

ляет визуализировать все структуры ПДС, что способствует (с учетом клинико-неврологических проявлений) выбору наиболее рационального метода лечения дискогенного пояснично-крестцового радикулита — ПЛД или хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов С.И. Остеохондроз шейного отдела позвоночника и связанные с ним болевой миофасциальный и кардиологический синдромы: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Ярославль, 1990.
2. Азгуляев Р.А. Клинико-компьютерно-томографическая оценка закономерностей формирования вертеброгенных пояснично-крестцовых корешковых синдромов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Казань, 1995.
3. Вагнер Е.А., Денисов А.С., Кривошекова В.Д. и др. // Вопр. нейрохир. — 1994. № 1. — С. 29—31.
4. Веселовский В.П., Михайлов М.К., Самитов О.Ш. Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника. — Казань, 1990.
5. Камалов И.И. // Вертеброневрология. — 1994. — № 1. — С. 40—48.
6. Кляшкин И.В. Лучевая диагностика и лечебная тактика у больных с дистрофическими поражениями позвоночника: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. — Казань, 1996.
7. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. — М., 1994.

8. Табачников В.В. // Тезисы докладов II съезда нейрохирургов РФ. — Н. Новгород, 1998.

9. Тапачейчук А.Ф. Пункционная лазерная дискэктомия при дискогенных пояснично-крестцовых радикулитах: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Киев, 1998.

10. Biering-Sorenson F. // Scand. F. Rehabil Med. — 1983. — Vol. 15. — P. 76—79.

11. Dreijer F. et al. Low-field MRT of the Spine: a comparative Study of a traditional and new completely balanced gradient echosequence // 9-th European book of abstract. — Vienna, Austria, 1995.

Поступила 28.08.00.

ROENTGEN AND COMPUTER TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF OSTEOCHONDROSIS OF THE VERTEBRAL COLUMN LUMBAR PART

A.F. Akberov, S.L. Radzevich

Summary

The use of the roentgen and computer tomography in the diagnosis of osteochondrosis of the vertebral column lumbar part is studied. This diagnosis method makes it possible to reveal protrusions, prolapses of intervertebral disks in 100% of the cases. The radiation diagnosis algorithm and indications to performance of the open or laser paracentetic diskectomy are developed. The suggested radiation diagnosis algorithm using the roentgen computer tomography makes it possible to visualize all structures of vertebro-motor segments promoting the choice of the most rational treatment method of discogenic lumbosacral radiculitis.

УДК 615.214.2—02 [616.8—009.11.2+616.815—008.6

ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СОПУТСТВУЮЩИЕ ЛЕЧЕНИЮ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

З.А. Залялова, Л.Ю. Мухаметшина

Кафедра неврологии и реабилитации (зав. — проф. Э.И. Богданов) Казанского государственного медицинского университета

С внедрением в лечебную практику более 30 лет назад нейролептических препаратов многие расстройства поведения, мышления и эмоций стали управляемыми. Однако одновременно появилась группа новых симптомов, получивших название “нейролептический синдром” (НС). Этот синдром выявляется у 50—70% больных, леченных нейролептиками [1, 2]. Известно, что НС характеризуется различными экстрапирамидными нарушениями (ЭН): паркинсонизмом, акатизией, острыми и поздними дискинезиями. Акатизия, острая

дистония и паркинсонизм являются ранними ЭН. Все они возникают в начале приема нейролептиков, чувствительны к отмене вызвавшего их препарата и к антихолинергическим средствам, но каждый из них характеризуется особой картиной двигательных нарушений. Лекарственный паркинсонизм имеет сходную триаду симптомов с идиопатическим паркинсонизмом: ригидность, тремор, брадикинезию.

Акатизия — невозможность пребывать в одном положении даже небольшой период времени, проявляется рас-

качиванием и ерзанием на стуле, бесконечным перекрещиванием ног, маршем на месте, беспельными двигательными актами и т.д. Ее следует отличать от стереотипий, часто сопутствующих бреду. В этом случае увеличение дозы нейролептика вызывает усиление акатизии и уменьшение стереотипий.

Дистонии, локальные или мультифокальные, чаще локализуются на лице (окулогирные кризы, протрузии языка, гримасничания, тризм, букко-лингвоментальные дистонии). Формирование большинства этих синдромов зависит от длительности лечения, фармакологических свойств препарата. Ряд из них поддаются коррекции, некоторые носят необратимый характер (поздние дискинезии). В лечебной практике безусловно определяющими являются степень и направленность психотропного действия, но в ряде случаев приходится считаться с экстрапирамидными осложнениями, значительно влияющими на качество жизни больных.

Термин "нейролептики" был предложен для обозначения группы препаратов, имеющих антипсихотическое действие, но отличающихся от антидепрессантов, транквилизаторов, антиконвульсантов, седативных и снотворных средств. Являясь общепринятым, термин, однако, не совсем точно отражает свойства этих препаратов, которые неоднородны как по степени антипсихотического действия, так и по выраженности неврологических и соматических эффектов. Вследствие этой неадекватности в терминологии возникает нечеткость и в их клиническом использовании. Применение нейролептиков ассоциируется в основном с психиатрической практикой. Между тем некоторые из них широко используются врачами общего профиля: препараты резерпинового ряда (резерпин, раунатин, клофелин, адельфан и т.д.) — для лечения гипертонической болезни, церукал (метаклопрамид) — как противорвотное средство, ряд нейролептиков — для подавления гиперкинезов в неврологии и т.д.

В данной работе мы попытались детально изучить ЭН, сопутствующие лечению нейролептиками шизофрении, используя их как инструмент опосредованного исследования неврологичес-

ких расстройств, которые могут развиваться при использовании антипсихотиков в лечении больных и с соматической патологией. Нашей целью являлась также оценка проявлений НС в зависимости от длительности лечения нейролептиками, а также сочетания различных ЭН между собой.

Нами обследованы 50 женщин в возрасте от 28 до 69 лет (средний возраст — 48,5 года), находящихся на лечении в Республиканской психиатрической больнице с диагнозом "шизофрения". Длительность заболевания колебалась от 2 до 52 лет (в среднем 25 лет). В течение этого времени все они принимали нейролептики различных групп (в основном производные дибензодиазепина — азалептин, суалептин; бутирофенона — галоперидол, сенорм и трифлюперазина — trazin). Курсы лечения периодически прерывались, препараты замещали другими, имевшимися в данное время, что не позволяло выявить четкую зависимость экстрапирамидных проявлений от принимаемого препарата. У 32 (64%) больных отмечались проявления паркинсонизма той или иной степени. Как правило, имели место все основные симптомы прогрессирующего дрожательного паралича — тремор, ригидность, акинезия, постуральные нарушения. Симптомы паркинсонизма у обследованных больных не были связаны с приемом в данный момент антипсихотических лекарств. Так, 37 (74%) человек принимали нейролептики, у 23 (62%) из них были явления паркинсонизма. У 9 (69,2%) из 13 не принимавших нейролептики отмечался акинетико-ригидный синдром ($P > 0,05$; различия недостоверны).

Чтобы установить зависимость паркинсонизма от длительности лечения, мы условно разделили больных на 3 группы (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что чем дольше больные принимают нейролептики, тем большее число из них страдает явлениями паркинсонизма. После 10 лет лечения вероятность возникновения этих симптомов достигает 75—100%.

Наряду с акинетико-ригидными проявлениями у многих обследованных были и другие ЭН. У 30 женщин выявлялись различные симптомы поздней дискинезии. Наиболее часто имели мес-

Таблица 1

Зависимость наличия паркинсонизма от длительности лечения

Длительность лечения	Число больных	Наличие паркинсонизма		
		n±m	%	P
До 10 лет	8	2,0±0,15	25	$P_{1,2} < 0,001$ $P_{1,3} < 0,02$
10—30 лет	18	18,0±0,00	100	$P_{2,3} < 0,02$
Более 30 лет	16	12,0±0,11	75	

то такие двигательные нарушения, как букко-лингво-ментальные дискинезии, синдром двигательного беспокойства, дистонии в руках, тремор языка, блефароспазм, привычные манипуляции в руках, дисфонии, тортиколлис (симптомы представлены в убывающей последовательности). В 22% случаев букко-лингво-ментальные дискинезии проявлялись в виде сосательных движений, вытягивания губ в трубочку, различных движений языка, гримасничания. Иногда эти явления сочетались с блефароспазмом и тортиколлисом. Симптомы поздней дискинезии также имели зависимость от длительности лечения, как и паркинсонизм. Число случаев поздней дискинезии увеличивалось с течением времени (табл. 2).

Таблица 2

Зависимость наличия поздней дискинезии от длительности лечения

Длительность лечения	Число больных	Наличие поздней дискинезии		
		n±m	%	P
До 10 лет	8	2,0±0,15	25	$P_{1,2} < 0,01$ $P_{1,3} < 0,02$
10—30 лет	18	18,0±0,00	100	
Более 30 лет	16	12,0±0,11	75	

Нами установлено, что и паркинсонизм, и поздняя дискинезия встречаются с одинаковой частотой. В то же время сочетание терминальной экстрапирамидной недостаточности и акинетикоригидного синдрома при этом нехарактерно. Так, у 21 из 30 больных с поздней дискинезией паркинсонизма не было, а из 32 больных с симптомами паркинсонизма лишь у 8 человек ($P < 0,02$) отмечалась поздняя дискинезия.

Примечательно, что заинтересованность других отделов головного мозга у обследованных больных выявлялась значительно реже. Пирамидные симптомы, стробизм, слабость конвергенции, нарушение глазодвижения, рефлекс

орального автоматизма имели место лишь у 13 (26%) больных.

НС остается большим препятствием в лечении нейролептиками. Более чем у 60% больных, страдающих шизофренией, обнаруживаются ЭН. Эту проблему можно решить путем подбора препаратов, оказывающих адекватное влияние на психические нарушения в оптимальной дозировке, нейролептиков нового и новейшего поколения, имеющих меньший экстрапирамидный побочный эффект (сертиндол, сероквел, оланзапин) [3]. Необходимы раннее распознавание НС и своевременное назначение корригирующего лечения.

Данная работа является лишь начальным этапом в изучении нами лекарственных ЭН. Существует достаточно много вопросов, выяснение которых требует дальнейших исследований. Непонятно, почему при стандартной схеме лечения нейролептиками побочные ЭН появляются только у части больных. Значит, существуют индивидуальные механизмы, препятствующие возникновению НС. Отчего в одинаковые сроки от начала приема одних и тех же препаратов у больных развиваются разные ЭН — дофаминлитического и дофаминблокирующего свойств? На эти и другие вопросы мы надеемся найти ответы в будущем.

ЭН, развивающиеся у больных шизофренией на фоне приема нейролептиков, являются экспериментальной моделью изучения не только лекарственных, но и всех вторичных экстрапирамидных заболеваний. Дальнейшее их исследование позволит предсказывать в будущем закономерности развития лекарственного паркинсонизма и дискинезий, разработать методические приемы, обосновать назначение тех или иных нейролептиков и уточнить источники генерации экстрапирамидных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лис А. Дж. Тики: пер. с англ. — М., 1989.
2. Casey D.E.// Schizophrenia Res. — 1992. — Vol. 4. — P. 109—120.
3. Gerlach J., Peacock L.// Int. Clinic. Psychopharmacol. — 1995. — Vol. 10. — P. 39—48.

Поступила 17.06.00.

EXTRAPYRAMIDAL MANIFESTATIONS
ACCOMPANYING TREATMENT WITH
NEUROLEPTICS

Z.A. Zalyalova, L.Yu. Mukhametshina

Summary

The manifestations of neuroleptic syndrome depending on the duration of treatment with neuroleptics as well as the combinations of various extrapyramidal disorders are studied in 50 women aged

28 to 69 with the diagnosis "schizophrenia". Parkinsonism manifestations are observed in 32 patients, various symptoms of late dyskinesia are observed in 30 women. Such motor disorders as lingua-bucco-mental dyskinesias, motor anxiety syndrome, dystonia in hands, tongue tremor, blepharospasm, usual manipulations are often revealed. There were extrapyramidal disorders in more than 60% of the patients. Late dyskinesia and parkinsonism syndrome depend on the treatment duration, and their combination is not typical.

УДК 616.895.8—053.2

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ОНТОГЕНЕЗА ДЕТЕЙ
ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ШИЗОФРЕНИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ
СВЯЗЕЙ В СИСТЕМЕ "МАТЬ—ДИТЯ"

Ю.Б. Барыльник, А.К. Компанцева

Областная психиатрическая больница (главврач — А.Ф. Парашенко), г. Саратов

В последние годы внимание исследователей привлекает проблема изучения психического развития детей из группы высокого риска в отношении эндогенного заболевания. Актуальны наблюдения за особенностями психического развития детей, рожденных матерями, перенесшими в ближайшем послеродовом периоде манифестный приступ шизофрении. На развитие таких детей оказывают влияние следующие факторы: наследственная отягощенность эндогенным заболеванием, а также воздействующая на них с первых месяцев жизни специфическая депривационная ситуация в семье. Причиной последней являются психическое заболевание матери, соответственно нарушение взаимоотношений в системе "мать—дитя", формирование недостаточной или качественно искаженной материнской стимуляции. Дополнительным депривационным фактором служит физическая изоляция детей в первые месяцы жизни от матери в связи с ее первичной и последующими госпитализациями на дальнейших этапах течения болезни.

С целью изучения последствий нарушения взаимоотношений в системе "мать — дитя" нами был проведен анализ психофизического развития 79 детей в возрасте от 0 до 3 лет, после рождения которых матери перенесли манифестный приступ шизофрении. Этап психомоторного развития таких детей до года представляется особенно важным,

так как именно этот период протекает в наиболее тяжелой депривационной ситуации. Полученные данные сравнивали с общезвестными усредненными возрастными нормами психофизического развития детей, описанными в литературе [1], которые и явились контрольными данными для нашего исследования.

Психофизический онтогенез детей имел следующие особенности и признаки искаженного психофизического развития: у 88,6% были отмечены отклонения в развитии инстинктивно-вегетативной сферы, в основном в установлении ритма "сон—бодрствование". У 68,3% детей продолжительность сна была нестабильной, имел место своеобразный ритм сна с более поздним засыпанием. Недостаточность или извращение вегетативных реакций на раздражители выявлялись у 75,6% детей. Наблюдались сниженные или, наоборот, усиленные реакции на голод и дискомфорт. У 19,7% детей был нарушен аппетит: анорексия чередовалась с булимией.

В большинстве случаев (73,4%) определялись отклонения в формировании первичного вегетативно-инстинктивного уровня в системе "мать—дитя". Дети не успокаивались на руках у матери: эмоциональный контакт с ней был весьма слабым; дети не проявляли желания его иметь. В целом обращала на себя внимание дефицитарность вегетативно-инстинктивной сферы исследуемой груп-