М.А. Рогозина, С.Н. Подвигин, А.М. Азарова, Д.Н. Алексеева

АНАЛИЗ ОШИБОК ТЕРАПИИ ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф.психиатрии с наркологией; КУЗ ВО «ВОКПНД»

Резюме. Анализируются ошибки лекарственной терапии труднокурабельных больных шизофренией в амбулаторной практике. Выделены неэффективные подходы к лечению, затрудняющие формирование ремиссии.

Ключевые слова: шизофрения, терапия, антипсихотики, псевдорезистентность, ошибки терапии, ремиссия.

Актуальность. Повышение эффективности терапии шизофрении остается одной из приоритетных задач современной психиатрии [5, 6]. Клиническая разнородность шизофрении, различная чувствительность психопатологической симптоматики к антипсихотикам, недоступность (для части пациентов) современных высокопотентных антипсихотиков из-за их дороговизны - с этим и другими проблемами сталкивается психиатр при назначении лечения больным. Не удивительно, что в группе труднокурабельных случаев зачастую оказываются пациенты с так называемой псевдорезистентностью, то есть с устойчивостью психопатологической симптоматики к препаратам, вызванной неадекватной ошибочной терапией. В связи с этим, анализ ошибок терапии и их типология имеет большое практическое значение для улучшения качества лечения больных шизофренией.

Целью настоящей работы явилась оптимизация лечения больных шизофренией в амбулаторной практике.

В задачи исследования входили:

- анализ характерных ошибок терапии больных шизофренией, допускаемых врачами-психиатрами в амбулаторной практике;

- разработка рекомендаций по оптимизации терапии больных шизофренией.

Материал и методы исследования. Проведен клинический анализ особенностей психофармакотерапии 86 больных шизофренией, находящихся на активном амбулаторном лечении, которое было недостаточно эффективным на протяжении трех и более месяцев. Больные были представлены на консультацию сотрудникам кафедры психиатрии с наркологией ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с целью коррекции терапии и решения диагностических вопросов. В 22 случаях (25,8%) изменение терапии привело к существенному улучшению психического состояния пациентов с формированием стабильной ремиссии, что позволило отнести обследуемых к псевдорезистентным. Данные пациенты составили основную группу исследования – 15 женщин и 7 мужчин, в возрасте от 18 до 46 лет, с длительность заболевания от 2 до17 лет. В соответствии с МКБ-10 11 пациентам установлен диагноз параноидной формы шизофрении (F20,0), 9 пациентам - недифференцированной формы (F20.3), 1 пациенту – состояние постшизофренической депрессии (F20.4). Сопоставлены исходные неэффективные подходы к лечению с изменениями психофармакотерапии, в результате которых был достигнут положительный терапевтический ответ.

Оценивались адекватность выбора антипсихотиков, дозы препаратов, длительности терапии, особенности терапевтической динамики психопатологической симптоматики.

Полученные результаты и их обсуждение. Выделены следующие причины низкой эффективности терапии больных на амбулаторном этапе.

1. Резкое снижение доз антипсихотиков при выписке больного из психиатрического стационара (4 случая). После выписки на протяжении одного - двух месяцев на фоне лечения заниженными дозами происходило постепенное ухудшение психического состояния с возобновлением предшествующей неразвернутой галлюцинаторно-бредовой или тревожной симптоматики. Участковые психиатры допускали ошибку: к основному антипсихотику присоединяли антидепрессант или второй низкопотентный антипсихотик (например, флюпентиксол). Эффективная тактика – возврат к терапевтически действенной дозе базового нейролептика, на которой отмечалась редукция психотического состояния в больничных условиях. Ведение пациента на этой дозе 2-4 месяца до стабилизации состояния с последующим медленным переходом на индивидуальные поддерживающие дозы.

2. Чрезмерно длительная (6 месяцев и более), монотонная терапия антипсихотиком без коррекции его дозы (4 случая). Такой подход приводил к развитию нейролептической депрессии. Ошибки психиатров – для устранения депрессии назначались антипаркинсонические препараты или их сочетали с антидепрессантами без снижения дозы нейролептика. Игнорирование принципа динамичности терапии, предполагающего постепенный переход на индивидуальные минимальные поддерживающие дозы антипсихотика, способствовало формированию стойкой депрессивной симптоматики. Эффективная тактика - снижение дозы нейролептика до минимальной поддерживающей, замена типичного антипсихотика атипичным, либо – комбинация типичного нейролептика с одним из атипичных.

3. «Злокачественная» полипрагмазия - необоснованное назначение нескольких антипсихотиков в сочетании с психотропными средствами других групп (5 случаев). Назначая два и более нейролептика, психиатры исходили из желания ускорить темпы лечения, усилить терапевтический эффект. Антипсихотики назначались по наитию, в основе выбора препаратов лежал личный опыт психиатра, а не база научных данных и рекомендации доказательной психиатрии о целесообразности применения монотерапии. Нередко полипрагмазия являлась вынужденной мерой, к которой прибегал психиатр из-за малой обеспеченности пациента. Игнорировались такие важные моменты, как резидуально-органическая церебральная недостаточность, фоновые метаболические и нежелательные эндокринные дисфункции, вызываемые лечением [1, 2]. Токсический эффект полипрагмазии в виде «психоза сверхчувствительности» [8] в силу недостаточной компетенции психиатра не распознавался, а оценивался как зкзацербация психоза. Эффективная тактика преодоления псевдорезистентности в этой группе заключалась в тщательном анализе особенностей течения заболевания, структуры психопатологических нарушений, постепенном длительном переходе перекрестным способом на монотерапию. Предпочтительный выбор - монотерапия атапичным антипсихотиком в индивидуально

подобранной дозе. Возможна комбинация двух антипсихотиков, типичного и атипичного. Один из нейролептиков назначается в минимальной дозировке.

4. Не используются преимущества пролонгированных форм антипсихотиков (4 случая). Переход на лечение пролонгированными нейролептиками целесообразен у пациентов с низкой приверженностью к терапии и недостаточной критикой к собственному состоянию. Хорошую переносимость и терапевтическую эффективность показали атипичные нейролептики-пролонги, например, рисперидон. Однако психиатры не назначали пролонги из-за отсутствия препаратов в резервах лечебного учреждения или из-за дороговизны лекарственного средства. Эффективная тактика - переход на лечение пролонгированными формами, желательно- атипичным нейролептиком.

5. Не используются возможности нормотимиков (вальпроатов, карбамазепина) в комплексной терапии шизофрении с ремитирующим типом течения, с частыми или затяжными приступами с выраженными аффективными нарушениями, депрессией или манией (3 случая). Терапевтически верным является присоединение к антипсихотикам индивидуально подобранного нормотимика, оказывающего терапевтическое и профилактическое действие на аффективную часть синдромокомплекса.

6. При выборе препарата лечащий врач не учитывает предпочтения пациента, не принимает во внимание его жалобы на нежелательные эффекты терапии, что в итоге нарушает комплаенс и приводит к ухудшению психического состояния больного (2 случая). Замена препарата на желаемый пациентом (например, оланзапина на арипипразол) приводила к стабилизации психического состояния и формированию ремиссии.

Проведенный анализ показал, что причины псевдорезистентности шизофрении не сводятся к недостаточной компетенции психиатров в области психофармакотерапии. Как известно [3, 4, 7], трудности терапии любого заболевания, в том числе шизофрении, сопряжены с различными факторами – нейробиологическими, социальными, этическими организационными и другими. В настоящей работе установлено, что сложность выбора оптимальной эффективной терапии обусловлена несколькими объективными причинами: полиморфизмом клинических вариантов шизофрении; не разработанностью вариабельных терапевтических схем для отдельных форм шизофрении; различной чувствительностью пациентов к антипсихотикам; слабой обеспеченностью ЛПУ высокопотентными современными антипсихотиками; недоступностью целого ряда антипсихотиков для пациентов из-за их дороговизны. Оптимизация терапии шизофрении требует тщательного анализа клинических особенностей каждого конкретного случая заболевания и глубоких знаний в области психофармакологии антипсихотиков.

Выводы.

1. Недостаточно эффективная, ошибочная терапия выявлена у четверти труднокурабельных больных шизофренией в амбулаторной практике.

2. Ошибки терапии шизофрении обусловлены комплексом причин: низкой компетенцией отдельных психиатров в сфере психофармакотерапии; слабой разработанностью подходов к терапии некоторых форм заболевания; недоступностью для пациентов дорогостоящих препаратов.

3. Преодоление псевдорезистентности возможно при тщательном клиническом анализе терапевтической ситуации и выборе индивидуализированной программы терапии с учетом современных научных рекомендаций по лечению шизофрении.

Литература.

1. Подвигин С.Н. Артериальная гипертензия и метаболический синдром у больных шизофренией / С.Н. Подвигин, А.В.Будневский, О.Ю.Ширяев. – Воронеж, 2011. -102с.
2. Подвигин С.Н. Эффективные схемы терапии больных параноидной шизофренией, коморбидной с метаболическим синдромом / С.Н. Подвигин, А.В. Будневский. О.Ю. Ширяев // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2011. - №43. - С.122-128.
3. Рогозина М.А. Инициация терапии при шизофрении: вклад психиатра / М.А. Рогозина, С.Н. Подвигин // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2013. –Т.16, №1. – С.151 -155.
4. Шизофрения, коморбидная с артериальной гипертензией:
5. Ширяев О.Ю. Моделирование и алгоритмизация управления процессом преодоления фармакорезистентности больных шизофренией: автореф. дисс. … докт. мед. наук. - Воронеж,1998. -33с.
6. Ширяев О.Ю. Применение окситоцина в комплексной терапии шубообразной шизофрении с проявлениями вторичной терапевтической резистентности /О.Ю. Ширяев, Л.А.Стукалова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М. Бехтерева. – 1995. №3. –С.20 -22.
7. Ширяев О.Ю. Основные этические нормы врачебной деятельности в условиях современности / О.Ю.Ширяев, Д.Н. Алексеева // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2015. - №59. –С.162 -166 .
8. Jones B. Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: clinical and pharmacologic characteristics // Am. J. Psychiatry. -1980. –Т.137. –С. 16—20.

Abstract

M.A. Rogozina, S.N. Podvigin, A.M. Azarova, D.N. Alekseeva

ANALYSIS OF MISTAKES IN THE THERAPY OF INTRACTABLE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN OUT-PATIENT PRACTICE

Voronezh State Medical University, dep. of Psychiatry and Narcology

COOS IN "WEKND"

Mistakes in the drug therapy of intractable patients with schizophrenia are analyzed Ineffective approaches in treatment which made difficulties in bringing patients into remission are highlighted.

Keywords: schizophrenia, therapy, antipsychotics, pseudoresistance, mistakes in therapy, remission.

References.

1. Podvigin S. N. Arterial hypertension and metabolic syndrome in patients with schizophrenia. / S. N. Podvigin, A. V. Budnevsky, O. Yu. Shiryaev/. – Voronezh, 2011, P. 102.
2. Podvigin S. N. . Effective schemes of therapy in patients with paranoid schizophrenia, comorbided with arterial hypertension and metabolic syndrome. /S. N. Podvigin, A. V. Budnevsky, O. Yu. Shiryaev/. Scientific medical Bulletin of the Central Chernozem region. – 2011, №43, P. 122-128.
3. Rogozina M. A. Therapy initiation in schizophrenia: the contribution of the psychiatrist. / M. A. Rogozina, S. N. Podvigin// Applied information aspects of medicine. – 2013, vol. 16, № 1, P. 151 – 155.
4. Schizophrenia comorbided with arterial hypertension and metabolic syndrome: the current state of the problem (literature review). S. N. Podvigin etc/Scientific medical Bulletin of the Central Chernozem region. – 2009, № 35, P.168-176.
5. Shiryaev O. Yu. Modeling and algorithmization of managing pharmacoresistance overcoming process in patients with schizophrenia. Author’s thesis M. D. – Voronezh, 1998, P. 33.

6. Shiryaev O. Yu. . Use of oxytocin in complex therapy of the shift-like schizophrenia with manifestation of secondary drug resistance. /O. Yu. Shiryaev, L. A. Stukalova//The review of psychiatry and medical psychology named after V. M. Bekhterev. – 1995, № 3, P. 20-22.

7. Shiryaev O. Yu. The basic ethical standards of medical activities in the modern world. / O. Yu. Shiryaev, D. N. Alekseeva// Scientific medical Bulletin of the Central Chernozem region. – 2015, № 59, P.162 – 166.

8. Jones B. Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: clinical and pharmacologic characteristics// Am. J. Psychiatry. – 1980. Vol. 137, P.16-20.

Сведения об авторах: Рогозина Марина Анатольевна - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии с наркологией ГОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, mr117@yandex.ru; Подвигин Сергей Николаевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии с наркологией ГОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Алексеева Диана Николаевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии с наркологией ГОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж; Азарова Александра Михайловна - заведующая отделением КУЗ ВО «ВОКПНД».