

УДК 616.895

А.М. Кожина, Е.И. Сухоиванова

Харьковский национальный медицинский университет

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Проведено комплексное психопатологическое и психодиагностическое обследование 95 больных обоего пола в возрасте 18–45 лет с установленным диагнозом шизофрения, в комплексной терапии которых были использованы атипичный антипсихотик Амисульприд и психообразовательная программа. Показано, что комплексный подход в терапии шизофрении, включающий психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков в сочетании с психообразовательными тренингами, приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных и решает проблему социальной реинтеграции больного.

Ключевые слова: шизофрения, терапия, реабилитация.

Шизофрения – одно из наиболее распространённых психических расстройств, характеризующееся сочетанием продуктивной (галлюцинаторно-бредовой, кататонно-гебефренной, аффективной и др.) и негативной (апатия, абулия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений и приводящее к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям. Больные шизофренией занимают до 50 % коек психиатрических стационаров и дают один из наиболее высоких процентов нетрудоспособности [1, 2].

По данным ВОЗ, заболеваемость шизофренией составляет 17–54 случая на 100 тыс. населения. Число новых случаев в год составляет 4,5 млн, при этом начало заболевания приходится, как правило, на молодой возраст, что нарушает общественную, профессиональную активность пациента и ложится бременем на семью и общество [3, 4].

При этом, хотя шизофрения и не является смертельным заболеванием, однако смертность среди страдающих этим расстройством в два раза выше, чем среди населения в целом. Шизофрения сокращает продолжительность жизни больного в среднем на 10 лет. Риск самоубийств при шизофре-

нических расстройствах составляет более 10 %, что в 12 раз превышает аналогичный показатель среди населения в целом [5, 6].

В настоящее время в психиатрии широко используются атипичные нейролептики, которые достаточно быстро купируют продуктивную и негативную психопатологическую симптоматику, улучшают когнитивный дефицит и обладают минимальными побочными эффектами. Чрезвычайно важным фактором является также возможность быстрого восстановления качества жизни и социального функционирования у больных шизофренией [1, 3].

Исследование EUFEST (European First Episode Schizophrenia Trial) подтвердило преимущества атипичных антипсихотиков (в первую очередь, кветиапина и амисульприда) в лечении больных шизофренией. При этом отмена данных препаратов переносилась легче и давала даже больший эффект, чем приём низких доз галоперидола [7].

Реабилитация психически больных не ограничивается устранением психопатологической симптоматики и должна быть нацелена на создание для них оптимальных условий социального функционирования, повышение качества жизни, способности к самостоятельной активной деятельности. В совре-

© А.М. Кожина, Е.И. Сухоиванова, 2013

менных условиях данная проблема приобретает особую важность [8, 9].

В связи с этим остро ощущается необходимость разработки комплексных реабилитационных программ и их внедрения в практику работы психиатрических учреждений. Известно, что важную роль в реабилитационном процессе играет психосоциальное вмешательство [3, 10].

Среди комплекса реабилитационных мероприятий ведущая роль должна принадлежать психообразованию. Психообразование занимает особое место в структуре поэтапно осуществляемой системы психотерапевтических воздействий, предусматривающих информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и их обучение методам совладения со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания [5, 8].

В связи со сказанным целью данной работы явилась оценка эффективности комплексного подхода в терапии и реабилитации больных шизофренией и разработка оптимальных методов его применения.

Материал и методы. Проведено комплексное психопатологическое и психодиагностическое обследование 95 больных обоего пола в возрасте 18 – 45 лет с установленным диагнозом шизофрения. У 54 больных диагностирована параноидная (F20.0), у 41 – простая форма (F20.6) шизофрении с длительностью заболевания от 2 до 5 лет, в комплексной терапии которых были использованы атипичный антипсихотик Амисульприд и психообразовательная программа. Используются следующие методы исследования: клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, патопсихологический – шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS, С. Кэй, Л. Оплер, А. Фишбейн, 1986) и методы математической статистики.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что у больных с параноидной формой шизофрении, наряду с кардинальными признаками заболевания (аутизм, нарушение стройности мышления, снижение и неадекватность эмоций), ведущими в клинической картине являлись бредовые идеи и псевдогаллюцинации. Прогрессиентность заболевания выражалась

в последовательном изменении параноидального (систематизированные интерпретативные бредовые идеи преследования без галлюцинаций), параноидного (в большинстве случаев представленного синдромом психического автоматизма) и параноидного синдромов (бредовые идеи величия на фоне эйфории или благодушно-безразличного настроения, которые часто сопровождаются бессмысленными фантазиями, конфабуляциями и распадом бредовой системы).

В клинической картине простой формы доминировала негативная симптоматика с ведущим апатико-абулическим синдромом-комплексом, продуктивные расстройства (бред, двигательные нарушения и аффективная симптоматика) были крайне редкими и нестойкими. Больные были равнодушны к событиям, происходящим вокруг них, эмоционально холодными.

На начало исследования средние показатели всех обследованных больных по шкале PANSS составляли 89,3 балла.

В ходе работы использовали амисульприд в терапевтической дозе 300 – 800 мг/сут в два приёма, назначаемый с титрованием дозы при постепенном её наращивании: в 1-й день суточная доза составляла 50 мг (1/2 таблетки 100 мг), во 2-й день – 100 мг и в дальнейшем её повышали на 100 мг/сут. Максимальная суточная доза составила 1200 мг. В ситуации, когда суточная доза не превышала 400 мг, препарат назначался один раз в сутки. Дозу более 400 мг в сутки распределяли на два приёма.

К преимуществам назначения амисульприда в нашем исследовании следует отнести наивысшую антипсихотическую эффективность в купировании продуктивной и негативной симптоматики; положительное влияние на нейрокогнитивное функционирование больных; простоту дозирования и высоко атипичный профиль переносимости, что приводит к улучшению комплайенса.

Начальный терапевтический эффект препарата достигался на 4-й – 7-й день регулярного приёма, положительная динамика состояния с достоверной редукцией основных симптомов выявлялась к началу 4-й недели и вполне отчётливо в начале 6-й недели терапии.

Выявлены хорошая переносимость амитриптилина, меньшая выраженность и частота побочных эффектов, особенно в отношении высших психических функций. Побочные действия препарата отмечены у 10,1 % больных и являлись дозозависимыми. Наиболее частыми побочными явлениями были ортостатическая гипотензия, головокружение, галакторея (вызванная обратимым повышением уровня пролактина в сыворотке крови), увеличение массы тела, дозозависимое удлинение интервала QT на ЭКГ. Ни в одном случае данный факт не повлек за собой отмены препарата, описанные побочные эффекты можно считать предсказуемыми (типичными для данного класса препаратов), и они, в целом, быстро проходят при продолжении лечения и доступны для быстрой коррекции. Вместе с тем, риск развития побочных эффектов может быть существенно снижен при условии соблюдения рекомендуемых схем титрования дозы препарата.

В ходе работы с помощью специально разработанной анкеты были изучены особенности информационного дефицита, касающегося многих вопросов, связанных с психическими расстройствами среди больных шизофренией и их родственников. Как показали результаты исследования, наиболее важной является достоверная информация о причинах возникновения психических заболеваний; распознавании признаков обострения и необходимая в случае его возникновения помощь; лекарства, используемые для лечения шизофрении, механизмы их действия, возможные побочные эффекты; юридические аспекты, связанные с психическим заболеванием; механизмы преодоления стресса.

На основании полученных данных разработана система психообразовательной работы, к основным целям которой отнесены следующие:

- собственно «образование» путём доступного для каждого пациента и его семьи предоставления информации о природе заболевания, о важности медикаментозного лечения и связанных с ним вопросах (действенности, побочных эффектах, приверженности), распознавании и действиях при ранних признаках рецидива;
- формирование у больных и членов их семей адекватного представления о заболевании;

- снижение эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания;

- снижение у пациентов и членов их семей уровня стигматизированности и самостигматизированности;

- выработка у больных и их родственников комплайенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения);

- коррекция искажённых болезнью социальных позиций пациентов и улучшение их коммуникативных способностей;

- обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладения со сложными ситуациями;

- улучшение адаптации пациента и его семьи;

- улучшение качества жизни больного.

Психообразовательные занятия проводились в закрытых группах, с числом участников от 6 до 10–15. Каждый цикл психообразования состоял из 10–12 занятий продолжительностью 1,5–2,0 часа с частотой 1–2 раза в неделю.

Для решения поставленных задач использовали интегративную модель психообразовательной работы, включавшую использование различных информационных модулей, приёмов когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинговых воздействий (информационный тренинг, тренинг позитивного самовосприятия, тренинг улучшения комплайенса, тренинг формирования коммуникативных умений и навыков, тренинг решения проблем межличностного взаимодействия), проблемно ориентированных дискуссий, а также семейную психотерапию.

В ходе работы использовали следующие варианты психотерапевтического вмешательства: преподавание (мини-лекции) эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, объективация, интерпретация.

На фоне проводимой комплексной терапии отмечались быстрая редукция психопатологической симптоматики, нормализация эмоционального состояния, стабилизация поведения больных, улучшение когнитивных

показателей, повышение психофизической активности больных, что позволяло расширить контакты с окружающими, возобновить привычный двигательный режим.

По шкале PANSS отмечалась чёткая положительная динамика показателей социально-ориентированного и социального функционирования. До лечения: 60 – 51 балл, то есть значительные затруднения в областях социально полезной деятельности, в отношениях с близкими, самообслуживании и других социальных отношениях. После лечения: 90 – 81 балл, то есть хороший уровень функционирования во всех четырёх ос-

новных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений, с которыми сталкиваются все люди в повседневной жизни.

Таким образом, комплексный подход в терапии шизофрении, включающий психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков в сочетании с психообразовательными тренингами, приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных. Психообразование не только увеличивает объём знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но и решает проблему социальной реинтеграции больного.

Список литературы

1. *Долішня Н.І.* Оптимістичний погляд на проблему шизофренії / Н.І. Долішня // *Нейронews*. – 2009. – № 3 (14). – С. 40–42.
2. *Марута Н.А.* Проблемы оказания помощи больным с первым психотическим эпизодом / Н.А. Марута // *Нейронews*. – 2009. – № 2 (13). – Режим доступа: <http://neuronews.com.ua/article/174.html>.
3. *Михайлов Б.В.* Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) / Б.В. Михайлов // *Укр. вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, вип. 4 (65). – С. 39–47.
4. *Fist vs multiple episode schizophrenia: two-year outcome of intermittent and maintenance medication strategies.* / W. Gaebel, M. Janner, N. Fromman [et al.] // *Schizophrenia Res.* – 2002. – Vol. 53. – P. 145–159.
5. *Марута Н.А.* Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н.А. Марута // *Укр. вісник психоневрології*. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 21–24.
6. *Хобзей М.К.* Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М.К. Хобзей, П.В. Волошин, Н.О. Марута // *Укр. вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 10–14.
7. *Марута Н.А.* Применение Солиана при лечении пациентов с острым началом или обострением шизофрении / Н.А. Марута, И.А. Явдак // *Укр. вісник психоневрології*. – 2008. – Т.16, вип. 1 (54). – С. 1–6.
8. Основные направления реабилитации больных с психическими расстройствами в отделении медико-социальной реабилитации / В.А. Абрамов, О.Г. Студзинский, Т.Л. Ряполова [и др.] // *Укр. вісник психоневрології*. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 146–147.
9. *Пшук Н.Г.* Предиктори формування процесу психосоціальної реабілітації психічнохворих / Н.Г. Пшук // *Укр. вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 145.
10. *Дороднова А.С.* Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.С. Дороднова. – М., 2006. – 167 с.

А.М. Кожина, О.І. Сухоїванова

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Проведено комплексне психопатологічне і психодіагностичне обстеження 95 хворих віком 18–45 років з встановленим діагнозом шизофренія, в комплексній терапії було використано атипичний антипсихотик Амісульприд і психоосвітню програму. Показано, що комплексний підхід у терапії шизофренії, що включає психофармакотерапію з використанням атипичних нейролептиків у поєднанні з психоосвітніми тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності і успішної ресоціалізації хворих та вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

Ключові слова: шизофренія, терапія, реабілітація.

A.M. Kozhyna, E.I. Suhoivanova

CURRENT APPROACHES TO THE TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

It was conducted comprehensive psychopathological and psychodiagnostic examination of 95 patients of both sexes, aged 18–45 years with an established diagnosis of schizophrenia, in which the treatment were used atypical antipsychotic Amisulpride and psychoeducational program. The survey revealed that a comprehensive approach to the treatment of schizophrenia including psychopharmacotherapy with atypical neuroleptics in conjunction with psychoeducational trainings leads to the restoration of social activity and a successful resocialization of patients and solves the problem of social reintegration of the patient.

Key words: *schizophrenia, therapy, rehabilitation.*

Поступила 01.04.13