



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ

XVII СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ РОССИИ

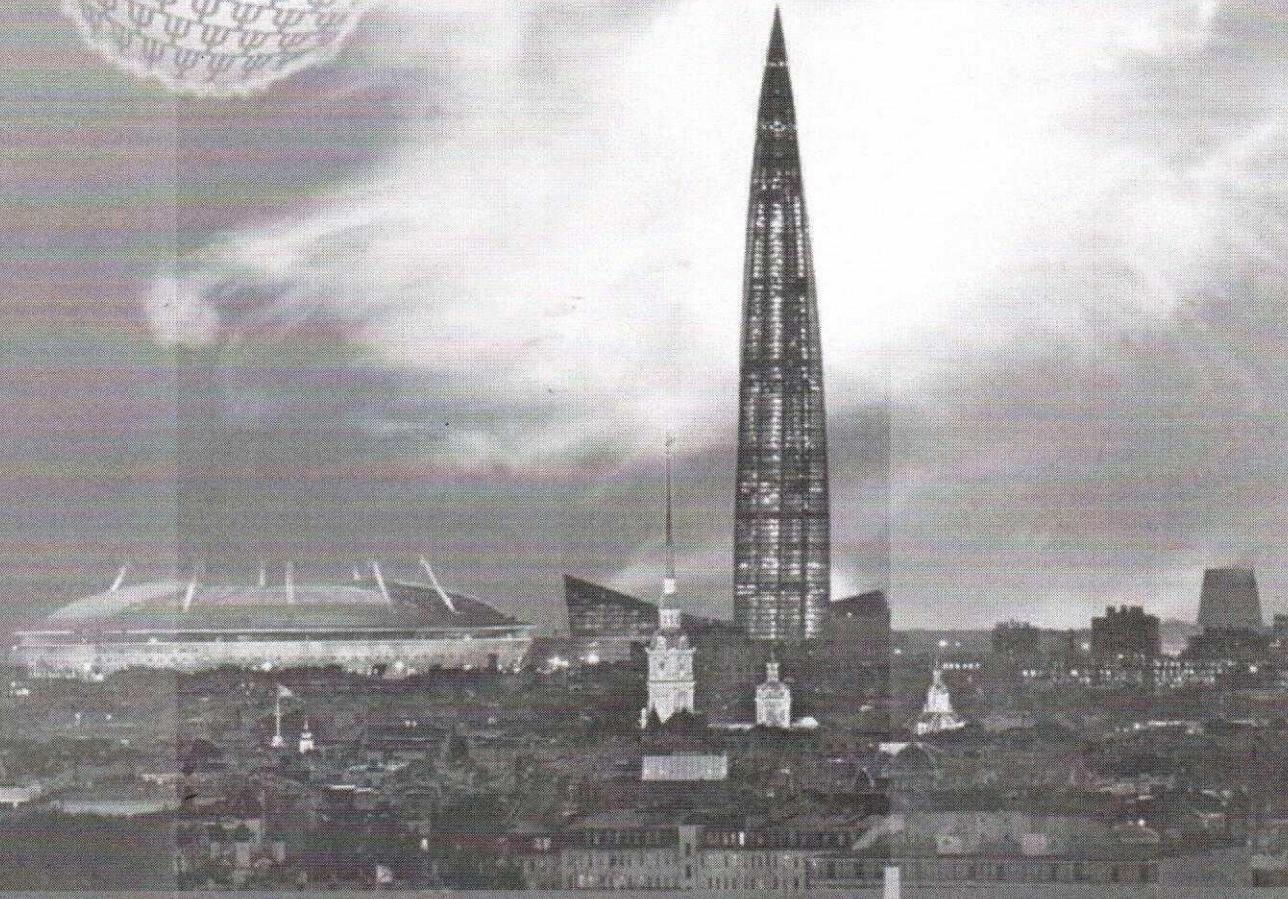
СОВМЕСТНО С МЕЖДУНАРОДНЫМ
КОНГРЕССОМ ВСЕМИРНОЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (WPA)



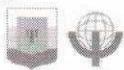
WORLD
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION

«ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К КОМОРБИДНОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ НА ПУТИ К ИНТЕГРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ»

15-18 МАЯ 2021, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ



СБОРНИК ТЕЗИСОВ



ВЫВОД: Таким, образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что необходимо широкое вовлечение лиц, получивших травмы головы, в круг реабилитационных мероприятий уже на ранних этапах травматической болезни.

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ПОЗДНЕЙ ДИСКИНЕЗИИ

Галанин И.В., Нарышкин А.Г., Скоромец Т.А., Орлов И.А.,
Ляскина И.Ю., Бондарева М.М.

НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева МЗ.РФ., ФГБУН «Институт эволюционной физиологии
и биохимии ИМ. И.М.Сеченова РАН, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ
Санкт-Петербург

NEW IN THE TREATMENT OF TARDIVE DYSKINESIA

Galanin I.V., Naryshkin A.G., Skoromets T.A., Orlov I.A., Lyaskina I.Yu., Bondareva M.M.

Введение. Поздняя (тардивная) дискинезия (ПД) одно из наиболее тяжелых осложнений, связанных с приемом антипсихотических препаратов. Чаще всего она возникает на фоне длительного приема больших доз нейролептиков. Она также может возникать при приеме самых различных препаратов (антидепрессантов, нормотимиков, противосудорожных, агонистов дофамина или препаратов L-допа). Вероятность возникновения ПД увеличивается с возрастом и длительностью приема терапии. В тоже время описаны случаи, когда ПД возникала через несколько дней приема терапии, или сразу после некорректно проведенного терапевтического «обрыва». Заболевание, чаще всего проявляется локальными, полиморфными экстрапирамидными, часто генерализованными двигательными расстройствами. Иногда выраженность этих экстрапирамидных расстройств, протекает волнообразно. Прием психотропных препаратов последнего поколения снижает вероятность возникновения ПД на 30-50%.

Патогенез ПД до настоящего времени остается неясным, известно лишь, что в этот процесс вовлечены все основные нейротрансмиттерные системы. Общепризнанным является тот факт, что в настоящее время не существует эффективных методов и четких алгоритмов лечения ПД. Единственным стандартом лечения этого осложнения считается назначение М-холинолитических препаратов. Все рекомендации сводятся к соблюдению профилактических мер и избеганию неоправданного и длительного применения нейролептиков. В связи с этим, задачей нашего исследования явился поиск новых эффективных методов лечения ПД. В настоящее время для лечения экстрапирамидной патологии применяются методы вестибулярной нейромодуляции, такие как холодовая вестибулярная стимуляция (ХВС) и вестибулярная гальваническая стимуляция (ВГС) (Miller S.M., 2016).

Прежде чем более подробно остановиться на этих методах вестибулярной нейромодуляции, целесообразно сказать несколько слов о значении и степени влияния вестибулярного аппарата на деятельность ЦНС. Известно, что фило- и онтогенез отолитового аппарата, дает основания считать его основной (базовой) организующей системой по отношению ко всем остальным сенсорным системам головного мозга. Фактически, под влиянием отолитового аппарата, происходит рост (Козявкин В.И., 2012), формирование и функционирование всех мозговых структур. Помимо анатомических связей между вестибулярной системой и различными мозговыми структурами, описанных нами ранее (Нарышкин А.Г., Гаданин И.В., 2017), нейровизуализационные исследования последних лет позволили дополнительно идентифицировать целый ряд областей коры и подкорковых образований, участвующих в обработке вестибулярной информации. К ним относятся передняя и задняя ассоциативные зоны коры головного мозга а также передние и задние отделы инсулы, передние отделы цингулярной борозды, где возникают процессы активации при ХВС и ВГС.

Таким образом, в отличие от других модальностей, (тактильной, зрительной, слуховой и др.) вестибулярная система не имеет своего четкого локального представительства в коре головного мозга. Она интегрирована в центральную нервную систему, где образовывает прямые и обратные связи практически со всеми отделами ЦНС.

Материалы и методы. В настоящем исследовании использовалась трансмостоидальная гальваническая вестибулярная стимуляция (ГВС – tDCS) с помощью аппарата «Поток ЭМА-Н» РЗН 2016/3659. Сама процедура представляет собой воздействие небольшой силой тока (обычно 3 – 4 мА), через аноды, укрепленные на сосцевидных отростках височных костей (моно или билатерально). Катод закрепляется дистанционно на коже грудины или плеча. При этом гальванический ток воздействует



ет не только на вестибулярные волосковые клетки, но и на вестибулярный нерв. Эта процедура, несмотря на название, на самом деле оказывает угнетающий эффект на вестибулярный аппарат, так как известно, что сила тока до 400 мкА оказывает активирующий эффект, а свыше – тормозящий. Курс состоял из 10 процедур проводившихся ежедневно. В исследовании приняли участие 4 больных (3 мужчин и 1 женщина, средний возраст 32,6 года) с выраженнымными формами дискинезии. В группу сравнения вошли 10 пациентов, принимающих М-холинолитик циклодол в среднетерапевтических дозах. Тетрабеназин, как препарат, имеющий большое количество серьезных осложнений в исследовании не использовался. Лечение проводилось в амбулаторных условиях.

Результаты и их обсуждение. Как и при применении этого метода при других заболеваниях (паркинсонизм, спастическая кривошея) положительный эффект при однократном воздействии был достаточно кратковременным (от нескольких часов, до суток). При этом у наших пациентов он возникал в виде уменьшения амплитуды и частоты непроизвольных мышечных сокращений и сохранялся более длительное время (10 – 12 часов). Причем длительность эффекта удлинялась при проведении последующих процедур и к окончанию курсового лечения выраженность симптоматики была стойко снижена. Эффект после 1 курса лечения сохранялся 2 – 3 недели, что требовало проведения повторных курсов лечения с интервалом 1 раз в месяц. После 4 и 5 курсов применения tDCS, положительный эффект сохранялся до 5 – 6 месяцев (в среднем $5 \pm 0,7$). Характерно, что при возвращении экстрапирамидных расстройств от курса к курсу, они приобретали более локальный характер, отличались меньшей выраженностью. При возникновении рецидивов болезненные проявления появлялись чаще в конце дня и провоцировались стрессовыми ситуациями.

К группе сравнения, принимающих циклодол, изменений в картине ПД не было получено, и даже наращивание дозы препарата не сопровождалось появлением какого-либо эффекта.

Таким образом, неоднократное повторение вестибулярной гальванизации с периодичностью 1 раз в месяц позволяет не только значительно уменьшить выраженность неврологических проявлений ПД, улучшая, таким образом, качество жизни, но и добиться сравнительно длительного сохранения полученного эффекта. Учитывая неинвазивность, простоту проведения этого метода он, по нашему мнению, может занять достойное место среди других способов борьбы с ПД.

КОГНИТИВНЫЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Гончарова З.А., Гельпей М.А., Рабаданова Е.А., Муталиева Х.М.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Ростов-на-Дону

COGNITIVE AND PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE
Goncharova Z.A., Gelpay M.A., Rabadanova E.A., Mutalieva H.M.

Длительное время для клинициста болезнь Паркинсона (БП) являлась чисто двигательным расстройством, проявляющимся гипокинезией, трепором покоя, мышечной ригидностью и постуральными нарушениями. Однако, в настоящее время все большее значение придается так называемым немоторным проявлениям БП.

БП проявляется широким спектром психических расстройств, включая когнитивные, аффективные, поведенческие и психотические нарушения. Психические расстройства играют важнейшую роль в структуре клинических проявлений рассматриваемой патологии. Так, депрессия и познавательные расстройства являются значимыми факторами, определяющими качество жизни больных.

Когнитивные нарушения (КН) являются неотъемлемой частью клинической картины БП. Развитие КН при БП, так же, как и других немоторных симптомов, связывают не только с дофаминергической патологией, но и с вовлечением холинергической, норадренергической, серотонинергических систем.

Тревожные и депрессивные расстройства часто появляются, начиная с премоторной фазы заболевания. Депрессия – наиболее распространенный симптом при БП. До 45% всех пациентов с БП имеют клинически значимую депрессию. F. Nilsson и соавт. установили, что пациенты с депрессией имеют больший риск развития БП, чем пациенты с остеоартритом и диабетом.

Цель работы: Провести сравнительный анализ тяжести КН и выраженности тревожно-депрессивного синдрома у пациентов с БП в зависимости от продолжительности, формы и стадии заболевания.