С. Г. Бурчинський
ДУ «Інститут геронтології НАМН України» (м. Київ)

Тразодон і його можливості в лікуванні депресивних розладів (Огляд літератури)

У статті розглянуті сучасні проблеми вибору препарату антидепресантів при лікуванні різних форм депресивних розладів. Особливу увагу приділено можливостям нової групи антидепресантів — SARI (антагоністам-інгібіторам зворотного захоплення серотоніну) і її першого представника — тразодону (Тріттіко). Детально проаналізовані механізми дії, клініко-фармакологічний спектр, особливості застосування і характеристики безпеки зазначеного препарату. Обґрунтовані клінічні переваги тразодону (Тріттіко) як препарату вибору в лікуванні широкого кола депресивних розладів, зокрема, тривожно-депресивних, а також таких, що супроводжуються порушеннями сну.

Ключові слова: депресії, антидепресанти, Тразодон.

S. G. Burchinsky
Institute of Gerontology NAMS of Ukraine (Kyiv)

Trazodone and its possibilities in treatment of depressive disorders (Review of literature)

In the present paper the modern problems concerning the choice of antidepressants in treatment of different forms of depressive illnesses have been looked. A main attention paid to possibilities of new group of antidepressants — SARI (antagonists — serotonin reuptake inhibitors) and its first drug — trazodone (Trittico). Mechanisms of action, clinico-pharmacological spectrum, peculiarities of usage and safety characteristics of this drug have been analyzed in details. Clinical advantages of trazodone (Trittico) as a choice drug in treatment of wide range of depressive illnesses, for example, depression with anxiety, and with comorbide sleep disorders have been grounded.

Key words: depression, antidepressants, Trazodone.

УДК 616.895.8

В. А. Вербенко, Е. В. Плотникова
ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» (Симферополь, Крым)

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Изучались и анализировались особенности субъективного самочувствия у больных шизофренией, которые получали терапию традиционными антипсихотиками или атипичными антипсихотиками. Показатели субъективного самочувствия изучались с помощью опросника SWN-S. Были обнаружены значительные особенности субъективного самочувствия в обеих исследуемых группах. Качественный и количественный анализ показал, что большая часть обследуемых больных отмечают низкие показатели субъективного самочувствия и снижение «качества жизни» в целом.

Ключевые слова: шизофрения, врачебно-индуктируемые двигательные расстройства, субъективное самочувствие, опросник SWN-S.

Субъективная тяжесть индуцированных антипсихотиками двигательных расстройств (*англ*. DIMD — drug-induced movement disorders) и других осложнений антипсихотической терапии приводит к нарушениям приема терапии и может соответствовать известной формулировке G. Gardos и J. Cole (1976): «лекарство хуже болезни» [1—4]. Нон-комплайенс, который является следствием плохо переносимых нежелательных явлений в ходе психофармакологического лечения, — главная причина обострений эндогенного процесса, что свидетельствует о важности изучения рассматриваемого вопроса [3—6]. С началом широкого применения антипсихотиков второй генерации интерес исследователей к изучению данной проблемы и поискам новых способов коррекции индуцированных антипсихотиками экстрапирамидных расстройств несколько угас, поскольку считалось, что атипичные антипсихотики в терапевтических дозах не вызывают экстрапирамидных расстройств, за исключением редких случаев индивидуальной гиперчувствительности [1, 5].

Несмотря на улучшенный профиль переносимости атипичных антипсихотиков, не менее актуальными остались также и вопросы безопасности терапии. Фактически не изменилась дилемма выбора препарата: чем более мощным терапевтическим потенциалом он обладает, тем выше риск развития побочных эффектов и осложнений [6]. Соответственно возрастает частота использования корректоров экстрапирамидных расстройств. Так, 57,5 % психиатров назначают антихолинергические корректоры с профилактической целью (одновременно с назначением классического нейролептика) и 40 %, даже при отсутствии экстрапирамидной симптоматики, не предпринимают попыток снижения дозы корректора либо его отмены. Это становится статистически достоверной причиной удлинения купирования обострений и ухудшения качества ремиссий. Профилактическое применение антихолинергических корректоров способствует возникновению гипергликемии на фоне лечения и становится фактором риска развития серьезных метаболических осложнений [7].

В настоящее время появляется все больше информации о том, что на фоне приема некоторых атипичных антипсихотиков развиваются стертые формы экстрапирамидных расстройств за счет появления «сверхчувствительности дофаминовых рецепторов» [8—10], что приводит к нон-конмплаенсу и отказу от проводимой терапии.

Целью данной работы было изучение субъективного самочувствия больных шизофренией, длительно принимающих терапию как атипичными так и традиционными антипсихотиками, и оценить их влияние на функционирование пациентов в целом для совершенствования методологии эффективного и безопасного использования антипсихотиков при лечении больных шизофренией.

Задачами исследования являлись:

— изучение взаимосвязи пола, возраста, социального статуса пациентов с основными характеристиками течения шизофренического процесса и с тактикой антипсихотической терапии;

— осуществление комплексного анализа субъективного самочувствия при лечении нейролептическими средствами, выделение параметров, оказывающих влияние на скорость формирования и качество ремиссий,

© Вербенко В. А., Плотникова О. В., 2011

эффективность и безопасность антипсихотической терапии у больных шизофренией;

— изучение влияния профилактического использования антихолинергических корректоров на субъективное самочувствие при лечении нейролептическими средствами.

В исследовании принимали участие 103 пациента (48 женщин и 55мужчин) в возрасте от 25 до 58 лет. Из них 60 (58,2 %) получали терапию традиционными антипсихотиками (ТА) и 43 (47,8 %) — атипичными антипсихотиками (АА). У всех больных отмечался достаточный эффект терапии как традиционными так и атипичными антипсихотиками. Все больные давали информированное согласие на участие в исследовании. Большая часть участвовавших в исследовании больных имеет группу инвалидности в связи с основным заболеванием — 50,9 %, не работают 39,6 %, и только 9,4 % больных работают.

Диагноз: в соответствии с международной классификацией МКБ-10 [11] F 20.0 поставлен у 80 больных, F 20.5 — у 10 больных, F 20.6 — у 13 больных. Больные находились на лечении в КРБП № 1, республиканском психоневрологическом диспансере. 47 % больных получали лечение в условиях стационара. 53 % лечились амбулаторно.

Распределение обследованных больных по возрасту, полу, образованию представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту, полу, образованию

Возрастно-половой состав групп			
Группа	мужчин	женщин	Средний возраст
ТА	26	34	40,2 ± 7,8
АА	22	21	31,9 ± 5,6
Средний возраст представлен в виде: среднее арифметическое ± ср. квадратическое отклонение			
Уровень образования в группах			
		ТА	**АА**
Среднее		29 (48,3 %)	22 (51,2 %)
Среднеспециальное		13 (21,7 %)	2 (4,6 %)
Высшее		18 (30,0 %)	19 (44,2 %)

Длительность заболевания: в группе ТА: 12 (8,75—14) лет, минимум — 3 года, максимум — 19 лет, в группе АА — 4 (2—5) лет, минимум — 1 год, максимум 9 лет. (*Результаты представлены в виде медиана (интерквантильный интервал)*). Следует подчеркнуть, что различия в длительности лечения могут быть объяснимы более поздним внедрением в практику атипичных антипсихотиков.

Распределение по типам течения шизофрении в изучаемых группах пациентов представлено в таблице 2.

Таблица 2

Тип течения шизофрении

	ТА	АА
Непрерывный	49 (81,7 %)	12 (27,9 %)
Эпизодический	11 (18,3 %)	31 (72,1 %)

Пациенты с непрерывным течением заболевания в основном получали традиционные нейролептики, а пациенты с эпизодическим течением заболевания — АА, что отражается на результатах исследования.

Для изучения субъективного самочувствия больных шизофренией была использована шкала SWN-S (Subjective Well-Being Under Neuroleptic Treatment Scale — Short Form) [12].

Форму опросника шкалы SWN-S пациенты заполняли самостоятельно. Данный опросник состоит из 20 пунктов. Показатели оценивались качественно и количественно. Количественная оценка проводилась по 6-балльной системе, качественный анализ отражал степень выраженности симптомов за прошедшую неделю, где: 1 балл — совсем нет; 2 балла — почти нет; 3 балла — немного; 4 балла — в некоторой степени; 5 баллов — сильно; 6 баллов — очень сильно. Качественный анализ также отражал особенности субъективного самочувствия по следующим разделам: когнитивная деятельность включала себя пункты — «мне легко думать», «я изобретателен и полон идей», «мое мышление затруднено и замедленно», «мои мысли непостоянны и хаотичны», «мне трудно мыслить последовательно»; наличие самоконтроля — «я чувствую, что у меня нет сил и что я не контролирую себя», «мои чувства и поведение не соответствуют ситуации, я расстраиваюсь из-за мелочей, а важные вещи меня едва затрагивают», «мои чувства и поведение соответствуют ситуациям, в которых я нахожусь», «я отличаю себя от других»; регуляция эмоционального состояния — «у меня нет никаких надежд на будущее», «мои мысли и ощущения притуплены, мне все безразлично», «все, что происходит вокруг, меня интересует и является для меня важным», «я полностью уверен в своем будущем»; социальные взаимоотношения — «окружающий мир знакомый и дружелюбный», «мне очень трудно вступать в разговор и устанавливать контакты с другими людьми», «мне легко взаимодействовать с окружающими», «окружающий мир кажется мне изменившимся и чуждым»; физическая активность — «я очень хорошо чувствую себя в своем теле», «мое тело привычно, я чувствую, что оно мне принадлежит», «я чувствую себя обессиленным и изнуренным», «я чувствую, что мое тело для меня обуза». Следует подчеркнуть, что каждый раздел включал в себя два пункта с позитивным радикалом и два пункта с негативным радикалом.

Особенности субъективного самочувствия при лечении нейролептическими средствами (1 группа — на фоне проводимой терапии традиционными антипсихотиками, 2 группа — на фоне терапии атипичными антипсихотиками) отражены в таблице 3.

Анализ показателей, представленных в таблице 3, демонстрирует значительные нарушения когнитивной деятельности у больных первой группы (средний ранг 31.0) с преимущественными нарушениями в сфере мышления ($p << 0{,}001$). Качественный и количественный анализ показали, что большая часть обследуемых больных отмечают «замедленность и затруднения мыслительных процессов» и «хаотичность и непостоянность мыслей». Данные параметры сопоставимы по своим клиническим проявлениям с когнитивным паркинсонизмом, выражающимся заторможенностью мышления, трудностями концентрации внимания, чувством «пустоты в голове» [13]. В данном аспекте следует подчеркнуть, что, несмотря на эффективность коррекции когнитивных побочных эффектов традиционной нейролептической терапии атипичными антипсихотиками [14], большинство больных, принимавших терапию атипичными антипсихотиками, при проведении оценки субъективного самочувствия отмечали невыраженные затруднения и замедленность мышления и хаотичность и непостоянство мыслительных процессов.

Таблица 3

Показатели субъективного самочувствия в изучаемых группах больных

Параметры	Средний ранг		*U*	*p*
	ТА (*N* = 60)	АА (*N* = 43)		
3+ мне легко думать	33,4	78,0	172	<< 0,001
7+ я изобретателен и полон идей	34,2	76,8	222	<< 0,001
11– мое мышление затруднено…	69,8	27,1	219,5	<< 0,001
17– мои мысли непостоянны…	61,1	39,3	744,5	0,0003
*Когнитивная деятельность**	31,0	81,3	29,5	<< 0,001
15+ я отличаю себя от других	38,3	71,2	465	<< 0,001
19+ мои чувства и поведение соответствуют ситуации…	33,3	78,0	170	<< 0,001
1– я чувствую, что у меня нет сил, и я не контролирую себя	55,4	47,3	1086,5	0,17
12– мои чувства и поведение не соответствуют ситуации…	45,9	60,5	923,5	0,01
*Самоконтроль**	35,8	74,6	319	<< 0,001
2+ я очень хорошо себя чувствую в своем теле	37,9	71,6	445,5	<< 0,001
5+ мое тело мне привычно…	34,3	76,7	229,5	<< 0,001
9– я чувствую себя обессиленным..	65,2	33,5	496	<< 0,001
16– …мое тело для меня — обуза	62,7	37,0	646,5	<< 0,001
*Физическая деятельность**	33,7	77,6	190,5	<< 0,001
18+ то, что происходит вокруг, меня интересует…	38,5	70,9	478	<< 0,001
20+ я полностью уверен в своем будущем…	30,6	81,8	8	<< 0,001
4– у меня нет надежд на будущее	69,5	27,5	238	<< 0,001
10– мои мысли и ощущения притуплены…	68,8	25,8	164	<< 0,001
*Регулирование эмоций**	30,8	81,6	15,5	<< 0,001
8+ окружающий мир кажется мне знакомым…	72,0	24,0	88	<< 0,001
13+ мне легко взаимодействовать с окружающими…	32,9	78,6	146	<< 0,001
6– мне очень трудно вступать в разговор…	64,9	34,0	517,5	<< 0,001
14– окружающий мир кажется мне изменившимся…	55,1	47,7	1106	0,2
*Социальная интеграция**	42,4	65,3	716,5	0,0001

Примечание: * — Выявлена корреляционная зависимость с длительностью заболевания

Как видно из представленной таблицы — суммарные баллы по параметру самоконтроля также отличаются в изучаемых группах больных (средний ранг 35,8 и 74,6 соответственно). Различия статистически значимы (p **<<** 0,001**)**. Не выявлено статистически значимых различий в изучаемых группах пациентов только по параметру «я чувствую, что у меня нет сил, и я не контролирую себя» (p = 0,17). Следует подчеркнуть, что субъективная неспособность контролировать ситуацию с позиций традиционной нейропсихологии сопоставима с дисфункцией передних отделов головного мозга. Данные показатели отличаются от результатов многочисленных исследований, в которых показано, что пациенты, принимающие атипичные нейролептики, демонстрируют лучшие результаты при нейрокогнитивном тестировании по сравнению с больными, получающими традиционные препараты. Особенно выражены отличия при оценке скорости реакции, внимания и быстроты речи. Например, при сравнении традиционных дофаминовых антагонистов (галоперидол и флуфеназин) с атипичными нейролептиками (рисперидон и оланзапин) продемонстрировано, что при применении последних регистрируются существенно лучшие результаты когнитивного тестирования, особенно при решении более сложных «лобных» задач, требующих планирования и последовательности [14]. Отличия в результатах исследований состоят преимущественно в «осознании» (субъективный уровень) психической деятельности при использовании шкалы субъективного функционирования и «выполнении» (операциональный уровень психической деятельности) при проведении нейрокогнитивного тестирования.

Больные шизофренией, находящиеся на терапии ТА, по параметру «регуляция эмоционального состояния» демонстрировали более низкие показатели (средний ранг — 30,8), по сравнению с пациентами, находящимися на терапии АА (средний ранг — 81,6) (*см*. табл. 3), отличия статистически значимы (p << 0,001). Данные показатели сопоставимы с клиническими проявлениями эмоционального паркинсонизма, проявляющегося эмоциональной индифферентностью, ангедонией, отсутствием удовольствия от деятельности [13—14]. Следует отметить, что в психическом статусе у пациентов изучаемых групп не было выявлено клинически значимых нарушений со стороны эмоциональной сферы и выраженной негативной симптоматики. В то же время, пациенты, получавшие терапию АА, отрицали наличие притупления ощущений, безразличия (средний ранг — 25,8), преимущественно выбирая критерии «совсем нет» или «почти нет». Исходя из вышесказанного, можно сделать предварительные выводы о том, что субъективное ощущение регулирования эмоций может зависеть от варианта проводимой антипсихотической терапии.

Индифферентность по отношению к социальному взаимодействию демонстрировали преимущественно пациенты, находящиеся на терапии ТА, выбирая критерии «немного» или «в «некоторой степени» по параметрам легкости взаимодействия с окружающими (32,9) и «сильно» по параметру трудности вступать в разговор (64,9). Пациенты, получавшие АА, отмечали как «сильно» или «в некоторой степени» — способность взаимодействовать с другими людьми (78,6), и в то же время испытывали субъективные затруднения при контактах с другими людьми и «трудности при вступлении в разговор» — выбирая критерии «немного» или в «некоторой степени» (34,0). Не выявлено статистически значимых отличий по параметру «окружающий мир кажется мне изменившимся…» в изучаемых группах пациентов ($p = 0,2$). В целом, показатели субъективного самочувствия по параметрам социального взаимодействия также имеют статистически значимые отличия в изучаемых группах больных (средний ранг 42,4 и 65,3, соответственно, $p = 0,0001$). По всем параметрам выявлена корреляционная зависимость с длительностью заболевания.

Нами проведен анализ влияния применения корректоров экстрапирамидных симптомов (ЭПС) на показатели субъективного самочувствия в изучаемых группах пациентов. Следует подчеркнуть, что только 42 (40,7 %) пациента в изучаемых группах больных не принимали данный вид терапии, большинство пациентов длительно принимали данные препараты в «профилактических целях».

Результаты влияния корректоров на субъективное самочувствие представлены в таблице 4.

Выявлены статистически значимые отличия субъективного самочувствия при лечении нейролептическими средствами, по всем параметрам (за исключением «окружающий мир кажется мне изменившимся»($p = 0,6$) и «я чувствую, что у меня нет сил, и я не контролирую себя» ($p = 0,2$)) с более низкими показателями в группе пациентов, дополнительно получающих корректоры экстрапирамидных расстройств (*см*. табл. 4).

Заключение: Экстрапирамидные симптомы, являются основной причиной несоблюдения терапии и стигматизации психически больных. Формирование ЭПС традиционно ассоциируется с приемом нейролептиков. Однако и некоторые атипичные антипсихотики, к примеру, рисперидон, амисульприд в могут вызывать ЭПС. В настоящее время отсутствуют данные, указывающие на возможность развития поздней дискинезии при приеме атипичных антипсихотиков.

Для больных шизофренией характерно завышение степени выраженности побочных эффектов антипсихотической терапии (преимущественно ЭПС), влияющих на социальную нормативность больных, проявляющееся в низких показателях субъективного самочувствия.

Таблица 4

Влияние корректоров экстапирамидных расстройств на показатели SWN-S

Параметры	Средний ранг		*U*	*p*
	Нет корр. *N* = 42	Есть корр. *N* = 61		
3+ мне легко думать	72,4	38,0	424	<< 0,001
7+ я изобретателен и полон идей	69,2	40,1	558	<< 0,001
11– мое мышление затруднено…	34,6	64,0	550	<< 0,001
17– мои мысли непостоянны…	44,6	57,1	969,5	0,04
Умственная деятельность	72,9	37,6	403	<< 0,001
15+ я отличаю себя от других	68,5	40,6	586,5	<< 0,001
19+ мои чувства и поведение соответствуют ситуации…	67,7	41,2	620,5	<< 0,001
1– я чувствую, что у меня нет сил, и я не контролирую себя	50,1	53,3	1200,5	0,6
12– мои чувства и поведение не соответствуют ситуации…	59,7	46,7	957	0,03
Самоконтроль	66,9	41,7	655	<< 0,001
2+ я очень хорошо себя чувствую в своем теле	64,4	43,5	759,5	0,0005
5+ мое тело мне привычно…	68,9	40,4	571,5	<< 0,001
9– я чувствую себя обессиленным..	40,3	60,1	789	0,001
16– …мое тело для меня — обуза	40,2	60,2	783,5	0,0008
Физическая деятельность	69,0	40,3	567	<< 0,001
18+ то, что происходит вокруг, меня интересует…	65,3	42,8	721,5	0,0002
20+ я полностью уверен в своем будущем…	73,0	37,5	399,5	<< 0,001
4– у меня нет надежд на будущее	36,0	63,0	609,5	<< 0,001
10– мои мысли и ощущения притуплены…	31,5	66,1	420,5	<< 0,001
Регулирование эмоций	72,8	37,7	420,5	<< 0,001
8+ окружающий мир кажется мне знакомым…	32,7	65,3	467,5	<< 0,001
13+ мне легко взаимодействовать с окружающими…	69,4	40,0	551	<< 0,001
6– мне очень трудно вступать в разговор…	38,8	61,1	728,5	0,0003
14– окружающий мир кажется мне изменившимся…	47,3	55,2	1085	0,2
Социальная интеграция	61,4	45,6	888	0,008

Данные исследования продемонстрировали, что субъективное самочувствие при лечении антипсихотическими препаратами зависит преимущественно от варианта проводимой антипсихотической терапии и не находится в прямой корреляционной связи со степенью выраженности клинических проявлений шизофрении.

Ухудшение субъективного самочувствия ограничивает функциональные возможности больных шизофренией, приводит к выраженной социальной и трудовой дезадаптации, снижению «качества жизни» в целом. Выявленные особенности сопоставимы с литературными данными [15—17].

У большинства изученных больных наблюдались клинические проявления синдрома психомоторной индифферентности, разной степени выраженности, проявившиеся на фоне приема как традиционных, так и атипичных антипсихотиков.

Выявленные в результате исследования субъективные нарушения когнитивной деятельности в обеих группах больных могут быть ассоциированы с лекарственно-индуцированным паркинсонизмом («паркинсонизм мышления» — Kim J. H., 2007).

Выявлено негативное влияние применения антихолинергических корректоров даже в профилактических целях на субъективное самочувствие при лечении антипсихотическими препаратами.

Предварительные данные исследования продемонстрировали, что в большинстве случаев именно выраженность, необратимость и дезадаптирующая составляющая DIMD-расстройств, а не основное заболевание (шизофрения), ограничивают функциональные возможности пациентов, приводят к психологической и социальной изоляции, влияют на субъективное самочувствие, что указывает на несомненную актуальность изучения данной проблемы.

К перспективам дальнейших исследований следует отнести длительный мониторинг данной категории больных, разработку простой, удобной в использовании шкалы для оценки лекарственно-индуцированных двигательных расстройств, предназначенную для практической деятельности, с целью своевременной диагностики лекарственно-индуцированных двигательных расстройств и предупреждения развития отсроченных осложнений.

Список литературы

1. Принципы и практика психофармакотерапии / [Яничак Ф. Д., Девис Д. М., Прескорн Ш. Х., Айд мл. Ф. Д.] ; пер. с англ. С. А. Малярова. — Киев: Ника-центр, 1999. — С. 129—223, 357—393.
2. Cornella, C. Drug-induced movement disorders / C. Cornella. In: Movement disorders in clinical practice / ed. G. Sawlc. — Oxford, 1999. — P. 73—92.
3. Fitzgerald, P. M. Tardive oculogyric crises / P. M. Fitzgerald, J. Jankovic // Neurology. —1989. — V. 39. — P. 1434—1437.
4. Gershanic, O. S. Drug-induced dyskinesias / O. S. Gershanic. In: J. Jankovic, E. Tolosa (eds). Parkinson's disease and movement disorders. 3rd ed. — Baltimore: Williams&Wilkins, 1998. — P. 579—599.
5. Grace, A. A. Gating of information flow within the limbic system and the pathophysiology of schizophrenia / A. A. Grace // Brain Research Reviews. — 2000. — V. 31 (2—3). — P. 330—341.
6. Снедков, Е. В. Атипичные антипсихотики: поиск решения старых и новых проблем / Е. В. Снедков // Психиатрия и психофармакотерапия 2006. — Т. 8, № 6. — С. 45—50.
7. Бадри Калиани. Результаты антипсихотической терапии больных шизофренией во взаимосвязи с сопряженными факторами : автореф. на соискание уч. ст. канд. мед. наук / Калиани Бадри. — СПб., 2007. — 30 с.
8. Seeman, P. Dopamine D2 receptors as treatment targets in schizophrenia / P. Seeman // Clin Schizophr. Relat Psychoses. — 2010 Apr; 4(1): 56—73. Review.
9. Novak, G. Exposure to nicotine produces an increase in dopamine D2(High) receptors: a possible mechanism for dopamine hypersensitivity / Novak G., Seeman P., Le Foll B. // Int. J. Neurosci. — 2010 Nov; 120(11): 691—7.
10. Novak, G. Hyperactive mice show elevated D2(High) receptors, a model for schizophrenia: Calcium/calmodulin-dependent kinase II alpha knockouts / Novak G., Seeman P. // Synapse. — 2010 Oct; 64(10): 794—800.
11. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Киев: Изд-во «Факт», 1999. — С. 85—98.
12. A new rating scale for negative symptoms: The Motor-Affective-Social Scale // Psychiatry Research. — V. 160, Issue 3. — 30 September 2008, — P. 346—355.
13. Borison, R. L. The role of cognition in the risk-benefit and safety analysis of antipsychotic medication / R. L. Borison // Acta Psychiatr Scand. — 1996. — Suppl. 94. — P. 5—11.
14. Аведисова А. С. Неврология, Педиатрия, Качественная клиническая практика / А. С. Аведисова // Фарматека. — 2004. — № 9—10 (87).
15. Марута Н. А. Использование интегративного показателя качества жизни в диагностике, терапии и реабилитации больных шизофренией / Н. А. Марута // Архив психиатрии. — 2004. — Т. 10, вып. 2 (37). — С. 4—9.
16. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения : Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. — ВОЗ, 2006. — 85 с.
17. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey [Saarni S. I., Suvisaari J., Sintonen H. et al.] // The British J. of Psychiatry. — 2007. — V. 190. — P. 326—332.

Надійшла до редакції 21.09.2011 р.

В. А. Вербенко, О. В. Плотникова

ДУ «Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського» (м. Сімферополь)

Психопатологія та лікування лікарсько-індукованих рухових розладів при шизофренії

Вивчалися і аналізувалися особливості суб'єктивного самопочуття у хворих на шизофренію, які отримували терапію традиційними антипсихотиками або атиповими антипсихотиками. Показники суб'єктивного самопочуття вивчали за допомогою опитувальника SWN-S. Були виявлені значні особливості суб'єктивного самопочуття в обох досліджуваних групах. Якісний і кількісний аналіз показав, що більша частина обстежуваних хворих відмічають низькі показники суб'єктивного самопочуття та зниження «якості життя» в цілому.

Ключові слова: шизофренія, лікарсько-індуковані рухові розлади, суб'єктивне самопочуття, опитувальник SWN-S.

V. A. Verbenko, E. V. Plotnikova

The State establishment "Crimean State medical University named after S. I. Georgievsky" (Simferopol')

Psychopathology and treatment the drug-induced movement disorders in the schizophrenic patients

There were investigated and analyzed the subjective well-being under neuroleptic treatment in the schizophrenic patients treated with conventional antipsychotics or atypical antipsychotics. Indicators of subjective well-being were studied by means of SWN-questionnaire. Have been revealed significant violations the "subjective well-being" of both study groups. The qualitative and quantitative analysis has shown that the most part of surveyed are not satisfied with the life. Limiting the functionality of patients with schizophrenia due to decreased subjective well-being under neuroleptic treatment leads to severe social and occupational maladjustment and reduce the "quality of life".

Key words: schizophrenia, drug-induced movement disorders, subjective well-being, SWN-S questionnaire.