

УДК: УДК: 616.895.87+616-018.-07-08:615.851

*О.Є. Смашина***ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ,
УСКЛАДНЕНОЇ СУПУТНЬОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського

Ключові слова: параноїдна шизофренія, коморбідна з соматичною патологією, психофармакотерапія, антипсихотики, ад'ювантна терапія

Індивідуальний вибір психофармакотерапії у хворих на шизофренію, коморбідну з соматичною патологією, є важливим завданням організації лікувального процесу, вирішення якого лягає на практикуючих лікарів. Аналіз літературних джерел по даній темі дозволяє прийти до висновку, що ряд авторів у призначенні такого роду терапії на перший план висуває безпеку та переносимість психофармакологічних препаратів [3, 4, 8]. Також очевидною є доцільність врахування соматотропної активності психотропних засобів [2, 5, 9, 12, 13].

В останні роки великого поширення отримала точка зору, заснована на традиційній для зарубіжної психіатрії позиції про відсутність вибіркової психотропної активності нейролептиків, їх рівної ефективності при різних проявах хвороби і відмінностей тільки в спектрі їх побічних ефектів [7, 12, 17]. Тому багато авторів сучасних стандартів лікування шизофренії вказують на те, що основним критерієм вибору терапії має бути її переносимість. Проте вітчизняна і деякі європейські психіатричні школи завжди розглядали клінічні особливості захворювання в якості основного чинника, що визначає диференційований вибір у призначенні психотропного засобу [3, 4, 8, 12], а індивідуальне призначення антипсихотиків здійснюється за допомогою зіставлення клінічних особливостей стану хворого і профілів психотропної активності препаратів [4].

На сьогоднішній день принципи диференційованого підходу до застосування антипсихотичних засобів при лікуванні шизофренії значно доповнені. Велику увагу при виборі терапії пропонується приділяти не лише такому важливому клінічному чиннику, як ефективність лікування, але і іншим клінічним (переносимість терапії), психологічним (якість життя, дотримання режиму прийому ліків, ризик стигматизації), соціальним (соціальна адаптація і функціонування) і економічним характеристикам (витрати на

лікування) [3, 4, 8, 12, 17, 19]. Показано, що негативний вплив терапії на ці показники може значно погіршувати ефективність лікувального втручання і, навпаки, їх оптимізація сприяє підвищенню ефективності лікувального процесу [19].

Відповідно до сучасних підходів провідне місце в схемах психофармакотерапії шизофренії відводиться атипичним антипсихотикам, які мають високий терапевтичний індекс (співвідношення клінічного ефекту і побічних ефектів), проте асоційовані з певним діапазоном побічних ефектів. Хоча результати досліджень свідчать, що хворі більш охоче приймають атипичні засоби, ніж традиційну терапію, покращується їх якість життя [19], проте накопичений до теперішнього часу тривалий досвід застосування атипичних нейролептиків показує, що вони не так безпечні, як це передбачалося раніше. При їх прийомі часто розвиваються “пізні” метаболічні і ендокринні побічні ефекти, які обмежують можливість широкого використання цих засобів. Важливим критерієм переносимості і безпеки терапії антипсихотиками є частота відміни препаратів внаслідок метаболічних побічних ефектів. Цей показник складає 9% для оланзапіну і знижується для кветіапіну, зипразидону, рисперидону і перфеназину до 4, 3, 2, і 1% відповідно [2]. Застосування оланзапіну і клозапіну також погіршує ліпідний профіль [16]. При перевищенні маси тіла на фоні терапії атипичними антипсихотиками більш ніж на 5% від початкової необхідний перегляд терапії. Ці дані можуть мати вирішальне значення при виборі оптимального засобу терапії хворих з групи відповідного ризику, оскільки ожиріння, пов’язане з прийомом антипсихотиків, може мати серйозні клінічні наслідки, зокрема зумовлює двократне підвищенням показників смертності від серцево-судинної патології і цукрового діабету [13, 14, 16, 18], підвищенням ризику розвитку інсулі-

нової резистентності і цукрового діабету [9, 15, 16, 20, 23]. Молоді пацієнти часто розцінюють ожиріння як неприпустимий косметичний дефект, що призводить до стигматизації [16].

Після впровадження атипівних антипсихотиків в клінічну практику були описані спостереження піруетної тахікардії, яка в кожному десятому випадку призводить до раптової смерті. Це ускладнення пов'язане із здатністю нейролептиків подовжувати інтервал QT через їх вплив на проникність калієвих каналів клітинних мембран. Ризик подовження інтервалу QT при застосуванні антипсихотиків зростає в наступному порядку: амисульпірид, клозапін, флупентиксол, флуфеназин, галоперидол, оланзапін, перфеназин, пімозид, кветіапін, рисперидон, сульпірид, тіорідазин і зипразидон [13, 14, 18].

Проте маючи очевидні переваги відносно негативних симптомів, когнітивної дисфункції і депресивних порушень, атипівні антипсихотичні препарати, очевидно, все ж поступаються класичним нейролептикам по впливу на позитивну симптоматику шизофренії [3, 4]. Це пов'язано з потужнішою седативною/інгібуючою дією останніх, що проявляється на відміну від специфічного антипсихотичного ефекту не через декілька тижнів, а практично відразу ж після початку лікування. Проте загальновідомі недоліки цих препаратів (вужька спрямованість терапевтичного ефекту, негативний вплив на когнітивне функціонування, серйозні неврологічні побічні ефекти) вкрай негативно відбиваються на показник співвідношення ризику та користі, істотно обмежуючи їх використання.

При параноїдній шизофренії, що протікає у пацієнтів з обтяженим органічним чи соматичним ґрунтом часто спостерігаються явища дисоційованої медикаментозної толерантності, що характеризується розбіжністю між темпом розвитку терапевтичного ефекту і проявами побічної дії лікарських засобів, що випереджають його. Дані побічні явища виходять за рамки відомих холінолітичних побічних ефектів антидепресантів і екстрапірамідних проявів побічної дії нейролептиків [8]. Власне біологічна чутливість до фармакологічних агентів зберігається, проте поріг терапевтичної чутливості виявляється вище за поріг чутливості до побічної дії психотропних засобів. Це спричиняє обмеження чи неможливість використання терапевтично активних доз психотропних засобів через раннє виникнення і вираженість різних побічних

ефектів. Психопатологічна структура основного синдрому у зв'язку з терапевтичними діями може ускладнюватися за рахунок емоційної і сенсорної гіперестезії, дисфоричного порушення настрою, обтяжливих яскравих сновидінь, утруднень концентрації уваги і інших інтелектуально-мнестичних порушень, елементарних сенсорних спотворень, розладів схеми тіла і просторового сприйняття, епізодів дезорієнтації, а також генералізованих порушень, що характеризуються змінами рівня пильнування (періоди седації з сонливістю або відчуттям "одурманеності", "сп'янілості"). Подібного роду складні побічні ефекти відносно частіше зустрічаються при комбінованій психофармакотерапії, що у більшості випадків робить пріоритетною монотерапію.

Пацієнти з параноїдною шизофренією та коморбідною соматичною патологією характеризуються підвищеною частотою депресивної симптоматики в рамках клінічної картини шизофренії на різних етапах перебігу ендогенного захворювання, тому питання психофармакологічного впливу на депресивну симптоматику є досить актуальним у даного контингенту пацієнтів. Практичний аспект даного питання полягає перш за все у доцільності одночасного застосування нейролептиків та антидепресантів – комбінації, яка застосовується у 20 - 50 % психічно хворих [1, 6, 11, 22]. Первинні фармакологічні ефекти нейролептиків і антидепресантів на катехоламінієргічну і серотонінієргічну системи протилежні: нейролептики знижують активність допаміну за рахунок блокади пре- і постсинаптичних допамінієргічних (D2) рецепторів або постсинаптичних серотонінієргічних (5-HT₂) рецепторів, а антидепресанти посилюють активність норадренергічної, серотонінієргічної і у меншій мірі допамінієргічної нейротрансмітерних систем [1, 6, 11]. С. Н. Мосолов, узагальнюючи дані зарубіжних досліджень, робить висновок, що блокада зворотного захоплення допаміну антидепресантами може вести до зниження ефективності нейролептиків, посилення психотичної симптоматики, але при цьому до зменшення проявів лікарського паркінсонізму [1, 6, 11]. Відомо, що фармакодинамічні взаємодії з'являються тоді, коли механізм дії одного препарату перетинається з механізмом дії іншого. Тому чим більше число рецепторів і нейромедіаторних систем, на які впливає препарат, тим вище вірогідність фармакодинамічної взаємодії. Так, завдяки вибірковості фармакологічної дії

інгібітори зворотного захоплення серотоніна (флуоксетин, сертралін, пароксетин, флувоксамін, циталопрам) менше взаємодіють на фармакодинамічному рівні, ніж трициклічні антидепресанти і інгібітори МАО. З урахуванням клінічних і фармакологічних даних, комбінація антидепресантів і нейролептиків в період лікування гострого психотичного епізоду є необґрунтованим [1, 6, 11, 22], а призначення антидепресивного засобу не одночасно з початком нейролептичної терапії, а лише після необхідного для формування “лікарського гомеостазу” тимчасового інтервалу (близько 6 тижнів) може понизити вірогідність загострення психозу і ризик розвитку непередбачуваних побічних ефектів [1, 6, 11, 22].

Отже, одна із стратегій оптимізації лікування пацієнтів з параноїдною шизофренією та коморбідними соматичними захворюваннями - застосування адьювантних засобів, які дозволяють наблизитися до балансу терапевтичної активності нейролептиків та індивідуального ресурсу їх переносимості. На відміну від базової (основної) терапії, яка спрямована на корекцію домінуючих психопатологічних симптомів, адьювантна терапія є допоміжною і призначається, як правило, на окремих етапах лікування додатково до базових препаратів для підвищення їх ефективності (відносно певних мішеней) та часто з адаптогенною метою для помякшення, нівелювання чи запобігання виникненню побічних ефектів психофармакотерапії, в той же час не перешкоджаючи реалізації власне лікувального ефекту основного терапевтичного агента [8, 11].

Труднощі у терапії пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії та коморбідну соматичну патологію, пов’язані також з потре-

бою одночасного призначення психо- та соматотропного лікування. Така комбінована терапія вимагає більшої уваги як з боку лікаря через можливу несприятливу взаємодію препаратів між собою і, як наслідок, посилення побічних ефектів (особливо дозозалежних (холінолітичні, седативні) і зниження ефективності. Важливо підкреслити, що підвищення концентрації препаратів при їх взаємодії зовсім не забезпечує пропорційного збільшення терапевтичного ефекту. З боку пацієнта комбіноване призначення медикаментозних середників значно ускладнює режим прийому препаратів, збільшує вірогідності неправильного застосування лікарських засобів і в деяких випадках може спричинити порушення комплаєнтності та відмову від терапії [1, 4, 6, 11].

Зрештою завдання оптимізації призначення психотропних засобів у пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію та коморбідні соматичні захворювання, полягає не лише в досягненні безумовно позитивного ефекту, але і в мінімізації побічних явищ і ризику ускладнень, уникнути яких особливо важко при підвищеній медикаментозній чутливості і наявності соматичної обтяженості [7].

Метою нашого дослідження було оптимізувати надання психофармакологічної допомоги пацієнтам, що страждають на параноїдну шизофренію та супутню соматичну патологію враховуючи синдромопластичний вплив коморбідних соматичних захворювань на клінічну картину параноїдної шизофренії; виділити принципи диференційованого підходу до призначення психотропних засобів у спектрі їх психо- та соматотропної активності.

Матеріал і методи дослідження

Для реалізації мети дослідження за період 2008-2010 років на базі Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні нами було обстежено 29 пацієнтів з параноїдною шизофренією та 122 пацієнти, що страждали на параноїдну шизофренію та коморбідні соматичні захворювання (31 пацієнт з супутніми захворю-

ваннями сечовидільної системи, 30 – з захворюваннями серцево-судинної систем, 30 – з захворюваннями травної системи та 30 пацієнтів з захворюваннями дихальної системи).

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, катamnестичний, експериментально-психологічний.

Результати дослідження та їх обговорення

В процесі дослідження оцінювались клініко-психопатологічні особливості параноїдної шизофренії при загостренні захворювання та в процесі проведеної психофармакотерапії на етапі формування ремісії шизофренії. Оцінка клінічних показів до призначення психофарма-

кологічних середників в кожному конкретному випадку ґрунтувалась на врахуванні психопатологічних симптомів і синдромів, що визначали психічний стан пацієнта, катamnестичних особливостей перебігу шизофренії, ступеню гостроти і важкості психопатологічних розладів, сту-

пеню наростання негативних змін, переносимості пацієнтом лікування, наявністю побічних ефектів терапії, врахуванні соматичних та інших

проти показів, соціальних аспектів (вартість лікування), тощо. У таблиці 1 показано особливості фармакотерапії обстежених пацієнтів.

Таблиця 1

Психофармакологічне лікування обстежених пацієнтів

Групи обстежених	Типові антипсихотики		Атипові антипсихотики		Комбінація типових і атипових антипсихотиків	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Контрольна група, n -29	3	9,68	12	38,71	16	51,61
Пацієнти з нефрологічною патологією, n -31	10	31,25	7	21,88	15	46,88
Пацієнти з серцево-судинною патологією, n -30	13	41,94	4	12,90	15	46,88
Пацієнти з гастроентерологічною патологією, n -30	4	13,33	6	20	20	66,67
Пацієнти з респіраторною патологією, n -30	8	26,67	4	13,33	18	60

Як показано в таблиці 1, найбільша частина пацієнтів з коморбідними захворюваннями серцево-судинної системи лікувалась виключно типовими психофармакологічними середниками (13 пацієнтів (41,94%). Найменша кількість пацієнтів, що лікувалися типовими нейролептичними засобами була у групі з коморбідною гастроентерологічною патологією (4 пацієнти (13,33%) та у контрольній групі (3 пацієнти (9,68%). Така закономірність у лікуванні пацієнтів з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи зумовлена особливостями клінічного оформлення загострення шизофренії, а саме частотою продуктивних психопатологічних синдромів (психомоторного збудження, емоційної неадекватності, тощо).

У контрольній групі спостерігалась найбільша кількість пацієнтів (12 хворих - 38,71%), які для лікування екзацербачії шизофренічного процесу отримували виключно атипові антипсихотики, найчастіше рисперидон (рісполепт, рілептід, ней-риспін), оланзапін (зіпрекса), клозапін (азалептін, азапін, азалептол), тощо. Комбіновану терапію типовими та атиповими антипсихотиками отримували 66,67% (20 хворих) у групі з коморбідними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, 60% (18 хворих) у групі з патологією дихальної системи, 51,61% (16 хворих) у групі порівняння та по 15 пацієнтів (46,88%) у групах з супутніми захворюваннями сечостатевої та серцево-судинної системи.

Таблиця 2

Динаміка психопатологічної симптоматики у обстежених пацієнтів по шкалі PANSS

Тип динаміки Групи обстежених	Негативна динаміка		0-10%		11-20%		Більше 20%	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Контрольна група, n -29	4	12,90		16,13	8	25,81	14	45,16
Пацієнти з нефрологічною патологією, n -31	3	9,38	10	31,25	8	25,00	11	34,38
Пацієнти з серцево-судинною патологією, n -30	0	** p1<0,1	5	15,63 p1>0,1	7	21,88 p1>0,1	20	62,50 p1<0,05
Пацієнти з гастроентерологічною патологією, n -30	0	** p1<0,1 p2>0,1	4	13,33 p1<0,1 p2>0,1	17	56,67** p1<0,05 p2<0,01	9	30,00 p1>0,1 p2<0,01
Пацієнти з респіраторною патологією, n -30	2	6,67 p1>0,1 p2>0,1 p3>0,1	2	6,67 p1<0,05 p2>0,1 p3>0,1	9	30,00 p1>0,1 p2>0,1 p3<0,05	17	56,67 p1<0,1 p2>0,1 p3<0,05

Примітки: Коефіцієнти достовірності в порівнянні з контрольною групою - *коефіцієнт достовірності <0,1; **коефіцієнт достовірності <0,05; *** коефіцієнт достовірності <0,01, **** коефіцієнт достовірності <0,001; p1 - порівняння з групою з патологією сечовидільної системи; p2- порівняння з групою з патологією серцево-судинної системи; p3 - порівняння з групою з патологією травної системи.

Динаміка психопатологічної симптоматики оцінювалась з використанням психометричної шкали PANSS. Порівняння загальної оцінки по шкалі PANSS при екзацербції шизофренії та в процесі проведеного лікування дозволив виділити 4 типи динаміки: негативну, 0-10%, 11-20% та більше 20%. У таблиці 2 зображено розподіл обстежених пацієнтів по типу динаміки психопатологічної симптоматики.

Отже, при аналізі динаміки психопатологічної симптоматики в процесі лікування, нами зроблено узагальнення про те, що у пацієнтів контрольної групи та групи з нефрологічною патологією спостерігалась найбільша ступінь терапевтичної резистентності психопатологічної симптоматики, що проявлялась і найнижчими загальними показниками редукції у групі та високим відсотком пацієнтів з негативною динамікою. У пацієнтів з кардіологічною та респіраторною патологією спостерігалась найвищий терапевтичний відгук на психотропне лікування, що проявлялося як найвищими загальними показниками редукції у групі, так і найбільшим відсотком пацієнтів із динамікою більше 20 %.

З врахуванням матеріалів власних досліджень і даних, отриманих з літературних джерел, присвячених даному питанню, можуть бути сформульовані наступні загальні рекомендації щодо проведення психофармакотерапії параноїдної шизофренії у пацієнтів з супутніми соматичними захворюваннями.

1. При використанні нейролептиків пріоритетним є монотерапія та призначення малих та середніх терапевтичних доз.

2. Для мінімізації побічних явищ та встановлення індивідуальної переносимості збільшення добової терапевтичної дози препаратів проводиться поступово.

3. При призначенні психотропних засобів враховується можливість їх взаємодій з соматотропними препаратами, а також виникнення явищ "поведінкової токсичності" (млявість, сонливість, гальмування когнітивних і рухових функцій), тому в процесі терапії робиться підбір адекватних доз антипсихотиків, а при необхідності - зміна препаратів (наприклад, заміна антипсихотичних засобів транквілізаторами) або призначення на фоні мінімальних доз антипсихотиків ад'ювантних засобів (антидепресантів, нормотиміків).

4. Пріоритет надається медикаментам, що не лише не порушують функцій внутрішніх органів, але і мають сприятливі соматотропні ефекти (транквілізатори - похідні бензодіазепі-

ну, що анксиолітичний, седативний, антиаритмічний, коронаролітичний, противиразовий ефекти; антидепресанти групи СИЗС з їх антиагрегантними властивостями; трициклічні антидепресанти і антидепресанти подвійної дії (мілнаципран, дулоксетин), які мають знеболюючий ефект; сульпірид з редуруючим впливом на патологічні процеси в шлунково-кишковому тракті).

Також, з врахуванням даних власних досліджень виділено особливості диференціального підходу до призначення психофармакотерапії у пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію та супутні соматичні захворювання різних систем організму.

У пацієнтів з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи у фазі екзацербції шизофренії спостерігалась тенденція до анозогностичної позиції щодо супутньої соматичної патології, що обумовлено вираженою продуктивною психопатологічною симптоматикою у вигляді агресивності, психомоторного збудження, маніакального синдрому, галюцинаторно-параноїдного синдрому, дезорієнтованості, яка спостерігалась достовірно частіше в порівнянні з групами пацієнтів з супутніми соматичними захворюваннями інших систем організму. Дана клінічна симптоматика найкраще редукувалась при призначенні малих та середніх доз типових високопотентних антипсихотиків (галоперидол, клопиксол-акуфаз, трифтазин). При призначенні атипичних антипсихотичних засобів перевага надавалась препаратам (амісульпірид, аріпіпразол) з мінімальною кількістю опосередкованих кардіометаболічних побічних ефектів (збільшення маси тіла, дисліпідемією, резистентністю до інсуліну). З обережністю слід призначати зипразидол та сергіндол через імовірність виникнення прямих кардіотоксичних ефектів у вигляді значимого подовження інтервалу QT та виникнення піруетної тахікардії. Крім того у пацієнтів даної групи відмічалась достовірно вища частота синдрому когнітивного дефіциту імовірно внаслідок генералізованих атеросклеротичних змін судин головного мозку, що потребувало призначення препаратів, що покращують мозковий кровообіг та метаболічні процеси нейронів.

У пацієнтів з супутньою респіраторною патологією у фазі загострення шизофренії достовірно частіше спостерігалась тривожно-депресивна, депресивно-іпохондрична симптоматика, яку супроводжувала емоційна розщепленість та неадекватність, спотворення вольової активності (ступорозні, кататоноподібні стани з аутичністю,

моторною та ідеаторною загальмованістю), а також дисоціативно-конвертивні симптоми. При призначенні психотропних середників даному контингенту пацієнтів враховувався факт активної участі у акті дихання мускулатури, через що екстапірамідні побічні ефекти антипсихотиків призводять до специфічних дихальних порушень. Диференціальний підхід до психотропного лікування у пацієнтів з супутніми захворюваннями дихальної системи передбачав диференційовані покази до призначення антипсихотиків залежно від характеру бронхолегеневої патології. Відповідно поєднаність шизофренії з бронхіальною астмою, обструктивними бронхолегеновими захворюваннями визначає строгі протипоказання до призначення антипсихотиків, що викликають седацию, виражені екстрапірамідні розлади і/або значиме збільшення маси тіла. Дискінезія дихальної мускулатури виключає призначення препаратів, що викликають екстрапірамідні розлади і седацию; дистонія - антипсихотиків, що викликають екстрапірамідні розлади. Окрім призначення антипсихотиків нового покоління з мінімальною кількістю вищевказаних небажаних явищ, внаслідок вираженості тривожно-депресивних, депресивно-іпохондричних синдромів, для пацієнтів даної групи доцільним було призначення антидепресантів та анксиолітиків. Для швидкого купування позитивної симптоматики доцільним є короткотривале призначення типових антипсихотиків (галоперидол, тіоридазин) в комбінації з антидепресантами групи СІЗЗС. Також слід враховувати, що серед причин смерті пацієнтів, що приймають клозапін, згідно літературних джерел, переважає тромбоемболія легеневої артерії і дихальна недостатність [3, 4].

Синдромоутворення при загостренні шизофренії у групі пацієнтів з коморбідними захворюваннями травної системи здійснювалось за рахунок широкого спектру складних афективних синдромів – тривожно-депресивного, депресивно-параноїдного, obsесивно-фобічного з дисфоричним афективним супроводом, спотвореннями вольової активності (парабулії, розлади по-тягів, гебефреноподібна симптоматика). Диференціальний психофармакологічний підхід щодо даної групи пацієнтів окрім антипсихотичного ефекту ставив перед собою на меті антидепресивний та протитривожний вплив, тому антипсихотики призначались у комбінації антидепресантів групи СІЗЗС і транквілізаторів. Соматотропні ефекти антипсихотиків щодо шлунково-кишкового тракту (гепатотоксичність, диспепсичні явища, порушення шлунково-кишкової

моторики та секреції) також визначали диференційований вибір антипсихотика. Враховувалось також, що прийом пацієнтами антацидних препаратів впливав на фармакодинаміку психотропних засобів через порушення всмоктування останніх у шлунково-кишковому тракті.

У пацієнтів, що страждали на параноїдну шизофренію та супутні захворювання сечовидільної системи, у клінічній картині параноїдної шизофренії достовірно частіше спостерігалися депресивний, тривожний з високим рівнем соматичної занепокоєності, депресивно-іпохондричний, сенесто-іпохондричним з явищами соматопсихічної деперсоналізації, депресивно-параноїдний з астено-аненергічним компонентом, ідеаторним загальмуванням, схильністю до самопошкоджень. Особливості призначення антипсихотичної терапії у даної групи пацієнтів, поряд з призначення антипсихотиків як основного лікування, також полягали в необхідності корекції спотвореної депресивно-іпохондричної установки щодо соматичних процесів та відчуттів шляхом призначення антидепресантів-трицикліків та СІЗЗС, нормотиміків (карбамазепін) з вегетостабілізуючою, знеболюючою метою. Також врахувалися соматотропні побічні ефекти антипсихотиків з впливом на сечовидільну систему у вигляді утруднення сечопуску, пов'язані з холінолітичною дією нейролептиків), а також сповільненого виділення метаболітів хімічних речовин внаслідок порушень видільної функції нирок.

Висновки:

1. Завдання оптимізації терапії параноїдної шизофренії при супутніх соматичних захворюваннях полягає не лише в досягненні безумовно позитивного ефекту від призначення психотропних засобів, але і в мінімізації їх побічних ефектів і ризику ускладнень терапії.

2. При призначенні психофармакотерапії у пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію та супутні соматичні захворювання, крім ефективності, переносимості та безпечності призначення антипсихотичних засобів, враховуються їх соматотропні ефекти, а також особливості можливої фармакокінетичної та фармакодинамічної взаємодії психо- та соматотропних засобів.

3. Психопатологічні синдроми, що включаються у клінічну картину шизофренії при супутніх соматичних захворюваннях різних систем організму, потребують комбінованого застосування антипсихотиків з психотропними засобами інших основних груп (анксиолітики, антидепресанти, нормотиміки).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, УСЛОЖНЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тернопольский государственный медицинский университет им. И. Я. Горбачевского

Учитывая синдромопластическое влияние коморбидных соматических заболеваний на клиническую картину параноидной шизофрении, в статье представлены данные относительно оптимизации психофармакологической помощи данной категории пациентов. Также выделены принципы дифференцированного подхода к назначению психотропных средств в спектре их психо- и соматотропной активности. Лечение данного контингента пациентов требует комбинированного применения антипсихотиков с психотропными средствами других основных групп (анксиолитики, антидепрессанты, нормотимики), а также учет возможной фармакокинетического и фармакодинамического взаимодействия психо- и соматотропных средств. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2011. — № 2 (27). — С. 33-39).

О. Ye. Smashna

DIFFERENTIAL PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF THE PARANOID SCHIZOPHRENIA COMPLICATED BY CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

Ternopil state medical university of named after I. Ya. Gorbachevskiy

The optimization of psychopharmacological management of the patients, which suffer from paranoid schizophrenia and concomitant somatic pathology given in relation to syndromoplastic influence of comorbid somatic illness on clinical presentation of paranoid schizophrenia were taking into account. In the article principles of differential approach to prescription of psychotropic medications were distinguished in a spectrum of them psycho- and somatotropic activity. Treatment of this contingent of patients requires the combined application of antipsychotics and other basic groups (anxiolytics, antidepressants, normotimics), and also account of possible pharmacokinetic and pharmacodynamic cooperations between psycho- and somatotropic medications. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 33-39).

Література

1. Андрусенко, М. П. Комбинация антидепрессантов и нейролептиков при лечении аффективных расстройств и шизофрении: показания к назначению, побочные эффекты и осложнения [Текст] / М. П. Андрусенко, М. А. Морозова // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 2000. Т. 100, № 11. С. 60-65.
2. Бурлаков, А. В. Аспекты эффективности и безопасности применения антипсихотиков у больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией (по материалам симпозиума "Фармакотерапия психозов и расстройств настроения с сопутствующей соматической патологией") [Текст] / А. В. Бурлаков // Психические расстройства в общей практике. 2006. Т. 01, № 2, С. 14-19.
3. Данилов, Д. С. Индивидуальный выбор современной психофармакотерапии шизофрении (основные принципы, обсуждение результатов клинических исследований и некоторые практические рекомендации) [Электронный ресурс] / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т. 6. Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/magazines/special/psychiatry/article/17859>
4. Данилов, Д. С. Эффективность лечебного процесса у больных шизофренией, принимающих атипичные нейролептики: значение клинических особенностей заболевания, безопасности и переносимости терапии, терапевтического сотрудничества и микросоциальных факторов. Часть 2 [Электронный ресурс] / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2010. Т. 2. Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/magazines/special/psychiatry/article/19677>
5. Дробижев, М. Ю. Взаимодействие средств, применяемых для лечения соматических заболеваний, и психотропных препаратов [Текст] / М. Ю. Дробижев // Современная психиатрия. — 1998. — № 2. — С. 15—18.
6. Козловский, В. Л. Комбинированная терапия антипсихотиками и антидепрессантами: рациональность, стратегия, тактика (сообщение 2) [Текст] / В. Л. Козловский, Н. Г. Незнанов // Обзор. психиатр. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. — 2008. — № 4. — С. 4—7.
7. Мосолов, С. Н. Современная антипсихотическая фармакотерапия шизофрений [Текст] / С. Н. Мосолов // Русский психиатрический журнал. — 2004. — Т. 12, № 10. — С. 646—652.
8. Незнанов, Н. Г. Факторы риска обменных нарушений у больных шизофренией [Текст] / Н. Г. Незнанов, Н. А. Соколяк, Д. А. Таянский, И. А. Мартыхин // Психические расстройства в общей медицине. — 2009. — № 3. — С. 13—17.
9. Петрова, М. М. Роль артериальной гипертонии в клинике и течении параноидной шизофрении [Текст] / М. М. Петрова, М. А. Березовская // Сибирское медицинское обозрение. — 2010. — № 5. — С. 7—10.
10. Попов, М. Ю. Рациональность адекватного применения антидепрессантов для оптимизации терапии шизофрении классическими нейролептиками [Электронный ресурс] / М. Ю. Попов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. — 2010. — № 4. Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/magazines/special/psychiatryoverview/article/20141>
11. Сыропятов, О. Г. Лечение шизофрении [Текст] / О. Г. Сыропятов // Вестн. Асс. Психиатров Украины. — 2003. — № 1/2. — С. 30—64.
12. Смуглевич, А. Б. Психокardiология [Текст] / А. Б. Смуглевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов. — М.: Медицинское информационное агентство, 2005. — 778 с.
13. Abdelmawla, N. Sudden cardiac death and antipsychotics. Part 1: Risk factors and mechanisms [Text] / N. Abdelmawla, A. Mitchell / Advan. Psychiatr. Treat. — 2006. — № 12(1). — P. 35—44.
14. Buckley, P. F. Schizophrenia Host Vulnerability and Risk of Metabolic Disturbances During Treatment with Antipsychotics [Text] / P. F. Buckley [et al.] // Focus. — 2008. — № 6(2). — P. 172—179.
15. Fenton, W. S. Medication-Induced Weight Gain and Dyslipidemia in Patients With Schizophrenia [Text] / W. S. Fenton, M. R. Chavez // Am J Psychiatry. — 2006. — № 163(10). — P. 1697—1704.
16. Goldstein, J. M. The new generation of antipsychotic drugs: how atypical are they? [Text] / J. M. Goldstein // Int J Neuropsychopharmacol. — 2000. — Vol. 3. — № 4. — P. 339—349.
17. Harrigan, E. P. A randomized evaluation of the effects of six antipsychotic agents on QTc, in the absence and presence of metabolic inhibition [Text] / E. P. Harrigan [et al.] // J Clin Psychopharmacol. — 2004. — Vol. 24. — № 1. — P. 62—69.
18. Jones, P. B. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second-vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUTLASS 1) [Text] / P. B. Jones [et al.] // Arch Gen Psychiatry. — 2006. — № 63. — P. 1079—1087.
19. Newcomer, J. W. The metabolic effects of antipsychotic medications [Text] / J. W. Newcomer, D. W. Haupt // Can J Psychiatry. — 2006. — № 51. — P. 480—491.
20. Silver, H. Selective serotonin re-uptake inhibitor augmentation in the treatment of negative symptoms of schizophrenia [Text] / H. Silver // Exp Op Pharmacother. — 2004. — № 5. — P. 2053—2058.
21. Siris, S. G. Depression in schizophrenia: perspective in the era of «atypical» antipsychotic agents [Text] / S. G. Siris // Am J Psychiatry. — 2000. — № 157. — P. 1379—89.12.
22. Suvisaari, J. M. Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey [Text] / J. M. Suvisaari [et al.] // J Clin Psychiatry. — 2007. — № 68. — P. 1045—1055.

Поступила в редакцию 16.04.2011