

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.

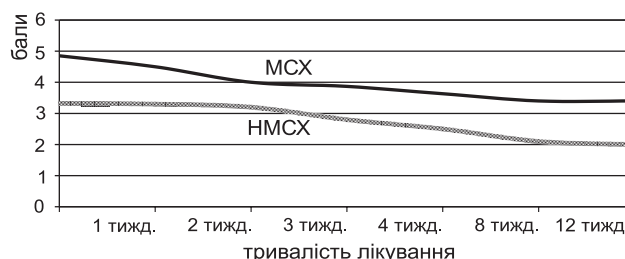


Рис. 1. Динаміка клінічного стану за шкалою CGI-S пацієнтів з груп НМСХ та МСХ за 12 тижнів стандартної терапії

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 бала, а в групі НМСХ —

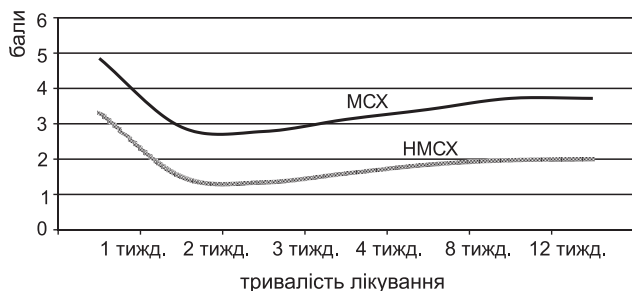


Рис. 2. Динаміка клінічного стану за шкалою CGI-S пацієнтів з груп HMCX та MCX за 12 тижнів психофармакотерапії

з 3,4 до 1,3 бала). З 4 по 8 тиждень ми відмітили негативну динаміку (погіршення) стану пацієнтів, більш виражену у пацієнтів з групи MCX (3,7) порівняно з групою HMCX (2,0). З 8-го по 12-й тиждень ступінь важкості захворювання пацієнтів з обох груп залишався без змін. Отже, ми маємо право говорити про значний, але короткотривалий ефект психофармакотерапії у пацієнтів з різним ступенем сформованості метаболічного синдрому X.

У пацієнтів з груп HMCX та MCX, що отримували тільки психотерапевтичне лікування (рис. 3), протягом перших двох тижнів стан суттєво не змінювався. В групі MCX повільна динаміка 3—4 тижнів ($\Delta = -0,41$) відзначається помітними позитивними змінами на другому місяці терапії ($\Delta = -0,86$). В групі HMCX поступова позитивна динаміка CGI-S спостерігалась з 3 по 8 тиждень ($\Delta = -1,76$). З 8 по 12 тиждень психотерапевтичного лікування клінічний стан пацієнтів груп HMCX та MCX не змінювався. Таким чином, настання помітного ефекту від психотерапевтичної інтервенції відбувається не раніше місячного терміну, тобто в порівнянні з іншими видами терапії запізнюється.



Рис. 3. Динаміка клінічного стану за шкалою CGI-S пацієнтів з груп HMCX та MCX за 12 тижнів психотерапії

Натомість, під час поєднання психофармакотерапії з психотерапією (рис. 4) виражена позитивна динаміка в обох групах спостерігається з першого тижня терапії (відповідно поліпшення з 4,85 до 2,81 в групі MCX та з 3,32 до 1,44 в групі HMCX). Продовження комплексного лікування з 2 до 12 тижня забезпечує збереження досягнутого ефекту: для групи MCX $\Delta \approx -2,04$, для групи HMCX $\Delta \approx -1,88$. Отже, значимий позитивний клінічний ефект у пацієнтів з HMCX та MCX під час комплексного лікування (поєднання психофармакотерапії та психотерапії) виявляється раніше та виявляється більш вираженим та стійким в порівнянні з іншими видами втручання.

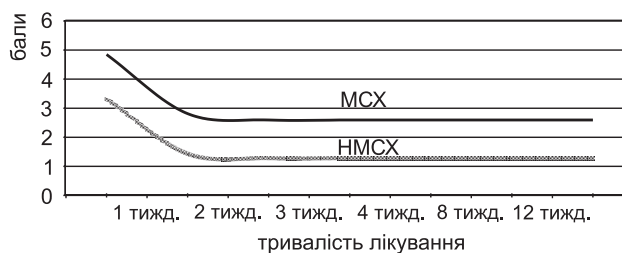


Рис. 4. Динаміка клінічного стану за шкалою CGI-S пацієнтів з груп HMCX та MCX за 12 тижнів комплексної терапії

Звертає на себе увагу симетричність динаміки ефектів терапії пацієнтів з HMCX та MCX в обох групах. При цьому оптимістичніша оцінка CGI-S пацієнтів з HMCX зберігається протягом усього терміну терапії. Однакові тенденції динаміки клінічного стану пацієнтів з HMCX та MCX додатково свідчать на користь інституалізації психічної складової MCX на різних стадіях його розвитку. Однак та тлі однотипних тенденцій динаміки оцінки важкості захворювання (CGI-S) пацієнтів з MCX та HMCX відмічено певні відмінності, обумовлені, на погляд автора, різною питомою вагою соматичної та психічної складових в повному та неповному метаболічному синдромі X. На загальну ефективність терапії впливає те, що пацієнтам з HMCX притаманний низький рівень адаптивності в усіх сферах міжособистісних контактів, а для групи MCX — фіксація на проблемах фізичного здоров'я, що також тягне за собою складності в міжособистісних стосунках. Отже, ми фіксуємо сенсibiliзацію пацієнтів з ознаками метаболічного синдрому X до психотравмуючих чинників. Підтвердженням цього ми вважаємо вірогідно більш показники кількості психосоціальних дезадаптивних факторів протягом життя у пацієнтів з ознаками метаболічного синдрому X. Причому, за даними наших попередніх досліджень, рівень соціально-психологічної травматизації в осіб з неповним метаболічним синдромом виявився вищим, ніж у пацієнтів з клінічно окресленою соматичною патологією в межах MCX.

Для пацієнтів з MCX притаманно переважання соматичної складової, коли пацієнти сприймають наявність захворювання як об'єктивну реальність, відповідно чому будують актуальну життєву стратегію з фіксацією на проблемах фізичного стану та певним ігноруванням якості міжособистісних контактів.

Порівняльна динаміка окремих груп терапії виглядала таким чином (рис. 5): на 7 день лікування стан пацієнтів з MCX в групах стандартної терапії та психотерапії майже не змінився порівняно з початком лікування, в той час як показники груп психофармакотерапії та комплексної терапії стали вірогідно ($p < 0,01$) кращими. На другому тижні терапії уповільнюється позитивна динаміка в групах психофармакотерапії та комплексної терапії, стає подібною динаміці групи психотерапії. Результати стандартного лікування в цей період впевнено поліпшуються. На 3—4 тижні звертає на себе увагу збіжна динаміка в групах стандартного та психотерапевтичного лікування з кращим показником стандартної терапії на 0,5 бала. Протягом другого місяця ефект психотерапії стрімко зростає, досягаючи та децю переважаючи показник стандартної терапії.

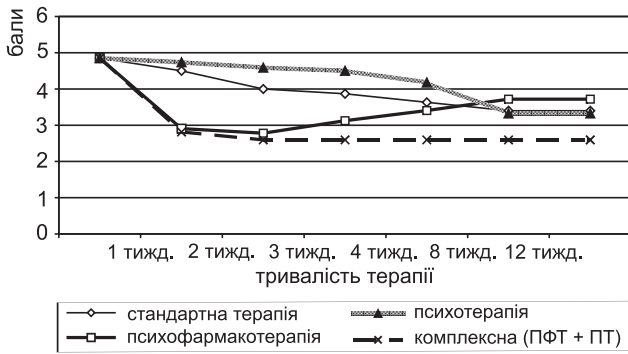


Рис. 5. Динаміка клінічного стану за шкалою CGI-S пацієнтів з МСХ за 12 тижнів терапії

Ефективність психофармакотерапії за шкалою CGI-S вірогідно ($p < 0,05$) зменшується від 3 до 8 тижня. На третьому місяці лікування в усіх групах було відмічено стабільність показників. Наприкінці дослідження ефективність ізольованого застосування психофармакотерапії виявилася найменшою, показники груп стандартного лікування збіглися з даними групи психотерапії (ці групи вірогідно не відрізняються між собою). На загальному фоні виділяється група комплексного лікування, що після отримання швидкого вираженого клінічного ефекту вірогідно зберегла його до кінця дослідження ($p < 0,05$).

На 7 день лікування стан пацієнтів з НМСХ в групах стандартної терапії та психотерапії майже не змінився в порівнянні з початком лікування, в той час, як показники груп психофармакотерапії та комплексної терапії стали вірогідно ($p < 0,01$) краще (рис. 6).

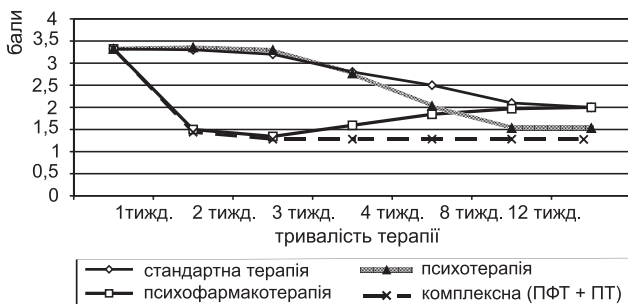


Рис. 6. Динаміка клінічного стану за шкалою CGI-S пацієнтів з НМСХ за 12 тижнів терапії

На другому тижні терапії уповільнюється позитивна динаміка в групах психофармакотерапії та комплексної терапії. Результати стандартного лікування в цей період впевнено поліпшуються. З третього тижня звертає на себе увагу виражена динаміка в групі психотерапевтичного лікування. Протягом другого місяця ефект психотерапії стрімко зростає, вірогідно переважаючи показник стандартної терапії і, в кінці місяця, — психофармакотерапії. Ефективність психофармакотерапії за шкалою CGI-S вірогідно ($p < 0,05$) зменшується від 3 до 8 тижня. На третьому місяці лікування в усіх групах було відмічено стабільність показників. Наприкінці дослідження показники ефективності ізольованого застосування

психофармакотерапії та стандартного лікування збіглися та виявилися найменшими. Показники групи психотерапії вірогідно ($p < 0,05$) кращі вищезазначених, але поступають групі комплексного лікування, що після отримання швидкого вираженого клінічного ефекту вірогідно зберегла його до кінця дослідження ($p < 0,05$).

Для ефективного лікування МСХ доцільно використовувати комплексний психосоматичний підхід. Запропоновані нами методики психофармакотерапії були спрямовані на різні ланки патогенезу, на компенсацію метаболічних порушень і на редукцію наявних психічних феноменів при метаболічному синдромі Х. Виражена ефективність, добра переносимість та безпечність дозволяють рекомендувати низку психотропних препаратів (гліцесед, деприм-форте, ципралекс, віта-мелатонін) для корекції психічної складової метаболічного синдрому Х в стаціонарній і амбулаторній практиці. В процесі групової психотерапії хворих на повний та неповний метаболічний синдром Х мало місце вдале опрацювання внутрішньоособистісних та групових конфліктів, про що свідчать клінічні критерії поліпшення здоров'я (симптоматика, психологічний стан, якість життя) пацієнтів. Індивідуальні програми з усвідомленим вільним вибором хворим стратегії лікування, харчування, активності, спілкування приводять актуальні ресурси у відповідність новим життєвим цілям за рахунок адекватної трансформації життєвої стратегії. В свою чергу, корекція за принципом вільного вибору, розширення можливостей (а не заперечень) сприяє відновленню актуальних ресурсів в ланцюжку «біо- психо- соціо-»: психотерапія, психогігієна, адекватна медикаментозна терапія, низькокалорійна дієта, фізичні навантаження, активний спосіб життя.

Таким чином, виконана за нашою схемою комплексна корекція приводить у відповідність до нових життєвих цілей актуальні ресурси за рахунок адекватної трансформації життєвої стратегії. Ми отримали довготривалий стійкий ефект від застосування програми «Сана», який значно перевищує ефективність її окремих компонентів.

Список літератури

1. Метаболічний синдром Х // Укр. мед часопис. — 2001. — № 4 (24). — С. 93—96.
2. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). — К.: ТОВ ДСГ Лтд, 2004. — 96 с.
3. Orchard T. J., Temprosa M., Goldberg R., Haffner S. Effect of Metformin and Intensive Lifestyle Intervention on the Metabolic Syndrome: The Diabetes Prevention Program Randomized Trial // Annals of Internal Medicine. — 2005. — Vol. 142. — Issue 8. — P. 611—619
4. Reddy S. S. Incremental Lifestyle Changes Can Ward Off Syndrome X. — <http://familydoctor.org/788.xml>
5. Rejeski W. Cooperative Lifestyle Intervention Program (CLIP). — <http://clinicaltrials.gov/ct/gui/show/NCT00119795;jsessionid=E5E1DDA144430B28B2D922A166BE204E?order=5>
6. Vitaliano PP, Scanlan JM, Krenz C, Fujimoto W. Insulin and glucose: relationships with hassles, anger, and hostility in nondiabetic older adults // Psychosom Med. — 1996. — Vol. 58. — P. 489—499.

Надійшла до редакції 31.08.2006 р.

Е. А. Хаустова

О. О. Khaustova

**Некоторые аспекты психотерапии
и психофармакотерапии метаболического
синдрома X**

**Some aspects of psychotherapy
and psychopharmacotherapy of metabolic
syndrome X**

*Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии
и наркологии МЗ (г. Киев)*

*Ukrainian Research Institute
of Social and Forensic Psychiatry and Narcology
(Kyiv)*

Известно, что даже непрерывное медикаментозное лечение метаболического синдрома X (МСХ) недостаточно для поддержания высокого качества жизни пациентов. Главным в лечении таких пациентов является изменение образа жизни. Мы сравнили эффективность 12 недель лечения 264 пациентов в группах стандартной терапии, психофармакотерапии, психотерапии и комплексной коррекции. Позитивный клинический эффект у пациентов с НМСХ и МСХ при комплексном лечении появляется раньше, является более выраженным и стойким по сравнению с другими видами терапии.

Known that even unceasing pharmacotherapy MCX not enough for maintenance of high life quality of patients. Main in treatment of such patients is change a lifestyle. We have compared efficiency 12 weeks of treatment 264 patients in four groups: standard therapy, psychopharmacotherapy, psychotherapy and complex correction. Positive clinical effect of complex treatment for patients with UMSX and MSX appears earlier, is more denominated and steadfast in contrast with other types of treatment.

УДК 615.12:339.18

*В. А. Шаповалова, И. К. Сосин, Е. В. Верещак,
В. В. Шаповалов, Т. И. Широкая, Л. И. Гаркуша*
Национальный фармацевтический университет (г. Харьков);
Харьковская медицинская академия последипломного образования;
Следственное управление ГУМВД Украины в Харьковской области
(г. Харьков)

**ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ФАРМАЦИЯ И НАРКОЛОГИЯ:
РЕГРЕСС ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОД ВЛИЯНИЕМ
КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Трансформация украинского общества в направлении цивилизованных норм и демократических институтов, предусмотренных в странах Европейского Союза и Всемирной организации торговли, безусловно, сопровождается формированием прозрачного правового поля в усовершенствовании контрольно-разрешительной системы, связанной с регламентированием правил оборота лекарственных средств (ЛС), отпускаемых без рецепта и по рецепту врача. Номенклатурно-правовой статус ЛС, которое обладает психоактивными свойствами, базируется на данных следственно-судебной практики, судебной фармации, фармацевтического права и наркологии. Поэтому в современных условиях фармацевтическое право следует рассматривать как интегрированную и междисциплинарную науку, возникшую и развивающуюся на стыке наркологии, технологии лекарств, фармакологии, организации управления и экономики фармации, менеджмента, маркетинга, социологии и др. [1, 3, 4].

Углубление евроинтеграции Украины и развитие системы здравоохранения, в частности, требует реформирования роли правоохранительных и контролирующих органов в системе правоотношений «государство — закон — производитель — лекарство — врач — пациент — провизор — контролирующая и правоохранительные органы». При этом основная задача правоохранительных органов заключается в борьбе с преступностью (ст. 305—321 УК Украины и др.), а системы здравоохранения — в лечении пациентов, страдающих ВИЧ/СПИД, наркоманией, туберкулезом, алкоголизмом, психическими, неврологическими и другими заболеваниями, а также в осуществлении оборота ЛС всех классификационно-правовых групп (наркотические, психотропные, ядо-

витые, прекурсоры и др.). Оборот ЛС, отнесенных к рецептурной группе, осуществляется в соответствии с Директивой ЕС 92/26/ ЕЕС и приказом МЗ Украины от 17.05.2001 г. № 185 [5].

Для лечения пациентов, страдающих наркоманией, применяют лекарственные средства, отнесенные к разным классификационно-правовым и номенклатурно-правовым группам [1].

В связи с этим представляет интерес с позиций доказательной фармации и наркологии рассмотрение регресса патологической симптоматики под влиянием комбинированной терапии пациентов с опиоидной зависимостью.

Исследование динамики и выраженности состояния отмены у лиц, проходивших лечение в комплексе с гирудотерапией, и получавших традиционную терапию проводилось при помощи модифицированной таблицы В. Н. Лакуста, Г. С. Гроссу. При этом каждый клинический признак нами оценивался по 3-балльной системе (0 баллов — отсутствие признака; 1 балл — легкая степень признака; 2 балла — умеренная степень признака; 3 балла — выраженная степень признака).

В основной группе пациентов с опиоидной зависимостью (ООЗ, $n = 28$) сеансы гирудотерапии проводились на 2—3, 3—4, 4—5 и 5—6 сутки отмены, с локальной постановкой пиявок, в количестве 4—6 на процедуру. Сеансы гирудотерапии проводились через сутки, двое. Общее количество пиявок, использованных за четыре сеанса, равнялось от 16 до 24, в среднем 20 пиявок. Больные контрольной группы (КОЗ, $n = 20$) получали традиционную терапию.

Так, до начала лечения по выраженности симптомов ведущими явились: влечение к наркотику, уровень настроения, нарушения сна, частота пульса,