



Опыт применения ПК-Мерц при нейролептическом синдроме в условиях психиатрического стационара

Л.М. АНИКЕЕВ, Л.В. АНИКЕЕВА

Современные антипсихотические препараты позволяют успешно купировать психотическую симптоматику таких нозологических форм, как шизофрения и органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство. Однако их применение нередко сопровождается развитием нежелательных побочных эффектов, которые крайне тяжелы для больного. Это может стать причиной отказа от их приема и, как следствие, ухудшения течения и прогноза заболевания.

В Вологодской областной психиатрической больнице наблюдались 8 пациентов в возрасте от 25 до 62 лет без тяжелых соматических и неврологических заболеваний, из них 6 пациентов страдали параноидной шизофренией, 2 – органическим бредовым (шизофреноподобным) расстройством. В клинической картине психоза преобладала параноидная симптоматика в виде бредовых идей отношения, преследования, воздействия, величия. В терапии использовались как традиционные, так и атипичные нейролептики. Трое пациентов принимали галоперидол 15 мг/сут, двое – Клопиксол-Акуфаз (зуклопентиксол) от 50 до 100 мг в/м 1 раз в 3 суток с последующим переводом на пролонгированный препарат этой группы. Зипрекс (оланзапин) 20 мг/сут, Рисполепт (рисперидон) 4 мг/сут, Азалептин (клозапин) 150 мг в комбинации с Клопиксолом Депо 100 мг в/м 1 раз в 2 недели получали по одному пациенту. Признаки нейролептического синдрома наблюдались в разные временные периоды: от 2 суток до 2 месяцев от начала нейролептической терапии. Неврологический компонент отмечался в ви-

де острой дистонии (в 5 случаях), акатизии [4], нейролептического паркинсонизма [5]. В психическом компоненте нейролептического синдрома преобладали тревога [4], нарушение сна [5]. У одного пациента отмечались начальные признаки злокачественного нейролептического синдрома: гипертермия до субфебрильных цифр, колебания АД, тахикардия, профузное потоотделение, сальность кожных покровов, генерализованная мышечная ригидность, спутанность сознания.

Терапия нейролептического синдрома в 4 случаях начиналась с внутривенного капельного введения препарата амантадина сульфата (ПК-Мерц) 200 мг/сут в течение 3 дней с переводом на прием ПК-Мерц в таблетках в дозе 200–300 мг/сут. У 3 пациентов с легкими проявлениями нейролептического синдрома терапия начиналась сразу с приема ПК-Мерц в таблетках в дозе 200–400 мг/сут. Для купирования проявлений злокачественного нейролептического синдрома на фоне дезинтоксикационной терапии ПК-Мерц применялся в виде инфузий по 500 мл (200 мг) 2 раза в сутки в течение 5 дней с последующим переводом на таблетированную форму пре-

парата (300 мг в сутки) с одновременным введением бензодиазепинов. Во всех случаях отмечалась быстрая редукция нейролептического синдрома, особенно при инфузионном введении ПК-Мерц. Положительная динамика отмечалась уже в первые сутки от начала терапии, симптоматика купировалась на 3–7-й день.

В контрольной группе из 8 пациентов с психическими нарушениями шизофренического спектра, лечившихся нейролептиками различных химических групп, в качестве корректора применялся тригексифенидил (Циклодол) в дозе до 6 мг в сутки. По сравнению с применением тригексифенидила ПК-Мерц быстрее купировал экстрапирамидную симптоматику и акатизию. В контрольной группе отмечались сухость во рту, учащение пульса, нарушения аккомодации, задержки мочеиспускания, снижение когнитивных функций, эйфория, суетливость, нарушения ориентировки. При применении амантадина сульфата (ПК-Мерц) никаких побочных действий не выявлено.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности амантадина сульфата (ПК-Мерц) в купировании нежелательных неврологических побочных явлений нейролептической терапии. Особенно быстро редукция нейролептического синдрома отмечалась при инфузионном введении. По сравнению с применением тригексифенидила инфузионное введение ПК-Мерц быстрее купирует экстрапирамидную симптоматику и акатизию, не вызывая побочных реакций. ✨



ПК-Мерц

лечение неврологических заболеваний

Эффективен при:

- Паркинсонизме
- Невралгиях при опоясывающем герпесе
- Нарушении внимательности (инициативности) в посткоматозном периоде
- Экстрапирамидных расстройствах, вызванных приемом нейролептиков и других препаратов



ООО «Мерц Фарма»
123242, г. Москва,
пер. Капранова, д. 3, стр. 2
Тел.:(495) 660 76 95
www.merz.ru





Литература

7. *Ferri R., Manconi M., Aricò D.* Acute dopamine-agonist treatment in RLS: effects on sleep architecture and NREM sleep instability // *Sleep Med.* 2010. Vol. 33 (6). P. 793–800
8. *Inoue Y., Fujita M., Shimizu T. et al.* Efficacy and safety of pramipexole in Japanese patients with restless legs syndrome // *Mov. Disord.* 2006. Vol. 21. P. S442.
9. *Jama L., Hirvonen K., Partinen M. et al.* A dose-ranging study of pramipexole for the symptomatic treatment of restless legs syndrome: polysomnographic evaluation of periodic leg movements and sleep disturbance // *Sleep. Med.* 2009. Vol. 10. P. 630–636.
10. *Lin S.C., Kaplan J., Burger C.D., Fredrickson P.A.* Effect of pramipexole in treatment of resistant restless legs syndrome // *Mayo Clin. Proc.* 1998. Vol. 73. P. 497–500.
11. *Manconi M., Ferri R., Feroah T.R. et al.* Defining the boundaries of the response of sleep leg movements to a single dose of dopamine agonist // *Sleep.* 2008. Vol. 31 (9). P. 1229–1237.
12. *Manconi M., Ferri R., Zucconi M. et al.* First night efficacy of pramipexole in restless legs syndrome and periodic leg movements // *Sleep. Med.* 2007. Vol. 8. P. 491–497.
13. *Montplaisir J., Denesle R., Petit D.* Pramipexole in the treatment of restless legs syndrome: a follow-up study // *Eur. J. Neurol.* 2000. Vol. 7 (Suppl. 1). P. 27–31.
14. *Montplaisir J., Fantini M.L., Desautels A., Michaud M., Petit D., Filipini D.* Long-term treatment with pramipexole in restless legs syndrome // *Eur. J. Neurol.* 2006. Vol. 13 (12). P. 1306–1311.
15. *Montplaisir J., Nicolas A., Denesle R., Gomez-Mancilla B.* Restless legs syndrome improved by pramipexole: a double-blind randomized trial // *Neurology.* 1999. Vol. 52 (5). P. 938–943.
16. *Oertel W.H., Stiasny-Kolster K., Bergtholdt B. et al.* Efficacy of pramipexole in restless legs syndrome: a six-week, multicenter, randomized, double-blind study (Effect-RLS Study) // *Mov. Disord.* 2007. Vol. 22 (2). P. 213–219.
17. *Ondo W., Jankovic J.* Restless legs syndrome. Clinicoetiologic correlates // *Neurology.* 1996. Vol. 47. P. 1435–1441.
18. *Partinen M., Hirvonen K., Jama L. et al.* Efficacy and safety of pramipexole in idiopathic restless legs syndrome: A polysomnographic dose-finding study – the PRELUDE study // *Sleep. Med.* 2006. Vol. 7 (5). P. 407–417.
19. *Partinen M., Hirvonen K., Jama L. et al.* Open-label study of the long-term efficacy and safety of Pramipexole in patients with restless legs syndrome (extension of the PRELUDE study) // *Sleep. Med.* 2008. Vol. 9 (5). P. 537–541.
20. *Paulus W., Trenkwalder C.* Pathophysiology of dopaminergic therapy – related augmentation in restless legs syndrome // *Lancet Neurology.* 2006. Vol. 5. P. 878–886.
21. *Saletu M., Anderer P., Saletu-Zyhlarz G. et al.* Acute placebo-controlled sleep laboratory studies and clinical follow-up with pramipexole in restless legs syndrome // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2002. Vol. 252 (4). P. 185–194.
22. *Silber M.H., Ehrenberg B.L., Allen R.P. et al.* An algorithm for the management of restless legs syndrome // *Mayo Clin. Proc.* 2004. Vol. 79. P. 916–922.
23. *Silber M.H., Girish M., Izurieta R.* Pramipexole in the management of restless legs syndrome: an extended study // *Sleep.* 2003. Vol. 26 (7). P. 819–821.
24. *Stiasny-Kolster K., Oertel W.H.* Low-dose pramipexole in the management of restless legs syndrome: An open-label trial // *Neuropsychobiology.* 2004. Vol. 50 (1). P. 65–70.
25. *Trenkwalder C., Stiasny-Kolster K., Kupsch A., Oertel W.H., Koester J., Reess J.* Controlled withdrawal of pramipexole after 6 months of open-label treatment in patients with restless legs syndrome // *Mov. Disord.* 2006. Vol. 21 (9). P. 1404–1410.
26. *Willis T.* De anima brutorum quae hominis vitalis ac sensitiva est, excertitationes duae; prior physiologica ejusdem naturam, partes, potentias et affectiones tradit; altera pathologica morbos qui ipsam, et sedem ejus pramiarium, nempe cerebrum et nervosum genus atticiunt, explicat, eorumque therapeias instituit. Oxford, two editions 1672 (quarto and octavo); London, R. Davis, 1672; Amsterdam, 1672; 1674; Lyon, 1676.
27. *Winkelman J.W., Sethi K.D., Kushida C.A. et al.* Efficacy and safety of pramipexole in restless legs syndrome // *Neurology.* 2006. Vol. 67 (6). P. 1034–1039.
28. *Young J.E., Vilarico-Cuell C., Siong-Chi Lin, et al.* Clinical and genetic description of a family with a high prevalence of autosomal dominant restless legs syndrome Mayo // *Clin. Proc.* 2009. Vol. 84 (2). P. 134–138.
29. *Левин О.С.* Синдром беспокойных ног // Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению / Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. М.: Медпресс-информ, 2002. С. 425–434.

Л.М. АНИКЕЕВ, Л.В. АНИКЕЕВА

Опыт применения ПК-Мерц при нейролептическом синдроме в условиях психиатрического стационара

1. *Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988.
2. *Гринберг Д.А., Аминофф М.Дж., Саймон Р.П.* Клиническая неврология. М.: МЕДпресс-информ, 2004.
3. *Неврология / Под ред. М. Самуэльса.* М.: Практика, 1997.
4. *Федорова Н.В., Ветохина Т.Н.* Диагностика и лечение нейролептических экстрапирамидных синдромов: Уч.-метод. пособие. М.: РМАПО, 2006.

М.Н. ДАДАШЕВА, Т.И. ВИШНЯКОВА,

Б.В. АГАФОНОВ, Н.Н. ШЕВЦОВА

Особенности ведения и принципы фармакотерапии дорсопатии у больных пожилого возраста

1. *Цурко В.В.* Остеоартроз: проблема гериатрии. М.: Нью-диамед, 2004. 136 с.
2. *Левин О.С.* Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // *Consilium medicum.* 2004. № 6. С. 547–554.
3. *Каратеев А.Е., Барскова В.Г.* Критерии выбора нестероидного противовоспалительного препарата // *Справочник практического врача.* 2007. Т. 5. № 5. С. 13–17.
4. *Насонов Е.Л.* Кардиоваскулярные осложнения ингибиторов ЦОГ-2 – вопросов больше, чем ответов // *Русский медицинский журнал.* 2005. Т. 13. № 7. С. 383–391.
5. *Сороцкая В.Н., Каратеев А.Е.* Желудочно-кишечные осложнения как одна из причин смерти больных ревма-