены следующие данные: у всех пациентов с поздними дискинезиями наблюдались выраженные проявления феномена самостигматизации, причем в большей степени это касалось представителей женского пола ($p < 0,001$). Очевидно, это связано с большим значением внешнего облика для женщины, её заинтересованностью во внешней красоте, которая для нее связана с ощущением здоровья и полноценности. Непроизвольные движения у пациентов обоего пола основной группы вызвали проблемы и неловкость в общении с близкими, с друзьями, коллегами и неблизким окружением; желание свести контакты к минимуму или прекратить их. Пациенты предпочитали избегать новых знакомств, т. к. считали, что им необходимо оправдываться за свои неконтролируемые движения перед новыми знакомыми. Также непроизвольные движения мешали пациентам вести нормальный образ жизни: посещать общественные мероприятия, места культурного досуга, пользоваться общественным транспортом из-за сенситивных опасений, что на них постоянно смотрят, обсуждают и осуждают их внешний вид. Это приводило пациентов к вынужденной социальной изоляции. Пациенты испытывали дискомфорт в общении с противоположным полом, имели проблемы в сексуальной сфере, особенно это касалось лиц молодого и среднего возраста.

Феномен стигматизации имел отчетливую корреляцию с демографическими и социальными показателями. Так, чем старше были пациенты, тем меньше они испытывали стигматизацию в сексуальной сфере и в работе. Чем в более раннем возрасте появились ТНД, тем больше была выражена самостигматизация в блоках «окружающая среда», «работа», «сексуальные отношения» ($p < 0,05$). Стигматизировали пациентов преимущественно дискинезии в языке, периоральных мышцах и непроизвольное мигание.

Степень выраженности непроизвольных движений коррелировала с блоками «я», «семья», «неблизкое окружение», «семейное окружение» ($p \leq 0,05$). В то же время даже минимальная цервикальная дистония вызывала выраженную стигматизацию. Стоит отметить, что среди других симптомов, сопровождающих ТНД, мощным самостигматизирующим фактором являлось слюнотечение.

После проведения ботулинотерапии, направленной на уменьшение выраженности гиперкинеза, было отмечено достоверное снижение уровня стигматизации по всем этим блокам ($p = 0,000$). Динамика показателей стигматизации в процессе лечения показана на Рисунке 8.

Наилучшего результата удалось достигнуть по шкалам «я», «неблизкое окружение», «работа», «сексуальные отношения». Пациентам стало легче общаться с родственниками, посторонними людьми; нескольким пациентам молодого возраста удалось устроиться на работу, установить тесные отношения с противоположным полом. Указанные изменения, несомненно, внесли вклад в улучшение качества жизни пациентов.

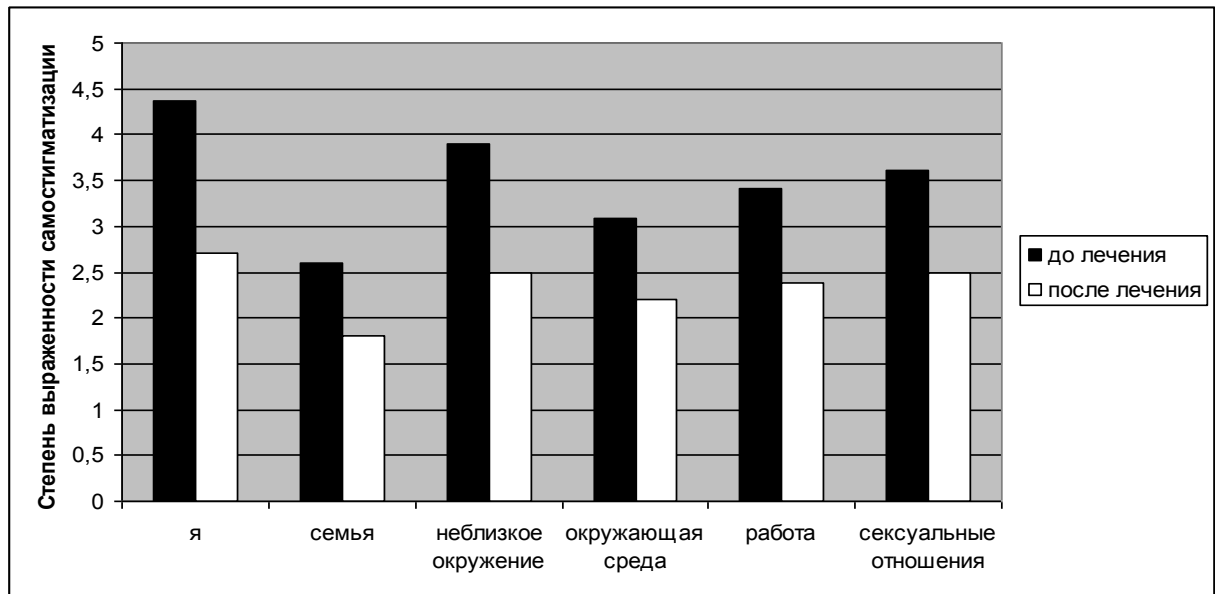


Рисунок 8 – Динамика показателей стигматизации в процессе лечения

Таким образом, анализ данных, полученных при изучении самостигматизации больных с поздними двигательными лекарственными осложнениями, позволяет более детализировано и комплексно подходить к этому состоянию, указывает на междисциплинарность проблемы и необходимость полипрофессионального подхода, с привлечением к лечебному процессу не только неврологов, но также психотерапевтов и медицинских психологов. Использование «бригадного» метода работы в этом случае представляется не только теоретически оправданным, но и практически необходимым, т.к. многоаспектность самого феномена поздних дискинетических расстройств делает необходимым разнообразие реабилитационных программы при лечении пациентов с такого рода нарушениями.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов, имеющих двигательные лекарственные осложнения, выявлены определенные личностные характеристики, которые связаны с особенностями имеющихся дискинезий и проявляются в замкнутости, недоверчивости, отстраненности и отгороженности от других людей со стремлением скрывать свои чувства, а также потребность в любви и теплых отношениях. Кроме того, у них имеются ощущения телесной дисфункции, внутреннего дискомфорта, чувство неполноценности, особенно при сравнении себя с окружающими, а также простые фобические переживания и подозрительность в общении со стремлением к избегающему, изолированному поведению. При этом преобладающий фон настроения данных пациентов характеризуется лишь некоторой тенденцией к снижению, легким тревожным оттенком и не имеет выраженных депрессивных проявлений.

2. Пациенты с нейролептическими двигательными осложнениями имеют ярко выраженный феномен самостигматизации, что дополнительно усиливает их вынужденную социальную самоизоляцию, негативно отражаясь на качестве жизни.

3. Качество жизни у больных с нейролептическими экстрапирамидными нарушениями в целом значительно ниже профиля КЖ пациентов контрольной группы. Отягощенность состояния пациентов дискинезиями делает их неспособными к элементарному самообслуживанию в быту, приводит к быстрому истощению продуктивной деятельности, существенно ограничивает активность в повседневной жизни, препятствует общению, сужает круг социальных контактов. Достоверны различия ($p < 0,001$) общих показателей КЖ, касающихся оценки пациентами своего физического и психологического функционирования. Проведенное лечение способствовало улучшению КЖ по всем сферам качества жизни, что

свидетельствует об увеличении общей энергии, сил, доли положительных эмоций; об улучшении самоконтроля и в целом о положительной динамике восприятия больными своего психологического и физического благополучия.

4. Поздние дискинезии разнообразны по своей клинической картине: наиболее часто встречаются дискинезии/дистонии в лице и шее; гораздо реже в этот процесс вовлекаются конечности и туловище больного. При этом в целом двигательные нейролептические осложнения значительно ухудшают функциональное состояние пациентов.

5. Факторами риска развития тардивных дискинезий, в дополнение к имеющимся представлениям в отечественной и зарубежной литературе, являются наследственная отягощенность по психическим заболеваниям и прием пролонгированных нейролептиков.

6. Ботулинотерапия может использоваться как эффективный метод лечения поздних нейролептических осложнений, способствуя улучшению клинического и психологического состояния пациентов, а также влияя на уменьшение выраженности самостигматизации и повышение качества их жизни ($p < 0,001$). Наблюдение за пациентами в катамнезе свидетельствует о сохраняющемся эффекте лечения при повторных курсах ботулинотерапии.

7. Многоаспектность феномена поздних двигательных лекарственно-индуцированных осложнений делает оправданным использование в формировании и проведении с пациентами лечебно-реабилитационной программы интегративного междисциплинарного подхода.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При назначении нейролептиков необходимо учитывать все имеющиеся у пациента факторы риска развития двигательных лекарственных осложнений.

2. Пациентам с тардивными нейролептическими дискинезиями рекомендовано проведение ботулинотерапии как эффективного метода лечения таких осложнений.

3. В комплекс реабилитационных мероприятий для пациентов, имеющих тардивные нейролептические дискинезии, рекомендовано привлечение специалистов смежных областей (психологов, психотерапевтов) для проведения психокоррекционных бесед, психотерапии с целью снижения уровня тревожности, дестигматизации, повышения психосоциальной адаптации к заболеванию.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в изданиях, рекомендованных ВАК РФ

1. Лечение тардивных нейролептических дискинезий / Д.В. Захаров, В.А. Михайлов, З.А. Залялова, **Л.А. Хубларова** // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – N 3. – С. 129–132.

2. Динамика показателей качества жизни пациентов с поздними нейролептическими дискинезиями в процессе ботулинотерапии / **Л.А. Хубларова**, Д.В. Захаров, В.А. Михайлов, И.В. Фурсова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – N 4. – С. 86–88.

3. **Хубларова, Л.А.** Стратификация риска развития поздних лекарственно-индуцированных осложнений / **Л.А. Хубларова**, Д.В. Захаров, В.А. Михайлов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2017. – N 4. – С. 102–104.

Другие научные публикации

1. Невостребованные возможности коррекции поздних нейролептических дискинезий / Д.В. Захаров, Н.Г. Незнанов, М.В. Иванов, **Л.А. Хубларова** // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии : материалы 3-й Всероссийской конференции с международным участием. – Томск, 2013. – С. 13–14.

2. **Хубларова, Л.А.** Альтернативные методы коррекции поздних нейролептических дискинезий / **Л.А. Хубларова**, Д.В. Захаров, В.А. Михайлов // Дегенеративные и сосудистые заболевания нервной системы : материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Вестник Российской военно-медицинской академии. – СПб., 2013. – С. 47–48.
3. **Хубларова, Л.А.** Влияние поздних нейролептических осложнений на качество жизни больных с психическими заболеваниями / **Л.А. Хубларова**, Д.В. Захаров, Е.А. Шарыбин // Сборник тезисов научно-практической конференции молодых ученых (в рамках цикла «Бехтеревские чтения»). – СПб., 2014. – С. 81.
4. **Хубларова, Л.А.** Особенности диагностики и лечения дрожательных гиперкинезов, вызванных приемом нейролептиков, у лиц подросткового возраста / **Л.А. Хубларова**, Д.В. Захаров, Е.А. Шарыбин // Сборник тезисов научно-практической конференции молодых ученых (в рамках цикла «Бехтеревские чтения»). – СПб., 2014. – С. 83.
5. **Хубларова, Л.А.** Проблема стигматизации пациентов с нейролептическими осложнениями / **Л.А. Хубларова**, Д.В. Захаров // Сборник тезисов научно-практической конференции молодых ученых (в рамках цикла «Бехтеревские чтения»). – СПб., 2014. – С. 82.
6. **Khublarova, L.A.** Diagnosis and treatment of tremor hyperkinesia caused by neuroleptic psychiatric drugs in adolescents / **L.A. Khublarova**, D.V. Zakharov // 8th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders. – Stockholm, 2014. – P. 1183.
7. **Хубларова, Л.А.** Поздние нейролептические осложнения : современный взгляд на проблему / **Л.А. Хубларова**, В.А. Михайлов, Д.В. Захаров // Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии : материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 155-летию кафедры нервных и душевных болезней ВМедА им. С.М. Кирова. – СПб., 2015. – С. 40–43.
8. **Хубларова, Л.А.** Исследование качества жизни пациентов с нейролептическими осложнениями в процессе реабилитации с применением ботулинотерапии / **Л.А. Хубларова**, В.А. Михайлов, Д.В. Захаров // Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии : материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 155-летию кафедры нервных и душевных болезней ВМедА им. С.М. Кирова. – СПб., 2015. – С. 110–112.
9. **Хубларова, Л.А.** Динамика показателей качества жизни пациентов с поздними нейролептическими дискинезиями в процессе ботулинотерапии / **Л.А. Хубларова**, Д.В. Захаров // Сборник материалов 16-го съезда психиатров России. – Казань, 2015. – С. 78.
10. **Khublarova, L.A.** Effect of Late Neuroleptic Complications on the Quality of Life of Patients with Mental Diseases / **L.A. Khublarova**, D.V. Zakharov, E.A. Sharybin // 15th European Congress on Clinical Neurophysiology. – Czech Republic, Brno, 2015. – P. 124.
11. **Khublarova, L.A.** Botulinum therapy offered for the patients with tardive form of neuroleptic dyskinesia / **L.A. Khublarova**, D.V. Zakharov // 2nd International conference on rehabilitation of dystonia. – Germany, Hannover, 2016. – P. 38.
12. **Khublarova, L.A.** Problems of the quality of life in patients with tardive dyskinesia / **L.A. Khublarova**, D.V. Zakharov, V.A. Mikhaylov // 2nd International conference on rehabilitation of dystonia. – Germany, Hannover, 2016. – P. 37.
13. Динамика клинического состояния пациентов с тардивными нейролептическими дискинезиями в процессе лечения ботулотоксином / **Л.А. Хубларова**, В.А. Михайлов, Д.В. Захаров, И.В. Фурсова // Неотложные состояния в неврологии : сборник тезисов конференции ВМА. – СПб., 2017. – С. 56.