

УДК: 616.895.8

О. Ф. Мруг

ЗАСТОСУВАННЯ АТИПОВИХ АНТИПСИХОТИКІВ У ЛІКУВАННІ ШИЗОФРЕНІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

В останні десятиліття психіатрія зазнала бурхливих змін у терапевтичних підходах до лікування шизофренії. Причиною цього став синтез нових антипсихотиків та поєднання елементів психотерапії та психофармакології з метою покращення якості лікування захворювань шизофренічного регістру. Передумовою даного комплексного підходу стала інтеграція його в клінічну практику, позитивний досвід зменшення кількості екзоцербаций та повторних госпіталізацій.

У 1950-х роках почався стрімкий розвиток використання психотропних речовин при лікуванні психічних захворювань. Всім нам відомо, що хлорпромазин — перший нейролептик – первинно був створений як вегетостабілізуючий препарат. І з того часу висувалися нові біологічні теорії, за допомогою лабораторних аналізів, комп'ютеризації та проведення клінічних досліджень вдосконалювалися терапевтичні підходи. Нині відомо багато даних про механізми дії нейролептиків та наявність їх побічних ефектів. За рахунок клінічної практики використання антипсихотиків стає зрозумілою взаємозалежність між дозою та ефектом, що дає можливість створення нового покоління антипсихотиків та якісно нової зміни в лікуванні шизофренії. Раніше першочергове значення надавалося позитивній симптоматиці — галюцинаціям та маячінню, наразі ж більш важливим фактором інвалідизації вважається дефіцитарна симптоматика у вигляді ангедонії, сплющення афекту, вольових порушень та нейрокогнітивного дефіциту. Такі атипові антипсихотики, як, наприклад, кветіапін, зипрасідон, аріпіпразол, оланзапін, рисперидон та ін.

мають більшу ефективність у порівнянні з типовими нейролептиками перш за все в лікуванні негативної симптоматики, згладження або нівелювання якої необхідне для адаптації хворих на шизофренію, підвищення їх реабілітаційного потенціалу та якості життя.

Згідно з даними деяких авторів [А. Ф. Шацберг, Д. О. Коул, Ч. ДеБаттиста «Руководство по клинической психофармакологии», Москва «Медпресс-информ», 2013 г.], переважна більшість ефективних антипсихотиків діють на нігростріарну систему та викликають екстрапірамідні розлади. Для досягнення бажаного клінічного ефекту необхідне блокування не менше 60–80% дофамінових D2-рецепторів антипсихотиком. У зв'язку із цим постає дилема: низький рівень антагонізму до дофаміну не забезпечує антипсихотичного ефекту, а вищий рівень блокади може спричинити виникнення ЕПР. При цьому вищі дози атипових антипсихотиків не мають прямої залежності зі збільшенням антипсихотичного ефекту, а відсутність ЕПР може бути пояснена коротким періодом блокади дофамінових рецепторів.

Вибір і призначення оптимальної антипсихотичної терапії для конкретного пацієнта відіграє значну роль у встановленні комплаєнсу між пацієнтом та психіатром, підвищує впевненість хворого у вплив лікування, формує позитивне відношення до хвороби та реалістичні очікування у повернення до звичного способу життя.

Отже, перспективність та практичне значення клінічної розробки нових антипсихотиків є важливою передумовою вдосконалення існуючих методів лікування шизофренії та реабілітації даного контингенту пацієнтів.