

А.М. Кожина, Л.М. Гайчук
**НОВІ МОЖЛИВОСТІ
 В ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ
 РОЗЛАДІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ
 ПРЕПАРАТІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ
 ТА МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ**

З умовою великого поширення тривожних розладів у популяції, їх терапія займає значне місце в сучасній психіатрії.

Препарат Мексипрін® показаний у виборі терапії патологічної тривоги, оскільки володіє широким спектром ефективності, поєднанням антиоксидантного та мембранопротекторної дії, швидкого настання клінічного ефекту, не викликаючи седації у дозі 250-500 mg 1-2 рази на добу і доброю переносимістю.

Проведене дослідження показало високу ефективність комплексної системи корекції тривожних розладів і високу ефективність препарату Мексипрін® на сучасному етапі.

Ключові слова: тривога, адаптація до стресу, психофармакотерапія, комплексний підхід до лікування.

A.M. Kozhina, L.M. Gaychuk
**NEW POSSIBILITIES IN THE TREATMENT
 OF ANXIETY DISORDERS WITH THE USE
 OF MEDICINES WITH ANTIOXIDANT
 ACTIVITY AND MEMBRANOPROTECTIVE
 EFFECT**

With the condition of a large spread of anxiety disorders in the population, their therapy is important in contemporary psychiatry.

Drug Meksiprim® is indicated in the treatment of pathological anxiety choice, since it has a wide range of performance, a combination of membrane and antioxidant action, rapid onset of clinical effect without causing sedation dose of 250-500 mg 1-2 times a day and well tolerated.

The study showed the high efficiency of the integrated system of correction of anxiety disorders and high efficacy Meksiprim® at present.

Keywords: anxiety, adaptation to stress, psychopharmacotherapy, a comprehensive approach to treatment.

Поступила 13.11.12

УДК:612.015

В.И. Коростий
Харьковский национальный медицинский университет

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБЕНЗОДАЗЕПИНОВЫХ АНКСИОЛИТИКОВ
 В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ
 ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Непсихотические психические расстройства играют значительную роль у больных с психосоматическими заболеваниями, так как снижают качество жизни и работоспособность. Среди психофармакотерапии традиционно на передний план выходят препараты группы транквилизаторов, так как тревожные расстройства доминируют у пациентов с психосоматической патологией.

На современном этапе развития психофармакологии, с учетом побочного действия и ограниченности в применении, препараты небензодиазепинового ряда занимают лидирующее место в назначении, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Применение Афобазола полностью отвечает требованиям безопасности психофармакотерапии и является необходимым сопровождением для психотерапевтической и медико-психологической реабилитации.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, небензодиазепиновые транквилизаторы, психотерапия, медико-психологическая реабилитация.

Своевременная диагностика и лечение непсихотических психических расстройств (НППР) при психосоматических заболеваниях имеет наибольшее значение у больных молодого возраста в связи с возможным устранением существенной неблагоприятной роли психических

расстройств в снижении качества жизни и работоспособности пациентов, патогенетического влияния на дальнейшее течение психосоматических заболеваний [1, 2, 3, 4].

Пациенты с психическими нарушениями тревожного и депрессивного регистров в пер-

вую очередь нуждаются в психотерапевтической коррекции эмоционального состояния. Однако данные исследований эффективности различных методов психотерапии при психосоматической патологии противоречивы, в части из них отмечаются существенные трудности в установлении терапевтического контакта, выборе методов и меньшая, чем у пациентов с невротической патологией, эффективность традиционных психотерапевтических подходов [2, 5, 6].

По данным эпидемиологических исследований, на протяжении жизни тревожные состояния развиваются примерно у одной четвертой части популяции, их распространенность в населении составляет от 6 до 13,6%. Симптомы патологической тревоги выявляют у 30-40% больных, обращающихся к врачам общей медицинской практики [1, 3, 7, 8]. Высокая частота тревожных расстройств наряду с их значимым неблагоприятным влиянием на течение и прогноз коморбидных соматических заболеваний, а также качество жизни пациентов, страдающих сочетанной тревожной и соматической патологией, объясняет высокую потребность проведения анксиолитической терапии у данного контингента больных [9, 12, 13].

По современным представлениям о патогенезе тревожных расстройств, развитие тревоги не является результатом дисфункции какой-либо одной нейромедиаторной системы, а отражает возникновение системного регуляторного дисбаланса различных нейромедиаторов на самых разных уровнях структурно-функциональной организации – от молекулярного до уровня целостного мозга. Регуляцию процессов адаптации при стрессе и психотравмирующих ситуациях осуществляют: лимбическая система и лимбико-ретикулярный комплекс, гипоталамус, гипофиз, кора надпочечников, периферические эндокринные железы. Наиболее активно в феномене тревоги участвуют две мозговые лимбические структуры, это – гиппокамп и миндалина. В экспериментальных условиях было доказано, что инактивация рецепторов гистамина типа H₁, расположенных в задней части гипоталамуса повышает уровень серотонина и уменьшает уровень тревоги. Ключевое место в формировании отмеченного дисбаланса традиционно отводят ГАМК-ергической системе. В то же время в последние годы накапливается все больше данных, свидетельствующих о важной роли в патогенезе тревожности серотониновой дисфункции – гиперактивности серотонинергической системы, а также глутаматной и нейропептидной медиации [2, 7, 10, 11].

В клинической практике тревожные состо-

яния могут наблюдаться как в рамках невротических расстройств в качестве самостоятельных нозологических форм (тревожно-фобические расстройства, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство), в сочетании с депрессивной симптоматикой (тревожно-депрессивные расстройства), так и в рамках психосоматической патологии или в результате воздействия хронического стресса.

В настоящее время в терапии тревожных расстройств используется комплексный подход, включающий в себя применение фармакотерапии и психотерапии, а также психообразовательные мероприятия [4, 8, 10].

Среди психотропных средств для лечения тревожных расстройств транквилизаторы являются наиболее широко применяемыми в условиях как стационарного, так и амбулаторного лечения. Сфера их использования выходит далеко за рамки психиатрии, охватывая многие соматические заболевания, неврологию, хирургию, анестезиологию (премедикация, атаральгезия), онкологию, дерматологию, геронтологию, педиатрию, акушерство и гинекологию, наркологию (для купирования алкогольной абстиненции), ряд других областей медицины. Эти препараты применяются также практически здоровыми людьми для снятия отрицательных последствий эмоционального стресса. Как указывает В. И. Бородин, от 10 до 15% всего населения в различных странах мира раз в год получают рецепты на тот или иной транквилизатор [3]. Особенно часто назначаются бензодиазепины, которые длительно принимает их около 2% населения [1].

С учетом вышесказанного в настоящее время в психофармакологии приоритетное значение придается именно безопасности лечения, акцентируется внимание на важности сопоставления клинической эффективности (польза от лечения) и нежелательного, побочного действия или переносимости препаратов (риск лечения) [1, 2, 10, 11].

Большинство ранних классификаций транквилизаторов основано на особенностях их химического строения, продолжительности действия, клинического применения.

Так, по числу препаратов лидируют производные бензодиазепина, среди которых выделяют препараты длительного действия (например, диазепам, феназепам, циназепам, нитразепам, флунитразепам), средней длительности действия (хлордiazепоксид, лоразепам, нозепам, алпразолам и др.) и короткого действия (мидазолам, триазолам). К производным дифенилметана относится бенактизин (амизил), к производным 3-метоксибензойной

кислоты – триоксазин, к эфирам замещенного пропандиола – мепробамат, к производным хинуклидина – оксидин, к производным азаспиродекандиона – бупирон.

Традиционно выделяются так называемые «дневные транквилизаторы», у которых преобладает собственно анксиолитическое действие и минимально выражены седативный, снотворный, миорелаксанта́ные эффекты – Меzapам (Рудотель), Триоксазин, Тофизопам (Грандаксин); анксиолитическое действие преобладает и у Гидазепама, Тофизопама, Дикалий хлоразепама (Сранксена). Эти препараты можно назначать амбулаторно в дневное время.

Подобный подход к классификации, однако, не учитывает механизм действия транквилизаторов, который особенно важен как для понимания фармакодинамики и сущности побочного действия, так и для определения основных направлений разработки нового поколения препаратов. Прогрессивные классификации анксиолитиков на основе механизма действия начинают появляться не только в научных публикациях, но и в последних изданиях учебной литературы по фармакологии. В частности, проф. Д.А. Харкевич [11] классифицирует важнейшие транквилизаторы на агонисты бензодиазепиновых рецепторов (Диазепам, Феназепам и др.), агонисты серотониновых рецепторов (Бупирон) и препараты разного типа действия (Амизил и др.). Среди последних привлекает внимание группа лекарственных средств, являющихся мембранными модуляторами ГАМКА-бензодиазепинового рецепторного комплекса (Афобазол, Мексидол, Ладастен, Тофизопам).

По данным С.Б. Середина [4, 10], в клинических исследованиях установлено, что у астеничных пациентов с неврозами наблюдается транквило-активирующее, а у стеничных – транквило-седативное действие бензодиазепинов. У здоровых добровольцев с высокой результативностью операторской деятельности в эмоционально-стрессовой обстановке бензодиазепины вызывают седацию, а в случае дезорганизующего влияния стресса – повышение показателей деятельности. Зависимость эффекта от фенотипа эмоционально-стрессовой реакции имеет место у Афобазола.

В целом, транквилизаторы, в отличие от других психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты), характеризуются отсутствием тяжелых побочных эффектов и хорошей переносимостью. В.И. Бородин [3] выделяет следующие основные побочные эффекты, встречающиеся при использовании транквилизаторов:

- гиперседация – дозозависимая дневная сонли-

вость, снижение уровня бодрствования, нарушение координации внимания, забывчивость и др.;

- миорелаксация – расслабление скелетной мускулатуры, проявляющееся общей слабостью, слабостью в отдельных группах мышц;
- «поведенческая токсичность» – легкое нарушение когнитивных функций и психомоторных навыков, проявляющееся даже в малых дозах и выявляемое при нейропсихологическом тестировании;
- «парадоксальные» реакции – усиление агрессивности и ажитации (возбужденное состояние), нарушения сна, обычно проходящие самопроизвольно или после снижения дозы;
- психическая и физическая зависимость, возникающая при длительном применении (6–12 месяцев непрерывно), проявления которой напоминают невротическую тревогу.

Указанные побочные эффекты определяют необходимость разработки новых подходов к лечению тревожных расстройств с использованием фармакологических средств нового поколения [5, 10]. В этом отношении привлекает внимание применение Афобазола.

Целью данного исследования было разработать принципы комплексной патогенетически обоснованной терапии тревожных расстройств при психосоматических заболеваниях.

Поскольку одной из задач исследования явился подбор оптимальной анксиолитической терапии в комплексном лечении тревожных расстройств при психосоматических заболеваниях в нашей работе мы провели оценку клинической эффективности препарата Афобазол.

Афобазол не является агонистом бензодиазепинового рецептора, что является инновационной составляющей его механизма действия. В то же время он препятствует развитию мембранозависимых изменений в ГАМК-бензодиазепиновом рецепторном комплексе, наблюдаемых при формировании тревоги и эмоционально-стрессовых реакций и приводящих к снижению доступности бензодиазепинового рецепторного участка к соответствующему лиганду.

Афобазол обладает сочетанием отчетливого анксиолитического, вегетостабилизирующего и умеренно выраженного активирующего свойств. Анксиолитическое действие Афобазола не сопровождается гипноседативными эффектами (седативное действие выявляется у Афобазола в дозах, в 40-50 раз превышающих ED50 для анксиолитического действия). У препарата отсутствуют миорелаксанта́ные свойства, негативное влияние на показатели памяти и внимания. При его применении не формирует-

ся лекарственная зависимость и не развивается синдром отмены, что позволяет отнести этот препарат к безрецептурным средствам.

Исследование клинического эффекта Афобазола проводилось у 73 больных с психосоматическими заболеваниями, 30 пациентов группы сравнения получали Гидазепам, 30 пациентов, получавших только психотерапевтическое лечение, составили группу контроля.

Непсихотические эмоциональные расстройства тревожно-депрессивного спектра среди других психических расстройств у больных с психосоматическими заболеваниями в среднем наблюдались в 67,6% случаев. Распределение тревожных расстройств по диагнозам у больных бронхиальной астмой, артериальной гипертензией и язвенной болезнью представлено на рис. 1.

отмены.

В ходе проводимой фармакологической терапии применялся Афобазол в дозе 10-20 мг 3 раза в сутки на протяжении 6 недель.

Начальный противотревожный эффект препарата достигался на 2-3 день регулярного приема, положительная динамика состояния с достоверной редуцией основных симптомов выявлялась к началу 2-й недели и, вполне отчетливо, в начале 3-й недели терапии.

В целом Афобазол оказался эффективен у 87,9% больных, у 68,1% больных отмечалось полное, а у 23,8% частичное купирование тревожных проявлений.

На фоне применения Афобазола нами отмечена быстрая редуция тревожной симптоматики, нормализация фона настроения, исчезновение чувства внутреннего напряжения,

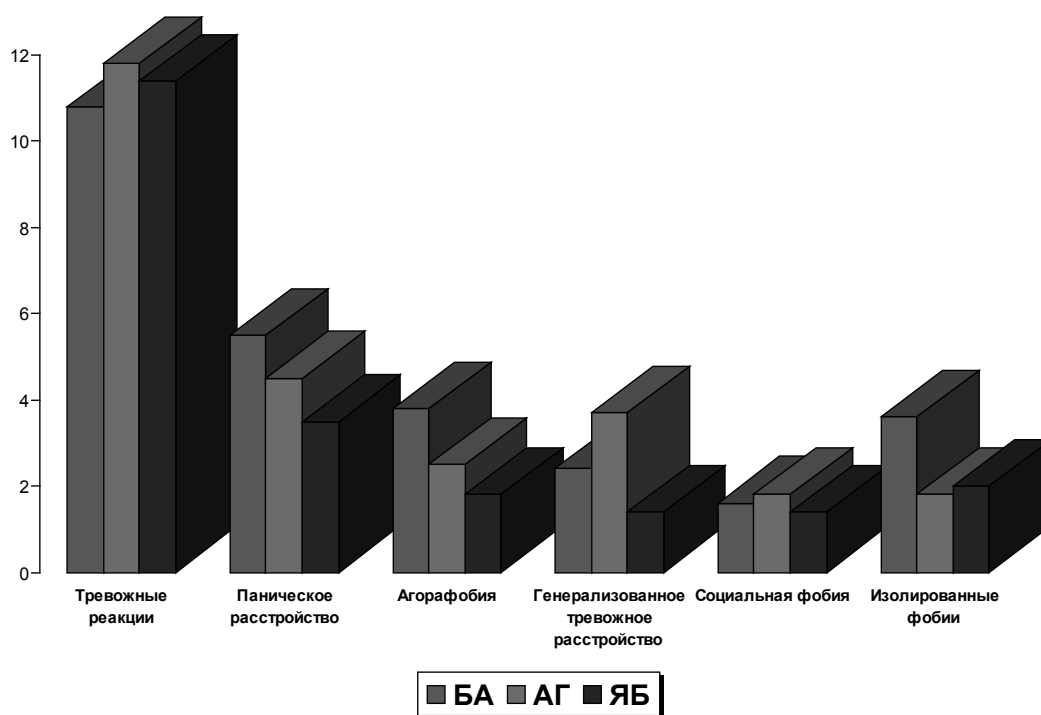


Рис. 1. Распределение тревожных расстройств по диагнозам у больных бронхиальной астмой, артериальной гипертензией и язвенной болезнью

К преимуществам использования Афобазола в нашем исследовании следует отнести: широкий спектр эффективности в отношении всех видов тревожных расстройств; быстрое наступление клинического эффекта (4-7 дней); способность селективно уменьшать тревогу, не вызывая седации; отсутствие способности вызывать физическую и психологическую зависимость; отсутствие рецидивов при однократном пропуске приема препарата, сохранение анксиолитического действия после прекращения приема препарата, и как следствие, отсутствие синдрома

нормализация фона настроения, стабилизация сомато-вегетативного статуса. Происходило повышение психофизической активности, увеличение уверенности в собственных силах и возможностях, что позволяло расширять контакты с окружающими, возобновить привычный двигательный режим. Эта особенность терапии Афобазолом в полной мере соответствовала цели скорейшего купирования тревожных расстройств, позволяла сократить сроки стабилизации состояния.

Необходимо подчеркнуть благоприятное

влияние препарата на когнитивное функционирование с акцентом на положительную динамику функций нейродинамики, внимания и мышления, что имеет важное клиническое значение и способствует успешной психосоциальной адаптации больных.

При оценке динамики показателей по психодиагностическим шкалам тревоги и депрессии на 3 неделе приема Афобазола отмечено снижение показателей до 13 и меньше баллов по шкале тревоги Гамильтона, что соответствует редукции тревожной симптоматики (рис. 2, 3).

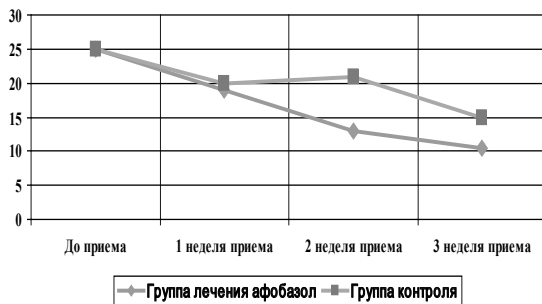


Рис. 2 Динаміка показателів шкали тривоги Гамильтона на фоні застосування Афобазолу та в групі контролю

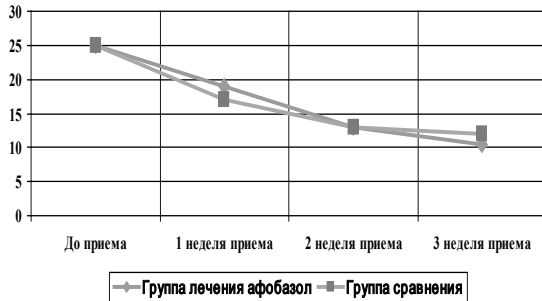


Рис. 3 Динаміка показателів шкали тривоги Гамильтона на фоні застосування Афобазолу та в групі порівняння

В результаті дослідження була виявлена хороша переносимість препарату, менша вираженість і частота побічних ефектів, особливо в стосунку до вищих психічних функцій. Побічні дії препарату відзначені у 9,7% хворих і являлись дозозалежними. В перші дві тижні прийому Афобазолу найбільш частими побічними явленнями зі сторони шлунково-кишкового тракту є тошнота. Однак ні в одному випадку даний факт не повлек за собою скасування препарату. Всі інші випадки побічних ефектів можна вважати передбачуваними (типичними для даного класу препаратів) і, в цілому,

швидко проходять при продовженні лікування і доступні для швидкої корекції.

Результати проведених нами досліджень показали, що для корекції тривожних розстройств крім фармакотерапії цілорозумно застосовувати комплексні психокорекційні програми, передбачаючі поетапне введення психотерапевтичних методик в залежності від особливостей хворих і змістової частини психотерапії, в поєднанні з психоедукаційними програмами в межах системи лікування і реабілітації хворих з психосоматичними захворюваннями (рис. 4).



Рис. 4 Принципи побудови системи лікування і реабілітації хворих з психосоматичними захворюваннями

В склад вищевказаних програм входять наступні психотерапевтичні методики: Когнітивно-біхевіоральна, інтерперсональна, сімейна і проблемно-розв'язуюча психотерапія (рис. 5).



Рис. 5 Комплекс психотерапевтичних заходів в системі лікування хворих з психосоматичними захворюваннями

Неотъемлемою складовою сучасної комплексної терапії психосоматичних захворювань є використання психоедукаційних програм.

Психоедукація (psychoeducation) - поетапно здійснювана система психотерапевтичних впливів, передбачаючих інформувати пацієнта і його родичів про психічні розстройств

и их обучение методам совладения со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания.

Нами в рамках работы кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета как научно – методического центра МЗ Украины по вопросам психообразования проводится постоянно действующая «Школа психосоматического больного», в основе которой лежит интегративная модель психообразования включающая в себя комплексную бифокальную (ориентированная как на пациента, так и на членов его семьи) поэтапно осуществляемую систему информационных, психокоррекционных и психосоциальных воздействий.

Проведенное катamnестическое исследование показало высокую эффективность предлагаемой комплексной системы коррекции тревожных расстройств. При катamnестическом наблюдении при повторном исследовании через 12 месяцев в основной группе отмечено достоверное улучшение показателей по шкале HARS до уровня нормы (с $22,5 \pm 0,8$ до $12,6 \pm 0,6$) ($p < 0,01$), У пациентов ГК динамика по рассматриваемым параметрам отличалась от ГД. По шкале HARS улучшение показателей от $21,5 \pm 0,8$ до $17,6 \pm 0,6$) ($p > 0,05$). Частота рецидивов ПСЗ с госпитализацией у пациентов основной группы на 12,5% меньше, чем у пациентов группы контроля ($p < 0,01$). Таким образом, для нормализации психического статуса и благоприятного отдаленного прогноза существенную положительную роль оказывает реализация системы лечения и реабилитации пациентов психосоматическими заболеваниями и тревожными расстройствами, включающая анксиолитическую психофармакотерапию, психотерапию и медико-психологическую реабилитацию.

Выводы

1. При лечении тревожных расстройств у больных с психосоматическими заболеваниями используются принципы комплексности, индивидуальности, комбинированности, стадийности в структуре системы лечения и реабилитации, включающей анксиолитическую психофармакотерапию, психотерапию и медико-психологическую реабилитацию.
2. Фармакотерапевтическое сопровождение психотерапии должно обеспечивать снижение уровня тревоги с минимальными проявлениями побочных эффектов, межлекарственных взаимодействий.
3. Применение афобазола при лечении тревожных расстройств у больных психосоматическими заболеваниями в полной мере соответствует требованиям к безопасности

и переносимости и показывает достаточный эффект в рамках системы лечения и реабилитации больных с психосоматическими расстройствами.

Литература:

1. Аведисова А.С. Тревожные расстройства // В кн: Александровский Ю.А. «Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение» - М: ГЭОТАР. МЕД – 2004 - С. 66 - 73.
2. Астапова В.М. Тревога и тревожность // СПб.: Питер – 2001 – С. 5-6, 143-156.
3. Бородин В. И. Побочные эффекты транквилизаторов и их роль в пограничной психиатрии // Психиатр. и психофармакол. – 2000. – № 3. – С. 72–74.
4. Воронина Т. А., Середенин С. Б. Перспективы поиска анксиолитиков // Эксперим. и клин. фармакология. – 2002. – Т. 65, № 5. – С. 4–17.
5. Краснов В.Н., Вельтищев Д.Ю., Немцов А.В., Ивушкин А.А. Применение афобазола в лечении тревожных расстройств // *Нейронews* – 2012. – №7 (42)/ – С.61-65.
6. Кребс М.А. Нейробиология тревоги // Научная информация – 2000 – С. 1-4.
7. Левада О.А. Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии // *Нейронews* № 2 (21) – 2010.
8. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н.О Марута // *Нейро News* психоневрологія і нейропсихіатрія. – 2010. – №5 (24). – С. 83-90.
9. Михайлов Б.В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи / Б.В. Михайлов // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т 18. – В 3 (64). – С. 137-138.
10. Середенин С.Б. Фармакогенетические проблемы анксиоселективности // 3-я международная конференция «Биологические основы индивидуальной чувствительности к психотропным средствам». – Суздаль, 2001. – С. 133.
11. Харкевич Д. А. Фармакология. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – С. 225–229.
12. Яничак Ф. Дж., Дэвис Д. М., Прескорн Ш. Х., Айд мл. Ф. Дж. Принципы и практика психофармакотерапии. – К., 1999. – 728 с.
13. Fricchione G. Generalized anxiety disorder // *New Engl J Med* - № 351 (7) – 2004 - P. 675-682.
14. Rouillon F. Depression comorbid with anxiety or medical illness: The role of paroxetine // *Int J Psychiat Clin Practice*. – 2001. – Vol. 5. – P. 3-10.

В.І. Коростій

**ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕБЕНЗОДІАЗЕПІНОВИХ
АНКСІОЛІТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ
ЛІКУВАННІ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ
ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ**

Непсихотичні психічні розлади відіграють значну роль у хворих з психосоматичними захворюваннями, тому що знижують якість життя і працездатність. Серед засобів психофармакотерапії традиційно на передній план виходять препарати групи транквілізаторів, так як тривожні розлади домінують у пацієнтів з психосоматичною патологією.

На сучасному етапі розвитку психофармакології, з урахуванням побічної дії та обмеженості в застосуванні, препарати небензодіазепінового ряду займають лідируюче місце в призначенні, як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах.

Застосування Афобазолу повністю відповідає вимогам безпеки психофармакотерапії і є необхідним супроводом для психотерапевтичної і медико-психологічної реабілітації.

Ключові слова: психосоматичні розлади, небензодіазепінові транквілізатори, психотерапія, медико-психологічна реабілітація.

V.I. Korostiy

**EFFICIENCY OF NONBENZODIAZEPIN
ANXIOLYTICS IN COMPLEX
TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS
IN PSYCHOSOMATIC DISEASES**

Nonpsychotic mental disorders play a significant role in young patients, since it reduces the quality of life and performance. Preparations of group of tranquilizers traditionally come to the forefront of psychopharmacology, because anxiety disorders predominate in patients with psychosomatic diseases.

At the present stage of development of psychopharmacology, including side effects and limited in application, nonbenzodiazepin medications occupy the leading position in the appointment, both in outpatient and inpatient.

Afobazole application meets the requirements of safety and pharmacotherapy is a necessary accompaniment for psychotherapeutic and medical and psychological rehabilitation.

Key words: psychosomatic disorders, nonbenzodiazepin tranquilizers, psychotherapy, medical and psychological rehabilitation.

Поступила 13.11.12

УДК 616.895.7/.8-008-42-055.2-036-085

В.М. Синайко, Л.Д. Коровина

Харьковский национальный медицинский университет

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ОБОСТРЕНИЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ЖЕНЩИН
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ КОМПЛАЙЕНСА**

Обследовано 106 женщин, страдающих параноидной шизофренией и находящихся на стационарном лечении в психиатрических отделениях больницы. Установлена взаимосвязь между выраженностью и характером ведущего психопатологического синдрома и величиной комплайенса. Больные, более склонные к терапии, имели менее выраженную негативную симптоматику, при обострении у них доминировали продуктивные симптомы, отражавшие остроту процесса. Пациентки со средним показателем комплайенса при обострении демонстрировали меньшую остроту и динамику психопатологического процесса, относительно менее благоприятное течение заболевания и более выраженные негативные расстройства, особенно апатического типа. Больные с наименьшим комплайенсом имели стойкие дефицитарные расстройства, наиболее неблагоприятное течение заболевания, а характер положительной симптоматики отражал стойкость и тяжесть процесса.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, психопатологический синдром, нозоморфоз, динамика заболевания, комплайенс.

Для классического понимания шизофрении как хронического прогрессирующего психического заболевания требуется тщательная оценка

её клинических проявлений, к которым традиционно относят продуктивные и дефицитарные симптомы. Дефицитарные, облигатные, симп-