

Влияние экстрапирамидных антипсихотик-индуцированных нарушений на комплаенс пациента с шизофренией (клинический случай)

Рахим Е.Г.¹, Корнетова Е.Г.^{1,2}, Гончарова А.А.¹, Корнетов А.Н.², Семке А.В.¹

¹ Научно-исследовательский институт (НИИ) психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр (НИМЦ) Российской академии наук
634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4

² Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ)
634050, г. Томск, Московский тракт, 2

РЕЗЮМЕ

Экстрапирамидные нарушения являются частыми нежелательными явлениями терапии антипсихотиками. Однако с учетом широкого круга и сложностей дифференциальной диагностики часто не распознается их конкретный клинический вариант и не проводится своевременное вмешательство, что приводит к выраженным страданиям пациента. Это влияет на качество жизни больных с шизофренией и приводит к отказу от приема терапии, что усугубляет течение заболевания. В статье представлен клинический случай 33-летнего пациента психиатрического стационара с шизофренией, сочетанной с такими редкими, но тяжелыми экстрапирамидными нарушениями, как тардивная дискинезия и тардивная дистония, индуцированными приемом антипсихотиков.

Диагностика проводилась в соответствии с критериями Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Выраженность клинических проявлений оценивалась с помощью Шкалы позитивных и негативных симптомов (PANSS), Шкалы патологических непреднамеренных движений (AIMS), Шкалы оценки акатизии Барнса (BARS). Проведена оценка комплаенса с помощью Метода прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии. Представлена развернутая дифференциальная диагностика тардивной дискинезии и поздней дистонии с акатизией и болезнью Гентингтона. Описана мотивированная врачебная тактика и положительная клиническая динамика с повышением комплаенса.

Ключевые слова: тардивная дискинезия, тардивная дистония, шизофрения, комплаенс, акатизия.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-315-90010.

Соответствие принципам этики. Исследование одобрено этическим комитетом НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ (протокол № 103 от 23.10.2017).

Для цитирования: Рахим Е.Г., Корнетова Е.Г., Гончарова А.А., Корнетов А.Н., Семке А.В. Влияние экстрапирамидных антипсихотик-индуцированных нарушений на комплаенс пациента с шизофренией (клинический случай). *Бюллетень сибирской медицины*. 2021; 20 (4): 211–217. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-4-211-217>.

✉ Гончарова Анастасия Александровна, e-mail: goncharanastasya@gmail.com

The effect of antipsychotic-induced extrapyramidal disorders on patient's compliance with schizophrenia (a clinical case)

Rahim E.G.¹, Kornetova E.G.^{1,2}, Goncharova A.A.¹, Kornetov A.N.², Semke A.V.¹

¹ Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (NRMС), Russian Academy of Sciences 4, Aleutskaya Str., Tomsk, 634014, Russian Federation

² Siberian State Medical University (SSMU) 2, Moscow Trakt, Tomsk, 634050, Russian Federation

ABSTRACT

Extrapyramidal disorders are common adverse events in antipsychotic therapy. However, their diagnosis is difficult due to broad differential diagnosis, and often their specific clinical variant is not recognized, and timely intervention is not performed, which leads to severe patient suffering. This affects the quality of life of patients with schizophrenia and leads to their refusal to receive therapy, which aggravates the course of the disease. The article presents a clinical case of a 33-year-old patient at a psychiatric hospital with schizophrenia combined with such rare severe extrapyramidal disorders as antipsychotic-induced tardive dyskinesia and tardive dystonia.

The diagnosis was carried out in accordance with the criteria of the International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10). The intensity of clinical manifestations was assessed using the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS), and the Barnes Akathisia Rating Scale (BARS). Compliance was assessed using the Method for Measuring Medication Adherence in Psychiatry. Detailed differential diagnosis of tardive dyskinesia and tardive dystonia with akathisia and Huntington's disease was presented. Substantiated treatment strategy and positive clinical dynamics with increased compliance were described.

Key words: tardive dyskinesia, tardive dystonia, schizophrenia, compliance, akathisia.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of funding. The study was funded by the Russian Foundation for Basic Research within the research project No.19-315-90010.

Conformity with the principles of ethics. The research was approved by the Ethics Committee at Mental Health Research Institute, Tomsk NRMС (Protocol No. 103 of 23.10.2017).

For citation: Rahim E.G., Kornetova E.G., Goncharova A.A., Kornetov A.N., Semke A.V. The effect of antipsychotic-induced extrapyramidal disorders on patient's compliance with schizophrenia (a clinical case). *Bulletin of Siberian Medicine*. 2021; 20 (4): 211–217. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-4-211-217>.

ВВЕДЕНИЕ

Несоблюдение пациентами терапии является распространенной проблемой лечения шизофрении, приводящей к рецидивам, регоспитализациям и ухудшению отдаленных исходов [1, 2]. Несоблюдение лечения является одной из причин для перевода пациентов на терапию антипсихотиками пролонгированного действия, которые, в основном, представлены конвенциональными нейролептиками [3]. В среднем доля несоблюдающих терапию лиц среди пациентов с шизофренией составляет 47% [4]. Прекращают посещать психиатра после выписки из стационара 32% больных; а у 31% па-

циентов, продолжающих регулярное наблюдение у психиатра на амбулаторном этапе, выявляются нарушения режима терапии или же полный отказ от нее [5].

В течение первых 18 мес лечения 5% пациентов прекращают его прием полностью [6]. Выявлено около 250 факторов, влияющих на комплаенс [7]. Ключевыми из них являются множественные нежелательные явления антипсихотиков [8], из-за чего около половины пациентов отказываются от приема антипсихотической терапии [9]. Особое место среди специфических двигательных побочных эффектов антипсихотиков занимают тардивные (поздние) дискинезия, дистония и акатизия. Они усугубляют

течение шизофрении, являются причиной отказа от лечения и ухудшают качество жизни [10].

Тардивная дискинезия – это стойкое расстройство движений, возникающее через 1–2 года [11] после приема антипсихотиков. Она представляет собой неупорядоченные движения различных областей тела. Специфика движений и область тела, где они возникают, вариативны у разных пациентов и могут меняться с течением времени. Начальные симптомы тардивной дискинезии, как правило, включают повторяющиеся, неконтролируемые, беспорядочные движения губами, языком и мимическими мышцами лица. Могут также присутствовать движения конечностей, головы, шеи и туловища, затрудненное глотание и вынужденные позы тела [12]. Качество жизни больных с тардивной дискинезией снижается до 12,3% относительно пациентов без нее [13], а наличие тардивной дискинезии усложняет лечение шизофрении и увеличивает финансовую нагрузку на семью пациента [14].

Тардивная дистония является экстрапирамидным расстройством, одним из наиболее инвалидирующих вариантов поздней дискинезии; возникает спустя несколько лет от начала антипсихотической терапии и сохраняется после отмены. Менее чем в 20% случаев она возникает в течение 1-го года лечения [15]. Поздняя дистония начинается с мышц лица или шеи. Генерализация дистонии с распространением ее на конечности и туловище наблюдается в небольшом количестве случаев. Самой частой формой поздней дистонии является оромандибулярная. Все это влияет на качество жизни пациентов и приводит к отказу от приема терапии, что усугубляет течение основного заболевания и требует увеличения доз антипсихотиков: происходит формирование патологического круга [15].

Одним из вариантов течения тардивной акатизии является персистирующая акатизия, которая развивается после 3 мес отмены антипсихотической терапии или при добавлении к лечению второго нейролептического препарата [16]. Типичные для акатизии двигательные акты с преимущественной локализацией в нижних конечностях (перемещение с ноги на ногу, ходьба по одной траектории, скрещивание (сведение) или разведение ног) определяются в ее объективный компонент. Субъективный компонент представлен в виде непреодолимой потребности в движении, беспокойством, напряжением. Возникновение поздней акатизии, особенно при нарастании ее выраженности, может ошибочно трактоваться как утяжеление психического состояния, и являться причиной формирования суицидальных тенденций [16]. Своевременная диагностика и коррекция двигатель-

ных нежелательных явлений антипсихотической терапии необходима для улучшения качества жизни, повышения комплаенса и формирования долгих ремиссий [17].

Цель: диагностика и описание влияния таких сочетанных антипсихотик-индуцированных экстрапирамидных расстройств, как тардивная дискинезия и поздняя дистония на комплаенс пациента с шизофренией.

Были использованы клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический методы с анализом медицинской документации пациента, проходящего стационарное лечение в отделении эндогенных расстройств клиник НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Пациент прошел обследование и лечение согласно национальным клиническим рекомендациям [18]. Шизофрения диагностирована в соответствии с критериями МКБ-10 [19]. Выраженность патопсихологической симптоматики оценивалась по Шкале позитивных и негативных симптомов [20]. Оценка выраженности патологических непреднамеренных движений проведена согласно AIMS [21]. Для диагностики акатизии использована шкала оценки акатизии Барнса (BARS) [22]. Оценка комплаенса проводилась с помощью Метода прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии [23].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент А., 33 года, поступил в стационар в январе 2020 г. для коррекции нежелательных явлений антипсихотической терапии.

Из анамнеза. Пациент родился от физиологически протекавших беременности и родов. В раннем развитии от сверстников не отставал. С дошкольного возраста был малообщителен, не мог адаптироваться в коллективе сверстников; часто становился объектом насмешек, физических издевательств в школе, был переведен на индивидуальное обучение. С 13 лет с трудом осмысливал задания, только после нескольких повторений понимал простые указания. Мог не разговаривать несколько дней, долго рассматривал географический атлас, замирая над одной страницей. Впервые был осмотрен врачом-психиатром по рекомендации педагогов, однако полного обследования и лечения не прошел.

В 15 лет появился страх мужчин, отказывался выходить на улицу без сопровождения. Накануне учебного года нанес себе множество порезов бритвой на предплечье и в области шеи. Обращения за врачебной помощью не было. В возрасте 16 лет с трудом окончил 11 классов, после чего отказался продолжать обучение. Пациент изменился в поведении, за-

мирал, сидя на стуле в одной позе, периодами мог быстро ходить по комнате, высоко поднимая ноги, с усилием сжимал руки перед собой, напрягал шею и выдвигал нижнюю челюсть вперед, был угрюм. С суицидальными намерениями употребил стандарт зопиклона, после чего был доставлен в реанимационное отделение. Вернувшись домой, узнал о смерти брата; эмоционально не отреагировал на это, молча вышел на улицу и пробежал вокруг дома; с тех пор про брата больше не вспоминал.

Амбулаторно в течение 1 мес принимал рекомендованный галоперидол, затем прекратил его прием; был злобным, напряженным, отгороженным; заявлял родителям, что у него «нет будущего». В возрасте 17 лет был впервые госпитализирован в клиники НИИ психического здоровья. Психическое состояние характеризовалось поведенческими нарушениями на фоне эмоционального уплощения, алогии и гипобулии. Получал зуклопентиксол 25 мг/сут, клозапин 237,5 мг/сут, карбамазепин 800 мг/сут, тригексифенидил 10 мг/сут. На амбулаторном этапе пациент нерегулярно принимал лечение зуклопентиксолом 5 мг/сут. Тем не менее окончил юридический техникум.

По специальности не работал, был разнорабочим на шахте около 1 года, постоянно жаловался на усталость. В 26 лет госпитализирован в психиатрическую больницу с целью проведения медико-социальной экспертизы. Был выставлен диагноз «параноидная шизофрения, непрерывный тип течения»; оформлена 2-я группа инвалидности. На момент поступления в психическом состоянии присутствовали зрительные галлюцинации. После выписки в течение 3 лет нерегулярно принимал рекомендованный рисперидон 6 мг/сут, жил под опекой родителей. Около 2 лет назад полностью отменил лечение, состояние вновь ухудшилось: стал беспокойным, заламывал руки, высказывания были стереотипными.

За 1 год до настоящей госпитализации пациент стал жаловаться на появления множества мыслей в голове, стереотипно повторял одни и те же фразы. Был повторно госпитализирован в клиники НИИ психического здоровья. Психическое состояние характеризовалось наличием психических автоматизмов, выраженными специфическими для шизофрении нарушениями во всех сферах психической деятельности, но от лечения в первый же день отказался, так как врачом был предложен физикальный осмотр. Выписан с рекомендацией приема рисперидона в суточной дозе 6 мг/сут.

На фоне приема рисперидона пациент жаловался на скованность в нижней челюсти. Через 3 мес от начала его приема впервые появились насильственные

непроизвольные движения в нижней половине лица и области рта, возникавшие спонтанно, или провоцировались речевым актом. Речь пациента стала неразборчива. Мать отмечала улучшение речи утром после ночного сна. Опасаясь дальнейшего ухудшения состояния пациента, мать снизила дозу антипсихотика в 2 раза. Участковым психиатром пациенту был назначен бипериден в дозе 2 мг/сут. Уменьшения непроизвольных движений не произошло. Мать пациента отменила прием всех препаратов, инициировала консультацию невролога в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр неврологии», где был назначен амантадин 200 мг. Его прием не оказал ожидаемого терапевтического эффекта: непроизвольные движения нарастали. Психическое состояние пациента ухудшилось, стал более замкнут, выглядел угрюмым, отказывался выходить из дома, так как опасался удара по голове, подолгу замирал, смотря в окно. Без видимой причины вставал, перетапывался с ноги на ногу; сохранялись непроизвольные движения в области рта. В сопровождении матери был госпитализирован в отделение эндогенных расстройств НИИ психического здоровья.

Психический статус. Внешне выглядит опрятным, что связано с постоянным уходом со стороны матери, она меняет одежду пациенту и умывает его. Пациент напряжен, выглядит отстраненным, незаинтересованным в беседе с врачом. Выражение лица гипомимичное. Моторика замедлена, движения лишены пластичности, носят роботообразный характер. Во время беседы иногда совершает ритмичные покачивания торсом вперед-назад. Жестикаляция отсутствует. Целенаправленному контакту труднодоступен. Речь неразборчивая, что связано с непроизвольными движениями в области рта, которые провоцируются речевым актом. Для облегчения артикуляции пациент прикасается рукой к нижней челюсти, иногда быстро высовывает язык изо рта, как бы выталкивая его, также отмечаются непроизвольные движения в области глаз в виде частого моргания, нахмуривания бровей. На вопросы отвечает односложно и стереотипно: «да», «нет», «может быть».

Согласно информации, полученной от матери, пациент похудел на 9 кг из-за плохого аппетита, стал угрюмым, нарушился сон, опасается удара по голове, подолгу замирает в одной позе. Жаловался на множество мыслей в голове. Эпизодически видит перед глазами «картинки» и персонажей из мультфильмов. Испытывает отрывочные ощущения «вкладывания» чужих мыслей. Настроение снижено. Активных суицидальных мыслей и намерений не высказывает, в поведении суицидальных тенденций не демонстрирует.

рует. В отделении пребывает в пределах постели, либо ходит вперед-назад по палате, высоко поднимая ноги, останавливаясь на месте, перетаптывается с ноги на ногу.

Данные лабораторных обследований и осмотров специалистов соматического профиля. По данным электроэнцефалографического исследования, очаговых изменений, устойчивой межполушарной асимметрии, эпилептиформной активности, пароксизмальных форм активности не выявлено. По результатам магнитно-резонансной томографии данных за наличие изменений очагового и диффузного характера не выявлено. Заключение терапевта: хронический холецистит, стадия ремиссии. Осмотр невролога: наблюдаются непроизвольные открывание рта, искривление губ и щек, насильственная улыбка во время разговора; зажмуривает глаза либо нахмуривает брови, перебирает руками одежду, поглаживает волосы, сидя на стуле периодически шаркает ступнями. Заключение: «сочетанное проявление оромандибулярной дистонии и поздней дискинезии». Данные психометрического обследования: при поступлении, согласно PANSS, общий балл составил 113; общий балл AIMS – 20; по BARS – отсутствие акатизии; уровень комплаенса был оценен в 29 баллов.

Дифференциальная диагностика и обоснование диагноза. Непроизвольно возникающие насильственные движения [24] у пациента имеют хронический характер; возникли на фоне приема антипсихотика, сохраняются после его отмены. Отсутствуют иные причины развития данного состояния (оно не является вторичным расстройством основного заболевания), отсутствует наследственная отягощенность по случаям деменции при болезни Гентингтона. Двигательные акты имеют типичную локализацию с вовлечением мышц лица в виде сжимания челюстей и насильственной улыбки, наблюдающиеся во время речевого акта, иногда с использованием корректирующих жестов (прикосновение рукой к челюсти).

У пациента наблюдаются стереотипно повторяющиеся движение языка по типу «мухоловки», экспрессивные движения в виде частого моргания и двигательные акты с вовлечением нижней половины туловища (переминание с ноги на ногу, ходьба взад-вперед, имитация ходьбы стоя на месте, яктации). Их развитие находится в тесной связи с приемом антипсихотической терапии более 3 мес, движения сохраняются и после отмены препарата. Отсутствуют органические причины нарушений [25].

Несмотря на наличие у пациента двигательного беспокойства с вовлечением нижних конечностей, напоминающих объективный компонент акатизии, ключевым является отсутствие субъективного ком-

понента, а именно чувства внутреннего беспокойства, напряженности и непреодолимой потребности в движении и утомления, связанного с ним [26]. Нерегулярный прием антипсихотической терапии, нарушение режима дозирования и кратности приема, нарастание негативного симптомокомплекса в совокупности выступают как предрасполагающими факторами, так и отягощающими состояние. Нарастание негативных нарушений является в том числе следствием низкого комплаенса.

В данном случае имеет место быть сочетанное наличие нежелательных антипсихотик-индуцированных двигательных нарушений: тардивной дискинезии и тардивной оромандибулярной дистонии. Присутствует наследственная отягощенность по шизофрении со стороны отца. У пациента в подростковом возрасте заострились шизоидные черты, нарастали апатия и отсутствие целеустремленности в обучении с появлением депрессивных переживаний и последующей суицидальной попыткой, развитием галлюцинаторно-бредовой симптоматики и явлений психического автоматизма с микрокататоническими включениями. Далее помимо галлюцинаторно-бредовых переживаний по типу «клише» наблюдалось прогрессирование снижения энергетического потенциала и социальной аутизации с формированием эмоционально-волевого дефекта.

Заключительный клинический диагноз: «араноидная шизофрения, непрерывный тип течения. Сочетанное проявление нежелательных антипсихотик-индуцированных двигательных нарушений: тардивной дискинезии и тардивной оромандибулярной дистонии».

Терапевтическая тактика. Согласно современным представлениям [27], прием арипипразола реже является причиной поздней дискинезии относительно других антипсихотиков. Арипипразол в суточной дозе 7,5 мг стал препаратом выбора в данном клиническом случае. Также с целью восстановления речевых навыков пациенту был назначен курс занятий с дефектологом и рекомендован курс физиотерапии. От физиотерапии пациент отказался, поскольку любые прикосновения вызывают у него телесный дискомфорт и душевные страдания.

Динамика состояния. В результате занятий с дефектологом речь пациента стала более разборчивой, двигательные насильственные непроизвольные движения в области рта провоцировались только речевым актом. При выписке общий балл, согласно PANSS, снизился до 95, общий балл AIMS – до 12, уровень комплаенса по Шкале медикаментозного комплаенса увеличился до 37 баллов. Таким образом, в состоянии пациента наблюдалась

положительная динамика с уменьшением психопатологической симптоматики, патологических не-преднамеренных движений и повышением приверженности к терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай служит примером ситуации, когда несвоевременное выявление и попытки неадекватной коррекции антипсихотик-индуцированной тардивной дискинезии и тардивной дистонии привели к нарушению лечения, вплоть до отказа. Длительные перерывы в приеме поддерживающего лечения вели к ухудшению психического состояния и регоспитализациям, ухудшали качество жизни пациента и ложились бременем на семью. Диагностика и коррекция сочетанных тардивной дискинезии и тардивной дистонии с помощью индивидуального подбора антипсихотика позволили уменьшить выраженность их проявлений, повысить комплаенс и улучшить психическое состояние пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Е.Г., Даниленко О.А., Корнетова Е.Г., Семке А.В., Лобачева О.А., Гуткевич Е.В., Каткова М.Н. Комплаенс и его влияние на адаптацию пациентов с шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; (3): 18–23.
2. Семке А.В., Федоренко О.Ю., Лобачева О.А., Рахмазова Л.Д., Корнетова Е.Г., Смирнова Л.П., Микилев Ф.Ф., Щигорева Ю.Г. Клинические, эпидемиологические и биологические предпосылки адаптации больных шизофренией как основа персонализированного подхода к антипсихотической терапии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; (3): 19–25.
3. Иванов М.В., Костерин Д.Н. Эффективность антипсихотической терапии препаратами пролонгированного действия у больных шизофренией в долгосрочной перспективе. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; (3): 84–91. DOI: 10.26617/1810-3111–2017-3(96)-84-91.
4. Lacro J.P., Dunn L.B., Dolder C.R., Leckband S.G., Jeste D.V. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002; 63 (10): 892–909. DOI: 10.4088/jcp.v63n1007.
5. Chandra I.S., Kumar K.L., Reddy M.P., Reddy C.M. Attitudes toward medication and reasons for non-compliance in patients with schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2014; 36 (3): 294–298. DOI: 10.4103/0253-7176.135383.
6. Keefe R.S., Bilder R.M., Harvey P.D., Davis S.M., Palmer B.W., Gold J.M., Meltzer H.Y., Green M.F., Miller D.D., Canive J.M., Adler L.W., Marder T.C., Swartz M., Rosenheck R., Perkins D.O., Walker T.M., Stroup T.S., McEvoy J.P., Lieberman J.A. Baseline neurocognitive deficits in the CATIE schizophrenia trial. *Neuropsychopharmacology*. 2006; 31 (9): 2033–2046. DOI: 10.1038/sj.npp.1301072.
7. Phillips E.L. Patient compliance: New light on health delivery systems in medicine and psychotherapy. Hogrefe & Huber Publishers, 1988: 20.
8. Дубровская В.В., Корнетова Е.Г., Семке А.В., Иванова С.А., Аржаник М.Б., Головаха Н.Э. Клиническая динамика и социальная адаптация у пациентов с шизофренией и сопутствующим метаболическим синдромом. *Современная терапия психических расстройств*. 2019; (2): 17–21.
9. Higashi K., Medic G., Littlewood K.J., Diez T., Granström O., De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2013; 3 (4): 200–218. DOI: 10.1177/2045125312474019.
10. Иванова С.А. Фармакогенетика антипсихотик-индуцированной тардивной дискинезии у больных шизофренией. *Психическое здоровье*. 2018; 16 (4): 19–21. DOI: 10.25557/2074-014X.2018.04.19-21.
11. Klawans H.L., Tanner C.M., Goetz C.G. Epidemiology and pathophysiology of tardive dyskinesia. *Advances in Neurology*. 1988; 49: 185–197.
12. Meyer J.M. Forgotten but not gone: new developments in the understanding and treatment of tardive dyskinesia. *CNS Spectrums*. 2016; 21 (S1): 13–24. DOI: 10.1017/S1092852916000730.
13. Rana A.Q., Chaudry Z.M., Blanchet P.J. New and emerging treatments for symptomatic tardive dyskinesia. *Drug Design Development & Therapy*. 2013; 7 (7): 1329–1340. DOI: 10.2147/DDDT.S32328.
14. Charlson F.J., Ferrari A.J., Santomauro D.F., Diminic S., Stockings E., Scott J.G., McGrath J.J., Whiteford H.A. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study. *Schizophrenia Bulletin*. 2018; 44 (6): 1195–1203. DOI: 10.1093/schbul/sby058.
15. Browne S., Roe M., Lane A., Gervin M., Morris M., Kinsella A., Larkin C., Callaghan E.O. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*. 1996; 94 (2): 118–124. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb09835.x.
16. Cunningham Owens D.G. A Guide to the Extrapyramidal Side-Effects of Antipsychotic Drugs. University of Edinburgh, 2014: 383.
17. Stacy M., Jankovic J. Tardive tremor. *Movement Disorders*. 1992; 7 (1): 53–57. DOI: 10.1002/mds.870070110.
18. Психиатрия: национальное руководство; под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова; 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018: 1008.
19. World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental Disorders – Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO, 1993.
20. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987; 13 (2): 261–276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261.
21. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Washington DC: Us Department of Health, Education and Welfare: 1976.

22. Barnes T.R. A rating scale for drug-induced akathisia. *The British Journal of Psychiatry*. 1989; 154 (5): 672–676. DOI: 10.1192/bjp.154.5.672.
23. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации. СПб., 2007: 26.
24. Burke R.E., Fahn S., Jankovic J., Marsden C.D., Lang A.E., Gollomp S., Ilson J. Tardive dystonia: Late-onset and persistent dystonia caused by antipsychotic drugs. *Neurology*. 1982; 32 (12): 1335–1346. DOI: 10.1212/wnl.32.12.1335.
25. Dayalu P., Chou K.L. Antipsychotic-induced extrapyramidal symptoms and their management. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2008; 9 (9): 1451–1462. DOI: 10.1517/14656566.9.9.1451.
26. Гончарова А.А., Корнетова Е.Г., Корнетов А.Н., Семке А.В. Существует ли конституционально-морфологическая предрасположенность к акатизии у больных шизофренией, получающих антипсихотическую терапию? *Бюллетень сибирской медицины*. 2019; 18 (4): 36–43. DOI: 10.20538/1682-0363-2019-4-36-43.
27. Остроумова Т.М., Толмачева В.А., Остроумова О.Д., Парфенов В.А. Лекарственная тардивная дискинезия. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020; 12 (1): 81–86. DOI: 10.14412/2074-2711-2020-1-81-86.

Вклад авторов

Рахим Е.Г. – обследование и ведение пациента, написание статьи. Корнетова Е.Г. – разработка тактики ведения случая, написание статьи. Гончарова А.А. – участие в обследовании и ведении пациента, написание статьи. Корнетов А.Н. – написание статьи и проверка критически важного интеллектуального содержания. Семке А.В. – окончательное утверждение для публикации рукописи.

Сведения об авторах

Рахим Екатерина Георгиевна, канд. мед. наук, науч. сотрудник, отделение эндогенных расстройств, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0002-7261-3434.

Корнетова Елена Георгиевна, д-р мед. наук, вед. науч. сотрудник, отделение эндогенных расстройств, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ; консультант психиатр, СибГМУ, г. Томск. ORCID 0000-0002-5179-9727.

Гончарова Анастасия Александровна, мл. науч. сотрудник, отделение эндогенных расстройств, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0001-5260-5245.

Корнетов Александр Николаевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой фундаментальной психологии и поведенческой медицины, СибГМУ, г. Томск. ORCID 0000-0002-2342-7504.

Семке Аркадий Валентинович, д-р мед. наук, профессор, зам. директора по научной и лечебной работе, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0002-8698-0251.

(✉) Гончарова Анастасия Александровна, e-mail: goncharanastasya@gmail.com

Поступила в редакцию 28.12.2020

Подписана в печать 25.05.2021