

УДК 616.895.87-036.66-085

Солиев Д.М., Аграновский М.Л.,

Муминов Р.К., Салиев М.М.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

РОЛЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Резюме: Шизофрения - это хроническое эндогенное прогрессирующее заболевание, которое обычно проявляется у подростков и в молодом возрасте. Большая часть бюджета здравоохранения тратится на лечение этого заболевания. Антипсихотические препараты являются основным классом препаратов, используемых при лечении любой шизофрении, и часто назначаются в контексте психосоциальных вмешательств. Хотя течение и результаты значительно различаются у разных людей, шизофрения обычно приводит к ухудшению профессиональной и социальной активности у этих людей и создает большую нагрузку на их семью и окружение.

В статье представлены показания к психофармакотерапии при параноидном типе шизофрении, научные результаты обследования пациентов, изучивших тактику и эффективность их применения.

Ключевые слова: психофармакотерапия, параноидная шизофрения, эндогенная болезнь.

Soliev D.M., Agranovsky M.L.,

Muminov R.K., Saliev M.M.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

THE ROLE OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Resume: Schizophrenia is a chronic endogenous progressive disease that usually manifests itself in adolescents of Tavri and at a young age. Most of the health budget is spent on the treatment of this disease. Antipsychotic drugs are the main class of drugs used in the treatment of any schizophrenia, and are often prescribed in the context of psychosocial interventions. Although the course and results vary significantly from person to person, schizophrenia usually leads to a deterioration of professional and social activity in these people and creates a great burden on their family and environment.

The article presents indications for psychopharmacotherapy for paranoid type of schizophrenia, scientific results of examination of patients who have studied the tactics and effectiveness of their use.

Keywords: psychopharmacotherapy, paranoid schizophrenia, endogenous diseases.

Введение. Шизофрения является наиболее тяжелым психическим заболеванием, представляет собой значительную медицинскую, антропологическую, социальную проблему. Ее распространенность составляет 0,5-1% населения[3]. Шизофрения входит в число десяти наиболее частых причин нетрудоспособности лиц молодого возраста. Согласно данным ВОЗ, она входит в число десяти наиболее частых причин, приводящих к нетрудоспособности лиц молодого возраста (15-44 лет) [7]. Прямые и косвенные потери, связанные с лечением, психосоциальной реабилитацией, временной и стойкой утратой трудоспособности больных шизофренией составляют большую часть бюджета психиатрических служб экономически развитых стран [5].

Значительные потери общества ассоциированы с социальной дезадаптацией, нарушениями в макро- и микросоциальном функционировании, противоправными действиями больных шизофренией

[2], и относимы к числу косвенных затрат, превышающих экономические потери при любой иной психической патологии [4].

Параноидная шизофрения – это наиболее распространенная форма шизофрении, которая характеризуется бредом, галлюцинациями, бредовыми идеями и ограничением социальных контактов[1]. Причины развития заболевания точно неизвестны, говорят о сочетании факторов, среди которых наследственность, пренатальные патологии, сильные стрессы, перенесенные в детском возрасте[6]. В пожилом возрасте заболевание может развиться на фоне болезни Альцгеймера.

Параноидная шизофрения достаточно сильно влияет на повседневное функционирование, общение с окружающими, личную жизнь и рабочее состояние пациента.

Цель исследования. Выявление, анализ и определение значения социально-психологических факторов в формировании комплекса побочных эффектов психотерапии у больных параноидной шизофренией.

Материалы и методы исследования. Основным методом исследования был клинико-психопатологический с использованием клинического наблюдения, интервьюирования, анкетирования, анализа анамнестических сведений. В связи с психотическим состоянием больные получали лечение антипсихотическими препаратами, преимущественно в форме их комбинаций, что соотносится с литературными данными.

Результаты исследования. В основу исследования положено утверждение, что у больных шизофренией отношение к лечению нейролептиками, часто не зависит от назначенного вида препарата. По данным шкалы РЛИБ выделены две группы: с преобладанием негативных ($n=71$) и позитивных ($n=40$) синдромов. Использовалась единовременная оценка изучаемых параметров больными и исследователем. Установлено, что 77,48% ($n=86$) пациентов отрицали у себя наличие психического заболевания и считали себя психически здоровыми.

Клинико-психопатологическое исследование с помощью РАИБ показало разные степени выраженности не критичности к болезни, прослеживаемые у 84,68% (n=94) больных. При этом 95,5% пациентов (n=106) признавали у себя наличие отдельных болезненных симптомов.

Сравнение показателей критичности к болезни в целом и ее отдельным проявлениям обнаруживает достоверные различия ($p<0,05$). Различие оценки критичности к психопатологическому состоянию с позиций больного и врача может быть связано как с болезненными проявлениями, так и с диссимуляцией.

Выявлено, что симптомы, характеризующие преимущественно «биологические» проявления болезни, не вызывающие социальной стигматизации: головная боль, неприятные ощущения в теле, сниженное настроение, апатия, нарушение сна получили высокие оценки больных (5-7 баллов). Параллельная оценка по РАН⁸ (шкалы соматической озабоченности, депрессии и пассивно-апатической социальной отгороженности), не обнаруживала достоверных различий, что свидетельствует о достаточно высокой критичности больных.

Симптомы, свидетельствующие о нарушении функционирования индивидуума в обществе, ведущие к стигматизации: нарушение внимания и памяти;

враждебность, раздражительность, вспыльчивость, проявления агрессивности, нарушения поведения, не укладывающиеся в рамки социальной нормативности, обманы восприятия, автоматизмы, получали низкие оценки у пациентов (1-3 балла), согласно РА^Б (4-6 баллов), что свидетельствует о низкой критичности больных к данным нарушениям.

Использование психоактивных веществ больными параноидной шизофренией для коррекции побочных эффектов психофармакотерапии. Проведено анкетирование 92 мужчин больных параноидной шизофренией, проходивших стационарное лечение второй и более раз. Помимо

вышеуказанной когорты наблюдалось 17 больных, злоупотреблявших «чифиrom» в период проведения нейролептической терапии, а также 22 пациента, злоупотреблявших чифиrom и транквилизаторами-бензодиазепинами.

Без применения лекарственных препаратов, с побочными эффектами психофармакотерапии могли справиться 4,35% больных. От неприятных ощущений, возникших в связи с приемом психофармакологических препаратов, по мнению респондентов, помогал избавиться прием корректоров-холинолитиков - 92,39%, транквилизаторов бензодиазепинового ряда - 42%. Данные средства принимались по назначению врача в 47,63% случаев, самостоятельно - в 41,3% случаев. Клинические проявления побочных эффектов, по мнению больных, снижалась при интенсивном курении - 46,74%, употреблении крепкого чая -25%, приеме спиртного - 9,78%, пребывании на свежем воздухе - 7,61%, обильном питье минеральной воды, фруктовых соков - 5,43%, физических упражнениях - 3,26%.

Мнение о необходимости постоянного приема назначенных врачом психотропных препаратов поддерживали 37% больных, а недостаточность назначения корректоров-холинолитиков и транквилизаторов-бензодиазепинов подчеркивали 42,39% и 27,17% пациентов. О случаях единовременного приема психотропных препаратов и спиртного сообщили 41,3% опрошенных. Отрицательное отношение к ограничению употребления в психиатрическом стационаре чая и кофе выявлено у 57,61% больных.

В 70,65% случаев волнение, эмоциональное напряжение, чувство тревоги способствовали увеличению интенсивности побочных эффектов психофармакотерапии. В 42,39% больные обменивались информацией о способах коррекции побочных эффектов. 69,57% пациентов, наблюдая у

других больных проявления побочных эффектов, выносили собственные суждения об адекватности использования антипсихотических препаратов.

Представления душевнобольных о своем заболевании и общества о душевнобольных сформированы на основании индивидуально-психологического коммуникативного взаимодействия. Архетипические мифологические представления о психопатологии проецируются на социально-психологические характеристики взаимодействия психически больных и общества.

Анализ полученных результатов позволяет рассматривать комплекс побочных эффектов антипсихотической терапии, как следствие взаимодействия психопатологических, индивидуально-психологических и социальных факторов в рамках биopsихосоциальной концепции развития патологических процессов.

Вывод. Сущность работы обусловлена результатами исследования, позволившими конкретизировать и систематизировать представления о возникновении комплекса побочных эффектов терапии нейролептиками у больных параноидной шизофренией, выделить нефармакогенные факторы психосоциального и морбидного характера в их патогенезе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1.Бугрова Е.И. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией: клинико-социальные и экономические аспекты / Автореф. дисс.... канд. мед. наук. - М., 2007. - С. 24.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г и др. Оптимизация психиатрической помощи (фармако- и психосоциальной терапии) больным шизофренией с длительными госпитализациями: пособие для врачей. -М., 2007.

3. Коцюбинский А.П., Скорик А.И. Оценка динамики психического состояния // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2006. № 2. С. 4-8.
4. Сальникова С.И. с соавт. Групповая работа с психическими больными по психообразовательной программе: пособие для врачей / под ред. И.Я Гуровича. - М., 2002. - 39 с.
5. Deutsche Gesellschaft fur Psychiatrie, Psychotherapie and Nervenheilkunde (DGPPN), editors 1998. Praxisleitlinien in der Psychiatrie and Psychotherapie. Band 1, Behandlungsleitline schizophrenie. Darmstadt: steinkopf.
6. Dursun S.M., Devarajan S. Clozapine weight gain, plus topiramate weight loss // Can J Psychiatri. 2000. 45(2). P 198-205.
7. Dursun S.M., Deakin J.FW. Augmenting antipsychotic treatment with lamotrigine or topiramate in patients with treatment resistant schizophrenia. A naturalistic case-series outcome study // J psychopharmacol. 2001. № 15(4). P 297-301.