

УДК [615.03:616.895.87-08](045)

Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Каримов А.Х., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Резюме: В последнее десятилетие наблюдается беспрецедентное продвижение новых антипсихотических лекарственных средств. Также как и их предшественники – нейролептики – атипичные антипсихотики эффективно устраняют бредовые расстройства, галлюцинации, дезорганизацию мышления и другие клинические проявления психозов. По сравнению с предыдущими поколениями препаратов, атипичные антипсихотики в меньшей степени способны вызывать экстрапирамидные симптомы и обладают большей клинической эффективностью.

Традиционные антипсихотические средства эффективны в отношении острой ажитации и в контролировании позитивных симптомов и, вместе с тем, малоэффективны в отношении когнитивных расстройств и негативных симптомов при шизофрении. Атипичные антипсихотики, напротив, обладают весьма широким спектром эффективности, позволяя лечить как позитивные, так и негативные симптомы, а также когнитивные расстройства. Исходя из их высокой эффективности, атипичные антипсихотики быстро внедряются в широкую клиническую практику.

Ключевые слова: шизофрения, антипсихотическая терапия, эффективность.

Mirzaev A.A., Agranovskiy M.L., Karimov A.Kh., Muminov R.K.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

EFFICIENCY OF THERAPY IN PATIENTS WITH

SCHIZOPHRENIA

Resume: The past decade has seen unprecedented advances in new antipsychotic drugs. As well as their predecessors - neuroleptics - atypical antipsychotics effectively eliminate delusional disorders, hallucinations,

disorganized thinking and other clinical manifestations of psychosis. Compared to previous generations of drugs, atypical antipsychotics are less likely to cause extrapyramidal symptoms and have greater clinical efficacy.

Conventional antipsychotics are effective for acute agitation and in controlling positive symptoms, while they are ineffective for cognitive impairment and negative symptoms in schizophrenia. Atypical antipsychotics, on the contrary, have a very wide spectrum of efficacy, allowing the treatment of both positive and negative symptoms, as well as cognitive disorders. Based on their high effectiveness, atypical antipsychotics are rapidly being introduced into widespread clinical practice.

Key words: schizophrenia, antipsychotic therapy, effectiveness.

Введение. Антипсихотическая терапия со временем формирования научной психиатрии всегда занимала ключевое место в системе лечения больных шизофренией[3]. В донейролептический период в качестве симптоматических средств при купировании психозов применялись в основном препараты растительного происхождения (красавка, белена, опиаты), бромиды, внутривенное введение кальция и наркотический сон. В конце 40-х годов XX века стали использоваться соли лития и антигистаминные средства. На фоне такой «антипсихотической» фармакотерапии успехи нелекарственных методов – инсулинокоматозной и электросудорожной терапии, а также психохирургии (лейкотомия) выглядели более значительными[1]. Синтез и последующее изучение в начале 50-х годов хлорпромазина ознаменовали открытие психофармакологической эры в истории лечения психических заболеваний[4]. Связав развитие антипсихотического и экстрапирамидного эффектов у этих препаратов в единое целое, J. Delay и P. Deniker предложили для обозначения нового класса медикаментов термин «нейролептик», в буквальном переводе с греческого означающий «берущий, схватывающий нервную систему».

В 1958 г., наряду с другими нейролептиками фенотиазиновой структуры (трифлуоперазин, тиопроперазин и др.), появился галоперидол, один из мощнейших антипсихотиков и родоначальник группы бутирофенонов; в 1966 г. – сульпирид, родоначальник группы бензамидов и наиболее яркий представитель дезингибирующих нейролептиков; в 1968 г. – клозапин, родоначальник группы атипичных нейролептиков, препарат, практически не вызывающий экстрапирамидных побочных эффектов, и в конце 80–х – начале 90–х годов другие атипичные нейролептики – препараты, обладающие значительно более высокой переносимостью (прежде всего в неврологической сфере) и способные корректировать негативную симптоматику у больных шизофренией – рисперидон, оланzapин, кветиапин, амисульприд, зипразидон и арипипразол[2]. Появление антипсихотических средств, не вызывающих экстрапирамидных побочных явлений, поставило под сомнение сам термин «нейролептик» в понимании французских авторов. Безусловно, с современных позиций правильнее было бы обозначить эту группу психотропных препаратов, как антипсихотики по их основному клиническому действию.

Открытие и широкое внедрение в практику нейролептической терапии привело к радикальным изменениям в лечении и содержании больных шизофренией: лечение большинства клинических форм стало возможным во внебольничных условиях, а содержание в психиатрических стационарах стало приближаться к общемедицинским нормам[4]. Перенос центра тяжести терапевтического процесса в амбулаторную практику позволил более успешно сочетать фармакотерапию с социореабилитационными и психотерапевтическими методами воздействия, обеспечивая тем самым единство биологического и психосоциального подходов в лечении и не вырывая больного из привычной ему социально–семейной среды.

Цель исследования. Целью настоящего исследования была попытка оценки значения нежелательных явлений, развивающихся при применении клозапина, рисперидона, оланzapина и кветиапина для эффективности купирующей терапии шизофрении.

Материалы и методы исследования. Обследовали 434 больных шизофренией, протекающей с преобладанием продуктивной симптоматики в состоянии обострения или острых приступов заболевания.

Результаты исследования. Основное внимание в настоящем исследовании было сосредоточено на изучении влияния развивающихся в процессе терапии нежелательных явлений на ее эффективность. Как показал анализ изученного материала, побочные эффекты и осложнения могли значительно снижать эффективность лечебного процесса из-за необходимости пересмотра схемы лечения. Во-первых, некоторые нежелательные явления представляли определенного рода угрозу для соматического состояния больных.

В этих случаях пересматривать схему лечения приходилось по «жизненным показаниям». Во-вторых, при развитии побочных эффектов больные могли испытывать в той или иной степени дискомфорт, ухудшающий их общее состояние. Эти нежелательные явления не представляли опасности для здоровья, однако их появление иногда требовало пересмотра схемы лечения по этическим соображениям. Эффективность лечебного процесса в этом случае также снижалась из-за затруднения формирования терапевтического сотрудничества, негативного отношения больных к приему лекарств. В-третьих, побочные эффекты могли вызывать негативное отношение к лечению родственников, их вмешательству в процесс терапии и даже отказу от ее продолжения.

Отмеченные в проведенном исследовании опасные для здоровья (жизни) осложнения развивались как последствие типичных побочных эффектов нейролептиков, которые сами по себе угрозы не представляли. К

таким осложнениям в обследованной выборке относились пневмонии и ортостатические коллапсы. Других осложнений, в т.ч. развивающихся вследствие повышенной индивидуальной чувствительности (злокачественный нейролептический синдром, поражение крови, печени, сердца и др.), отмечено не было, возможно, из-за относительно небольшой численности обследованных больных.

Развитие пневмоний было отмечено у 4 больных, принимавших клозапин (3,8%). Им всем назначались высокие дозы нейролептика (400-550 мг/сут). Эти пациенты входили в группу шизофрении, протекающей в форме приступов, а их состояние характеризовалось развернутыми острыми психозами с выраженным возбуждением, негативизмом, агрессией и отказом от принятия медицинской помощи. Во всех случаях проводилось быстрое наращивание дозы нейролептика в пределах 2-5 дней до обозначенной выше. Пневмония проявлялась на 5-й - 7-й дни терапии.

Она развивалась по аспирационному и гипостатическому механизмам из-за аспирации слюны при выраженной гиперсаливации (2-3 балла по шкале UKU) и ограничения подвижности больных вследствие длительного медикаментозного сна или механической фиксации. Проведение специфического лечения во всех случаях приводило к быстрому разрешению осложнения без каких-либо дальнейших последствий, в т.ч. отдаленных, для здоровья больных.

При приеме рисперидона, оланzapина, кветиапина или типичных нейролептиков развития пневмоний отмечено не было. Статистически значимых различий между группами не выявлялось, что, однако, могло быть связано с редкостью данного осложнения при относительной малочисленности изученной выборки. Необходимо отметить, что ранее лишь единичные авторы сообщали о возможности развития пневмоний при проведении терапии типичными нейролептиками [1]. Механизм ее развития связывался со снижением двигательной активности больных,

нарушением глотания и кашлевого рефлекса, но не с гиперсаливацией. Наблюдений пневмоний при приеме атипичных нейролептиков в литературе не приводится.

Вывод. Таким образом, высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического действия, гармоничное влияние как на позитивную, так и на негативную психопатологическую симптоматику, отсутствие экстрапирамидных побочных эффектов и безопасность применения препарата позволяет рекомендовать кветиапин в качестве действенного средства для длительного лечения острых психотических состояний у больных шизофренией и шизоаффективным психозом.

Все эти свойства кветиапина обеспечили его достаточно большой удельный вес в рутиной клинической практике терапии шизофрении и шизоаффективных расстройств, увеличение которого сдерживалось фармакоэкономическими характеристиками препарата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1.Аграновский М.Л. Социально-трудовая реадаптация больных приступообразной шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия — М., 2001. Т. 11. № 1. — С. 73-77.
- 2.Бурлаков А.В. К проблеме лечения шизофрении, протекающей с сенесто-похондрическими расстройствами (опыт применения сероквеля) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2003. — № 5 (5). — С. 72-75.
- 3.Козлова И.А., Масихина С.Н., Савостьянова О.Л. Опыт применения препарата сероквель (кветиапин) в лечении шизофрении детского возраста // Психиатрия. — 2003. — №1. — С. 38-45.
- 4.Мосолов С.Н., Калинин В.В., Еремин А.В. Сравнительная эффективность и переносимость нового поколения антипсихотических средств при лечении обострений шизофрении (метаанализ оригинальных исследований

оланzapina, risperidona, kvetiapiна, klozapina и galoperidola) / Novye dostizheniya v terapii psicheskikh zabolевaniy. – M., 2002. – C. 82-94.