

Д. В. Судья, Т. Н. Мангуш

Донецкая областная клиническая психиатрическая больница (г. Донецк)

ПРОБЛЕМА ОТКАЗА ОТ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ

Несмотря на условность деления расстройств психики и поведения на психозы и неврозы, несмотря на непопулярность разделения психиатрии на большую и малую, именно острый психотический эпизод остается наиболее частой причиной оказания экстренной психиатрической помощи, в том числе и в недобровольном порядке. Именно на пациентов в состоянии острого психомоторного возбуждения приходится подавляющее большинство случаев агрессивного и аутоагрессивного поведения. Только у незначительного числа больных острый психотический эпизод является единственным в жизни, подавляющее большинство переносит повторные психотические эпизоды, либо психотическое расстройство принимает непрерывный характер. И именно от того, как будет оказана помощь при первом психотическом эпизоде, будет зависеть, отношение пациента к дальнейшему лечению. Сказанное предъясняет к терапии острого психотического эпизода ряд жестких требований: она (терапия) должна осуществляться в условиях, наименее стесняющих пациента и при этом позволяющих в полной мере обезопасить его и окружающих от возможной агрессии; сама медикаментозная терапия, в идеале, должна проводиться с согласия пациента; побочные эффекты проводимой терапии не должны становиться фактором отказа от лечения; кратность приема медикаментов на протяжении суток должна сводиться к минимуму, что благоприятно сказывается на снижении риска агрессивных действий, пик частоты которых, как известно, приходится именно на время приема медикаментов.

Единственной лекарственной формой антипсихотиков, позволяющей недобровольное назначение, является раствор для инъекций. В большинстве случаев внутримышечные инъекции антипсихотика на протяжении 3—5 суток позволяют снизить выраженность психомоторного возбуждения до приемлемого в условиях острого отделения. Не секрет, что физическое удержание широко распространено в повседневной практике острых отделений, в большинстве случаев оно является единственным способом избежать опасных действий со стороны пациента и начать проведение медикаментозной терапии. Последствиями неизбежного физического удержания часто становятся негативное отношение к лечению, утрата доверия к врачу, а в перспективе — открытый или, чаще, скрытый отказ от приема поддерживающей терапии. Не секрет также и то, что одной из наиболее частых причин физического удержания является прямой отказ пациента от внутримышечных инъекций антипсихотика.

Часть пациентов, хоть и незначительная, при остром психотическом эпизоде соглашается на добровольный прием таблетированных антипсихотиков, но, несмотря на то, что соблюдение режима терапии в условиях острого отделения значительно выше, чем в домашних условиях, многие пациенты при минимальной возможности скрыто отказываются от терапии, выбрасывая таблетки. Такой отказ от

терапии приводит врача к необходимости перехода к внутримышечным инъекциям, открытый отказ от которых становится причиной физического удержания пациента. Сразу оговорюсь, что поскольку речь идет об остром психотическом состоянии, использование как физического удержания, так и проведения терапии в недобровольном порядке, является легальным, естественно при соблюдении всех формальных процедур, предусмотренных законодательством.

Можно выделить несколько причин и форм отказа от терапии при остром психотическом эпизоде. Наиболее частыми причинами отказа от терапии являются: отсутствие осознания своего состояния как болезненного и, соответственно, требующего лечения; бредовая трактовка госпитализации и терапии как угрожающих жизни; более или менее выраженная болезненность терапии в случае внутримышечных инъекций; побочные эффекты терапии — в первую очередь, избыточная седация с когнитивной дисфункцией либо экстрапирамидные расстройства; гиперболизированное представление о побочных эффектах антипсихотиков, порождаемое бытовыми мифами об их наркотизирующем действии, фатальной импотенции и т. п. Перечисленные причины часто комбинируются. Отказ от терапии может выражаться в двух формах, это, как уже говорилось выше открытый отказ, выраженный вербально или действиями — нередко агрессивными, либо скрытый отказ от приема таблетированных антипсихотиков. Возможные клинические ситуации, связанные с отказом от терапии, можно изобразить графически в виде следующей схемы:



Достаточно надежными предикторами вероятного отказа от терапии могут служить: повторный психотический эпизод, персекуторный характер бредовых переживаний, диссоциальное или эксплозивное расстройство личности, злоупотребление психоактивными веществами, выраженные побочные эффекты антипсихотической терапии в анамнезе. Открытый отказ от терапии встречается значительно реже и наблюдается при выраженном психомоторном возбуждении, недоступности пациента для вербальной коррекции поведения. Скрытый отказ наблюдается у пациентов с внешне упорядоченным поведением, не желающих идти на открытую конфронтацию с персоналом отделения, но и не принимающих медикаменты в силу тех же причин, что и пациенты с открытой формой отказа от терапии.

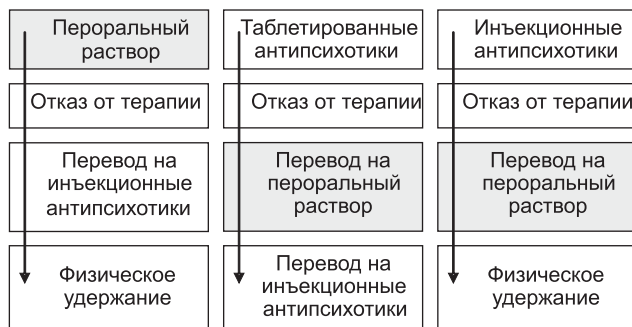
Возможные меры, направленные на предотвращение отказа от терапии общеизвестны: по возможности

установление доверительных отношений между врачом и пациентом, использование антипсихотиков с благоприятным профилем побочных эффектов, однократный в течение суток прием медикаментов. К сожалению, далеко не всегда перечисленные меры обеспечивают соблюдение режима терапии. На практике очень сложно бывает оценить и частоту скрытых отказов от приема терапии в условиях отделения. Именно скрытые отказы часто вводят в заблуждение врача, становятся причиной увеличения дозы либо замены антипсихотика.

Альтернативным способом снижения частоты отказов от терапии может быть использование антипсихотика в виде перорального раствора. На сегодняшний день данная лекарственная форма представлена на рынке пероральным раствором рисперидона. Рисперидон, являясь атипичным антипсихотиком, хорошо переносится, способен быстро купировать острую психопатологическую симптоматику, может назначаться однократно в сутки. В ряде исследований доказана его высокая эффективность, сравнимая с традиционными нейролептиками [1, 2, 4, 7]. Профиль побочных эффектов рисперидона выгодно отличается как отсутствием избыточной седации, так и исключительной редкостью развития экстрапирамидной симптоматики [3, 9, 10].

При назначении перорального раствора рисперидона пациентам, формально согласным на прием терапии, сводится к минимуму вероятность скрытого отказа от медикаментов, при приеме раствора возможен только открытый отказ, на который пациенты идут нечасто. Назначение перорального раствора рисперидона может быть альтернативой и при открытом отказе от инъекционного антипсихотика, частой мотивировкой которого становится болезненность инъекций. Значимым фактором выбора самого пациента в пользу соблюдения режима приема перорального раствора является и его отождествление с другими препаратами в форме «капель» — настойками, сиропами, продающимися без рецепта и в бытовом представлении являющимися «легкими» и, следовательно, «неопасными». Пероральный раствор в меньшей степени, чем таблетки или инъекции, ассоциируется у пациента с понятием болезни, что позволяет в ряде случаев добиться компромисса при анозогнозии — неременном атрибуте острого психотического эпизода.

Возможность использования перорального раствора рисперидона позволяет внести коррективы в приведенную нами схему и, соответственно, снизить вероятность перехода на инъекционные антипсихотики и физического удержания:



Истинную частоту скрытых отказов от терапии в стационаре определить достаточно сложно. Можно привести данные, касающиеся качества соблюдения режима приема пероральных антипсихотиков амбулаторно, согласно которым 1/3 пациентов принимает препарат так, как он назначен врачом, 1/3 принимает нерегулярно и 1/3 не принимает вообще [11]. Естественно, что в условиях острого отделения данное соотношение изменяется значительно, но никогда не достигается стопроцентное соблюдение режима терапии.

Фармакоэкономический аспект терапии острых психотических состояний имеет большое значение, причем, если при поддерживающем приеме препаратов основные расходы приходятся на пациента и его семью, то при терапии острого эпизода большая часть расходов приходится на стационар [11]. Можно однозначно утверждать, что нерегулярный прием антипсихотика при остром психотическом эпизоде фармакоэкономически невыгоднее даже полного отказа от терапии [6, 8, 9]. Так, в случае открытого отказа от терапии негативный экономический эффект определяется совокупностью таких факторов: увеличение сроков госпитализации и, соответственно, выплата, связанных с нетрудоспособностью; применение инъекционных типичных антипсихотиков и необходимость дополнительных медикаментозных назначений; открытый отказ от терапии в стационаре является предиктором низкой мотивации к приему поддерживающей терапии с низким качеством ремиссии, частыми госпитализациями, потерей работоспособности и инвалидизацией. В случае же нерегулярного приема антипсихотика к перечисленным затратам добавляются затраты на сам препарат. Очевидно, что назначение перорального раствора рисперидона, позволяющего уменьшить число открытых и скрытых отказов от терапии, позволит повысить и экономическую эффективность лечения.

С целью изучения клинической и экономической эффективности применения перорального раствора рисперидона при острых психотических состояниях предпринято данное исследование.

В ходе четырехнедельного открытого сравнительного исследования обследовано 80 пациентов: 27 пациентов, принимавших пероральный раствор рисперидона (Рисполепт® Janssen-Cilag) в дозе 1—5 мг/сутки (группа 1), 25 пациентов, принимавших таблетированный рисперидон (Рисполепт® Janssen-Cilag) в дозе 2—6 мг/сутки (группа 2), 28 пациентов, принимавших галоперидол (Галоперидол® Gedeon Richter) в виде внутримышечных инъекций 0,5 % раствора в дозе 10—20 мг/сутки с последующим переводом на прием таблетированного галоперидола в дозе 10—30 мг/сутки либо на введение деканоата галоперидола (группа 3). Все пациенты получали терапию стационарно в связи с первым либо повторным эпизодом острого психотического расстройства.

Основным методом исследования был клинический с оценкой психического состояния пациентов в динамике по шкалам CGI и PANSS в начале терапии, на 7, 14, 21 и 28 день. Отдельно учитывались частота отказов от терапии, эпизоды агрессивного поведения, дополнительные медикаментозные назначения, длительность госпитализации, сравнительная стоимость терапии. Побочные эффекты терапии

оценивались по шкале UKU в начале терапии, на 7, 14, 21 и 28 день. При анализе полученных результатов использовалась программа Statistica 5.5 (S/N: AX908A290603AL).

Обследованные пациенты были лицами мужского пола, поступившими в Центр первичной диагностики и интенсивной терапии Донецкой областной клинической психиатрической больницы в связи с первыми или повторными эпизодами острого психотического расстройства, нозологический состав групп представлен в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика групп обследованных пациентов

Форма патологии	Кол-во больных					
	Группа 1 (n = 27)		Группа 2 (n = 25)		Группа 3 (n = 28)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Шизоаффективное расстройство	3	11,1	3	12,0	5	17,9
Острое полиморфное психотическое расстройство	16	59,3	15	60,0	14	50,0
Шизофрения	8	29,6	7	28,0	9	32,1

Возраст пациентов был в пределах от 18 до 45 лет, и в среднем составил $23 \pm 3,2$ года в группе пациентов, принимавших пероральный раствор рисперидона (группа 1), $24 \pm 5,3$ года — в группе пациентов, принимавших таблетированный рисперидон (группа 2) и $24 \pm 3,3$ лет — в группе пациентов, получавших галоперидол (группа 3), то есть по возрастному составу группы достоверно не отличались. Пациенты госпитализировались по поводу первого или повторного эпизода заболевания, средняя длительность которого составила $7 \pm 1,6$ месяца в группе 1; $6 \pm 2,6$ месяца в группе 2 и $6 \pm 2,1$ месяца в группе 3, то есть без достоверных отличий. Раствор рисперидона, таблетки рисперидона или инъекции галоперидола назначались в зависимости от финансовых возможностей пациентов, независимо от выраженности расстройств, диагноза и длительности заболевания. Пациенты с повторными эпизодами на протяжении не менее 4 недель до госпитализации не принимали никакой антипсихотической терапии. Среднесуточная доза рисперидона в группе 1 составила $3,8 \pm 1,4$ мг, в группе 2 — $4,2 \pm 1,6$ мг (между группами 1 и 2 $p > 0,05$), среднесуточная доза галоперидола в группе 3 — $14,4 \pm 6,3$ мг.

Динамика показателя позитивного кластера шкалы PANSS представлена на графике (рис. 1).

Как видно из графика, снижение показателя к 28 дню терапии составило 24,1 пункта в группе раствора рисперидона, 21 пункт в группе таблеток рисперидона и 19,6 пунктов — в группе галоперидола. При этом различия были достоверными между группами галоперидола и раствора рисперидона ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание снижение показателя уже к 14 дню терапии, достоверно более значимое в группе раствора рисперидона (на 12,3 пункта), в группе галоперидола — на 5,5 пунктов ($p < 0,05$).

Динамика показателя негативного кластера PANSS была заметнее в группе 1 и 2, что обусловлено доказанной активностью рисперидона в отношении негативной симптоматики (рис. 2).

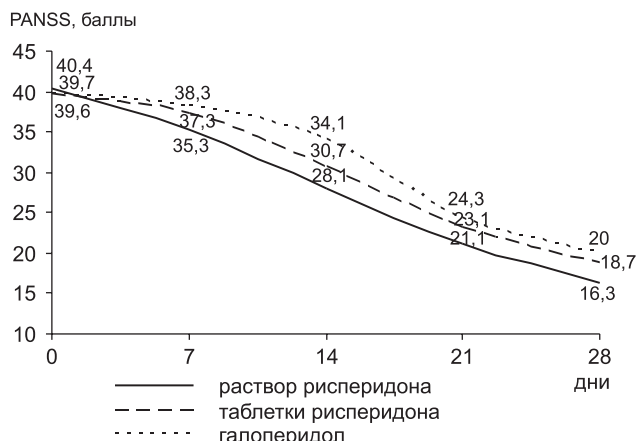


Рис. 1. Динамика показателя позитивного кластера шкалы PANSS

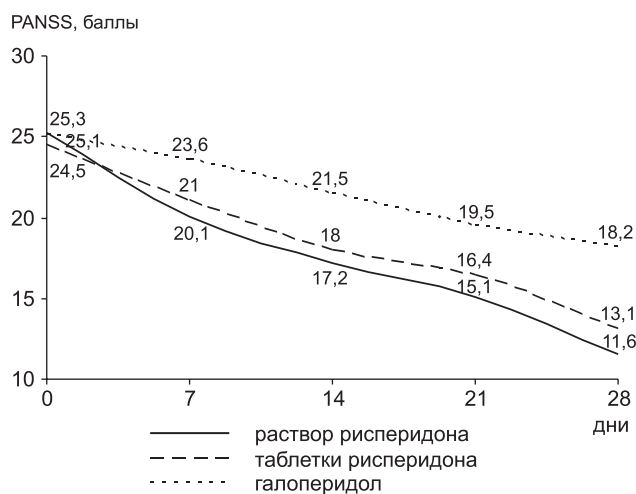


Рис. 2. Динамика показателя негативного кластера шкалы PANSS

Показатель кластера общей психопатологии снизился к 4 неделе в группе раствора рисперидона на 49,1 пункта, в группе таблеток рисперидона на 44 пункта и в группе галоперидола на 40,1 пункта (рис. 3). Отличия между группами раствора рисперидона и галоперидола были достоверными ($p < 0,05$).

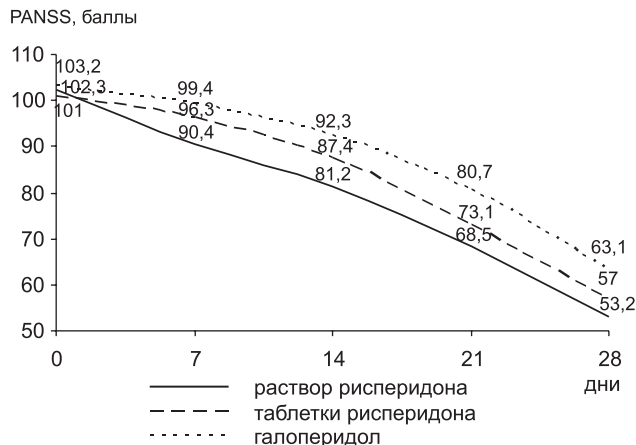


Рис. 3. Динамика показателя кластера общей психопатологии шкалы PANSS

Динамика общего показателя шкалы PANSS суммирует описанные выше тенденции. Снижение общего показателя в группе раствора рисперидона составило к 14-му дню 41,5 балла, к 28-му дню — 86,9 балла; в группе таблеток рисперидона — к 14 дню на 29,1 балла, к 28 дню на 76,4 балла; в группе галоперидола — к 14 дню на 20 баллов, к 28 дню на 66,6 балла (рис. 4).

Сходные тенденции выявлены и при анализе динамики показателя CGI (рис. 5).

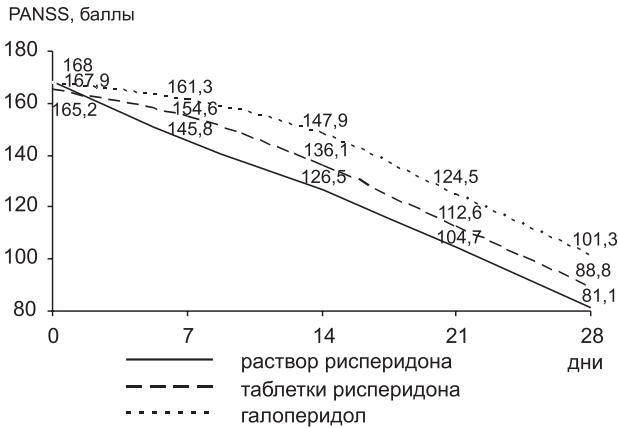


Рис. 4. Динамика общего показателя шкалы PANSS

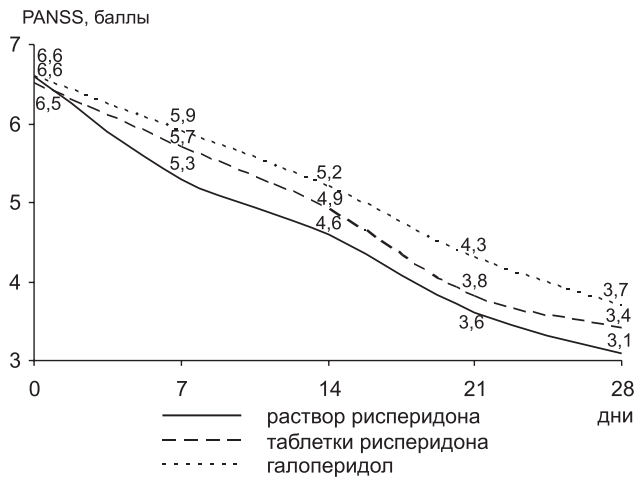


Рис. 5. Динамика показателя CGI

Как видно из графика, показатель Шкалы общего клинического впечатления к концу четырех недель терапии находится на уровне средней степени вы-

раженности расстройства для групп 1 и 2 и ближе к умеренной степени выраженности в группе 3.

Сравнительный анализ динамики показателей CGI и PANSS демонстрирует достоверное преимущество раствора рисперидона над таблетками рисперидона и галоперидолом к 14 дню терапии и достоверное преимущество раствора рисперидона над галоперидолом к 28 дню терапии.

К 6 неделе от начала исследования распределение пациентов внутри трех групп на выписанных и продолжающих стационарное лечение выглядело следующим образом (табл. 2).

Таблица 2
Показатель госпитализации к 6 неделе от начала исследования

Группа, терапия	Кол-во больных			
	выписано		в стационаре	
	абс.	%	абс.	%
Группа 1 (n = 27) (раствор рисперидона)	25	92,6	2	7,4
Группа 2 (n = 25) (таблетки рисперидона)	21	84,0	4	16,0
Группа 3 (n = 28) (галоперидол)	20	71,4	8	28,6

В группе пациентов, получавших раствор рисперидона, было зарегистрировано 2 случая открытого отказа от терапии, оба на второй день госпитализации, использовалось физическое удержание, пациентам дополнительно назначались инъекции левомепромазина в дозе 50—75 мг/сутки на 4 и 7 суток, пациенты возобновляли прием раствора рисперидона, соответственно, на 3 и 5 сутки госпитализации. В группе пациентов, получавших таблетки рисперидона, был зарегистрирован 1 открытый и 5 скрытых отказов от терапии на 2—5 сутки госпитализации, пациентам дополнительно назначались инъекции левомепромазина в дозе 50—75 мг/сутки на 2—7 суток, пациенты возобновляли прием таблеток рисперидона на 3—8 сутки госпитализации. Физическое удержание применялось в 2 случаях. В группе галоперидола зарегистрировано 3 случая открытого отказа от терапии на этапе внутримышечных инъекций, использовалось физическое удержание и увеличение дозы препарата. На этапе приема таблетированного галоперидола зарегистрировано 8 случаев отказа от терапии: 2 открытых и 6 скрытых, в пяти случаях использовалось физическое удержание, во всех случаях возобновлялись внутримышечные инъекции галоперидола.

В группе пациентов, принимавших раствор рисперидона, за 4 недели было зарегистрировано 4 эпизода агрессивного поведения (1 случай физической агрессии и 3 случая вербальной агрессии), в группе таблетированного рисперидона — 5 случаев вербальной агрессии, в группе галоперидола — 11 эпизодов агрессивного поведения (3 случая физической агрессии и 8 случаев вербальной агрессии).

Спектр побочных эффектов, возникавших у пациентов трех обследованных групп, представлен на рисунке 6, отражающем выраженность расстройств по шкале UKU к 28 дню терапии.

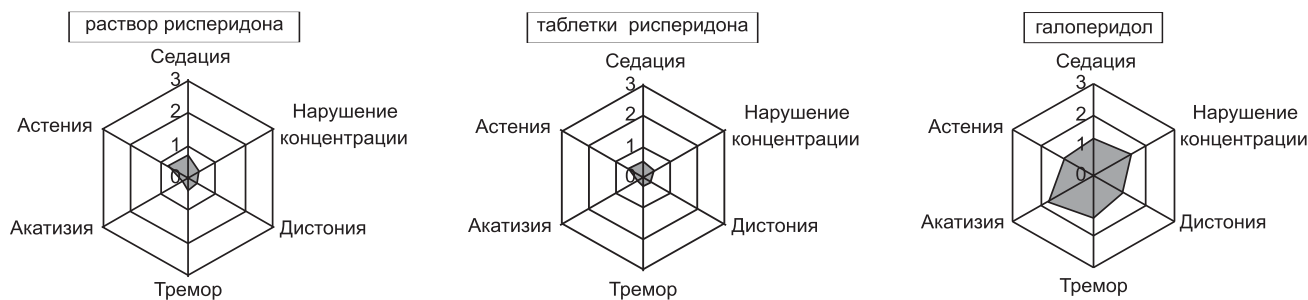


Рис. 6. Профіль побочних ефектів по шкалі UKU к 28 дню терапії

На графиках отражены наиболее часто встречающиеся побочные эффекты. Ни в одной из групп пациентов не было зарегистрировано аллергических реакций или изменения массы тела.

Очевидно, что профиль побочных эффектов рисперидона более благоприятен, как в отношении вероятности развития экстрапирамидной симптоматики, так и в отношении избыточной седации и когнитивных расстройств. В группе галоперидола 25 пациентам (89 %) для коррекции экстрапирамидной симптоматики назначался циклодол в дозе 4—6 мг/сутки.

Фармакоэкономическая оценка терапии в краткосрочных исследованиях значительно затруднена. Значительно легче оценить экономическую эффективность долгосрочной терапии с учетом регоспитализаций, затрат на госпитальный и внегоспитальный этапы терапии [5, 11]. Тем не менее, в проведенном исследовании была предпринята попытка оценить не столько стоимость того или иного вида терапии, сколько определить соотношение между стоимостью/эффективностью/безопасностью лечения (учитывалась только стоимость основных медикаментов — рисперидона и галоперидола). Так, затраты на снижение общего показателя PANSS к 28 дню на 1 пункт составили для группы раствора рисперидона \$1,72, для группы таблетированого рисперидона \$1,35, для группы галоперидола — \$0,41 при стоимости одного дня терапии, соответственно, \$5,3; \$3,7 и \$0,98 (рис. 7).

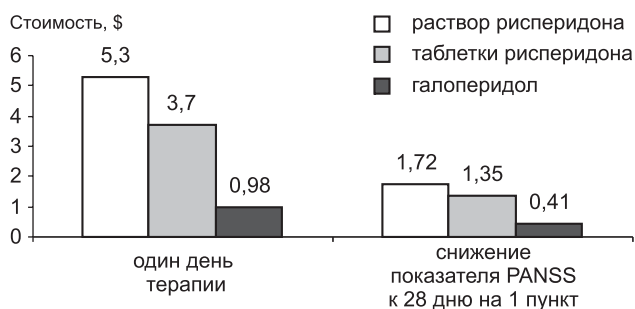


Рис. 7. Сравнительная стоимость терапии

Проведенное исследование показывает, что применение перорального раствора рисперидона при остром психотическом эпизоде позволяет:

1) уменьшить вероятность отказа от терапии в 3 раза по сравнению с таблетированным рисперидоном и в 5 раз по сравнению с инъекционным/таблетированным галоперидолом;

2) снизить риск агрессивного поведения в 2,5 раза по сравнению с инъекционным/таблетированным галоперидолом;

3) снизить выраженность побочных эффектов в сравнении с галоперидолом в 2—2,5 раза (UKU);

4) добиться к 4 неделе терапии на 20 % большего снижения общего показателя PANSS, чем при назначении галоперидола;

5) повысить вероятность выписки из стационара к 6 неделе терапии на 21 % в сравнении с инъекционным/таблетированным галоперидолом.

Проведенное исследование позволяет утверждать, что применение перорального раствора рисперидона при остром психотическом эпизоде является наиболее рациональным, так как позволяет повысить вероятность достижения ремиссии высокого качества в короткие сроки при минимальных побочных эффектах и снижении риска отказа от терапии.

Список литературы

- Ceskova E; Svestka J. Double-blind comparison of risperidone and haloperidol in schizophrenic and schizoaffective psychoses // Pharmacopsychiatry. — 1993 Jul; 26(4): 121—4.
- Currier GW, Simpson GM Risperidone liquid concentrate and oral lorazepam versus intramuscular haloperidol and intramuscular lorazepam for treatment of psychotic agitation // J. Clin. Psychiatry. — 2001 Mar; 62(3): 153—7.
- Heck AH; Haffmans PM; de Groot IW; Hoencamp E. Risperidone versus haloperidol in psychotic patients with disturbing neuroleptic-induced extrapyramidal symptoms: a double-blind, multi-center trial // Schizophr. Res. — 2000 Dec 15; 46(2—3): 97—105.
- Kennedy E; Song F; Hunter R; Clarke A; Gilbody S. Risperidone versus typical antipsychotic medication for schizophrenia. — Cochrane Database Syst. Rev. — 2000; (2): CD000440
- Lewis M, McCrone P, Frangou S. Service use and costs of treating schizophrenia with atypical antipsychotics // J. Clin. Psychiatry. — 2001 Oct.; 62(10): 749—56.
- Malla AK, Norman RM, Scholten DJ, Zirul S, Kotteda V. A comparison of long-term outcome in first-episode schizophrenia following treatment with risperidone or a typical antipsychotic // J. Clin. Psychiatry. — 2001 Mar.; 62(3): 179—84.
- Marder SR, Meibach RC. Risperidone in the treatment of schizophrenia [see comments] // Am J. Psychiatry. — 1994 Jun; 151(6): 825—35.
- Meyer P. S., Bond G. R., Tunis S. L., McCoy M. L. Comparison between the effects of atypical and traditional antipsychotics on work status for clients in a psychiatric rehabilitation program // J. Clin. Psychiatry. — 2002 Feb.; 63(2): 108—16.
- Stip E, Lussier I. The effect of risperidone on cognition in patients with schizophrenia // Can. J Psychiatry. — 1996 Oct; 41(8 Suppl 2): S35—40.
- Umbricht D., Kane J. M. Risperidone: efficacy and safety // Schizophr. Bull. — 1995; 21(4): 593—606.
- Сниценко А. С., Судья Д. В. Фармакоэкономические аспекты современной антипсихотической терапии // Український вісник психоневрології. — Т. 10, вип. 3 (32). — 2002. — С. 88—92.

Надійшла до редакції 04.10.2006 р.

Д. В. Суддя, Т. М. Мангуш

Проблема відмови від терапії при гострому психотичному епізоді

Донецька обласна клінічна психіатрична лікарня (м. Донецьк)

У статті обговорюються клінічні ситуації, пов'язані з відмовою від терапії при гострому психотичному епізоді. Показано можливі алгоритми щодо запобігання відмови від терапії. Як альтернатива традиційним схемам пропонується використання перорального розчину рисперидону. Наводяться дані відкритого клінічного дослідження 80 пацієнтів з гострими психотичними розладами, в якому порівнюється ефективність та безпечність застосування перорального розчину рисперидону порівняно з таблетованим рисперидоном а також ін'єкційним та таблетованим галоперидолом. Обговорюються питання вартості терапії.

D. V. Sudyta, T. N. Mangush

The problem of incompliance in acute psychotic episode

Donets'k regional clinical psychiatric hospital (Donets'k)

In the article a coincided the clinical situations concerned with the refusal of therapy in acute psychotic episode. Examined the different algorithms of overcoming the refusal of therapy. As, in one's capacity for increase the compliance in acute statements, a proposed the used of liquid oral risperidone. Data's of the open clinical trial of 80 patients' with acute psychotic disorder's a presents. A compared the effectiveness and the safety of liquid peroral risperidone, tableting peroral risperidone and intramuscular (oral) haloperidol. Cost effectiveness of therapy a discussed.

УДК: 616-008.9-085:615.851+615.21

О. О. Хаустова

Український НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ (Київ)

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X

За даними багатьох досліджень, присвячених метаболічному синдрому X (МСХ) та його окремим складовим (ожиріння, гіпертонія, цукровий діабет, атеросклероз), навіть безперервне медикаментозне лікування є недостатнім для підтримання високої якості життя пацієнтів. Головним у лікуванні таких пацієнтів, за думкою фахівців, є зміна способу життя. З цією метою до схеми лікування приєднувалася психотерапевтична інтервенція [2, 6, 8, 9, 20]. Але застосування сомато- та психофармакотерапії з психотерапією залишалось окремими блоками, пов'язаними тільки метою, але не шляхом одужання. Першою спробою частково поєднати окремі блоки лікування було створення навчальних програм для хворих на цукровий діабет [10, 19]. Прогресивною рисою таких програм є спроба активізувати власну позицію пацієнта щодо своєї хвороби, частково змінивши патерналістську позицію лікаря на партнерську. За даними авторів [7, 10, 17, 19, 22], навіть часткове запровадження таких суб'єкт-суб'єктних відносин сприяє вірному розумінню хвороби пацієнтом, його самоконтролю та активному звертанню до лікаря. В той же час, відсутність комплексного підходу зумовлює сталу життєву стратегію пацієнтів, яка не передбачає змін способу життя.

З метою порівняння ефективності різних підходів по лікуванню метаболічного синдрому X 264 пацієнти були поділені на 4 окремі групи терапії, репрезентативні за віком та статтю: стандартної терапії, психофармакотерапії, психотерапії та комплексної корекції. Стан пацієнтів оцінювався за шкалою загального клінічного вираження важкості захворювання CGI-S на початку лікування; на 7, 18, 21 та 28 день; на 8 та 12 тижні терапії. Застосування сполученої з CGI-S шкали CGI-I ми вважали недоцільним, оскільки показники цих шкал мають високий позитивний коефіцієнт кореляції.

За результатами 12 тижнів лікування пацієнтів з ознаками МСХ відстежили певні відмінності в динаміці та ефективності окремих терапевтичних підходів.

Показник CGI-S при стандартному соматичному лікуванні осіб з ознаками повного МСХ за 12 тижнів змінювався від переважно вираженого (4,8) до переважно легкого захворювання (3,4) (рис. 1). Більш виражена динаміка була помітна до 2 тижнів лікування, потім вона дещо уповільнювалась, а з шостого тижня лікування стан пацієнтів був без істотних змін. В осіб з ознаками неповного МСХ динаміка виглядала менш вираженою — від переважно легкого захворювання (3,3) до пограничного стану (2,0). Позитивні зміни стану пацієнтів були найбільш вираженими з третього по восьмий тиждень лікування включно. Отже, пацієнти з МСХ демонстрували позитивну терапевтичну відповідь на стандартне лікування раніше, ніж пацієнти з неповним метаболічним синдромом X (НМСХ). В той же час, на третьому місяці лікування терапевтичний резерв стандартної терапії був вичерпаним, про що свідчила незмінність даних шкали.

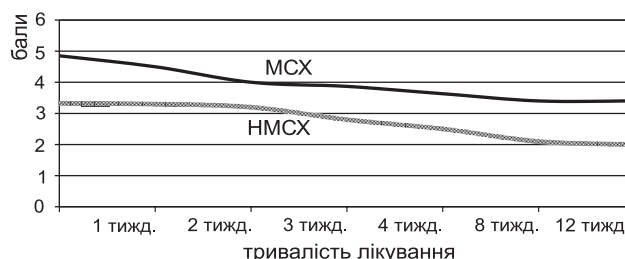


Рис. 1. Динаміка клінічного стану за шкалою CGI-S пацієнтів з груп МСХ та НМСХ за 12 тижнів стандартної терапії

Застосування психофармакотерапії суттєво змінює ступінь важкості захворювання за шкалою загального клінічного вираження (рис. 2). В обох групах найбільш виражена позитивна динаміка спостерігається протягом перших двох тижнів терапії із збереженням ефекту протягом 3—4 тижнів (відповідно в групі МСХ з 4,8 до 2,7 балу, а в групі НМСХ —