

ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ

**Е.И. Иванникова¹, С.М. Крыжановский^{1*}, М.А. Самушия¹,
О.А. Ковешникова¹, А.Ф. Иволгин², Т.Ю. Авсейцева²**

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва,

²ФГБУ «3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России, Красногорск

PSYCHIATRIC DISORDERS IN CERVICAL DYSTONIA

**E. I. Ivannikova¹, S.M. Kryzhanovskiy^{1*}, M.A. Samushia¹,
O.A. Koveshnikova¹, A.F. Ivolgin², T. Yu. Avseitseva²**

¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia,

²FSBI "3rd Central Military Clinical Hospital named after A. A. Vishnevsky" of the Russian Ministry of Defense, Krasnogorsk,

Russia

E-mail: smk@inbox.ru

Аннотация

Цель исследования: выявить встречаемость психических расстройств и их структуру у пациентов с установленным диагнозом цервикальной дистонии (ЦД). **Материалы и методы.** На территории РФ в течение 2019 г. проведено не-интервенционное одноцентровое исследование в условиях реальной клинической практики с участием пациентов с диагностированной ЦД. В исследование включали пациентов по мере обращения в стационар, обследование проводилось в один визит. Данные собирали с помощью индивидуальной регистрационной карты. В исследование включали пациентов обоего пола старше (\geq) 18 лет с установленным диагнозом цервикальной дистонии, подписавших информированное согласие. Пациенты с ЦД были обследованы клинико-психопатологическим (с применением катамнестического метода), неврологическим и психометрическим (госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS; объективный опросник HAM-D; Торонтошкала алекситимики (TAS); опросник для оценки качества жизни SF-36) методами. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS Statistics 20. **Результаты.** Было отобрано 43 пациента, из которых данные 33 (76,8%) пациентов были включены в анализ. Исследуемую выборку ($n=33$) составили 26 (78.8%) пациентов женского пола, средний возраст больных составил (среднее арифметическое \pm CO) 40.5 ± 8.8 года, медиана – 38 лет. Высшее образование имели 17 (51,5%) больных, среднее – 15 (45,5%). Средний возраст появления первых симптомов был равен 35.18 ± 11.63 года, медиана – 33 года, средняя длительность заболевания – 4.89 ± 4.53 года, медиана – 3.0 года. Анализ психической патологии показал, что у 13 пациентов (39,4%) не выявлено значительных психопатологических симптомов, среди остальных пациентов на момент обследования депрессия с истероконверсионной симптоматикой в анамнезе диагностирована у 10 (30,3%), клинически выраженная тревога и депрессия – у 6 (18,2%), симптомы заболевания шизофренического спектра – у 4 (12,1%) пациентов. 15 (45.4%) пациентам требуется долгосрочная психофармакотерапия. Корреляционный анализ показал, что подшкала депрессии опросника HADS имела положительную корреляцию с подшкалой тревоги опросника HAD, а шкала алекситимики TAS, как и подшкала тревоги опросника HADS, имела отрицательную корреляцию на уровне тенденций с отдельными показателями шкал SF-36. **Заключение.** Результаты исследования позволяют сделать выводы о высокой частоте встречаемости психических расстройств у пациентов с ЦД. При статистической обработке данных было выявлено, что тревожные и депрессивные расстройства оказывают негативное влияние на показатели качества жизни пациентов с ЦД.

Ключевые слова: цервикальная дистония, тревога, депрессия.

Abstract

Purpose. To find out the rate of psychic disorders and their structure in patients with the established diagnosis of cervical dystonia (CD). **Material and methods.** It was a non-interventional, single-center, real-life clinical trial involving patients with diagnosed CD. The study was conducted on the territory of the Russian Federation during 2019. It included patients who came to the hospital; examination lasted during only one visit. Findings were collected using an individual registration card. Patients of both sexes over (\geq) 18 who had established CD diagnosis and signed an informed consent were taken into the study. Patients with CD were examined with the following diagnostic techniques: clinical psychopathologic examination (with catamnesis), neurological and psychometric examination (hospital scale of anxiety and depression, HADS, objective questionnaire HAM-D, Toronto alexithymia scale (TAS), questionnaire on the quality of life SF-36). Statistical processing was done with SPSS Statistics 20 software. **Results:** There were 43 patients in the study. Findings from 33 (76.8%) patients were included into the assessment. The study sample ($n = 33$) had 26 (78.8%) female patients; average age 40.5 ± 8.8 years, median 38 years. 17 (51.5%) patients had higher education; 15 (45.5%) - secondary education. The average age at the onset of the first symptoms was 35.18 ± 11.63 years, median - 33 years; the average duration of the disease was 4.89 ± 4.53 , median - 3.0 years. The analysis of mental pathology revealed that 13 patients (39.4%) had no significant psychopathological symptoms; the rest - at the moment of examination - had depression with hysterical conversion symptoms in the anamnesis (10 (30.3%) patients), clinically expressed anxiety and depression (6 (18.2%) patients), symptoms of schizophrenic spectrum (4 (12.1%) patients). 15 (45.4%) patients required long-lasting psychopharmacotherapy. The correlation

analysis showed that HADS depression subscale had positive correlation with HAD anxiety subscale, while TAS alexithmia scale - like HADS anxiety subscale - had negative correlation at the level of trends with individual indexes in SF36 scales. **Conclusion.** The obtained results allow to conclude that patients with CD have high rate of mental disorders. Data statistical processing demonstrated that anxiety and depressive disorders have negative impact at the quality of life of patients with CD.

Key words: cervical dystonia, anxiety, depression.

Ссылка для цитирования: Иванникова Е.И., Крыжановский С.М., Самушия М.А., Ковешникова О.А., Иволгин А.Ф., Авсейцева Т.Ю. Психическая патология при цервикальной дистонии. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2021; 3: 34-41.

Цервикальная дистония (ЦД) – двигательное расстройство, характеризующееся постоянными или прерывистыми мышечными сокращениями, приводящими к вынужденному положению головы и шеи, а также немоторными симптомами [1–3]. В клинической классификации ЦД представляет собой наиболее распространенную форму первичной фокальной дистонии [4, 5]. На данный момент в международной классификации МКБ-10 цервикальная дистония отнесена в категорию неврологических заболеваний G24 – «Дистония» и кодируется под шифром G24.3 [6]. Дистония занимает 2-3-е место среди всех форм двигательных расстройств.

Течение немоторных симптомов, таких как тревожность, депрессия и нарушения сна, зависит от психического статуса пациента и не зависит от течения моторных (двигательных) симптомов. Первые сенсорные феномены могут возникать за несколько месяцев до появления моторных признаков, однако ключевыми жалобами в ходе диагностики заболевания являются мышечные спазмы, насильственный поворот головы или трепет [1, 4].

Несмотря на то что лечение дистонии относится к неврологической практике, история изучения заболевания прошла несколько этапов. Первые описания патологии принадлежат античным мыслителям, которые относили ЦД к мышечной патологии [7]. В 19-м веке французский врач-психиатр Жан-Мартен Шарко впервые отнес проявления ЦД к психической патологии. Далее эту теорию развивали его последователи и ученики. Однако в 20-м веке немецкими неврологами было выдвинуто предположение об органических причинах возникновения симптомов. Ирвин Купер, основоположник нейрохирургической методики лечения двигательных расстройств при неврологических заболеваниях, проводит первые экспериментальные операции по поводу спастической кривошеи [8]. Эксперимент был прекращен из-за большого количества послеоперационных осложнений. К 1975 г. ЦД закрепилась в неврологической патологии, хотя уже были предприняты первые попыт-

ки комплексного подхода к лечению совместно с психиатрами.

В популяции больных с цервикальной дистонией вероятность возникновения психоэмоциональных расстройств, соответствующих критериям текущего или пожизненного диагноза психического заболевания любого типа, достигает 91.4% по сравнению с 35% в общей популяции [9]. Пожизненный риск возникновения психического неблагополучия, отвечающего диагностическим критериям депрессии, колеблется от 15% [10], а тревожных расстройств – от 26.4 до 83.3% в течение жизни [11].

Ряд данных свидетельствует о том, что расстройства настроения и тревожные расстройства являются неотъемлемой частью нейробиологии дистонии и не являются «случайно» возникающей сопутствующей ЦД психической патологией или психогенной (нозогенной) реакцией на двигательные симптомы ЦД [12]. Так, по данным ряда исследований, направленных на изучение нейробиологических нарушений при ЦД, в группе этих больных регистрируется увеличение плотности D2- и D3- рецепторов в полосатом теле и зрительной коре на противоположной пораженному телу стороне, а также снижение плотности D2- и D3- рецепторов в склерупе головного мозга. E. Zoons и соавт. (2013, 2017) отмечают, что снижение нейротрансмиттерного переносчика дофамина в хвостатом ядре, левом стриатуме связано с выраженностю тревожно-депрессивных расстройств и тяжестью моторных симптомов при ЦД [13, 14]. Тем не менее до настоящего времени нет однозначных данных о том, что системыmonoаминовых нейротрансмиттеров, участвующие в развитии аффективной и тревожной патологии, влияют на дистонию. Дофамин является ключевым нейротрансмиттером в моторной функции базальных ганглиев, а также в лимбических функциях, но изменения в дофаминовых рецепторах не проявляются при очаговых дистониях. Однако снижение активности дофамина действительно вызывает некоторые приобретенные и наследственные дистонии, например позднюю дистонию, вызванную антипсихо-

тическими препаратами, ДОПА-чувствительную дистонию, в патогенезе которой лежит дефицит GTP-циклогидролазы, и дистонию при болезни Паркинсона.

Одним из предположений, объясняющих высокую коморбидность ЦД с психической патологией, является вывод некоторых исследователей о том, что психические заболевания, часто предшествующие проявлениям двигательного расстройства при дистониях, особенно при ЦД, являются пусковыми факторами для развития моторной симптоматики при определенной предрасположенности¹. В 1998 г. T. Wenzel и соавт. [15] продемонстрировали, что расстройства настроения предшествуют ЦД у 53% пациентов, а тревожные расстройства предшествуют моторным симптомам в 68% случаев. Эти результаты были подтверждены в последующих работах E. Moraru и соавт. [16] и R. Lencser и соавт. [17] R. Lencser и соавт. (2009) обследовали 86 пациентов с очаговой дистонией, в том числе 81% с ЦД и 19% с блефароспазмом. В их выборке средний возраст начала психического заболевания составлял 24.3 ± 11.4 года против 42.5 ± 14.4 года для появления двигательных симптомов. Практически в каждом случае появление психиатрического диагноза, основанного на DSM-IV, предшествовало началу двигательного расстройства. Таким образом, неоднократное обнаружение расстройств настроения и тревожности до начала двигательного расстройства подчеркивает, что выявленные психические нарушения не могут быть просто реакцией на постановку диагноза ЦД и сопутствующие этому диагнозу проявления заболевания. Кроме того, соотношение 1: 1 мужчин и женщин с очаговой дистонией, которые соответствуют психиатрическому диагнозу [18], является еще одним признаком того, что психопатологические расстройства, вероятно, связаны с патофизиологией ЦД, так как в общей популяции

у женщин обычно в 2 раза чаще диагностируются тревожные депрессивные расстройства по сравнению с мужчинами [19].

Во многих исследованиях инвалидность у больных ЦД коррелирует с депрессией и тревогой [20]. В свою очередь, инвалидность существенно влияет на формирование стигмы, повседневную активность, социальную жизнь, физическое функционирование больных ЦД [21].

Таким образом, исследование клинического спектра психической патологии, коморбидной ЦД, разработка методов ранней диагностики и эффективной терапии могут значимо улучшить качество жизни больных ЦД.

Основная цель исследования — описать популяцию и выявить встречаемость психических расстройств, а также их структуру у пациентов с установленным диагнозом цервикальной дистонии.

Материалы и методы

На территории РФ в течение 2019 г. проведено неинтервенционное одноцентровое исследование в условиях реальной клинической практики с участием пациентов с диагностированной цервикальной дистонией (ЦД). В исследование включали пациентов по мере обращения в стационар, обследование проводилось в один визит. Данные собирали с помощью индивидуальной регистрационной карты.

В исследование включали пациентов обоего пола старше (≥ 18) лет с установленным диагнозом цервикальной дистонией. Все пациенты дали согласие на сбор и анализ данных. Для описания популяции исследования анализировались следующие данные: демографические (возраст, пол), социальный статус (работает/не работает, семейное положение); анамнез пациента, включая анамнез ЦД; данные физического обследования; сопутствующие заболевания, сопутствующая терапия (вид, доза); неврологическое обследование: оценка по шкалам госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, объективный опросник HAM-D, Торонтская шкала алекситимии (TAS), опросник для оценки качества жизни SF-36; клинико-психопатологическое обследование (с применением катамнестического метода), комплаенс приема.

Сторону спастической кривошеи определяли по стороне вовлеченной грудино-ключично-сосцевидной мышцы. По результатам обследования и тестирования должны были быть выделены группы пациентов в зависимости от превалирования психического симптомокомплекса. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS Statistics 20. Никакие из-

¹Пациенты с аутосомно-доминантной генерализованной изолированной дистонией с детским началом (DYT1) демонстрируют умеренно повышенный риск развития рекуррентного депрессивного расстройства, который становится статистически значимым в сочетании с распространностью рекуррентной депрессии у непроявленных носителей мутации по сравнению с лицами без мутаций[Heiman GA, Ottman R, Saunders-Pullman RJ, Ozelius LJ, Risch NJ, Bressman SB // Increased risk for recurrent major depression in DYT1 dystonia mutation carriers. Neurology. 2004 Aug 24; 63(4):631-7.19]. Исследования распространности, основанные на больших выборках пациентов с различными дистониями, показывают увеличение сопутствующих психических заболеваний по сравнению с подобраными случаями или контрольной группой населения [Nonmotor manifestations of dystonia: a systematic review. Kuypers DJ, Parra V, Aerts S, Okun MS, Kluger BM Mov Disord. 2011 Jun; 26(7):1206-17].

меряемые показатели и статистические гипотезы предварительно не определялись, чтобы ограничить риск ложноположительных результатов за счет возможной высокой вариабельности и разнообразия изучаемых данных. Для непрерывных переменных были рассчитаны средние значения, стандартное отклонение (СО), 95% доверительный интервал (ДИ), медиана, минимальное (мин.) и максимальное (макс.) значения. Для дискретных переменных были рассчитаны показатели частоты, процентное содержание и 95% ДИ (точный ДИ для бинарных переменных с использованием метода Клоппера–Пирсона, ДИ для полиномиальных переменных с использованием метода Сисона и Глаца). Принимая во внимание дизайн исследования и определение неинтервенционного исследования, пропущенные данные для первичного анализа не заменялись. В тексте публикации количественные данные представлены в виде среднего арифметического \pm СО, медиана, качественные – в виде количеств наблюдений (доля в процентах от общего количества наблюдений).

Результаты и обсуждение

В исследование было включено 43 пациента, из которых 33 (76.8%) пациента составили основную выборку исследования, данные 10 (23.2%) пациентов не были проанализированы в связи с отказом пациентов пройти полное тестирование по шкалам или отказом пройти консультацию психиатра в стационаре.

Основную выборку исследования составили 33 пациента с ЦД, из них 26 (78.8%) женщин и 7 (21.2%) мужчин, средний возраст больных составил (среднее арифметическое \pm СО) 40.5 ± 8.8 года, медиана – 38 лет. Высшее образование имели 17 (51.5%) больных, среднее – 15 (45.5%). У 4 (12.1%) пациентов зарегистрированы неврологические заболевания у ближайших родственников: у 3 пациентов дети с ДЦП и синдромом Дауна, у одного пациента у матери также диагностирована цервикальная дистония. Подробная характеристика пациентов представлена в табл. 1.

В табл. 2 представлено описание анамнеза и терапии ЦД. 30 пациентам (91%) ботулинотерапия проводилась до включения в исследование 3.7 ± 2.8 раза (медиана 3 раза) с интервалом 4.9 ± 2.6 мес (медиана 4 мес), среднее время от появления первых симптомов до назначения первой ботулинотерапии составило 2.3 ± 2.4 года (медиана 1 год).

Анализ данных популяции по шкалам выявил: средние значения (данные представлены в виде средней арифметической \pm СО, медиана)

Таблица 1

Исходные характеристики основной популяции ($n = 33$)

Возраст, годы	
Среднее (СО)	40.5 (8.8)
Медиана (мин.-макс.)	38.0 (23.0-66.0)
Пол	
Мужской	7 (21.2%)
Женский	26 (78.8%)
Образование	
Среднее	17 (51.5%)
Высшее	15 (45.5%)
Ученая степень	1 (3.0%)
Семейное положение	
Холост	5 (15.2%)
Разведен	8 (24.2%)
Вдова/вдовец	2 (6.1%)
Женат/ замужем	18 (54.5%)
Статус работы	
Не работает	12 (36.4)
Работает	12 (36.4)
Не известно	9 (27.3%)
Наличие диагностированных психических и неврологических заболеваний у родственников	
Неврологические заболевания	4 (12.1%)
Психические заболевания	6 (18.2%)
Анамнестические данные	
Травма при рождении (родовая травма)	9 (27.3%)
Травма шеи	2 (6.1%)
Злоупотребление алкоголем	12 (36.4%)
Потребление медицинских ресурсов*	
Количество врачей, у которых наблюдается пациент, среднее количество (медиана)	5
Наблюдение у невролога	33 (100%)
Наблюдение у психиатра	15 (45.4%)
Наблюдение у терапевта	17 (51.5%)
Другое (эндокринолог, хирург гастроэнтеролог, ЛОР, кардиолог и др.)	33 (100%)

Данные представлены: количество пациентов (доля в процентах), среднее арифметическое \pm стандартное отклонение. * – возможность множественного выбора.

по субшкале тревоги HADS 9.12 ± 4.83 , 8.0, HADS по субшкале депрессия 6.33 ± 3.56 , 6, по данным HAM-D 7.1 ± 3.33 , 7.5; средний балл по TAS соответствовал 64.18 ± 11.9 , 65. Анализ корреляций показал, что подшкала депрессии опросника HADS имела положительную корреляцию с подшкалой

Таблица 2
Характеристика заболевания ЦД и лечения у пациентов на момент включения в исследование (n=33)

Возраст появления первых симптомов, годы		
Среднее (CO)	35.18 (11.63)	
Медиана (мин.-макс.)	33.0 (17.0-62.0)	
Длительность заболевания		
Среднее (CO)	4.89 (4.53)	
Медиана (мин.-макс.)	3.0 (0.5-18.0)	
Время от момента появления первых симптомов до постановки диагноза		
Среднее (CO)	4.43 (2.75)	
Медиана (мин.-макс.)	4.5 (1.0-12.0)	
Наличие корректирующего жеста		
Да	20 (60.6%)	
Нет	13 (39.4%)	
Сторона		
Левая	12 (36.4)	
Правая	20 (60.6%)	
Двухсторонняя	1 (3.0%)	
Учреждение, в котором поставлен диагноз		
Поликлиника	12 (36.4)	
Стационар	3 (9.1%)	
Научный центр (кафедра, специализированный центр)	11 (33.3)	
Коммерческий центр	4 (12.1%)	
Болевой синдром		
Ежедневно испытывают боль	31 (93.9%)	
Средняя интенсивность боли по 10 - балльной шкале, среднее (CO), медиана	3.63 (2.1), 3.0	
Прием обезболивающих	26 (78.7%)	
Среднее количество приемов обезболивающих в неделю, среднее (CO), медиана	1.5 (1.3), 1.0	
Фармакотерапия ЦД в анамнезе (за исключением ботулинического токсина)*		
Противоэpileптические (клоназепам)	14 (42.4%)	
НПВП	13 (39.3%)	
Миорелаксанты	7 (21.2%)	
Ноотропы	2 (6.1%)	
Антидепрессанты	2 (6.1%)	
Данные представлены: количество пациентов (доля в процентах), среднее арифметическое ± стандартное отклонение. * – возможность множественного выбора. НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.		

тревоги опросника HADS (r -Пирсона=0.672, p =0.002), TAS (r -Пирсона=0.583, p =0.009) и отрицательную корреляцию с баллами SF-36 GH

(общее состояние здоровья) (r -Пирсона=-0.580, p =0.009) и SF-36 VT (жизненная активность) (r -Пирсона=-0.543, p =0.016). Шкала алекситимии TAS имела отрицательную корреляцию на уровне тенденций: SF-36 SF (социальное функционирование) (r -Пирсона=-0.395, p =0.094), SF-36 RE (ролевое функционирование) (r -Пирсона=-0.410, p =0.81).

Подшкала тревоги опросника HADS имела отрицательную корреляцию с SF-36 GH (общее состояние здоровья) (r -Пирсона=-0.456, p =0.050), SF-36 VT (жизненная активность) (r -Пирсона=-0.525, p =0.021), SF-36 SF (социальное функционирование) (r -Пирсона=-0.731, p =0.0003), SF-36 RE (ролевое функционирование) (r -Пирсона=-0.569, p =0.011), MH (психическое здоровье).

В ходе клинико-психопатологического обследования в общей популяции были выделены 4 группы: с отсутствием психопатологических симптомов, пациенты с диагностированной депрессией с истероконверсионной симптоматикой, пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами и пациенты с симптомами заболевания шизофренического спектра.

У 13 пациентов (39.4%) первой группы не выявлено значительных психопатологических симптомов. В ходе клинико-психопатологического катамнестического обследования были обнаружены признаки соматизированных реакций вслед за стрессовыми жизненными событиями в анамнезе (дебют гипертонической болезни у 4 пациентов, стоматологические заболевания (пародонтоз) у 1 пациента, обострение заболевания ЖКТ у 6 пациентов). Первые симптомы ЦД в этой группе больных дебютировали в течение первого месяца после значимого события (смерть родственника, финансовые потери, увольнение с работы и т.д.), однако выраженных психоэмоциональных нарушений не отмечалось. Средний возраст этих больных составил 46.9 ± 11.4 года, 45 лет, возраст появления первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы – 40.5 ± 12.8 года, 36 лет. По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группе достигали 5 ± 1.7 , 5; HADS по шкале депрессия – 3.5 ± 1.3 , 4; по данным HAM-D – 3.7 ± 1.4 , 4; средний бал по TAS соответствовал 54.7 ± 5.7 , 54.

У 10 пациентов (30.3%) второй группы в ходе клинико-психопатологического обследования были выявлены признаки клинической депрессии с полиморфными истероконверсионными расстройствами в анамнезе. У всех пациентов этой группы с подросткового возраста отмечались психогенно-провоцированные тревожно-

фобические, ипохондрические и аффективные реакции, в клинической картине которых отмечались истероконверсионные двигательные (нижняя параплегия, явления астазии-абазии), сенсорные (в виде анестезии, гипо- и гиперестезии, истералгии и др.) симптомы и расстройства вегетативных функций, имитирующие соматические и неврологические заболевания. В большинстве случаев формированию такой симптоматики предшествовали так называемые «удары судьбы»: разрыв любовных отношений или смерть близких, утрата работы, финансовой и психологической поддержки и т.п. Средний возраст этих больных составил 36.5 ± 4.5 года (медиана 36.5 года), возраст появления первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы - 32 ± 3.6 года (медиана 32.5 года). По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группе достигали 11.8 ± 3 (медиана 11.5), HADS по шкале депрессия – 7.6 ± 1.5 (медиана 8), по данным HAM-D – 8.5 ± 2.3 (медиана 9); средний балл по TAS соответствовал 65.5 ± 7.9 (медиана 65.5). У пациентов второй группы после появления моторных симптомов ЦД и постановки неврологического диагноза прослеживалось снижение представленности истероконверсионных расстройств и снижение частоты формирования аффективных нарушений.

У 6 пациентов (18,2%) третьей группы в ходе клинико-психопатологического обследования были выявлены признаки клинически значимой депрессии и тревоги. Средний возраст этих больных составил 37.3 ± 5.6 года (медиана 37 лет), возраст появления первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы – 32.3 ± 8.5 года (медиана 33.5 года). По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группе достигали 12.2 ± 2.5 (медиана 12.5), HADS по шкале депрессия – 6.7 ± 2.7 (медиана 6.5), по данным HAM-D – 8 ± 1.7 (медиана 8.5); средний балл по TAS соответствовал 72.5 ± 4.5 , 73. В ходе клинико-анамнестического исследования было выявлено уклоняющееся и избегающее поведение в анамнезе с формированием тревожных реакций на значимые стрессовые события. На фоне утяжеления симптомов ЦД отмечалось усиление сенситивных черт в характере, избегающее поведение, что приводило к стойкой социальной дезадаптации пациентов этой группы.

У 4 пациентов (12.1%) четвертой группы были диагностированы психические заболевания шизофренического спектра, которые не обнаруживали какого-либо параллелизма с течением ЦД: у 2 пациентов диагностировано шизоаффективное расстройство, по поводу которого они

наблюдались у психиатра амбулаторно и госпитализировались в психиатрический стационар в добровольном порядке; у 2 пациентов – приступообразная шизофрения, диагностированная в подростковом возрасте (в обоих случаях госпитализация в психиатрический стационар происходила в недобровольном порядке). Средний возраст этих больных составил 34.0 ± 2.33 года, возраст появления первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы – 30.0 ± 1 , 29.5 года. По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группе достигали 11.2 ± 0.4 (медиана 11); HADS по шкале депрессия – 12 ± 1.5 , 13; по данным HAM-D – 10.5 ± 0.75 , 10; средний балл по TAS соответствовал 79.2 ± 1.1 , 80.

Фокальные дистонии (ФД) относятся к числу наиболее широко распространенных форм двигательных расстройств: они встречаются в популяции у 30–60 человек на 100 000 населения и манифестируют обычно в возрасте старше 40 лет. В силу прогрессирования двигательного дефекта и нарастающей инвалидизации пациентов ФД представляют собой важнейшую проблему современной клинической неврологии [22]. В данном исследовании средний возраст появления первых симптомов был равен 35.18 ± 11.63 года, медиана – 33 года, средняя длительность заболевания – 4.89 ± 4.53 года, медиана – 3.0 года.

Основная цель исследования – оценить встречаемость и структуру психопатологических синдромов у пациентов с ЦД. Полученные данные свидетельствуют о высокой встречаемости – только у 13 пациентов (39,4%) не выявлено значительных психопатологических симптомов, у остальных пациентов были выявлены: превалирование депрессии с истероконверсионной симптоматикой (у 10 (30,3%) пациентов), наличие тревоги и депрессии (у 6 (18,2%) пациентов), заболевания шизофренического спектра (у 4 (12,1%) пациентов). 15 (45,4%) пациентам требуется постоянная помощь психиатра. По данным литературы, психические нарушения при СД могут встречаться более чем у 50% пациентов. Так, из 89 пациентов у 57,3% были диагностированы нарушения: наиболее часто встречались нарушения настроения и тревога – у 21,3% пациентов, нарушение адаптации и обсессивно-компульсивные расстройства наблюдались у 8,9 и 3,3% пациентов соответственно [23]. Также в исследованиях было показано, что среди пациентов с дистонией уровень качества жизни больше коррелировал с депрессией, тревогой и астенией, чем с тяжестью дистонии [24]. В настоящее время немоторные симптомы (НМС) признаны ключевым фактором, определяющим качество

жизни и инвалидность при двигательных расстройствах. НМС все чаще регистрируются при других двигательных расстройствах, включая все формы дистонии. Поскольку дистония рассматривается как спектр состояний, а не как единое целое, разделение немоторной феноменологии ЦД представляет определенные сложности. Наиболее распространенными НМС, связанными с ЦД, являются тревога, депрессия, проблемы со сном, боль и сексуальная дисфункция [25]. Хотя некоторые немоторные особенности могут быть связаны с двигательными нарушениями и последующей инвалидностью, многие из них, такие как депрессия и тревога, не зависят от двигательной дисфункции и продолжительности заболевания, что позволяет предположить, что они могут быть основными фенотипическими компонентами этого состояния [26].

Ограничения исследования

Следует отметить, что основной целью исследования было получить детальный анализ спектра психопатологических синдромов у пациентов с ЦД, в связи с чем исследование было проведено в ограниченной популяции, что не позволяет экстраполировать полученные результаты на популяцию в целом. Сбор некоторых данных (даные о начале заболевания, анамнез жизни) проводился со слов пациентов без объективных данных (со стороны родственников и близких).

Заключение

Результаты исследования позволяют сделать вывод о высокой частоте встречаемости психических расстройств у пациентов с ЦД. При статистической обработке данных было выявлено, что тревожные расстройства оказывают негативное влияние на показатели качества жизни пациентов с ЦД. Таким образом, можем утверждать о необходимости мультидисциплинарного подхода в лечении цервикальной дистонии [27-32]. В перспективе исследования представляется целесообразным расширение исследуемой выборки и повторный статистический анализ данных полученной выборки с целью уточнения распространенности и структуры психической патологии на фоне прохождения терапии.

Литература

- Defazio G et al. Epidemiology of Primary Dystonia. // Lancet Neurol. – 2004. – V.3 (11). – P. 673-678. doi:10.1016/s1474-4422(04)00907-x.
- Tarsy D, David KS. Dystonia. //NEJM. – 2006. – V 355(8). – P. 818-829. doi:10.1056/nejmra055549.
- Steeves TD et al. The Prevalence of Primary Dystonia: A Systematic Review and Meta-Analysis. //Movement Disorders. – 2012. – V.27 (14). – P. 1789-1796. doi:10.1002/mds.25244.
- Gusev G.I., Geht A.B. Клинические рекомендации по диагностике и лечению дистонии. Всероссийское общество неврологов. – 2014. [Gusev G.I., Geht A.B. Clinical recommendations for the diagnosis and dystonia treatment. Russian Neurologist's society. – 2014. In Russian]
- Stacy M. Idiopathic cervical dystonia: An overview. // Neurology. – 2000. – V.55. – P. 2-8.
- Munts AG, Koehler PJ. How Psychogenic Is Dystonia? // Views from Past to Present. Brain. – 2010. – V.133(5). – P. 1552-1564. doi:10.1093/brain/awq050.
- Newby, Rachel E., et al. A History of Dystonia: Ancient to Modern //Movement Disorders Clinical Practice. – 2017. – V.4. – P. 478-485. doi:10.1002/mdc3.12493.
- Cooper I. S. Dystonia musculorum deformans: natural history and neurosurgical alleviation //The Journal of pediatrics. – 1969. – T. 74. – №. 4. – C. 585-592. doi:10.1016/s0022-3476(69)80042-9.
- Gündel H. et al. Social phobia in spastic torticollis //Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. – 2001. – T. 71. – №. 4. – C. 499-504.
- Ozel Kizil E. T. et al. Secondary social anxiety in hyperkinesias //Movement disorders. – 2008. – T. 23. – №. 5. – C. 641-645.
- Gündel H. et al. High psychiatric comorbidity in spastic torticollis: a controlled study //The Journal of nervous and mental disease. – 2003. – T. 191. – №. 7. – C. 465-473.
- Zurowski M. et al. Psychiatric comorbidities in dystonia: emerging concepts //Movement Disorders. – 2013. – T. 28. – №. 7. – C. 914-920.
- Zoons E, Tijssen MAJ. Pathologic Changes in the Brain in Cervical Dystonia Pre- and Post-Mortem — a Commentary with a Special Focus on the Cerebellum //Exp Neurol. – 2013. – V.247. – P. 130-133. doi:10.1016/j.expneurol.2013.04.005.
- Zoons E et al. Lower Serotonin Transporter Binding in Patients with Cervical Dystonia Is Associated with Psychiatric Symptoms //EJNMMI Research. – 2017. – V.7(1). doi:10.1186/s13550-017-0338-4.
- Wenzel T. et al. Psychiatric comorbidity in patients with spastic torticollis //Journal of psychosomatic research. – 1998. – T. 44. – №. 6. – C. 687-690.
- Moraru E, Schnider P, Wimmer A, Wenzel T, Birner P, Griengl H, Auff E Depress Anxiety. Relation between depression and anxiety in dystonic patients: implications for clinical management. – 2002. – V. 16(3). – P. 100-103.
- Lencer R, Steinlechner S, Stahlberg J, Rehling H, Orth M, Baeumer T, Rumpf HJ, Meyer C, Klein C, Muenchau A, Hagenah J J. Primary focal dystonia: evidence for distinct neuropsychiatric and personality profiles //Neurology Neurosurg Psychiatry. – 2009. – V. 80(10). – P. 1176-1179.
- Yang J, Shao N, Song W, Wei Q, Ou R, et al. (2017) Nonmotor symptoms in primary adult-onset cervical dystonia and blepharospasm. Brain Behav. 2017 Feb; 7(2): e00592. Published online 2016 Dec 18. doi: 10.1002/brb3.59
- Kessler R. C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey //Archives of general psychiatry. – 1994. – T. 51. – №. 1. – C. 8-19.
- Tomic S. et al. Cervical dystonia and quality of life //Acta Neurologica Belgica. – 2016. – T. 116. – №. 4. – C. 589-592.
- J van den Dool, M A J Tijssen, J H T M Koelman, R H H Engelbert, B Visser Determinants of disability in cervical dystonia Parkinsonism Relat Disord. – 2016. – V. 32. – P.48-53.
- Орлова О.Р. Фокальные дистонии: современные подходы к диагностике и возможности ботулотерапии //Нервные болезни. – 2016. – Том 4. – С. 3-12.
- Fabbrini G. et al. Psychiatric disorders in adult onset focal dystonia: a case control study //Movement Disorders. – 2010.

- Т. 25. — №. 4. — С. 459-465.
24. Soeder A. et al. Mood and energy determinants of quality of life in dystonia //Journal of neurology. — 2009. — Т. 256. — №. 6. — С. 996-1001.
25. Ray S., Pal P. K., Yadav R. Non-motor symptoms in cervical dystonia: A review//Annals of Indian Academy of Neurology. — 2020. — Т. 23. — №. 4. — С. 449.
26. Urso D., Leta V., Chaudhuri K. R. Non-motor symptoms in cervical dystonia: A concept in evolution //Annals of Indian Academy of Neurology. — 2020. — Т. 23. — №. 4. — С. 428. doi: 10.4103/aian.AIAN_287_20.
27. Defazio G. et al. Is tremor in dystonia a phenotypic feature of dystonia? //Neurology. — 2015. — Т. 84. — №. 10. — С. 1053-1059. doi:10.1212/wnl.0000000000001341.
28. Hertenstein E. et al. Sleep in patients with primary dystonia: A systematic review on the state of research and perspectives //Sleep medicine reviews. — 2016. — Т. 26. — С. 95 - 107. doi:10.1016/j.smrv.2015.04.004.
29. Hwang W. J. et al. The long-term response to levodopa in dopa-responsive dystonia //Parkinsonism & related disorders. — 2001. — Т. 8. — №. 1. — С. 1-5. doi:10.1016/s1353-8020(00)00084-5.
30. Jain S., Lo S. E., Louis E. D. Common misdiagnosis of a common neurological disorder: how are we misdiagnosing essential tremor? //Archives of neurology. — 2006. — Т. 63. — №. 8. — С. 1100-1104. doi:10.1001/archneur.63.8.1100.
31. Kaji R. et al. Tonic vibration reflex and muscle afferent block in writer's cramp //Annals of neurology. — 1995. — Т. 38. — №. 2. — С. 155-162. doi:10.1002/ana.410380206.
32. Stein M. B. et al. Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease //The American journal of psychiatry. — 1990. — Т. 147 — С. 212-220. doi 10.1176/ajp.147.2.217