

Н. Н. Орлова, аспірант УНІІССПН

Київська городська клінічна психоневрологічна лікарня № 1,
Український НІІ соціальної та судової психіатрії та наркології
МОЗ України (г. Київ)

ПРИНЦИПИ ЛІЧЕННЯ ПАЦІЕНТІВ С АНГЕДОНІЕЙ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

Поиск путей оптимизации фармакотерапии ангедонии, повышение эффективности лечения пациентов с ангедонией при шизофрении являются актуальными аспектами современной психиатрии. В статье представлены основные принципы психофармакотерапии пациентов с ангедонией с учетом феноменологической принадлежности ангедонии, клинической обоснованности, комплексности и комплайенса.

Ключевые слова: ангедония, шизофрения, психофармакотерапия.

Современное лечение психических заболеваний предполагает комплексное применение различных методов.

Терапия любого психически больного с ангедонией должна включать: 1) комплекс непосредственно медицинских мероприятий (обследование, постановка диагноза, экстренная помощь, курсовое лечение); 2) социотерапевтические мероприятия; 3) медико-психологическую коррекцию и реабилитацию [1].

Лечение пациентов с ангедонией требует тщательной разработки терапевтического алгоритма, а также индивидуального подхода к пациенту. Нет и не может существовать шаблонного средства для лечения пациента, так же как и нет единой методики его терапии. Лечение больных с ангедонией должно проводиться с учетом особенностей психической патологии пациента. Терапевтическая тактика в каждом случае должна быть клинически обоснованной, то есть соответствовать характеру и выраженности психопатологических проявлений и учитывать как индивидуальные особенности пациента, так и общие закономерности протекания болезни. Продолжительность терапии должна быть достаточно длительной и «перекрывать» период клинически выраженной психопатологической симптоматики. При разработке тактики лечения принимается во внимание феноменологическая принадлежность ангедонии, а также особенности клинической картины заболевания.

Успех терапии во многом зависит от возможности максимальной адаптации лечебных мероприятий к особенностям клинических проявлений болезни, осознания пациентом болезни, готовности и желания лечиться (комплаенс). Особое значение это положение приобретает при проведении медикаментозной, в частности психофармакологической, терапии. Ее дифференцировка, выбор соответствующих психотропных средств и способов их введения, изменение терапии в зависимости от динамики клинической картины позволяют создать благоприятные условия для редукции болезненных расстройств.

Ангедония очень часто встречается среди негативной симптоматики при шизофрении [2, 3], что значительно усложняет лечение и приводит к возникновению резистентных состояний [4—8]. Поэтому

одним из основных принципов лечения пациентов с ангедонией является преодоление терапевтической резистентности.

Существуют некоторые важные моменты, которые необходимо учитывать при регистрации терапевтического резистентного состояния. В первую очередь, это адекватное назначение фармакологических препаратов, которое должно основываться на фармакологических различиях современных антипсихотических средств. Кроме этого необходимо тщательно анализировать полноценность терапевтического курса и проводить оценку эффективности терапии. Согласно современным представлениям [9, 10], состояние считается терапевтически резистентным, если в течение двух последовательных курсов (по 4—8 недель) адекватной монотерапии фармакологически различными препаратами отмечается отсутствие или недостаточность клинического эффекта. По разным оценкам [4, 11, 12], резистентность к лечению наблюдается у 5—60 % больных шизофренией.

При разработке принципиальных схем лечения пациентов с ангедонией в основу были положены теоретические фармакотерапевтические аспекты С. Н. Мосолова [9, 13], S. M. Stahl с соавт. [14, 15], Gründer G. [16].

Способы введения препаратов и темпы наращивания доз определялись, в основном, состоянием больного. Психотропные средства обычно назначали внутрь (в таблетках, драже, каплях, сиропах, суспензии) и парентерально.

Для коррекции ангедонии, развившейся в структуре негативной симптоматики шизофрении и постпсихотической депрессии, наилучший эффект давали антипсихотические препараты с активирующим антипсихотическим действием. Психоактивирующие свойства этих препаратов проявлялись в сглаживании ангедонических проявлений. Пациенты становились более доступными контакту, более инициативными и открытыми, а также более доступными психотерапевтическому и социореабилитационному воздействию. Вместе с тем, применение дезингибирующих нейролептиков всегда таит в себе опасность эксацербации, что требует тщательного динамического наблюдения за состоянием больного.

При коррекции ангедонии следует отказаться от применения конвенционных антипсихотических препаратов, ввиду наличия у них нежелательных побочных эффектов в виде усиления эмоционального снижения и ухудшения когнитивных нарушений (негативной симптоматики), а также экстрапирамидных побочных явлений. Препаратами выбора в этом случае должны стать антипсихотики третьего поколения [17, 18], с антидепрессогенным эффектом.

Для монотерапии применялись атипичные антипсихотические препараты, блокирующие одновременно

D2- и особенно D4-дофаминовые, C2-серотониновые рецепторы, практически не вызывающие экстрапирамидных побочных явлений и повышения уровня пролактина в крови (клозапин, оланзапин).

Эти препараты сочетались в первые дни лечения с препаратами бензодиазепинового ряда — диазепам (сибазон), феназепам — и проявляли большую эффективность в лечении отрицательных симптомов, в том числе и ангедонии.

Для потенцирования лечебного эффекта в некоторых случаях применяли комбинацию двух антипсихотических препаратов, то есть проводили комбинированную терапию. Адекватную дозу препаратов подбирали индивидуально эмпирическим путем, но не превышая максимально допустимую.

Однако, назначая препараты преимущественно психостимулирующего действия, необходимо учитывать суицидальные намерения пациентов с ангедонией, ввиду возможности обострения симптоматики и повторной суицидальной попытки. Наиболее эффективным средством при лечении подобных состояний являлся клозапин (лепонекс).

Окончательный выбор конкретного препарата часто определялся соматоневрологическим состоянием пациента, наличием интеркуррентных заболеваний и их последствий, а также приемом сопутствующей терапии.

После начала лечения необходимо тщательно следить за состоянием пациента и в соответствии с его изменением проводить смену препаратов или корректировать их дозировку. Даже после полной редукции ангедонических проявлений пациент должен наблюдаться до окончания лечения. Необходимо соблюдать принципы клинической обоснованности, дифференцированности и динамичности терапии.

При лечении пациентов указанными препаратами наблюдалась постепенная длительная редукция ангедонических проявлений. По нашим наблюдениям, уровень ангедонии уменьшался медленно, на 21—56 день от начала лечения пациентов (в зависимости от выраженности ангедонии).

Применение препаратов со стимулирующим действием положительно влияло на уровень социального функционирования пациентов. Кроме адекватного поведения пациенты становились более доступными контакту, который утрачивал формальный характер, начинали откровенно рассказывать о своих болезненных переживаниях, интересовались естественными вещами, более адекватно реагировали на происходящие события. Со временем повышалась общая активность, появлялась вера в будущее, пациенты активнее включались в домашнюю работу, работающие — в выполнение своих профессиональных обязанностей, большинство студентов приступали к учебе, инвалиды посещали Центр социальной реабилитации. Пациенты отмечали улучшение памяти, внимания, лучше воспринимали прочитанную информацию, то есть отмечалось улучшение когнитивных функций.

Соотношение методов терапевтического воздействия изменяется в зависимости от этапа заболевания. Если в период манифестации психоза преобладают медикаментозные методы лечения, то по мере уменьшения остроты состояния, обратного развития

психопатологических расстройств и становления ремиссии все большее значение приобретали психотерапевтические методы, меры социальной реадaptации и восстановление трудовых навыков.

Комплексность лечения является главным принципом, неприятие которого, по нашему мнению, и определяет малую эффективность предложенных лечебных и профилактических подходов к коррекции ангедонии. Комплекс лечения ангедонии в обязательном порядке должен включать: нормализацию режима отдыха и физической нагрузки, разгрузочно-диетическую терапию, витаминотерапию (препараты витаминов B₁, B₆, B₁₂ и C), общий или хотя бы сегментарный массаж совместно с гидропроцедурами и лечебной физкультурой, аутогенную тренировку или другие активные методы нормализации психоэмоционального фона, в том числе групповую психотерапию, экзистенциальную психотерапию, иммунокорректоры общего плана с ясно выраженным общим адаптогенным эффектом, иные вспомогательные средства (дневные транквилизаторы, энтеросорбенты, ноотропные средства и другие симптоматические лечебные препараты и воздействия).

Важным являлось также периодическое наблюдение, повторные лечебно-профилактические курсы в стационаре и соблюдение профилактических рекомендаций пациентами после выписки из стационара.

Таким образом, поиск путей оптимизации фармакотерапии ангедонии, повышение эффективности лечения пациентов с ангедонией, проведение нешаблонной, патогенетически и клинически обоснованной терапии с индивидуальным подходом к выбору того или иного фармпрепарата являются на современном этапе важнейшими условиями успешной врачебной практики.

Список литературы

1. Арана, Д. Фармакотерапия психических расстройств / Д. Арана, Д. Розенбаум. — М.: Бином, 2004. — 415 с.
2. Andreasen N. C. Negative vs positive schizophrenia. Definition and validation / Andreasen N. C., Olsen S. // Arch Gen Psychiatry. — 1982. — Vol. 39. — P. 789—794.
3. Andreasen, N. C. Positive and negative symptoms: historical and conceptual aspects, in modern problems of pharmacopsychiatry: positive and negative symptoms and syndromes. Edited by Andreasen N. C. — Basel, Karger, 1990. — P. 1—42.
4. Kane, J. M. Factors which can make patient difficult to treat / J. M. Kane // British Journal of Psychiatry. — 1996, 169 (suppl. 31). — P. 10—14.
5. Mortimer, A. Treatment of the patient with long-term schizophrenia / A. Mortimer // Advances in Psychiatric Treatment. — 1997. — Vol. 3. — P. 339—346.
6. Терапевтическая резистентность при приступообразно протекающей шизофрении и методы её коррекции / [Музыченко А. П., Дмитренко С. И., Захацкий А. Н., Барзаков В. В.]. — Липецк: ГУП «ИГ Инфол», 2002.
7. Horan, W. P. Anhedonia in schizophrenia: A review of assessment strategies / Horan, W. P., Kring, A. M., & Blanchard, J. J. // Schizophrenia Bulletin. — 2006, 32, 259—273.
8. Danilov, D. S. Therapeutic resistance in schizophrenia and biological methods of its overcoming / D. S. Danilov // Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova. — 2008; 108: 10: 81—86.
9. Мосолов С. Н. Основы психофармакотерапии / С. Н. Мосолов. — М.: Восток, 1996. — 288 с.
10. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia: 2nd ed. // Am J. Psychiat 2004; 161: 2: 1—114.

11. Defining treatment refractoriness in schizophrenia / [Brenner H. D., Dencker S. J., Goldstein M. et al. // *Schizophr Bull.* — 1990; 16: 4: 551—561.

12. Meltzer, H. Treatment Resistant Schizophrenia in Comprehensive Care of Schizophrenia / H. Meltzer, A. Kostakoglu: A Textbook of Clinical Management. J. L. a. R. Murray. — London: Martin Dunitz, 2001; 181—203.

13. Мосолов, С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. — М.: Новый цвет, 2001.

14. Stahl, S. M. Basic psychopharmacology of antidepressants. Part 1: antidepressants have seven distinct mechanisms of action / S. M. Stahl // *J. Clin. Psychiat.* — 1998. Vol. 59, No. 4. P. 5—14.

15. Stahl, S. M. Essential Psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application / S. M. Stahl; with illustrations by N. Muntner. — Cambridge University Press; 2nd ed. 601 p.; 2000.

16. Gründer, G. Risk of polypharmacy: pharmacological interactions / G. Gründer // *European Archives of Psychiatry + Clinical Neuroscience.* — 2009. — Vol. 259, suppl. 1, S18.

17. Maguire, G. A. A revised nomenclature of antipsychotic medications / Maguire G. A., Nemeš C. // *CNS News: Special Report*, Aug. 2—6, 2001.

18. Maguire, G. A. Prolactin Elevation With Antipsychotic Medications: Mechanisms of Action and Clinical Consequences / G. A. Maguire // *J. Clin Psychiatry.* — 2002; 63 (suppl. 4): 56—62.

Надійшла до редакції 14.10.2010 р.

Н. М. Орлова

*Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня № 1;
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України (м. Київ)*

Принципи лікування пацієнтів з ангедонією при шизофренії

Пошук шляхів оптимізації фармакотерапії ангедонії, підвищення ефективності лікування пацієнтів з ангедонією при шизофренії є актуальними аспектами сучасної психіатрії. В роботі наведені основні теоретичні принципи психофармакотерапії пацієнтів з ангедонією з урахуванням її феноменологічної приналежності, клінічної обґрунтованості та комплайєнсу.

Ключові слова: ангедонія, шизофренія, психофармакотерапія.

N. Orlova

*Kyiv clinical psychoneurological hospital № 1;
Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry and Narcology
of the Ministry of Health of Ukraine (Kyiv)*

Strategies of anhedonia in schizophrenia treatment

The path searching of optimization anhedonia pharmacotherapy, effectiveness increase treatment of those patients are the burn problems of modern psychiatry. In the article there are main approaches of the anhedonia psychopharmacotherapy with a glance it phenomenological affiliation, clinical validity, complexity, compliance.

Keywords: anhedonia, schizophrenia, psychopharmacotherapy.