

УДК 616.895.8-085

*Аграновский М.Л., Маликова А.Э., Муминов Р.К., Каримов А.Х.*

*Кафедра психиатрии и наркологии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ**

**Резюме:** Шизофрения является хроническим заболеванием, которая типично манифестирует в юношеском и в молодом возрасте. На лечение этого заболевания расходуется существенная доля бюджета здравоохранения. Антипсихотические препараты являются основным классом лекарств, используемых в лечении любой шизофрении и часто выписываются в контексте психосоциальных вмешательств. В то время как течение и исходы меняются заметно между разными индивидуумами, шизофрения обычно приводит к ухудшению профессионального и социального функционирования у этих индивидуумов и представляет огромное бремя для их семьи и окружения. Это прежде всего затраты на обеспечение помощи больным. Косвенные затраты охватывают потерю трудоспособности в результате ухудшения состояния, инвалидизации и преждевременной смертности и т.д.

**Ключевая слова:** шизофрения, качество жизни, психофармакотерапия, социальная значимость.

*Agranovsky M.L., Malikova A.E., Muminov R.K., Karimov A.H.*

*Department of Psychiatry and Narcology*

*Andijan State Medical Institute*

## **SOCIAL SIGNIFICANCE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DURING SUPPORTIVE PSYCHOPHARMACOTHERAPY**

**Resume:** Schizophrenia is a chronic disease that typically manifests in adolescence and at a young age. A significant share of the healthcare budget is spent on the treatment of this disease. Antipsychotic drugs are the main class of drugs used in the treatment of any schizophrenia and are often prescribed in the context of psychosocial interventions. While the course and outcomes vary markedly between different individuals, schizophrenia usually leads to a deterioration of professional and social functioning in these individuals and poses a huge burden to their family and environment. This is primarily the cost of providing care to patients. Indirect costs cover the loss of working capacity as a result of deterioration, disability and premature mortality, etc.

**Keywords:** schizophrenia, quality of life, psychopharmacotherapy, social values.

**Актуальность.** В настоящее время, главной лечебной задачей после манифестации и купирования острых проявлений психоза является предупреждение его повторного возникновения, а основным методом предотвращения рецидивов шизофрении является поддерживающая лекарственная терапия нейролептиками [6,8]. Профилактическое и противорецидивное лечение является самым важным компонентом внебольничной терапии [7], однако именно применение психотропных средств с профилактической целью остается наименее разработанной областью психофармакологии [1,4]. Накопленный опыт психофармакотерапии свидетельствует о том, что в процессе лекарственного лечения шизофрении само по себе применение психотропных средств не устраняет непосредственно психопатологические нарушения [5] и не имеет возможности «излечивать напрямую симптомы» [3]. Психофармакологическое лечение может уменьшать прогрессивность процесса [2], но само по себе «не порождает феноменов здоровой психики» [1,7] и не оказывает непосредственного влияния на социальное восстановление больных [4]. Психотропные средства, действуя «на

глубокие биологические субстраты болезни, а не на специфически человеческое, вовлеченное в психоз» [2], создают предпосылки для реализации многоуровневых компенсаторных механизмов, работа которых на «личностном уровне» [7] описана еще до психофармакологического периода [2,6]. Адекватное понимание существования определенного предела возможностей психофармакотерапии [2,8] и характерных особенностей современного этапа ее развития с переносом центра тяжести терапевтического процесса в амбулаторную практику [3], подразумевает необходимость дальнейшего равноправного изучения биологических и психосоциальных аспектов поддерживающего лечения шизофрении.

На сегодняшний день, когда традиционный клинический подход во многом перестал соответствовать потребностям психиатрии [4,7], исследование поддерживающей медикаментозной терапии шизофрении в рамках «фармакологического обеспечения ресоциализации» [5] будет соответствовать современным принципам восстановительного лечения, где целями являются не только устранение психопатологической симптоматики, но и достижение приемлемого уровня социального функционирования и качества жизни больных [6]. Необходимый реабилитационный подход для достижения этих целей может способствовать изменению привычного взгляда, рассматривающего пациента у которого жизнь - это болезнь с интервалами ремиссии, на точку зрения, что пациент - это человек, имеющий жизнь с тем или иным ее качеством и «всплески» с эпизодами болезни [8]. Изучение качества жизни больных шизофренией может восполнить имеющийся пробел между врачебными представлениями и не всегда им тождественным мнением самих больных [4], поскольку в этой ситуации появляется вероятность того, что направленность и результат терапевтических усилий не будет соответствовать и согласовываться с ожиданиями и представлениями пациента. При осуществлении поддерживающего лечения сопоставление

субъективного восприятия пациента и комплексной врачебной оценки, касающихся эффективности проводимой терапии, позволит последовательно дополнять и оптимизировать тактику лечебных мероприятий на амбулаторном этапе.

В период которого, именно личностные и социальные факторы занимают доминирующее положение в общем комплексе восстановительного лечения [2]. Возрастающее количество амбулаторных больных шизофренией с присущими только им особенностями социального функционирования [7] и наличие известных недостатков поддерживающего лечения нейрорептиками [2,5], делают изучение вопросов терапевтической тактики в этот период насущной и актуальной задачей.

**Цель исследования.** Изучение влияния характера нейрорептической терапии на показатели социального функционирования и качества жизни больных шизофренией на этапах формирования лекарственных ремиссий.

**Материалы и методы исследования.** Обследовали 434 больных шизофренией, протекающей с преобладанием продуктивной симптоматики в состоянии обострения или острых приступов заболевания.

**Результаты исследования.** В течение года проведения поддерживающей психофармакотерапии больным шизофренией с применением атипичного антипсихотика рисполепта, отмечалось меньшее количество рецидивов (14%) по сравнению с больными, получавшими традиционные нейрорептиками (19%). Эффективность терапии рисполептом превосходит эффекты терапии традиционными нейрорептиками по влиянию на депрессивные и негативные нарушения в структуре лекарственных ремиссий. Из клинко-психосоциальных факторов наибольшее негативное влияние на объективные показатели социального функционирования оказывают возраст больных и наличие у них оформленной инвалидности.

На субъективные показатели качества жизни больных шизофренией наибольшее негативное влияние также оказывает наличие оформленной инвалидности и медленное, постепенное начало заболевания.

На этапах формирования лекарственных ремиссий шизофрении наибольшую зависимость от клинической симптоматики обнаруживают объективные показатели социального функционирования больных в производственной сфере, бытовой сфере, сфере межличностных отношений, а также субъективные показатели качества жизни в психологической сфере и в сфере уровня независимости. Наименьшее влияние клиническая симптоматика ремиссий оказывает на объективные показатели социального функционирования больных в сексуальной сфере, супружеских отношений, воспитания детей и на субъективные показатели качества жизни в духовной сфере. У всех больных шизофренией на этапах формирования лекарственных ремиссий наиболее стабильно-высокие субъективные показатели качества жизни отмечаются в сфере социально-правового статуса (специфический модуль).

Наиболее стабильно-низкие субъективные показатели, соответствующие плохому качеству жизни, отмечаются у больных шизофренией в духовной сфере (специфический модуль), психологической сфере и субсферах «Зависимость от лекарств и лечения», «Сексуальная активность», «Финансовые ресурсы» (ядерный модуль).

При формировании шизофренических ремиссий у больных, получавших в качестве базового препарата атипичный антипсихотик рисполепт, отмечены достоверно более высокие объективные показатели социального функционирования в производственной сфере ( $p < 0,05$ ) и в сфере межличностных отношений ( $p < 0,01$ ), а также достоверно более высокие субъективные показатели качества жизни в субсферах «Связанное с психическим здоровьем качество жизни» ( $p < 0,05$ ), «Особенности

сексуального общения» ( $p < 0,05$ ) и «Финансовые ресурсы» ( $p < 0,01$ ) по сравнению с больными, получавшими традиционные нейрорепитивы.

При одновременном использовании специфического и ядерного модулей опросника качества жизни определяются следующие разновидности динамики глобальных оценок двух модулей: положительная, отрицательная, «волнообразная», «расходящаяся» и «статичная». У больных шизофренией при формировании лекарственных ремиссий данные виды динамики встречаются с разной частотой и характеризуются различной направленностью изменений субъективных показателей.

У больных шизофренией в прероцидивном периоде субъективные показатели качества жизни достоверно ниже в большинстве сфер по сравнению с больными, у которых не отмечалось рецидива психоза. В прероцидивном периоде самые низкие субъективные показатели качества жизни отмечаются в психологической сфере и в сфере самоконтроля и самопомощи. Наиболее низкий уровень качества жизни больных шизофренией именно в этих областях можно предварительно считать специфичным для прероцидивного периода.

Основное внимание в настоящем исследовании было сосредоточено на изучении влияния развивающихся в процессе терапии нежелательных явлений на ее эффективность. Как показал анализ изученного материала, побочные эффекты и осложнения могли значительно снижать эффективность лечебного процесса из-за необходимости пересмотра схемы лечения. Во-первых, некоторые нежелательные явления представляли определенного рода угрозу для соматического состояния больных.

В этих случаях пересматривать схему лечения приходилось по «жизненным показаниям». Во-вторых, при развитии побочных эффектов больные могли испытывать в той или иной степени дискомфорт,

ухудшающий их общее состояние. Эти нежелательные явления не представляли опасности для здоровья, однако их появление иногда требовало пересмотра схемы лечения по этическим соображениям. Эффективность лечебного процесса в этом случае также снижалась из-за затруднения формирования терапевтического сотрудничества, негативного отношения больных к приему лекарств. В-третьих, побочные эффекты могли вызывать негативное отношение к лечению родственников, их вмешательству в процесс терапии и даже отказу от ее продолжения.

Отмеченные в проведенном исследовании опасные для здоровья (жизни) осложнения развивались как следствие типичных побочных эффектов нейролептиков, которые сами по себе угрозы не представляли. К таким осложнениям в обследованной выборке относились пневмонии и ортостатические коллапсы. Других осложнений, в т.ч. развивающихся вследствие повышенной индивидуальной чувствительности (злокачественный нейролептический синдром, поражение крови, печени, сердца и др.), отмечено не было, возможно, из-за относительно небольшой численности обследованных больных.

Развитие пневмоний было отмечено у 4 больных, принимавших клозапин (3,8%). Им всем назначались высокие дозы нейролептика (400-550 мг/сут). Эти пациенты входили в группу шизофрении, протекающей в форме приступов, а их состояние характеризовалось развернутыми острыми психозами с выраженным возбуждением, негативизмом, агрессией и отказом от принятия медицинской помощи. Во всех случаях проводилось быстрое наращивание дозы нейролептика в пределах 2-5 дней до обозначенной выше. Пневмония проявлялась на 5-й - 7-й дни терапии.

При приеме рисперидона, оланзапина, кветиапина или типичных нейролептиков развития пневмоний отмечено не было. Статистически значимых различий между группами не выявлялось, что, однако, могло

быть связано с редкостью данного осложнения при относительной малочисленности изученной выборки.

**Вывод.** Таким образом, высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического действия, гармоничное влияние как на позитивную, так и на негативную психопатологическую симптоматику, отсутствие экстрапирамидных побочных эффектов и безопасность применения препарата позволяет рекомендовать кветиапин в качестве действенного средства для длительного лечения острых психотических состояний у больных шизофренией и шизоаффективным психозом.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 226 с.
2. Балашов А.М. Фармакогенетика в психофармакологии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №1. – С. 89–96.
3. Колесниченко Е.В., Барыльник Ю.Б., Голимбет В.Е. Эффективность краткосрочной купирующей терапии у больных параноидной шизофренией с ранним началом с учётом полиморфизма гена BDNF // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6; URL: [www.science-education.ru/113-11406](http://www.science-education.ru/113-11406) (дата обращения: 13.08.2014).
4. Молекулярно-генетическое исследование манифестирующих в юношеском возрасте эндогенных приступообразных психозов / В.Е. Голимбет, В.Г. Каледа, М.В. Алфимова, Г.И. Коровайцева, О.М. Лаврушина, А.Н. Бархатова, С.В. Каспаров, Н.В. Иванова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Т. 107, № 8. – С. 49–54.
5. Молекулярно-генетическое исследование шизофрении с ранним началом / С.А. Пахомова, Г.И. Коровайцева, М.Ю. Мончаковская, В.Б. Вильянов, Л.П. Фролова, С.В. Каспаров, Е.В. Колесниченко, В.Е. Голимбет // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – Т. 110, № 2. – С. 66–69.

6. Kane J., Honigfeld G., Singer J., Meltzer H.Y. Clozapin for the treatment-resistant schizophrenics: a double-blind comparison with chlorpromazine // Arch. Gen. Psychiatry. 1988. Vol. 45. P. 789–796.

7. Salimi K., Jarskog L.F., Lieberman J.A. Antipsychotic drugs for first episode schizophrenia: a comparative review // CNS Drugs. 2009. Vol. 23. P. 837-855.

8. Schafer M., Rujescu D., Giegling I. et al. Association of short-term response to haloperidol treatment with a polymorphism in the dopamine D2 receptor gene // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158. – P. 802–804.