

И. Г. Мудренко

ФАРМАКОТЕРАПИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ПСИХОЗА

І. Г. Мудренко

Фармакотерапія суїцидальної поведінки у хворих з першим епізодом психозу

I. G. Mudrenko

Pharmacotherapy of suicidal behavior in patients with first episode psychosis

Нами определено, что к психопатологическим предикторам суицидального поведения у больных с первым эпизодом психоза относятся: синдром Кандинского — Клерамбо, депрессивная симптоматика, обсессивно-компульсивные симптомы, концептуальная дезорганизация, психомоторное возбуждение, нарушения в эмоционально-волевой сфере, вегетативная дисфункция. В данной работе предложено способ лечения аутоагрессивного поведения у пациентов с первым психотическим эпизодом нейролептиком амисульприд в сравнении с галоперидолом. Препарат амисульприд достоверно снижал интенсивность психопатологической симптоматики по шкале PANSS и повышал качество жизни и социального функционирования больных после приема препарата на протяжении четырех недель. Также отмечается его позитивное влияние на редукцию уровня суицидального риска у пациентов с первым психотическим эпизодом.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, суицидальное поведение, фармакотерапия, амисульприд, качество жизни

Нами визначено, що до психопатологічних предикторів суїцидальної поведінки у хворих з першим епізодом психозу належать: синдром Кандинського — Клерамбо, депресивна симптоматика, обсессивно-компульсивні симптоми, концептуальна дезорганізація, психомоторне збудження, порушення в емоційно-вольовій сфері, вегетативна дисфункція. В даній роботі запропоновано спосіб лікування аутоагресивної поведінки у пацієнтів з першим психотичним епізодом атипичним нейролептиком амисульприд у порівнянні з галоперидолом. Лікарський засіб амисульприд достовірно знижував інтенсивність психопатологічної симптоматики за шкалою PANSS та підвищував якість життя та соціального функціонування хворих після прийому на протязі чотирьох тижнів. Також відмічено його позитивний вплив на редукцію рівня суїцидального ризику у пацієнтів з першим психотичним епізодом.

Ключові слова: перший психотичний епізод, суїцидальна поведінка, фармакотерапія, амисульприд, якість життя

We identified that to the psychopathological predictors of suicidal behavior in patients with first episode psychosis belong: Kandinskiy — Clerambault's syndrome, depressive symptomatology, obsessive-compulsive symptoms, conceptual disorganization, psychomotor agitation, emotional-volitional disorders, and autonomic dysfunction. The method of treatment of auto-aggressive behavior in patients with first episode psychosis with the help of atypical neuroleptic amisulpridum in comparison with haloperidol is proposed. Amisulpridum significantly reduced the intensity of psychopathological symptomatology according to the PANSS scale and improved quality of life and social functioning of patients after taking this drug for four weeks. Also its positive impact on the reduction of the level of suicidal risk in patients with first episode psychosis was noted.

Keywords: first episode psychosis, suicidal behavior, pharmacotherapy, amisulpridum, quality of life

Суицидальное поведение по-прежнему остается важной медико-социальной проблемой любого государства, и решение задач по его превенции не теряет актуальности. По данным официальной статистики, в 2012 году смертность в Украине вследствие суицидов среди внешних причин заняла I место и составила 22 %. К примеру, летальность вследствие ДТП составила 14 % и находится на III месте [1, 2].

Наличие психической болезни в разы увеличивает риск совершения суицидального акта. Именно первый психоз в жизни с присущим ему полиморфизмом психотической симптоматики, концептуальной дезорганизацией, эмоционально-волевыми нарушениями является благодатной почвой для формирования и реализации суицидальных намерений.

У 50—60 % больных с первым эпизодом психоза в этом периоде проявляется аутоагрессивное поведение (АП) в виде самоповреждений и медикаментозных отравлений. Установлено, что к психопатологическим предикторам суицидального поведения у больных с первым эпизодом психоза относятся синдром Кандинского — Клерамбо, депрессивная симптоматика, обсессивно-компульсивные симптомы, концептуальная дезорганизация, психомоторное возбуждение, нарушения в эмоционально-волевой сфере, вегетативная дисфункция, суицидальные попытки в прошлом. К психологическим детерминантам аутоагрессивного поведения относятся такие особенности пациентов, как снижение заботы о своем здоровье, за счет формирования суицидальных

намерений; тревожно-мнительные черты характера со склонностью к самобичеванию, с раздражительностью, нервозностью, неуверенностью в себе; недостаточная сдержанность, импульсивность, максимализм, властность, низкий самоконтроль, эмоциональная холодность, избирательность контактов, склонность к социальной изоляции и интроспекции [3—5].

На основании вышеперечисленных предикторов нами выделены патопсихологические «мишени» для фармако- и психотерапии.

В качестве терапевтических мероприятий у пациентов с аутоагрессивными проявлениями (суицидальными мыслями, намерениями, попытками) нами использовалась комплексная неотложная суицидологическая помощь (КНСП), которая состояла из неотложной психофармакотерапии и психотерапии [3].

Вышеперечисленным требованиям соответствуют психофармакологические препараты нового поколения: атипичные нейролептики и антидепрессанты класса СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, которые являются препаратами выбора для купирования и профилактики состояний, обуславливающих АП.

Задачей проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов с первым психотическим эпизодом (ППЭ) с высоким суицидальным риском является наиболее раннее начало лечения с учетом ведущего психопатологического синдрома с применением атипичных нейролептиков, обязательным применением транквилизаторов для снижения психоэмоционального напряжения, внутреннего беспокойства, тревоги

и купирования вегетативных симптомов. При необходимости, в случаях смешанных депрессивно-параноидных состояний, назначали антидепрессанты (класса СИОЗС), в нашем случае — эзопрекс в дозе 20—40 мг в сутки в комбинации с нормотимиками (препараты вальпроевой кислоты «Депакин-хроно» 300—600 мг/сутки).

При галлюцинаторно-параноидной симптоматике, импульсивности, психофизическом напряжении, низкой комплаентности больных нами использовались как типичные нейролептики (галоперидол) в среднетерапевтических дозах, так и атипичные, в частности солиан. В случаях, требующих применения инъекционных препаратов, после купирования острых состояний пациентов переводили на лечение атипичным нейролептиком «Солиан».

Выбор атипичного нейролептики «Солиан» обусловлен минимальными побочными действиями, хорошей переносимостью у большинства пациентов, что особенно важно в раннем постсуицидальном периоде. Применение атипиков снижает риск возникновения нейрокогнитивного дефицита, который, по мнению ученых, является более важным предиктором социального функционирования в обществе, чем уровень позитивных либо негативных симптомов. Применяемые дозы солиана при лечении пациентов с ППЭ не отличались от среднетерапевтических и находились в диапазоне 200—600 мг в сутки. Применение амисульприда не вызвало экстрапирамидных расстройств у больных, что позволило избежать назначения корректоров.

Нами изучена сравнительная характеристика основных психодиагностических показателей и качества жизни пациентов во время ППЭ с АП до и после лечения в зависимости от вида нейролептической терапии. Для достижения поставленной цели нами обследовано 52 человека, находящихся на лечении в Сумском областном психоневрологическом диспансере. Результаты лечения оценивали через четыре недели от начала терапии нейролептиками по редукции психопатологической симптоматики (шкала PANNS) и по уровню социального функционирования и качества жизни (методика оценки интегративного показателя качества жизни (Mezich J. et al., 1999)) [6, 7].

Обследованы пациенты с аутоагрессивным поведением, получающие различные нейролептики: солиан (38 больных) и галоперидол (14 больных).

Анализ выраженности психопатологической симптоматики в динамике (до и после лечения) у пациентов с ППЭ с АП показан на рисунке 1.

До начала терапии выраженность позитивной симптоматики составила $29,20 \pm 5,90$ балла, что соответствовало 69,53 % выраженности данной клинической симптоматики. Через 4 недели нейролептической терапии у пациентов, принимавших солиан, выраженность продуктивной симптоматики уменьшилась на 33,61 %, а у больных, принимавших галоперидол, — на 24,30 % ($p \leq 0,001$). Следует отметить, что наиболее заметной была редукция подозрительности, враждебности и бредовых идей; наименее заметной — нарушений мышления по форме.

Высокие показатели по шкале негативной симптоматики ($29,98 \pm 4,28$ балла) снизились при применении солиана на 26,82 %, а при применении галоперидола — на 19,61 % ($p \leq 0,01$). У больных основной группы заметно уменьшились проявления эмоциональной отчужденности, трудностей в установлении контакта.

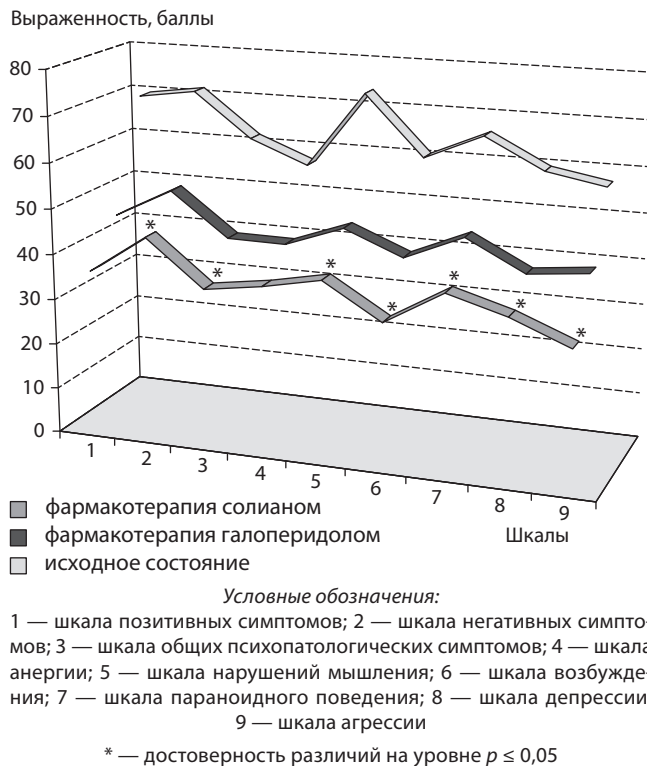


Рис. 1. Динамика редукции психопатологической симптоматики по шкале PANNS в процессе фармакотерапии у пациентов с ППЭ с АП

До лечения выраженность показателей шкалы общих психопатологических симптомов составила $59,25 \pm 9,47$ балла, что соответствовало 61,71 % выраженности данной клинической симптоматики. После лечения в группе больных, получавших солиан, выраженность общей психопатологической симптоматики уменьшилась на 27,25 %, а в группе, принимавшей галоперидол, — на 19,40 % ($p \leq 0,01$). Значительно уменьшились проявления тревоги, двигательной заторможенности, улучшились коммуникативные навыки, хуже поддавались редукции нарушения внимания и проявления манерности.

Также у больных, получавших солиан, отмечалось снижение энергии на 20,41 %, что клинически проявлялось в улучшении эмоционального состояния, снижении двигательной заторможенности и дезориентации, тогда как в группе больных, принимавших галоперидол, позитивная динамика была минимальна — 14,58 % ($p \leq 0,05$).

Анализ редукции нарушений мышления в процессе различной фармакотерапии достоверных различий не выявил, однако отмечалась тенденция к более позитивной динамике данного показателя при применении солиана: в группе пациентов, принимавших солиан, редукция расстройств мышления, галлюцинаторных переживаний, идей величия и необычного содержания мыслей составила 37,39 %, в то время как в группе больных, принимавших галоперидол, — 29,52 %.

Показатель возбуждения до начала лечения составлял в среднем $10,86 \pm 2,71$ балла. В процессе фармакотерапии солианом данный показатель снизился на 29,08 %, а при применении галоперидола — только на 18,69 %, что проявлялось в уменьшении возбужденности, напряженности и манерности пациентов с ППЭ с АП ($p \leq 0,0005$).

Отмечалось также улучшение по «шкале параноидного поведения» в процессе фармакотерапии: при применении солиана — на 27,14 %, при применении галоперидола — на 18,80 % ($p \leq 0,01$). Динамика была позитивной и выражалась в снижении враждебности и подозрительности.

По шкале депрессии у пациентов с ППЭ с АП не было выявлено достоверных различий в зависимости от проводимого курса фармакотерапии, однако в целом была выражена положительная динамика данного показателя при применении солиана на 24,25 %, а при применении галоперидола — на 18,83 % снизились показатели тревоги, депрессии, чувства вины, а также озабоченность своим соматическим состоянием.

В основной группе пациентов выраженность агрессии, возбуждения, враждебности, гневливости, а также аффективной лабильности снизилась на 27,12 %, а у больных, принимавших галоперидол, — лишь на 15,14 % ($p \leq 0,001$).

Подводя итоги, необходимо отметить, что в процессе терапии солианом в большинстве случаев достоверно эффективнее происходило гармоничное купирование психопатологической симптоматики у пациентов с ППЭ с АП [7].

Нами проведена оценка показателей суицидального риска в процессе проводимой фармакотерапии (рис. 2).

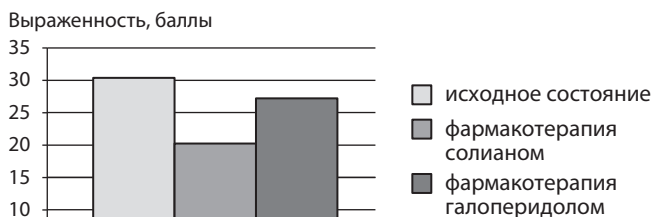


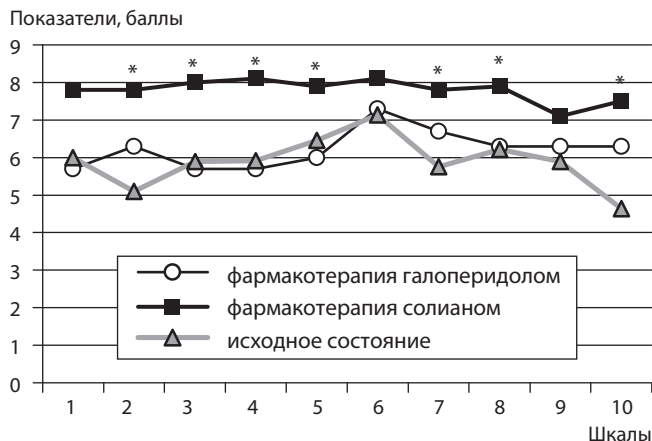
Рис. 2. Динамика редуции суицидального риска в процессе фармакотерапии у пациентов с ППЭ

До начала терапии выраженность шкалы суицидального риска составляла 30,31 ± 4,61 балла. Спустя 4 недели после начала лечения в группе пациентов, принимавших солиан, уровень суицидального риска снизился и составил 20,18 ± 1,92 балла, а в группе больных, принимавших галоперидол, — до 27,16 ± 2,17 балла ($p \leq 0,0001$).

Полученные результаты демонстрируют эффективность препарата «Солиан» в купировании суицидального риска у пациентов с ППЭ, в то время как применение галоперидола незначительно влияет на коррекцию суицидального поведения.

Анализ динамики показателей качества жизни (КЖ) в процессе проводимой фармакотерапии позволил выявить некоторые особенности применения препарата «Солиан» для улучшения восприятия качества жизни пациентами с ППЭ с АП (рис. 3).

До начала терапии средняя выраженность показателей шкалы «Физическое благополучие» составила 6,00 ± 2,13 балла. Спустя 4 недели после начала лечения в группе пациентов, принимавших солиан, удовлетворенность состоянием здоровья увеличилась на 18,00 %, а в группе больных, принимавших галоперидол, наоборот — ухудшилась на 3,33 % ($p \leq 0,001$).



Условные обозначения шкал:

1 — физическое благополучие; 2 — психологическое/эмоциональное благополучие; 3 — самообслуживание и независимость действий; 4 — работоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социоэмоциональная поддержка; 7 — служебная и общественная поддержка; 8 — личностная реализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие качества жизни

* — достоверность различий на уровне $p \leq 0,05$

Рис. 3. Динамика показателей качества жизни в процессе фармакотерапии у пациентов с первым психотическим эпизодом с аутоагрессивным поведением

Как уже отмечалось ранее, пациенты с ППЭ с АП имели неудовлетворительное психологическое, эмоциональное состояние (5,10 ± 2,78 балла), что негативно сказывалось на общем восприятии КЖ (4,64 ± 1,07 балла). В процессе фармакотерапии отмечалась положительная динамика данных показателей: в группе больных, принимавших солиан, психологическое благополучие улучшилось на 27,21 %, а общее восприятие КЖ — на 28,60 %; в группе пациентов, принимавших галоперидол, динамика данных показателей составила соответственно 12,14 % и 16,61 %. Полученные данные достоверно отличались друг от друга ($p \leq 0,01$), подтверждая большую эффективность солиана в улучшении различных аспектов КЖ.

Показатели способности к самообслуживанию, независимости действий, работоспособности и межличностного взаимодействия до начала лечения составляли соответственно 5,89 ± 2,11, 5,92 ± 1,94 и 6,46 ± 2,91 балла. В результате лечения солианом оценки по данным шкалам возросли соответственно на 21,11 %, 21,82 % и 14,49 %, тогда как при применении галоперидола, наоборот, отмечалось снижение уровня самообслуживания и независимости действий, а также пациенты отмечали низкую работоспособность и плохое межличностное взаимодействие ($p \leq 0,05$).

До начала лечения пациенты с ППЭ с АП отмечали наибольшую удовлетворенность уровнем социоэмоциональной поддержки (7,14 ± 2,88 балла). После проведенного курса лечения отмечалось незначительное улучшение данных показателей: в группе принимавших солиан — на 9,67 %, а в группе пациентов, принимавших галоперидол, — на 1,61 %. Достоверных различий между группами выявлено не было.

Была выявлена положительная динамика восприятия служебной и общественной поддержки. Так, при лечении солианом данный показатель увеличился на 20,50 %, а при лечении галоперидолом — только на 9,50 %, что

являлось достоверно значимой разницей ($p \leq 0,05$) и подтверждало эффективность применения солиана.

Отмечалась позитивная динамика также в восприятии личностной и духовной реализации. Если до начала проводимого лечения удовлетворенность данными показателями составляла соответственно $6,21 \pm 2,81$ и $5,89 \pm 2,12$ балла, то после проведенного лечения удовлетворенность личностной реализацией возросла на 16,93 % при лечении солианом и только на 0,90 % — при лечении галоперидолом ($p \leq 0,01$). Удовлетворенность духовной реализацией увеличилась при применении солиана на 12,13 %, а при применении галоперидола — только на 4,14 %, однако различия в проводимой фармакотерапии не были в этом случае достоверно значимы.

Следует также отметить, что интегративный показатель КЖ до начала терапии составлял у пациентов с АП $4,64 \pm 1,07$ балла. После проведенного курса лечения с применением солиана интегративный показатель КЖ увеличился до $7,80 \pm 1,09$ балла, тогда как при применении галоперидола — только до $6,23 \pm 1,21$ балла ($p \leq 0,05$).

Необходимо подчеркнуть, что в процессе терапии солианом в большинстве случаев достоверно эффективнее происходило увеличение удовлетворенности различными аспектами качества жизни у пациентов с ППЭ с АП, тогда как применение галоперидола в некоторых случаях, наоборот, способствовало снижению удовлетворенности личностной реализацией, межличностным взаимодействием, социоэмоциональной поддержкой и общему снижению КЖ.

Основной задачей вторичной психопрофилактики у лиц с высоким риском суицида во время ППЭ является применение КНСП, состоящей из неотложной фармако- и психотерапии.

Фармакотерапия состояний с высоким риском АП более эффективна с применением атипичного нейролептика солиан в суточной дозе 200—600 мг, антидепрессантов класса СИОЗС (эзопрекс 20—40 мг/сут), при необходимости используются транквилизаторы. Длительность фармакотерапии и сочетание препаратов разных классов определяли в каждом случае индиви-

дуально, в зависимости от ведущего психопатологического синдрома и его выраженности.

В сравнительном аспекте препарат «Солиан» достоверно лучше купирует психопатологическую симптоматику у пациентов с первым психотическим эпизодом, уменьшает суицидальный риск, улучшает коммуникативную функцию, способствует редукции эмоциональных нарушений, улучшает субъективное восприятие больными различных аспектов качества жизни.

Список литературы

1. World Health Organization (Table). Suicide prevention (SUPRE) [Electronic Resource]. — Geneva, Switzerland : World Health Organization, 2007. — Mode of access : URL : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
2. WHO / Suicide rates per 100,000 by country, year, and gender (Table). — 2011. — [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : http://who.int/mental_health/prevention/suicide_rates
3. Юр'єва, Л. М. Доказова медицина в сучасній тактиці профілактики суїцидів [Текст] / Л. М. Юр'єва, Ю. М. Шевченко // Таврический журнал психиатрии. — 2011. — Т. 15. — № 2 (52). — С. 54.
4. Первинний психотичний епізод (діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація): методичні рекомендації [Текст] / Н. О. Марута, Л. М. Юр'єва, О. Є. Кутіков, Е. І. Гура. — Х., 2009. — С. 68.
5. Бачериков А. М. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом (діагностика, клініка, лікування) [Текст] / А. М. Бачериков, І. Г. Мудренко // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 3 (52). — С. 30—33.
6. Бачериков А. М. Особенности показателя качества жизни у больных с аутоагрессивным поведением во время первого эпизода шизофрении [Текст] / А. М. Бачериков, И. Г. Мудренко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 26—31.
7. Мудренко И. Г. Особенности психопатологической симптоматики у пациентов с суицидальным риском [Текст] // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 212.

Надійшла до редакції 26.08.2015 р.

МУДРЕНКО Ирина Григорьевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры нейрохирургии и неврологии медицинского института Сумского государственного университета, г. Сумы; e-mail: Mudrenko_sopnd@mail.ru

MUDRENKO Iryna, MD, PhD, Assistant of Department Neurosurgery and Neurology of Medical Institute of the Sumy State University, Sumy; e-mail: Mudrenko_sopnd@mail.ru