

Б. В. Кулик, И. Й. Влох, А. Р. Цьона

**Роль и место немедикаментозных методов терапии в комплексном лечении больных с астено-невротическими расстройствами с затяжным течением**

*Львовский национальный медицинский университет им. Д. Галицкого (г. Львов)*

В работе рассмотрена возможность использования немедикаментозных методов терапии — акупунктуры, лазеротерапии, скальптерапии в лечении астено-невротических расстройств с длительным течением, с недостаточной эффективностью предыдущего лечения. В группу исследования были включены 147 больных с разными формами невротических расстройств (неврастения, соматоформные, тревожно-фобические расстройства). Показан значительный положительный эффект указанных методов при комплексной терапии невротических расстройств с присутствием в клинической картине выраженной астено-вегетативной и соматовегетативной симптоматики.

B. V. Kulyk, I. Y. Vlokh, A. R. Ts'ona

**The role and place of non-pharmacological methods in complex therapy of asteno-neurotic disorders with continuous course**

*Lviv National medical University named after D. Halatsky (Lviv)*

This work reflects the results of studying the possibility of usage of non-pharmacological methods of treatment (acupuncture, laser therapy, scalp therapy) in order to cure asteno-neurotic disorders with prolonged course and poor response to previous therapy. We have investigated 147 patients with different neurotic disorders (neurasthenia, somatoform disorders, anxiety-phobic disorders). Appreciable effectiveness of treatment of neurotic disorders with somatoautonomic and asteno-autonomic symptoms by non-pharmacological methods were noticed in course of combined therapy.

УДК 616.895.8-08

*Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зам. директора по НИР, зав. отд. неврозов и пограничных состояний, И. А. Явдак, вед. науч. сотрудник отд. неврозов и пограничных состояний ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)*

**ПРИМЕНЕНИЕ РИСПАКСОЛА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Согласно данным ВОЗ, распространенность шизофрении характеризуется показателем 0,85 % [4]. Вышеприведенный показатель заболеваемости относится к манифестным формам шизофрении, и он значительно увеличился бы, если бы в эту группу были включены «расстройства шизофренического спектра». Например, по данным W. T. Carpenter и R. W. Buchanan (1995), распространенность (lifetime prevalence) «шизотипальных личностных расстройств» определяется 1—4 %, шизоаффективных расстройств — 0,7 %, атипичных психозов и бредовых нарушений — 0,7 %. По обобщенным данным Н. Vabigian (1977), показатели заболеваемости шизофренией в мире колеблются в довольно широких пределах — от 1,9 до 10 на 1000 населения [5—7].

Особенностью шизофрении является ее долговременное воздействие на социальное функционирование, связанное с высокой частотой рецидивов, инвалидизацией больных. По имеющимся данным, издержки, связанные с рецидивами, в 63 % случаев обусловлены неэффективностью поддерживающей терапии и в 37 % — несоблюдением режима терапии. По ущербу, причиняемому макроэкономике, психические расстройства опережают онкологические заболевания и приближаются к сердечно-сосудистым [3—5].

Современные фармакологические разработки в области психиатрии привели к появлению нового класса антипсихотиков — атипичных нейролептиков [1—4, 8—10], при использовании которых преимущества многократно превосходят риск применения. Среди них следует отметить Риспаксол (Рисперидон), обладающий оригинальным и высокоселективным профилем взаимодействия. Перспективность применения Риспаксола в психиатрической практике определяется, с одной стороны, его высокой антипсихотической активностью, а с другой — минимальными побочными эффектами.

Риспаксол (Рисперидон) представляет собой антипсихотическое средство (нейролептик), производное бензизоксазола. Является моноаминергическим антагонистом избирательного действия, селективным антагонистом 5-HT<sub>2</sub>-серотинергических и D<sub>2</sub>-допа-

минергических рецепторов в ЦНС, блокирующим также α<sub>1</sub>-адренергические и, в меньшей степени, H<sub>1</sub>-гистаминовые и α<sub>2</sub>-адренергические рецепторы; не оказывая при этом действия на холинергические рецепторы.

Целью проведенного исследования была оценка эффективности и безопасности применения Риспаксола (рисперидона) у больных шизофренией.

Под наблюдением находились 30 пациентов обоего пола с диагнозом шизофрении (в соответствии с критериями МКБ 10: 21 больной параноидной шизофренией (F 20.0) и 9 больных с недифференцированной формой шизофрении (F 20.3)), в возрасте от 23 до 60 лет, с различной длительностью заболевания и давших письменное согласие на участие в исследовании.

Всем обследованным проводились общеклиническое обследование (объективная регистрация субъективных жалоб пациента; объективная оценка психического и соматического статусов пациента) и обследование с помощью шкалы продуктивных и негативных расстройств при шизофрении (PANSS). Продуктивные (позитивные) симптомы шкалы PANSS (P) включали: бред (P1), концептуальную дезорганизацию (P2), галлюцинаторное поведение (P3), возбуждение (P4), манию величия (P5), подозрительность (P6), враждебность (P7). Негативные симптомы шкалы PANSS (N) включали: уплощение аффекта (№ 1), эмоциональную отстраненность (№ 2), недостаточный раппорт (№ 3), пассивно-апатический социальный уход (№ 4), трудности в абстрактном мышлении (№ 5), недостаток спонтанности и плавности беседы (№ 6), стереотипность мышления (№ 7). Шкала общей психопатологии PANSS (G) включала: озабоченность соматическими ощущениями (G1), тревогу (G2), чувство вины (G3), напряжение (G4), манерность и позу (G5), депрессию (G6), двигательную заторможенность (G7), некооперативность (G8), мысли с необычным содержанием (G9), дезориентацию (G10), трудности концентрации внимания (G11), снижение рассудительности и осознания болезни (G12), волевые нарушения (G13), недостаточный контроль импульсивности (G14), отрешенность от реальности (G15), активный социальный уход (G16).

Общая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1

Общая характеристика обследованных больных

Оцениваемые показатели	Количество больных	
	абс. кол-во	%
Возраст, лет:		
18—20	—	—
21—30	6	20,0
31—40	12	40,0
41—50	9	30,0
51—60	3	10,0
Пол:		
мужской	13	43,3
женский	17	56,7
Шизофрения, форма (МКБ-10):		
параноидная	21	70,0
недифференцированная	9	30,0

Согласно представленным в таблице 1 данным, основную массу обследованных составляли лица среднего возраста (от 31 до 50 лет — 70,0%), преимущественно женщины с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма». Достоверно реже встречались пациенты возрастной группы после 50 лет (10,0%), лиц до 20 лет в исследовании не было.

У всех вошедших в исследование пациентов диагноз шизофрении был установлен ранее, на момент включения в исследование у них диагностировался рецидив имеющегося заболевания. Оценка анамнеза позволила установить, что общая длительность болезни у пациентов была различной (рис. 1.)

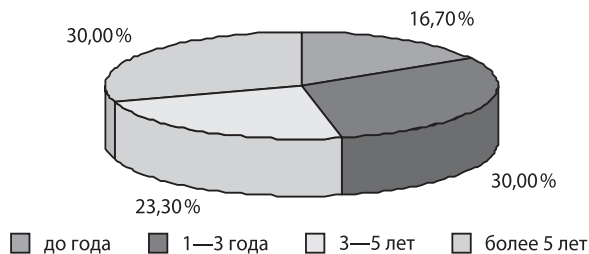


Рис. 1. Длительность наблюдения обследованных пациентов по поводу шизофрении

Длительность болезни лишь у 16,7% обследованных составляла до 1 года, 30,0% наблюдались у психиатров до 3 лет, 23,3% — до 5 лет, и 30,0% обследованных наблюдались у психиатра более 5 лет.

Болезненные симптомы у больных параноидной формой шизофрении до лечения проявлялись в виде настороженности, напряженности, эмоциональной отчужденности больных, их подозрительности и недоверчивости, снижения социальной активности. У всех пациентов отмечались нарушения сна, те или иные нарушения настроения в виде подавленности, притупления аффекта, пониженной активности, апатии, отсутствия побуждений, тревоги, раздражительности, что приводило к их социальной отгороженности. В большинстве наблюдений (52,3%) пациенты были беспокойными и тревожными, поведение их могло резко и неожиданно измениться, 38,1% обследованных удалялись от общения, проводили много времени одни, погруженные в свои мысли.

Высказывания больных зачастую были расплывчатыми и туманными, что мешало уловить их смысл.

Пациентам было трудно использовать абстрактные понятия, многие были увлечены мистическими или смутными псевдонаучными идеями. Бредовые идеи были неоднородны, носили преимущественно фрагментарный и политематический характер. Чаще выявлялся бред отношения и воздействия (38,1%), преследования (28,6%), несколько реже — бред ревности (9,5%), телесных изменений (14,3%), мессианства (14,3%). Бредовые идеи у 33,3% обследованных больных сопровождалось галлюцинаторными «голосами», высказывания которых по содержанию были связаны с идеями преследования или величия.

Критика к болезненным симптомам у обследованных была снижена, они отрицали наличие у них психической болезни, хотя и соглашались на проведение осмотра, обследования и лечения у психиатра.

Для всех пациентов с недифференцированной формой шизофрении до лечения было характерным снижение уровня активности, общения, коммуникативных навыков, отмечалась социальная отгороженность. В клинической картине преобладали эмоциональная холодность, оскуднение и неадекватность аффекта, сниженный фон настроения. У больных отмечались нарушения мышления в виде стереотипности или паралогичности мышления, склонности к резонерству, соскальзыванию, разноплановости, 33,3% из них отмечали навязчивые мысли, их «наплывы». Больные казались отчужденными, заторможенными, поглощенными своими мыслями, выглядели растерянными.

Показатели по шкале PANSS до начала лечения (рис. 2.) в среднем по группе составили 83,6 балла (82,8 балла у больных параноидной шизофренией и 84,4 балла — у больных недифференцированной шизофренией). При этом по шкале продуктивных симптомов PANSS (P) у больных параноидной шизофренией показатели составили 22,9 балла, у больных недифференцированной шизофренией — 13,2 балла; по шкале негативных симптомов PANSS (N) — 20,6 балла у больных параноидной шизофренией и 26,3 балла у больных недифференцированной шизофренией; по шкале общей психопатологии PANSS (G) — 39,3 балла у больных параноидной шизофренией и 44,9 балла у больных недифференцированной шизофренией.

До участия в исследовании большинство (86,7%) пациентов принимали антипсихотическую терапию: клопиксол, галоперидол, азалептин, рисполепт, трифтазин в виде моно-терапии или в виде их сочетания. Перед назначением Риспаксола всем обследованным производилась полная отмена других антипсихотиков.

Риспаксол назначался перорально 1—2 раза в сутки, доза наращивалась постепенно в течение 3—5 дней и составляла от 2 до 6 мг в сутки. Доза препарата подбирались в соответствии с индивидуальными клиническими особенностями болезни, последующее поддерживающее лечение устанавливалось также индивидуально и после стабилизации состояния больных доза Риспаксола составляла 2—4 мг в сутки.

Какие-либо другие психотропные средства в процессе лечения Риспаксомом обследованным не назначались, сопутствующую терапию никто из пациентов не принимал.

В процессе лечения у всех пациентов отмечалась положительная динамика в состоянии. Прежде всего, снималось состояние напряженности и тревоги, пациенты становились спокойнее, улучшалось качество сна, уменьшалась продуктивная симптоматика. Через месяц

лечения отмечалось улучшение эмоционального состояния пациентов, снижение явлений апатико-абулической симптоматики, пациенты становились активнее, общительнее, проявляли больший интерес к окружающему. Следует отметить положительное влияние терапии Риспаксолом как на позитивную, так и на негативную

симптоматику, общую психопатологию, что отражалось клинически и при оценке с помощью шкалы PANSS.

Обобщенная динамика степени выраженности продуктивных, негативных симптомов и общей психопатологии по данным шкалы PANSS под влиянием терапии Риспаксолом представлена на рисунке 3.

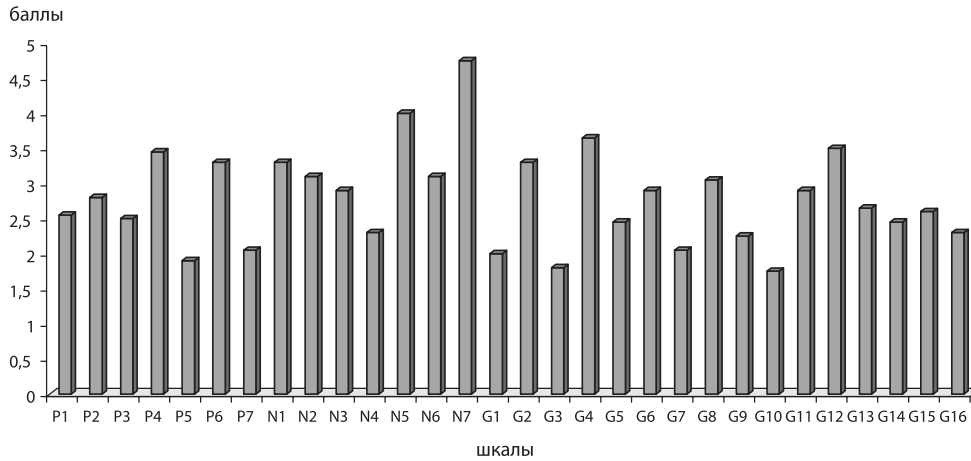


Рис. 2. Показатели по шкале PANSS у обследованных до начала лечения

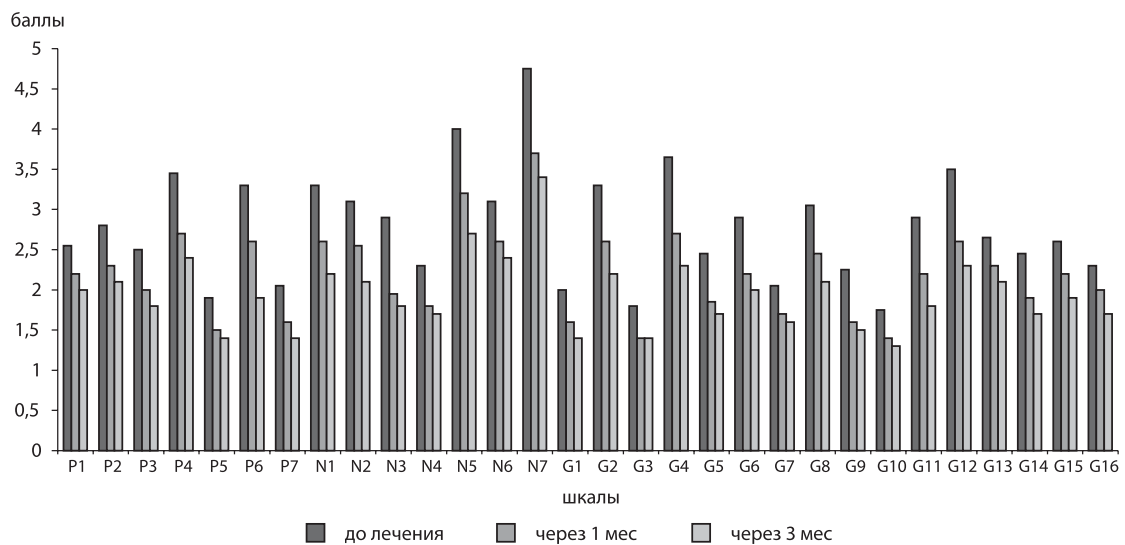


Рис. 3. Динамика показателей шкалы PANSS у больных шизофренией в процессе лечения Риспаксолом

Оценка состояния пациентов через 3 месяца лечения продемонстрировала дальнейшую стабилизацию их психического состояния.

Как свидетельствуют представленные данные, положительная динамика отмечалась у больных уже после месяца проводимой терапии по всем позитивным и негативным шкалам и по большинству шкал общей психопатологии. Через месяц лечения средний балл по шкале PANSS снизился и составил 66,0 баллов.

Показатели шкалы PANSS через 3 месяца терапии подтверждают позитивные изменения состояния под действием лечения Риспаксолом, средний балл по шкале PANSS при этом составил 58,3 баллов.

Динамика показателей по шкалам позитивных, негативных и общепатологических расстройств в процессе трехмесячного лечения Риспаксолом представлена на рисунках 4, 5, 6.

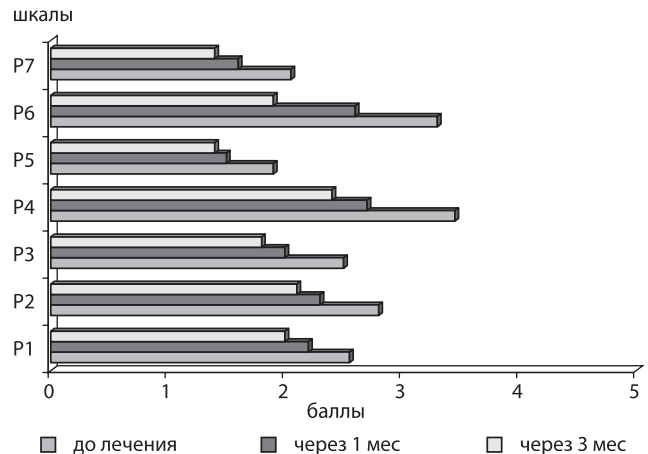


Рис. 4. Динамика позитивных расстройств у больных шизофренией в процессе лечения Риспаксолом

До начала лечения средний балл по позитивным шкалам PANSS (P) у обследованных составил 18,1 баллов. Согласно приведенным на рисунке 4 данным, достоверное снижение показателей позитивных расстройств по всем шкалам имело место уже через месяц лечения (средний показатель — 14,9 балла) и к третьему месяцу наблюдения средний показатель по позитивным шкалам PANSS (P) в среднем по группе составил 13,0 баллов.

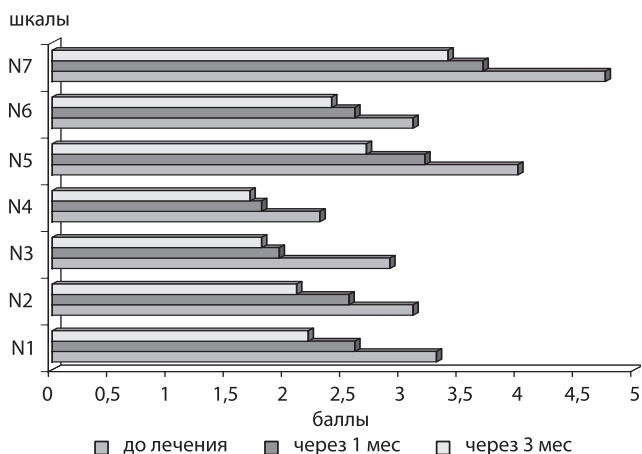


Рис. 5. Динамика негативных расстройств у больных шизофренией в процессе лечения Риспаксолом

Как свидетельствуют данные рисунка 5, положительная динамика в процессе лечения Риспаксолом отмечалась по шкалам, отражающим негативные расстройства. Средний показатель по негативным расстройствам PANSS (N) до лечения составил 23,5 баллов, через месяц лечения он снизился до 18,4 баллов и к концу третьего месяца терапии составил 16,3 балла.

Положительная динамика в процессе терапии Риспаксолом выявлялась также и по шкалам, отражающим общепатологические расстройства (рис. 6).

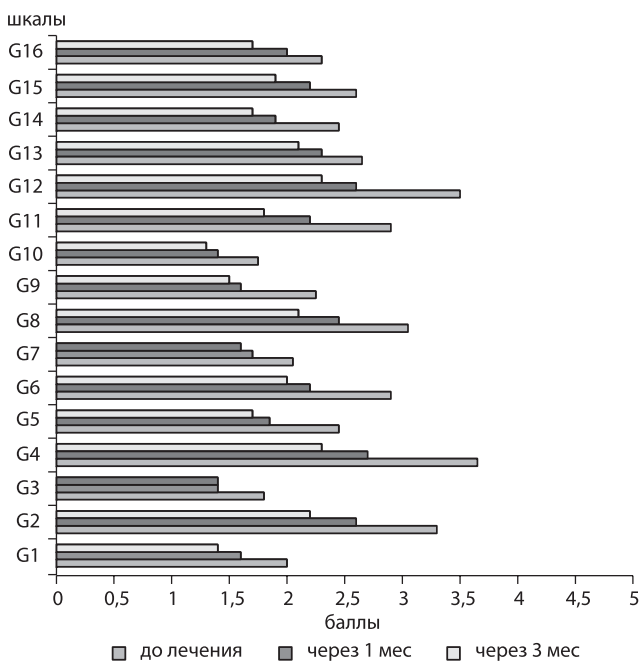


Рис. 6. Динамика общепатологических нарушений у больных шизофренией в процессе лечения Риспаксолом

Так, средний показатель по шкалам общепатологических нарушений PANSS (G) до лечения Риспаксолом составил 42,1 баллов, через месяц лечения — 32,7 баллов и после трех месяцев лечения — 29,0) баллов.

Оценка эффективности лечения Риспаксолом проводилась на основании оценки психического статуса и динамики показателей шкалы продуктивных и негативных расстройств при шизофрении (PANSS).

В результате проведенного исследования установлено, что фармакотерапевтическая эффективность препарата Риспаксол выражалась как «выраженная» у 17 пациентов (56,7 %), «умеренная» у 11 пациентов (36,7 %). «Минимальная» эффективность зарегистрирована лишь у 2 (6,7 %) пациентов. Отсутствие эффекта не было отмечено ни у кого из обследованных.

Таким образом, в результате лечения у 28 больных (93,3 %) шизофренией отмечалась положительная динамика выраженности клинических проявлений, что свидетельствует о высокой эффективности препарата Риспаксол (Рисперидон).

В процессе трехмесячного лечения Риспаксолом в дозах 2—6 мг в сутки ни у кого из обследованных больных не отмечалось каких-либо выраженных побочных эффектов, что свидетельствовало о хорошей переносимости препарата.

Таким образом, данные проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

- препарат Риспаксол (Рисперидон), таблетки производства АТ «Гриндекс», Латвия, при назначении по 2—6 мг в сутки является эффективным средством при лечении больных шизофренией (как параноидная, так и недифференцированная форма);

- терапевтические эффекты препарата Риспаксол (Рисперидон) включают редукцию общепсихопатологической, негативной и позитивной симптоматики, восстановление эмоционального состояния больных, их социального функционирования;

- препарат Риспаксол (Рисперидон) хорошо переносится пациентами, его применение не влияет на качество жизни пациента;

- применение Риспаксола (Рисперидона) 1—2 раза в день делает его прием удобным и не нарушает социального функционирования пациента.

### Список литературы

1. Дороднова А. С. Оценка эффективности помощи больным в клинике первого психотического эпизода по сравнению с традиционными подходами. В кн.: Материалы XIV съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 51.
2. Джорж Арана, Джеральд Розенбаум Фармакотерапия психических расстройств. — М.: БИНОМ, 2006. — 415 с.
3. Марута Н. А. Первый эпизод шизофрении (диагностика и терапия) // Український вісник психоневрології. — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — 2007. — С. 206—207.
4. Масштаб неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии XX века и тенденции их будущего развития в свете статистико-эпидемиологических данных ВОЗ // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — Т. 99, № 9. — 1999. — С. 46—47.
5. Орловская Д. Д., Жариков Н. М., Тиганов А. С. Психиатрия в XXI веке // Там же. — Т. 102, № 6. — 2002. — С. 9—14.
6. А. С. Тиганов Современные проблемы общей психопатологии // Соц. и клинич. психиатрия. — 2001. — Т. 11, вып. 1. — С. 28—30.
7. Babigian H. Schizophrenia: Epidemiology // Chapter 15, part 2, in vol. II Comprehensive Textbook of Psychiatry / Ed. by A. M. Freedman. — Б. м., 1977
8. Gaebel W., Riesbeck M. Results of the German Research Network of schizophrenia (GRNS): prodrome-based treatment in first episode

schizophrenia. In abstract book of 15<sup>th</sup> AEP Congress. — Madrid, 2007. — P. 76.

9. Emsley R. Strategies of acute drug treatment in first-episode schizophrenia / In book of abstracts of international congress of WPA "Treatment in psychiatry: an update". — Florence, Italy, 2004. — P. 58.

10. K. A. Hawkins, S. Mohamed and S. W. Woods Will the novel antipsychotics significantly ameliorate neuropsychological deficits and improve adaptive functioning in schizophrenia? // Psychological Medicine. — 1999; 29. — P. 1—8.

Надійшла до редакції .2008 р.

*Н. О. Марута, І. О. Явдак*

**Застосування Риспаксолу при лікуванні пацієнтів з шизофренією**

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України»  
(м. Харків)*

З метою вивчення ефективності і безпеки застосування Риспаксолу (рисперидону) обстежено 30 хворих на шизофренію (відповідно до критеріїв МКБ-10: 21 хворий — F 20.0, 9 хворих — F 20.3).

Для обстеження використовувалися загальноклінічний метод та шкала PANSS.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що препарат Риспаксол (рисперидон), при призначенні по 2—6 мг на добу є ефективним засобом при лікуванні шизофренічних порушень, які супроводжуються позитивними та негативними симптомами. Препарат Риспаксол (рисперидон) добре переноситься пацієнтами, побічні ефекти відсутні та не впливають на якість життя пацієнта.

*N. A. Maruta, I. A. Yavdak*

**Usage of Rispaxol in therapy of patients with schizophrenia**

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)*

In order to collect additional clinical data on efficacy and safety of Rispaxol (risperidone) 30 patient with schizophrenia (in accordance with ICD-10 221 patients — F 20.0, 9 patients — F 20.3) were examined.

In the examination the general clinical method and PANSS scales were used.

It was found out that Rispaxol (risperidone) in dose of 2—6 mg per day is an effective medication to treat schizophrenic disorders accompanied both positive and negative symptoms. Rispaxol (risperidone) is well tolerable, adverse events either are absent (75.0 %) or have no a significant influence on patients quality of life (25.0 %).

УДК 616.895.4-053

*Б. В. Михайлов, П. Г. Андрюх*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)*

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АФОБАЗОЛ®  
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Тревожные и депрессивные расстройства являются одной из основных проблем здравоохранения во всех странах. Более 110 млн человек в мире страдают депрессией [1]. По данным многочисленных исследований, на современном этапе тревога входит в структуру психопатологических проявлений депрессии более чем в 80 % случаев [2, 3]. В настоящее время тревога и депрессия характеризуются значительной выраженностью соматовегетативных проявлений. Симптомы тревоги — наиболее часто встречающиеся психопатологические феномены при психических и соматических заболеваниях. Их распространенность составляет 6,5 % в общей популяции и до 15 % в общемедицинской практике [4]. Женщины страдают тревожными расстройствами в два раза чаще мужчин. Стрессовые ситуации у них в большинстве случаев реализуются посредством многочисленных сомато-психических механизмов, в связи с чем более вероятна хронификация. С другой стороны, тревожные и депрессивные расстройства нередко являются облигатными проявлениями в клинике соматических заболеваний. Это обуславливает применение психофармакотерапии не только в психиатрической, но и в общесоматической практике.

В лечении депрессивных расстройств основное место занимают антидепрессанты. Известно около 100 психофармакологических препаратов, обладающих антидепрессивной активностью [5]. Антидепрессанты в последние годы являются наиболее развивающимся классом психотропных средств. Перспективным является ввод в практику психиатрии быстродействующих и эффективных средств. Традиционное применение трициклических антидепрессантов в настоящее время

уходит на второй план, уступая место препаратам нового поколения — селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС) и норадренергическим и специфическим серотонинергическим антидепрессантам (НаССА).

В настоящее время для терапии генерализованного тревожного расстройства (ГТР) используют транквилизаторы и антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗС, СИОЗСН). Последние оказались наиболее эффективными при коморбидности с депрессией [6, 7]. Вместе с тем, у значительной части больных с «простыми» тревожными расстройствами антидепрессанты не оправдывают возлагаемые на них надежды, а применяются вынужденно в связи с отсутствием в психофармакологическом арсенале активных транквилизаторов, пригодных для длительной терапии [8].

Транквилизаторы (от лат. «tranquillum» — спокойствие) — это одна из важнейших групп психотропных средств, которую в последние годы чаще всего называют анксиолитиками (от лат. «anxius» — тревожный и греческ. «lysis» — растворение). Сфера их применения выходит далеко за рамки психиатрии. По данным литературы, от 10 до 15 % всего населения в различных странах мира хотя бы раз в год получают рецепты на транквилизаторы [9]. Длительно принимают их около 2 % населения. Транквилизаторы известны более 50 лет и соответствуют периоду зарождения научной психофармакологии. Вся история зарождения анксиолитиков началась с появления мепробамата в 1955 г. и элениума в 1959 г. [10].

В последнее время наиболее широко при тревожных расстройствах используются транквилизаторы из группы