

# Шизофренія з позиції постпсихіатрії

3-5 жовтня в м. Харкові відбувся IV Національний конгрес неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодні й майбутнє». На секційному засіданні психіатрів «Діагностика та терапія ендогенних психічних розладів» з доповіддю на тему «Шизофренія з позиції постпсихіатрії» виступив відомий учений, завідувач відділу пограничних станів та соматоформних розладів Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, доктор медичних наук, професор Олег Созонтович Чабан.

Насамперед доповідач зауважив, що у його виступі буде розглянуто питання шизофренії з позиції постпсихіатрії. Сьогодні психіатрія заходить у черговий глухий кут біологічних знань, тому існує нагальна потреба розробити нову тактику вирішення цієї проблеми. Тема постпсихіатрії – не нова. Розгляд цього питання розпочався у виданні British Medical Journal у статтях Bracken & Philip Thomas «Постпсихіатрія: новий напрям психіатричної допомоги» (2001) та Duncan Double «Межі психіатрії» (2002). У журналі «Соціальна і клінічна психіатрія» опубліковано фундаментальне дослідження професора В.М. Краснова (2009), присвячене вивченню конфлікту психіатрії фактів та психіатрії цінностей, який становить основу поняття постпсихіатрії.

Психіатрія фактів характеризується науковою доказовістю, кількісною оцінкою та розробкою стандартів. На противагу їй психіатрія цінностей передбачає особистий вибір пацієнта, надання широкого спектра видів допомоги та залучення пацієнтів до цього процесу. Наукову основу психіатрії фактів становить значна кількість досліджень та їх метааналізів щодо вивчення дії кількох нейротрансмітерів. Імовірно, найближчим часом нові молекули не буде винайдено, тому психіатрія цінностей автоматично посіла своє місце. Як зазначив В.М. Краснов, «постпсихіатрія робить акцент на соціальному та культуральному контексті, ставлячи етику вище технології, та намагається мінімізувати медичний контроль, особливо той, який пов'язаний із примусом і насильством».

Психіатрія пройшла певний шлях еволюції: спочатку класична психіатрія, описова та узагальнююча, опіати, бромати, ізоляція. Сьогоднішня – це психіатрія доказова, патогенетична та модерністська, наповнена нейророхімією і нерозумінням, а також висока активність антипсихіатрії, яка призвела до конфлікту біологічної психіатрії з поняттями гуманної психіатрії, що, зрештою, зумовило

появу постпсихіатрії. Майбутнє, яке закладається сьогодні, – це психіатрія культурально-етична, постмодерністська, тобто соціально-психологічна корекція, прийняття, інтеграція психотичного досвіду індивіда та його «розчинення» в суспільстві. Головна ідея постпсихіатрії полягає в тому, щоб не просто усунути психотичну симптоматику, а не заважати інтегрувати психотичному досвіду, створювати нову ресоціалізацію з новим статусом хворого як «члена суспільства із психотичним досвідом». Це легко декларувати на папері, але сприйняття людини із психотичним досвідом у суспільстві відбувається далеко не завжди.

ЕССНР (European College of Neuropsychopharmacology) 2011 року, а потім і 2012 року підтверджує ідею про те, що в нейропсихіатрії відкриття нових молекул з новими терапевтичними мішенями рецепторного рівня не очікується. Доказовість психотерапії досить проблематична. Ефективність психотерапії можна довести в рамках науки, але вона також ефективна за межами вимірального інструментарію. Не має значення, чим лікар займається з пацієнтом психотерапевтично, має значення, що він узагалі займається з ним. Новим принципом вважається застосування психотерапії не шляхом впливу на окремі мішені, а у вигляді мікро- та макросоціального супроводу. Лікар повинен надавати допомогу пацієнту протягом усього його життя та акцентувати увагу на ресоціалізації.

На підставі даних, наведених у публікації «Постпсихіатрія: новий напрям психіатричної допомоги», доповідач наголосив на таких сучасних тенденціях у психіатрії:

- зменшення забезпеченості ліжками хворих на шизофренію;
- скорочення тривалості перебування пацієнта у стаціонарі;
- зростання потреби у соціально-психологічній корекції, соціальному, психологічному, медсестринському супроводі;
- збільшення частоти призначення психотропних засобів;

• стабільно велика кількість пацієнтів із шизофренією.

Підсумовуючи вищевикладене, доповідач констатував, що поширеність шизофренії не зменшується, продовжується патоморфоз психічних розладів, у тому числі унаслідок застосування психотропних засобів (медикаментозна причина патоморфозу), спостерігається підвищення частоти коморбідних розладів та збільшується кількість пацієнтів із шизофренією, які «розчиняються в суспільстві». Усе це відбувається на тлі розмитих меж поняття норми, зростання поширеності явищ делінквенції, адикції, виникнення нових синдромів.

Далі професор О.С. Чабан звернув увагу на тісний взаємозв'язок різних структур, які беруть участь в організації надання психіатричної допомоги, – медицини невідкладних станів, медицини підтримуючих заходів, психотерапії, психологічної підтримки, зацікавленості держави поза межами медицини, громадської волонтерської діяльності, недержавних фінансових програм роботи із психічно хворими. Така ситуація зумовлена фактором соціального капіталу, тобто все залежить від щільності та динаміки соціального капіталу: довіри один до одного, до малих та великих організацій і нарешті – соціальної довіри до інститутів управління. Соціальний капітал визначається та поширюється за рахунок бондінг-зв'язків (усередині системи) та бріджінг-зв'язків (між системами), які в нашому суспільстві слабо виражені.

Щодо підходів до надання психіатричної допомоги доповідач зауважив, що існує певна динаміка – від «незнання» Крепеліна, який вважав, що будь-який психічний розлад має завершення, до незавершеної, але відтермінованої концепції лікування. На сьогоднішній день це психофармакотерапія із початковою високою інтенсивністю з тенденцією до поступового її зменшення. Одночасно призначають психологічну і соціальну корекцію, і саме цю модель надання допомоги використовують у наш час. Фармакотерапія має бути максимально мінімізована, необхідне швидко усунення симптоматики і тривалий супровід хворого. Тому слід говорити про тривале лікування і депресії, і шизофренії, й інших розладів. Проте досить часто забувають про комплайенс, який має бути максимальним від самого початку, а не досягати поступово. Відповідну роботу з пацієнтом необхідно проводити одразу, довіра та конкорданс (партнерські стосунки) формуються уже на початковому етапі, і вже потім їх підтверджують, розвивають.

Цікаві дані отримано під час аналізу роботи страхових компаній США. L. Citrome et al. (2012) проаналізували 30 млн страхових полісів та оформлень компенсації, здійснених на замовлення 120 тис. пацієнтів протягом 2003-2009 рр., і дійшли такого висновку. Протягом одного року близько 50% осіб приймали не менше двох антипсихотиків (арипіразол, оланзапін, кветіапін, рисперидон, зипразидон), тому недоречно говорити про монотерапію. І це не бажання заробити на пацієнтові – частою є ситуація, коли лікар починає дуже швидко «перебирати» різні препарати, щоб досягнути бажаного ефекту. Така ситуація стосувалася 20% випадків біполярного афективного розладу, 25% – депресивних розладів, проте основну частину – 50% – становила шизофренія. За участі саме цих пацієнтів проводять найбільшу кількість випробувань, вони є ніби «полігоном» антипсихотичної терапії.

Шизофренія є тяжким та інвалідизуючим захворюванням, тому постійно зростають вимоги до психофармакотерапевтичних засобів, які застосовують для його лікування. Ідеальні лікарські засоби – це препарати, які ефективно та швидко усувають актуальну



О.С. Чабан

психічну симптоматику, мають високий терапевтичний індекс (безпечність у разі передозування), низьку поведінкову токсичність і дозволяють створити і розвинути партнерські відносини з пацієнтом, підвищуючи його прихильність до терапії. Такі психофармакологічні препарати не заважають проведенню ресоціалізації та психотерапії.

Нещодавно в Україні зареєстровано сучасний антипсихотичний препарат зипразидон. Співробітники науково-дослідного інституту під керівництвом професора О.С. Чабана першими почали використовувати цей лікарський засіб та отримали власний досвід роботи з ним (хоча і не на великій кількості пацієнтів – 16 хворих з верифікованим діагнозом шизофренії). Спочатку доповідач зробив посилання на дослідження зипразидону в гострій фазі та під час довготривалих випробувань (табл. 1, 2; цит. за даними журналу NeuroNews), а потім доповів про результати власних досліджень.

Згідно з даними досліджень О.С. Чабана і колег було виявлено досить швидко редукцію психопатологічної симптоматики, практично відсутність впливу на рівень пролактину (як наслідок – відсутність виразних метаболічних змін), мінімальні коливання маси тіла, позитивний вплив на коморбідну депресивну та когнітивну симптоматику, підвищення прихильності пацієнтів до лікування.

Підсумовуючи вищевикладені дані про зипразидон, доповідач констатував, що:

- препарат за ефективністю не поступається типовим нейролептикам та нейролептикам нового покоління;
- лікарський засіб викликає незначну кількість побічних ефектів;
- препарат має дозозалежний ефект, причому необхідно продовжувати поступове збільшення дози, навіть у разі отримання першої відповіді;
- ефект залежить від якості та об'єму харчування;
- можливе погіршення психічної симптоматики у разі недотримання процедури нарощення дози (призупинення після отримання першої відповіді);
- мінімальна зміна маси тіла;
- мінімальна непередбачувана взаємодія з іншими препаратами (на підставі досвіду одночасного призначення антидепресантів і транквілізаторів);
- у разі можливості порівняння з іншими нейролептиками нового покоління пацієнти часто обирали зипразидон (10 опитувань);
- препарат не заважав проведенню психотерапії, у тому числі групової;
- на тлі прийому зипразидону краще формуються конкорданс (партнерські стосунки) з пацієнтом;
- препарат можна призначати також у разі терапевтичної резистентності.

Таким чином, з появою на фармацевтичному ринку нових антипсихотичних засобів з'явилася можливість покращити результати лікування пацієнтів із шизофренією та створити оптимальні умови для довготривалого психотерапевтичного супроводу, найкращої ресоціалізації та підвищення якості життя цієї категорії хворих.

Підготував Ілля Сироп'ятов

Стаття надрукована при підтримці  
Представництва Файзер Єйч Сі Пі  
Корпорейшн в Україні  
UA-ZEL-12-009



Таблиця 1. Дослідження зипразидону в гострій фазі

Автори	Доза зипразидону, мг/добу	Препарат порівняння	n	Тривалість лікування, тиж	Ефективність
Keck et al.	40 і 120	Плацебо	139	4	Доза 120 мг перевершує ефект плацебо, порівняння за загальною оцінкою
Daniel et al.	80 і 120	Плацебо	302	6	Обидві дози перевершують ефективність плацебо, порівняння за загальною оцінкою, оцінками негативних і позитивних симптомів
Goff et al.	4, 10, 40 і 160	Галоперидол (15 мг)	90	4	Рівноцінна ефективність для дози 160 мг
Addington et al.	80-160	Рисперидон (3-5 мг)	296	8	Рівноцінна ефективність
Simpson et al.	40, 60 и 80	Оланзапін (5, 10 або 15 мг)	269	6	Рівноцінна ефективність
Zimbroff et al.	80-120-160	Арипіразол (10-15-30 мг)	253	4	Ефективні обидва види лікування
Grootens et al.	80-120-160	Оланзапін (10-15-20 мг)	73	8	Співставна редукція основних параметрів оцінки результату порівняно з початковим рівнем і загальною оцінкою PANSS
Kahn et al.	40-160	Галоперидол (1-4 мг)	489	48	Менший ризик припинення лікування з будь-якої причини

Таблиця 2. Довготривалі дослідження зипразидону

Автори	Доза зипразидону, мг/добу	Препарат порівняння	n	Тривалість лікування, тиж	Ефективність зипразидону
Hirsch et al.	80	Галоперидол (5 мг)	301	28	Рівноцінна ефективність
Harvey et al.	102	Галоперидол (11,5 мг)	186	196	Вища ефективність
Arato et al.	40-80-160	Плацебо	278	48	Менша ймовірність рецидиву, ніж у плацебо
Simpson et al.	80-120-160	Оланзапін (5-10-15 мг)	269	24	Співставна довготривала ефективність
Liebermann et al.	40-160	Оланзапін (7,5-30 мг) Кветіапін (200-800 мг) Рисперидон (1,5-6 мг)	1493	72	Час до припинення прийому більший у групі оланзапину
Addington et al.	40-160	Рисперидон (6-10 мг)	139	44	Однакова ефективність
Stahl et al.	80-120	Галоперидол (5-20 мг)	599	196	Кращий рівень ремісії, покращення оцінок негативних симптомів і якості життя