

### Список літератури

- Актуальные проблемы лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легких / [Фещенко Ю.И., Яшина Л.А., Дзюблик А.Я., Гаврилюк В.Г.] // Здоров'я України. - 2011. - № 2(14). - С. 10-11.
- Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. - М., МедиаСфера, 2006. - 312 с.
- COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Med. Care Prog. / Sidney S., Sorel M., Quesenberry C.P. [et al.] // Chest. - 2005. - № 128. - P. 2068-2075.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Updated 2012) / 2012. - Печимдоступа: www.goldcopd.com.
- Mortality in COPD: role of comorbidities / D.D. Sin // Eur Respir J. - 2006. - № 28. - P. 1245-1257.
- Stephen I. Rennard. Clinical Approach to Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cardiovascular Disease / Stephen I. Rennard // The Proceedings of the American Thoracic Society. - 2005. - № 2. - P. 94-100.
- Van Gestel A.J.R. Autonomic dysfunction in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) / A.J.R. Gestel Van, J. Steier // J. Thorac. Dis. - 2010. - № 2. - P. 215-222.

**Распутина Л.В.**

#### ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

**Резюме.** Проанализированы особенности клинического и функционального течения хронического обструктивного заболевания легких и артериальной гипертензии в условиях их сочетанного течения в зависимости от пола обследованных. Анализ установил, что среди обследованных мужчины, были моложе, однако нарушение функции внешнего дыхания были более тяжелыми. Среди женщин диагностированы желудочковые нарушения ритма, а именно экстрасистолы высоких градаций. Среди женщин диагностированы эпизоды фибрилляции предсердий более длительные. Отмечается повышение симпатической регуляции как среди мужчин, так и среди женщин. Среди женщин достоверно чаще выявляли повышение артериального давления ночью.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких, суточное мониторирование электрокардиографии, спирография.

**Rasputina L.V.**

#### ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ACCORDING TO GENDER

**Summary.** The features of the clinical and functional course of chronic obstructive pulmonary disease and hypertension in their combined flow regardless of sex surveys. The analysis found that among the men surveyed were younger, but the violation of lung function were more severe. Among women diagnosed with ventricular arrhythmias, and it beats high grade. Among women diagnosed with atrial fibrillation episodes longer. Marked increase in the sympathetic regulation of both men and women. Women were significantly more detected an increase in blood pressure at night.

**Key words:** arterial hypertention, chronic obstructive pulmonary disease, investigation, ECG-monitoring.

Стаття надійшла до редакції 6.03.2013 р.

Распутіна Леся Вікторівна - д.мед.н., доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; raspulina.l@mail.ru.

© Рымша С.В., Теклюк С.В., Мруг Е.Ф.

УДК: 616.895.8

**Рымша С.В., Теклюк С.В., Мруг Е.Ф.**

Вінницький національний медичний університет імені Н.І.Пирогова, кафедра психіатрії і наркології (ул. Пирогова, 109, г. Вінниця, 21018, Україна)

#### ВЫБОР ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В КОНТЕКСТЕ ИХ ПСИХО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Резюме.** В данной работе проведено исследование эффективности комбинирования психофармакотерапевтического и психо-социального подходов в лечении больных шизофренией. Особое внимание направлено на медикаментозную терапию атипичными антипсихотиками сравнительно со стандартной терапией типичными нейролептиками для повышения качества лечения пациентов с шизофренией. Количество обследованных в настоящее время человек составило 45 в экспериментальной группе и 52 - в контрольной. Выраженность патопсихологической симптоматики определялась с использованием психометрических шкал: PANSS, SAS, CGI-S, PSP, ROMI, BPRS-A. Также проводилась оценка комплаенс-терапии и доступности психо-социальным мероприятиям пациентов обеих групп. Эти результаты позволили установить наличие статистически значимого ( $p < 0,001$ ) положительного эффекта от применения атипичных нейролептиков в острой фазе.

**Ключевые слова:** шизофрения, PANSS, комплаенс, эффективность.

#### Введение

Шизофрения представляет собой гетерогенную группу расстройств, курабельную посредством кратковременного и длительного медикаментозного подхода.

Важнейшим шагом в лечении шизофрении стало применение комплексного сочетания психофармакотерапии с психотерапевтическими и социореабилитационными методами.

тационными методами с лечебно-профилактической и реабилитационной целью.

Психосоциальная реабилитация является одним из этапов медико-социальной реабилитации больных с психическими расстройствами. Ее задача - создание комплексной системы клинико-психологических, психолого-педагогических и психотерапевтических условий, которые благоприятствуют восстановлению личности, нормализации семейных взаимоотношений и интеграции пациентов в социум. Психосоциальная реабилитация открывает возможность к достижению независимого функционирования пациента в обществе, преодоления нейрокогнитивного дефицита, предупреждения повторных обострений и регоспитализаций, разработки эффективных стратегий контроля заболевания и качества жизни пациента. Масштабность реабилитационных мероприятий возрастает по мере нормализации у пациента способности к сознательному контролю социального поведения и включения в общественную деятельность [Абрамов и др., 2006].

Адекватно подобранные и индивидуально дозированные реабилитационные мероприятия на начальных стадиях шизофрении являются индикатором успешности оказанной помощи и существенно определяют уровень дальнейшей жизнедеятельности и социальной адаптации больного [Абрамов и др., 2008]. Одними из главных способов достижения поставленных задач являются формирование мотивированной заинтересованности больного в лечении и оптимальный выбор антипсихотических медикаментозных средств [Мосолов, 2002].

Одним из значимых факторов является наличие у пациентов доверительных отношений, должного контакта с лечащим врачом и заинтересованного участия в процессе терапии. Эти обстоятельства обуславливают необходимость создания так называемого терапевтического альянса - комплаенса, поддержание которого, является важным показателем профессионализма врача и залогом успешной терапии, которые, в свою очередь, позволяют повысить вероятность соблюдения терапевтических рекомендаций больными шизофренией, сократить сроки стационарного этапа терапии, уменьшить частоту повторных госпитализаций, препятствуют формированию явлений госпитализма, и таким образом, повышают качество жизни пациентов. Создание комплаенса у больных шизофренией является особенно важным для лечения больных шизофренией на этапе формирования ремиссии, так как значительно увеличивает субъективную оценку качества лечения, позволяет добиться роста уровня осознания пациентами характера своих проблем, лучшего понимания последствий своего деструктивного образа мыслей и действий, повышения стремления к переоценке привычных паттернов поведения и выработке более продуктивных их вариантов.

Метод комплаенс-терапии представляет собой психотерапевтический комплекс, интегрирующий положения, принципы и техники когнитивно-поведенческого

направления психотерапии и мотивационного интервьюирования. Для оценки комплаенс-терапии используется шкала медикаментозного комплаенса, разработанная в Институте им. В.М. Бехтерева Н.Б. Луговой и В.Д. Видом. В алгоритме использования метода комплаенс-терапии можно условно выделить три стадии. На первой стадии ("Выяснение отношения пациента к лечению") определяется субъективная концепция заболевания с точки зрения пациента, а также ее влияние на отказ или согласие использовать психотропные препараты.

На второй стадии ("Исследование амбивалентного отношения пациента к лечению") акцентируется внимание и усиливается более адаптивная часть убеждений больного, в результате обобщения и подведения итогов намечаются приемлемые для него альтернативные варианты поведения, включающие следование рекомендациям врача.

На третьей стадии комплаенс-терапии ("Проведение лечения") непосредственно преодолеваются и модифицируются иррациональные и дезадаптивные убеждения пациента, связанные с нежеланием использовать лекарственные препараты и следовать иным врачебным рекомендациям [Shlafer, Sergeeva, 2011].

Процесс лечения разделяется на острую фазу длительностью 6-12 недель, фазу стабилизирующей терапии длительностью не менее 6 месяцев в качестве продолжения лечения в связи с повышением риска частоты рецидивов и профилактическое лечение (поддерживающую фазу) длительностью от двух и свыше лет с использованием минимальных терапевтически эффективных доз антипсихотиков, которые использовались на предыдущих этапах терапии [Клинические протоколы, 2007]. Терапевтический подход к лечению шизофрении осуществляется с оказанием специализированной психиатрической помощи индивидуально соответственно конкретным потребностям пациента.

Атипичные антипсихотики рассматриваются большинством клиницистов как препараты выбора при лечении шизофрении в связи с тем, что вызывают меньше экстрапирамидной симптоматики или не вызывают ее вовсе. Антипсихотики нового поколения заставляют взглянуть на расстройства шизофренического регистра по-новому, выходя за пределы упрощенной дофаминовой теории шизофрении. При этом характеристики сравнения антипсихотиков старого и нового поколения являются дискуссионными. В теоретических предположениях говорится о преобладающей значимости блокады дофамина и антагонизма серотонину. Однако, принимая во внимание результаты современных исследований, некоторые из данных препаратов быстро элиминируются из этих нейротрансмиттерных систем. При этом практическая точка зрения дает все больше данных об эффективности воздействия антипсихотиков нового поколения не только на позитивную симптоматику, но и на широкий спектр негативных, когнитивных и аффективных симптомов. Традиционные же

средства имеют значение у тех пациентов, которые эффективно отреагировали на данную терапию и продемонстрировали хорошую ее переносимость [Зигфрид Каспер и др., 2006].

Основными задачами, которые ставит перед собой психофармакотерапия, являются редукция продуктивной и дефицитарной психопатологической симптоматики, отсутствие побочных действий используемых антипсихотиков и повышение показателей комплаенса терапии. Ряд антипсихотических препаратов в силу своих побочных действий усложняют психотерапевтическое взаимодействие с пациентами. В частности, при использовании типичных антипсихотиков существует понятие так называемого "психотерапевтического окна вмешательства", когда пациенты, получающие антипсихотики с выраженным седативным эффектом, оказываются малодоступными для проведения психотерапевтических и реабилитационных мероприятий. При этом пациенты, получающие атипичные антипсихотики с выраженным седативным эффектом, демонстрируют лучшую доступность при проведении психотерапии, нежели пациенты, получающие антипсихотическую терапию типичными нейролептиками с выраженным седативным эффектом. В связи с этим назрела актуальность изучить и дать рекомендации относительно использования нейролептиков в контексте психо-социальной реабилитации больных.

Касаемо преимуществ атипичных антипсихотиков в сравнении с типичными, необходимо отметить их большую эффективность именно при негативной симптоматике, так как негативные симптомы шизофрении являются более значимым фактором инвалидизации, нежели позитивные симптомы. Антипсихотики нового поколения оказывают значительное влияние на редукцию ангедонии, уплощенного аффекта и волевых нарушений, часто наблюдаемых у большинства пациентов. Эффективность редукции когнитивных нарушений при применении атипичных антипсихотиков дает возможность адаптации больных шизофренией, что само по себе является одним из важнейших критериев выбора медикаментозной тактики. Также атипичные антипсихотики повышают комплаенс и тем самым увеличивают приверженность пациентов терапии, что, в свою очередь, способствует формированию ремиссии. Справедливо отметить отсутствие данных клинических исследований о преимуществе атипичных антипсихотиков в сравнении с типичными в редукции острой продуктивной психопатологической симптоматики при шизофрении, одинаковую частоту возникновения ранних экстрапирамидных расстройств на фоне применения атипичных и типичных антипсихотиков средней силы, однако поздняя дискинезия и явления паркинсонизма на поздних этапах терапии преобладают у пациентов, получающих типичные антипсихотики. В пользу применения последних необходимо упомянуть о ситуациях, где более предпочтительным медикаментозным

подходом будет именно назначение типичных нейролептиков - это купирование острых психомоторных состояний как недорогая и надежная стратегия лечения тяжелого возбуждения как краткий курс неотложной помощи [Шацберг и др., 2013].

Большое значение в определении правильной терапевтической тактики имеет поиск адекватной дозы и длительности лечения при курсе любого антипсихотического препарата. Получены данные об эффективности более низких доз при лечении пациентов с первичным психотическим эпизодом, а также о предпочтении увеличения продолжительности лечения сравнительно с назначением очень высоких доз, как было принято ранее. Однако отдельные пациенты показывают эффективный терапевтический ответ на относительно высокие дозы препаратов. При данных улучшения показателей стандартных рейтинговых шкал менее, чем на 20 % следует проанализировать возможность наличия коморбидных расстройств, отсутствия сложившегося комплаенса или высокий уровень психобиологической уязвимости пациента, прежде чем менять тактику лечения. Согласно полученным данным, целесообразность перехода от традиционных антипсихотиков к атипичным проявляется лучшей переносимостью лечения при применении последних, а также при проявлении у пациентов терапевтической резистентности к терапии типичными антипсихотическими препаратами [Moller, 1993; Emsley, 2000].

Все большей популярностью приобретает использование атипичных антипсихотиков при лечении шизофрении, которые вместе с тем имеют свои показания и противопоказания к применению. В связи с этим возникает необходимость для создания двух групп исследования: в экспериментальную группу вошли пациенты, получающие антипсихотическую терапию атипичными антипсихотиками с выраженным седативным действием и без такового (с преимущественно активизирующим действием); в контрольную группу были включены пациенты, получающие антипсихотическую терапию типичными антипсихотиками с выраженным седативным действием и без такового.

*Цель:* провести анализ полученных результатов терапии атипичными и типичными антипсихотическими препаратами в контексте их влияния на психо-социальную реабилитацию больных шизофренией.

### Материалы и методы

В исследовании был использован проспективный рандомизированный неослепленный дизайн. В исследование включались больные, поступавшие на лечение во 2-е и 7-е отделения Винницкой областной психоневрологической больницы имени акад. А.И. Ющенко. Было сформировано 2 группы пациентов в зависимости от получаемой антипсихотической терапии. В экспериментальную группу были включены пациенты, которые получали атипичные антипсихотики с выра-

женным седативным действием (клозапин, кветиапин) и с активизирующим эффектом (оланзапин, рисперидон, амисульприд, сертиндол). В контрольную группу были включены пациенты, получавшие типические антипсихотики с выраженным седативным действием (хлорпромазин, левомепромазин, флуфеназин, флупентиксол, зуклопентиксол) и без такового (бутирофенон, трифлуоперазин, тиоридазин). Количество обследованных больных в настоящее время составляет 45 человек в экспериментальной группе, 52 - в контрольной. Наличие психопатологических симптомов, редукция психопатологической симптоматики и степень выраженности побочных действий антипсихотической терапии осуществлялись с использованием психометрических шкал: PANSS, SAS, CGI-S, PSP, ROMI и BPRS-A. Также проводилась оценка использованных доз антипсихотической терапии, длительность ремиссии и критерии качества ремиссии у обследуемых пациентов. Эти результаты установили наличие статистически значимого ( $p < 0,001$ ) положительного эффекта от применения атипичных нейролептиков в острой фазе. Кроме того, статистически значимые различия были обнаружены в психометрической оценке пациентов в стадии ремиссии. Существенных различий в продолжительности ремиссии не было найдено.

#### 1. Критерии включения:

1.1. Соответствие критериям МКБ 10-го пересмотра для диагноза "шизофрения, параноидная форма, непрерывный тип течения".

1.2. Длительность заболевания не менее 2-х лет.

1.3. Наличие клинически выраженной психотической симптоматики, приводящей к социальной дезадаптации больного.

1.4. Отсутствие адекватной антипсихотической терапии текущего эпизода.

1.5. Возраст больных от 18 до 50 лет.

#### 2. Критерии исключения:

2.1. Соответствие случая критериям маниакального эпизода (категория F30.x) или депрессивного эпизода (F32.x).

2.2. Расстройство не может быть отнесено к органическому заболеванию мозга (как оно изложено в F00- F09) или к алкогольной или наркотической интоксикации (F1x.0), к зависимости (F1x.2) или к состоянию отмены (F1.x3 и F1.x4).

2.3. Наличие очаговой неврологической симптоматики.

2.4. Наличие острой соматической патологии.

2.5. Субкомпенсированные и декомпенсированные эндокринологические и хронические соматические заболевания.

2.6. Нарушения внутрисердечной проводимости (интервал QT > 0,24).

2.7. Периоды беременности и лактации.

Антипсихотическая терапия проводилась с применением разрешенных к использованию в Украине ан-

типсихотиков. Решение о рекомендации конкретного антипсихотического средства конкретному больному принимал лечащий врач. Для достижения возможности сравнения использованных доз антипсихотических препаратов применялся аминазиновый эквивалент (Краснов и др., 2006).

Психометрическая оценка состояния больных проводилась на 1, 14 сутки и на момент выписки. Момент выписки определялся решением комиссии врачей отделения, в котором больной находился на лечении.

Оценка проводилась с использованием шкал PANSS, SAS, CGI-S, PSP, ROMI и BPRS-A.

Статистическую обработку проводили с использованием пакета IBM™ SPSS Statistics.

## Результаты. Обсуждение

Включенные в исследование группы больных статистически значимо не различались по показателям пола, возраста, дебюта заболевания и длительности заболевания. Показатели психометрической оценки состояния больных на момент включения в исследование соответствовали относительно сильно выраженным клиническим проявлениям заболевания (>40 баллов по шкале PANSS), а также статистически значимо не различались между группами.

Динамика суммарного показателя PANSS фазы экзацербации в обеих группах отображает постепенное улучшение клинической картины, однако позволяет отметить большую скорость регресса симптоматики и степень выраженности улучшения в экспериментальной группе (средний суммарный балл в экспериментальной группе составил  $65,1 \pm 10,8$  и соответственно  $68,3 \pm 11,9$  в контрольной группе). В фазе медикаментозной ремиссии в обеих группах отмечается постепенное ухудшение показателей PANSS, однако сохраняются существенные различия выраженности симптоматики в группах.

При оценке всех пунктов субшкал PANSS использовались следующие градации выраженности: 1 балл - симптоматика отсутствует, 2 балла - очень слабая выраженность, 3 балла - слабая выраженность, 4 балла - умеренная выраженность, 5 баллов - сильная выраженность, 6 - очень сильная выраженность, 7 баллов - крайняя выраженность. Также была возможна дополнительная оценка по 5-ти кластерам - анергия, нарушения мышления, возбуждение, параноидное поведение и депрессия. По изменению симптоматики на протяжении периода наблюдения динамика показателей PANSS трактовалась следующим образом: незначительным улучшением считалось улучшение от 0 до 20 %, существенным - от 20 до 50 %, явным - 50 % и более; незначительным ухудшением считалось ухудшение от 0 до 20 %, существенным - ухудшение от 20 до 50 %, явным - ухудшение свыше 50 %.

На момент начала ремиссии в экспериментальной и контрольной группах редукция симптоматики составила

соответственно: до 20 % у 2 (4 %) и у 10 (19 %) больных, 20-50 % - у 11 (25 %) и 20-50 % - у 25 (48 %), 50 % и более - у 32 (71 %) и у 17 (33 %) больных (критерий Манна-Уитни для пары "опыт/контроль"  $p < 0,001$ ).

За период наблюдения в ремиссии в экспериментальной группе было отмечено незначительное улучшение у 3 (6 %) больных, незначительное ухудшение - у 26 (58 %), существенное ухудшение - у 11 (25 %), явное ухудшение - у 5 (11 %) больных. В контрольной группе у 5 (8 %) больных выявлено явное ухудшение, существенное - у 34 (64 %), незначительное - у 9 (16 %) и у 7 (12 %) больных отмечено улучшение ( $p=0,819$ ).

Показатели общего клинического впечатления (шкала CGI) продемонстрировали следующую динамику: в экспериментальной группе улучшение на 1 балл отмечено у 22 (23 %) больных, на 2 балла - у 54 (57 %), на 3 балла - у 19 (20 %). В контрольной группе у 5 (5 %) больных не выявлено изменений показателя, 50 (49 %) продемонстрировали улучшение на 1 балл, 46 (47 %) - на 2 балла, 2 (2 %) - на 3 балла. Показателем явного клинического улучшения для данной шкалы является изменение показателя на 2 балла и более. Соответственно, в контрольной группе существенное улучшение достигнуто у 48 (48 %) больных, в то время как в опытной - у 73 (77 %), (критерий Манна - Уитни для пары "опыт/контроль"  $p < 0,001$ ).

За период наблюдения в ремиссии в экспериментальной группе отмечено улучшение на 1 балл у 4 (9 %) больных, без динамики показателя - у 31 (69 %) больных, ухудшение на 1 балл - у 2 (4 %), на 2 балла - у 2 (4 %), на 3 балла - у 1 (2 %). В контрольной группе улучшение на 1 балл - у 2 (2 %) больных, без динамики показателя - 23 (43 %) больных, ухудшение на 1 балл - у 8 (15 %), на 2 балла - у 11 (21 %), на 3 балла - у 1 (6 %). Соответственно, существенное ухудшение отмечено в контрольной группе у 7 (13 %) больных, в экспериментальной - у 5 (12 %) больных ( $p=0,531$ ).

Как в контрольной, так и в опытной группе начальные дозы антипсихотической терапии, выраженные в аминазиновом эквиваленте, статистически значимо не различались. На фоне лечения в фазе эксацербации в обеих группах отмечено некоторое увеличение дозы до 7-14-го дня терапии с ее последующим снижением до момента начала ремиссии.

За период наблюдения в медикаментозной ремиссии доза антипсихотической терапии оставалась среднетерапевтической, причем пациенты, принимающие атипичные антипсихотики продемонстрировали лучшую приверженность терапии: достоверные изменения в процессе комплаенс-терапии наблюдались и в отношении показателей субшкалы "Отношение к медикации" ( $T = -7,81$ ;  $p = 0,001$ ). В ходе предлагаемого вида психотерапии значимо увеличились значения субшкал "Факторы, связанные с близким окружением" ( $T = -7,71$ ;  $p = 0,001$ ) и "Факторы, связанные с лечащим врачом" ( $T = -7,12$ ;  $p = 0,001$ ).

В течение пероральной терапии пациенты, получавшие типичные антипсихотики, по сравнению с больными из группы, получавшей атипичные антипсихотики, жаловались на значительно более выраженные дистонические расстройства (3,3% [5/116] в сравнении с 0% [0/122] соответственно;  $p=0,026$ ) и акатизию (6,2% [6/116] в сравнении с 0% [0/122] соответственно;  $p=0,013$ ). Во времени базового обследования были обнаружены достоверные межгрупповые различия суммы баллов по шкалам BPRS-A ( $F_{1,221}=9,26$ ;  $p=0,003$ ) и SAS ( $F_{1,222}=10,10$ ;  $p=0,002$ ), что отражало общее увеличение выраженности ЭПС в группе типичных антипсихотиков. Средний балл по шкале PSP равнялся  $53,2 \pm 11,4$  в экспериментальной группе и  $50,1 \pm 12,1$  в контрольной группе. В обеих группах наблюдались нежелательные экстрапирамидные расстройства  $3,7 \pm 5,2$  и  $5,8 \pm 6,1$  соответственно. За время второго периода исследования у пациентов контрольной группы достоверно чаще возникала акатизия (увеличение балла 4-го пункта по шкале BPRS-A в любое время; 17,5% [17/92] по сравнению с 4,5% [7/107] в экспериментальной группе;  $p=0,015$ ).

Пациенты в контрольной группе жаловались на существенно, более выраженные, дистонию, акатизию и наличие явлений паркинсонизма, по сравнению с пациентами из экспериментальной группы, и им чаще требовалось назначение антихолинергических средств.

### Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Низкий риск возникновения поздних экстрапирамидных нарушений, редукция дефицитарной психопатологической симптоматики, аффективных и когнитивных нарушений при применении атипичных антипсихотиков является преимуществом над типичными антипсихотиками. Это преимущество позволяет улучшить приверженность пациентов к приему поддерживающей терапии, уменьшая таким образом, возможность дальнейших обострений.

2. При выраженной продуктивной психопатологической симптоматике и для купирования тяжелого психомоторного возбуждения возникает необходимость использования типичных антипсихотиков с выраженным седирующим эффектом.

3. При использовании атипичных антипсихотиков чаще возникают ранние экстрапирамидные расстройства (острая дистония и акатизия) и эндокринные расстройства (увеличение веса, нарушения либидо и дисменорея у женщин).

4. С целью проведения интенсивных психо-социальных реабилитационных мероприятий могут быть рекомендованы атипичные антипсихотики без выраженного седирующего эффекта.

5. Проводимая больным шизофренией комплаенс-терапия в период формирования у них ремиссии, эффективно влияет на характер комплаенса пациен-

тов, о чем свидетельствуют статистически достоверные позитивные изменения всех параметров "Шкалы медикаментозного комплаенса", улучшение показателей согласования отношений пациента, врача и близких больного к проводимой психофармакологической терапии.

6. В ходе комплаенс-терапии у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии значительно увеличивалась субъективная оценка качества лечения, что проявляется в повышении степени удовлетворен-

ности результатами терапии, а также отмечалось снижение симптоматического неблагополучия, разрешение ряда психологических проблем и улучшение уровня взаимопонимания с лечащим врачом.

Методику комплаенс-терапии целесообразно использовать при лечении больных шизофренией на этапе формирования ремиссии с целью улучшения соблюдения терапевтических рекомендаций, что уменьшает сроки стационарного этапа терапии и препятствует формированию явлений госпитализма.

**Список литературы**

Абрамов В.А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами : Руководство для врачей-психиатров, психологов и соц. Работников / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк: Каштан, 2006. - Р. 254-255 с.

Абрамов В.А. Психический дефект при шизофрении и проблема госпитализма / В.А. Абрамов, Г.Г. Пулятин, А.В. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2008. - № 1. - С. 101-116.

Алан Ф. Шацберг. Руководство по клинической психофармакологии / Алан Ф. Шацберг, Джонатан О. Коул, Чарлз ДеБаттиста. - Москва, "МЕДпрессинформ", 2013. - С. 150-160.

Зигфрид Каспер / Принятие решений в психофармакотерапии / Зигфрид Каспер, Джозеф Зоар, Дан Стейн. - Киев, "Сфера", 2006. - С. 25-34.

Клинические протоколы оказания медицинской помощи по специальности "Психиатрия" от 05.02. 2007 г. № 59.

Мосолов С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии // Новые достижения в терапии психических заболеваний / Под ред. проф. С.Н. Мосолова. - М.: ЗАО "Издательство "БИ-НОМ", 2002. - С. 21-37.

Emsley R.A. Role of newer atypical antipsychotics in the management of treatment-resistant schizophrenia / R.A. Emsley. - CNA Drugs 2000. - № 13. - P. 409-420.

Moller H.J. Neuroleptic treatment of negative symptoms in schizophrenic patients. Efficacy problems and methodological difficulties / H.J. Moller // Eur Neuropsychopharmacol. - 1993. - № 3. - P. 1-12.

Shlafer A. M. Compliance therapy as a method of treatment of a schizophrenia / A.M. Shlafer, N.A. Sergeeva // The interpersonal dynamics of identity: 16th world congress of the world association for dynamic psychiatry and the XXIX International Symposium of the German Academy of Psychoanalysis : book of abstracts. - Munich, 2011. - P. 49-50.

**Римша С.В., Теклюк С.В., Мруг О.Ф.**

**ВИБІР ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ В КОНТЕКСТІ ЇХ ПСИХО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**Резюме.** У даній роботі проведено дослідження ефективності комбінування психофармакотерапевтичного та психо-соціального підходів у лікуванні хворих на шизофренію. Особлива увага спрямована на медикаментозну терапію атипівними антипсихотиками порівняно зі стандартною терапією типовими нейролептиками для підвищення якості лікування пацієнтів із шизофренією. На теперішній час кількість обстежених склала 45 чоловік в експериментальній групі та 52 - у контрольній. Виразність патопсихологічної симптоматики визначалася з використанням психометричних шкал : PANSS, SAS, CGI - S, PSP, ROMI, BPRS - A. Також проводилась оцінка комплайенс-терапії та доступності психо-соціальних заходів пацієнтам обох груп. Ці результати дозволили встановити наявність статистично значимого ( $p < 0,001$ ) позитивного ефекту від застосування атипівних нейролептиків в гострій фазі.

**Ключові слова:** шизофренія, PANSS, комплайенс, ефективність.

**Rymsha S.V., Teklyuk S.V., Mrug E.F.**

**SELECTION OF PHARMACOTHERAPY FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN THE CONTEXT OF PSYCHO-SOCIAL REHABILITATION**

**Summary.** In the article is argued the effectiveness of combined psychopharmacotherapy and psycho-social rehabilitation methods. Special attention is payed to the drug therapy with atypical antipsychotics compared with standard antipsychotic therapy with typical neuroleptics for improvement of quality of the treatment of patients with schizophrenia to have an opportunity overcoming the existing problems of psychopharmacotherapy and psycho-social rehabilitation. Amount of research at present is 45 persons in the experimental group, 52 - in control. Assessed the severity of symptoms using psychometric scales: PANSS, SAS, CGI-S, PSP, ROMI, BPRS-A. Also conducted the assessments of compliance-therapy of the patients quality criteria of remission. These results establish the presence of statistically significant ( $p < 0,001$ ) positive effect of the use of atypical neuroleptics in the acute phase. Also, the importance of applying of psycho-social rehabilitation methods is attached to.

**Key words:** schizophrenia, PANSS, compliance, efficacy.

Стаття прийнята до друку 8.04.2013 р.

Римша Софья Витальевна - д. мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова;  
 Теклюк Сергей Васильевич - к. мед. н., доцент кафедры психиатрии и наркологии Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова; (067) 6561186;  
 Мруг Елена Федоровна - аспирант кафедры психиатрии и наркологии Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова; magda.hexe@gmail.com.