Персоніфікований підхід до терапії шизофренії

У сучасному світі все більшої актуальності набуває концепція персоніфікованої медицини, яка є невід'ємною складовою інтеграційного підходу до надання медичної допомоги. Про персоніфікований підхід до лікування шизофренії, роль психотерапії та психоосвіти, а також залучення родичів до реабілітації хворих розповіла учасникам конференції «Оптимізація психофармакологічних підходів до лікування психічних та поведінкових розладів» (4-5 червня 2020 року) завідувачка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, д. мед. н., професорка Ганна Михайлівна Кожина.

Г.М. Кожина

Доповідачка нагадала слухачам, що шизофренія є однією з найскладніших і актуальних проблем клінічної психіатрії, що зумовлено різноманіттям клінічних проявів, швидким патоморфозом цієї патології, клініко-психопатологічними та соціальними наслідками захворювання. До них належать переважання негативних та когнітивних порушень, хронічний рецидивуючий перебіг, високий суїцидальний ризик, агресивність, безробіття, зниження соціального функціонування та якості життя пацієнтів.

Сучасний етап розвитку психіатрії характеризується широким застосуванням психотропних засобів, які досить швидко купірують психопатологічну симптоматику, компенсують когнітивний дефіцит та мають мінімальні побічні ефекти. Надзвичайно важливим фактором також є можливість швидкого відновлення якості життя та соціального функціонування хворих на шизофренію.

Також увагу було акцентовано на сучасних стратегіях лікування шизофренії, спрямованих насамперед на поліпшення соціального функціонування та якості життя пацієнта, зменшення виразності симптомів хвороби, запобігання розвитку рецидивів, моніторинг/контроль побічних ефектів препаратів у процесі лікування.

На думку спікерки, «ідеальний» антипсихотичний лікарський засіб повинен:

- ефективно впливати на позитивну та негативну симптоматику;
- володіти доброю переносимістю;
- сприяти відновленню соціальних функцій;
- сприяти високій прихильності до терапії;
- знижувати частоту рецидивів.

Професорка Г.М. Кожина детально зупинилася на фармакологічних властивостях та власному клінічному досвіді застосування оланзапіну в терапії хворих на параноїдну шизофренію. Завдяки селективній та неповній блокаді рецепторів D_2 мезолімбічного шляху, оланзапін усуває продуктивну симптоматику. Відбувається блокада серотонінових рецепторів $5HT_2$ – зняття блокади дофаміну в мезокортикальному шляху мозку, що викликає зниження негативної симптоматики та сприяє протитривожній дії препарату. Відносно слабка блокада дофамінових рецепторів зумовлює відсутність побічних неврологічних ефектів при застосуванні оланзапіну. Також препарат сприяє збереженню когнітивних функцій при мінімальній стигматизації хворих, що є надзвичайно важливим для їхньої соціальної реабілітації.

Зарубіжні дослідження свідчать про значущу перевагу оланзапіну перед іншими атиповими антипсихотиками, адже із клінічної та медико-соціальної точки зору він демонструє високу ефективність у купіруванні негативної симптоматики. На думку P. Gaszner et al. (2012), оланзапін поряд із клозапіном може розглядатися як еталон антипсихотичної терапії у пацієнтів із резистентною шизофренією. За даними D.M. Gardner et al. (2015), при лікуванні оланзапіном визначається вищий рівень комплаєнсу, ніж іншими атиповими антипсихотиками. Так, частота відмови при застосуванні оланзапіну була достовірно нижчою, ніж рисперидону або кветіапіну.

На кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету (ХНМУ) було проведене дослідження за участю 159 пацієнтів обох статей зі встановленим діагнозом «шизофренія, параноїдна форма», а також 66 членів їхніх родин. Хворі були розділені на дві групи, однорідні за соціально-демографічними та клінічними показниками. Основну групу склали 53 жінки і 41 чоловік, які отримували комплексне лікування з використанням психофармакотерапії оланзапіном (**Олфрекс**, Nobel), психотерапії та психоосвіти. Доповідачка зазначила, що Олфрекс має доведену біоеквівалентність оригінальному оланзапіну.

До групи порівняння увійшли 37 жінок і 28 чоловіків, які отримували інший антипсихотик та психотерапевтичну допомогу.

Хворі основної групи та їхні родичі брали участь у спеціально розробленій психоосвітній програмі, яка включала комплексне використання: інформаційного тренінгу, тренінгу формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії, поліпшення комплаєнсу, проблемно-орієнтовані дискусії тощо.

Як показав аналіз ефективності розробленої програми на тлі використання Олфрексу в поєднанні з психоосвітньою програмою, відзначено якісну редукцію психопатологічної симптоматики, нормалізацію емоціонального стану, відновлення психосоціального функціонування хворих. У 79,2% пацієнтів основної та 68,6% контрольної груп спостерігалося покращення психічного стану. Сумарний бал за позитивними шкалами PANSS склав 6,7±1,5 балів у хворих основної групи та 7,1±1,3 – контрольної; за негативними шкалами – 7,6±1,1 та 7,9±1,6 балу відповідно; за шкалами загально-психопатологічних порушень – 17,7±2,9 та 18,1±6,8 балу відповідно.

Пацієнти переважно добре переносили оланзапін. Побічні ефекти спостерігалися у 14,3% хворих та, як правило, були дозозалежними. У середньому частота збільшення маси тіла >7% під час застосування оланзапіну становила 13-20%.

Лекторка підкреслила, що у пацієнтів основної групи, які отримували комбіноване лікування з використанням оланзапіну, психотерапії та психоосвіти, відзначено позитивну динаміку соціального функціонування, а саме:

- зниження рівня загальної поведінкової дисфункції (51,4% хворих основної та 45,2% – контрольної груп);
- зниження рівня дисфункції при виконанні соціальних ролей у суспільстві (66,5 і 62,1% відповідно);
- покращення функціонування пацієнтів у лікарні (64,7 та 58,2% відповідно);
- підвищення рівня модифікуючих чинників (71,1 і 65,6% відповідно).

Окрім того, спостерігався перехід дезадаптивних типів ставлення до хвороби в адаптивні: гармонійне (55,1% осіб основної та 39,3% – контрольної груп) й ергопатичне (19,6 і 9,4% відповідно) ставлення до захворювання. Встановлено також позитивну динаміку показника якості життя пацієнтів: її підвищення в середньому на 45,6% в основній та на 31,3% – контрольній групах.

На завершення професорка Г.М. Кожина підкреслила важливість застосування у лікуванні пацієнтів із шизофренією комплексу фармакотерапії, психотерапії, а також психоосвітніх програм із обов'язковим залученням членів родин хворих.

Підготувала ***Тетяна Ткаченко***