



¹ Специализированная психоневрологическая больница, Краснодарский край

² Специализированная психиатрическая больница № 7, Краснодар

Современный взгляд на применение антипсихотических препаратов в практике врача стационара

К.В. Мурманцев¹, Д.Т. Хасанова²

Адрес для переписки: Кирилл Владимирович Мурманцев, mkw2005@yandex.ru

Для цитирования: Мурманцев К.В., Хасанова Д.Т. Современный взгляд на применение антипсихотических препаратов в практике врача стационара // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 4. С. 36–38.
DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-4-36-38

В статье отражены современные взгляды на фармакотерапию антипсихотическими препаратами первого психотического эпизода. Отмечается, что преимущество имеют атипичные нейролептики, а препаратом первой линии является рисперидон как с немедленным, так и пролонгированным высвобождением.

Ключевые слова: шизофрения, атипичные нейролептики, рисперидон

Введение

В последнее десятилетие приоритеты в лечении шизофрении сместились. Если раньше акцент делался на купировании продуктивной психопатологической симптоматики, то сейчас на первый план вышли достижение симптоматической ремиссии, благоприятное воздействие на нейрокогнитивные показатели пациентов и их социальную адаптированность, снижение доз антипсихотиков на стадии поддерживающей фармакотерапии шизофрении [1]. Современные стандарты лечения ориентированы на восстановление нормального социального функционирования пациента, в частности улучшение его материального и социального положения, а также повышение субъективной оценки качества жизни. Достичь поставленной цели можно только в результате целого комплекса мер: адекватной терапии, обеспечения постоянного контроля со стороны медработников за состоянием пациента, налаженного контакта между врачом и пациентом.

В качестве одного из важнейших факторов, с помощью которых можно контролировать течение болезни и ее результаты, врачи всего мира называют комплаенс, или приверженность терапии (речь идет о добровольном следовании установленному режиму лечения и адекватном соблюдении рекомендаций врача) [2]. На этот показатель могут влиять множество факторов. При этом на ранних этапах ключевая роль отводится тем из них, которые имеют отношение к медикаментозному лечению, включая эффективность применяемых препаратов, а на поздних этапах – профилактике побочных реакций, простоте и удобству использования, соотношению эффективности, переносимости и стоимости терапии. При этом именно стоимость лечения представляется определяющим параметром, особенно если принять во внимание, что пациенты с шизофренией, как правило, социально не защищены, испытывают проблемы с адаптацией в обществе, реализацией в профессии и качеством жизни.

Принципы лечения шизофрении

Острое начало болезни не представляет сложностей в диагностике. Трудности возникают при длительном продромальном периоде, для которого характерны утрата интересов, ярко выраженные нарушения личной гигиены, существенная изоляция либо аутизм, появление странностей в поведении, обеднение речи, возникновение непривычных перцептивных ощущений и иные симптомы. Как нужно поступать в таких случаях: приступать к лечению сразу или ждать признаков классического психоза? Считается, что чем раньше начата терапия больного шизофренией, тем выше эффективность и вероятность наступления скорой ремиссии, а также ниже риск возникновения дефицитных состояний. В связи с этим на сегодняшний день в мире считается приоритетным раннее вмешательство в психоз, что, как подтверждает практика, позволяет достичь лучших результатов. Согласно данным современных исследований, раннее назначение антипсихотиков способствует достоверной редукции позитивной и негативной симптоматики у пациентов с продромом заболевания [2].

Атипичные антипсихотики

Антипсихотики первого поколения эффективно купируют психопроодуктивную симптоматику, при этом они доступны по цене. Однако



нельзя забывать об их существенном недостатке – высоком риске развития серьезных и субъективно тяжело переносимых побочных эффектов (например, экстрапирамидных симптомов, включая позднюю дискинезию). Это приводит к тому, что приверженность терапии снижается. Достаточно пропустить всего несколько приемов препарата, как существенно возрастает риск обострения. В этой связи, по мнению мировых экспертов, на современном этапе в качестве препаратов первой линии лечения шизофрении целесообразно использовать новые атипичные антипсихотики, в том числе рisperидон. Их назначение показано в подавляющем большинстве клинических ситуаций, включая детский возраст и время продромального периода [3].

Результаты проведенных исследований наглядно демонстрируют, что при применении рisperидона существенно улучшается повседневное функционирование пациентов: наблюдается редукция бредовых, галлюцинаторных и поведенческих расстройств. Чаще всего поведенческие и психотические расстройства удается купировать уже в первые две-три недели лечения, и в дальнейшем существенного ухудшения состояния не происходит. Уменьшается проявление делириозных расстройств, психомоторного возбуждения, спутанности сознания, склонности к агрессии (больные реже угрожают расправой и пытаются напасть на окружающих, снижается агрессия на вербальном уровне), расторможенности, сбоев суточного ритма (реже возникают проблемы с засыпанием, укорочением длительности ночного сна, частыми пробуждениями), нарушений активности (реже отмечаются случаи бесцельной деятельности, неадекватного поведения, к примеру чрезмерной общительности с незнакомцами либо, напротив, полного неприятия контактов, оголения, раскладывания предметов в местах, совершенно для этого неподходящих, и т.п.). Помимо того, в процессе терапии зафиксировано сни-

жение проявлений аффективных расстройств (плаксивости, тревожного и депрессивного настроения). Благодаря редукции психотических и поведенческих расстройств у больных происходит восстановление когнитивных функций. Это в свою очередь повышает социальное функционирование и качество жизни. Лечение рisperидоном также ведет к сокращению сроков госпитализации, уменьшению тяжести заболевания, удлинению периода ремиссии по сравнению с классическими нейролептиками. При лучшем профиле переносимости и безопасности темп редукции позитивной психопатологической симптоматики на фоне приема рisperидона сопоставим с таковым у типичных антипсихотиков, а темп редукции негативных и аффективных расстройств его достоверно превышает [3–5].

С учетом того что продолжительность госпитализации сокращается, финансовые затраты при стационарном лечении больных рisperидоном аналогичны стоимости традиционной терапии. Прогноз издержек на лечение больных с шизоаффективными расстройствами в среднесрочной перспективе подтверждает экономическую эффективность использования рisperидона. Однако сама идея применения атипичных антипсихотиков предполагает, что больной максимально восстанавливается социально, сохраняет свою роль в семье. Если пациент на протяжении длительного периода находится в стационаре, замедляются конвенционные нейролептики препаратами нового поколения нецелесообразно.

Таким образом, по мнению экспертов, при терапии первого психотического эпизода препаратом первой линии является рisperидон, второй линии – оланзапин. Пациентам с суицидальным поведением назначают клозапин и рisperидон, у них также могут использоваться оланзапин и zipрасидон. Если идет о лечении дисфории/депрессии и когнитивных нарушений, то четкие указания по препаратам первой линии отсутствуют, а пре-

паратами второй линии называются рisperидон и рisperидон с пролонгированным высвобождением. При агрессии в качестве дополнительной терапии целесообразно применять препараты вальпроевой кислоты и литий, депрессии и суицидальном поведении – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и др. [2].

Переносимость терапии

На фоне приема атипичных антипсихотиков наиболее часто наблюдаются такие побочные эффекты, как повышение тревоги/ажитация на стадии подбора дозы или формирования равновесной концентрации. Кроме того, нередко развиваются головокружение и сонливость, головная боль, проблемы при засыпании, тахикардия, запоры, сухость во рту, аллергические реакции [6]. Возникновение нежелательных явлений провоцирует у больных ощущение субъективного дискомфорта, что может стать причиной нарушения рекомендованного режима лечения. Подобные проявления могут привести к существенному снижению эффективности терапии. Следует отметить, что минимальная вероятность развития аллергии отмечается при использовании кветиапина, максимальная – zipрасидона. Для локализации побочных эффектов могут назначаться корректоры. К примеру, при таком клинически значимом побочном эффекте, как существенное увеличение массы тела, параллельно с антипсихотиком рекомендуется прием топирамата 50–100 мг/сут.

Преимущество пролонгированных форм
Концепция ступенчатой терапии подразумевает раннее начало лечения («интервенцию»), быстрое купирование психоза посредством применения атипичных антипсихотиков и продолжительную противорецидивную терапию. Если рассматривать вопрос о продолжительности лечения, то все имеющиеся на сегодня консенсусы рекомендуют проведение противорецидивной терапии при первом эпизоде в течение двух лет, при по-

психиатрия



следующих – на протяжении пяти лет, при частых обострениях – пожизненно [2]. Нельзя забывать и еще об одном аспекте, который, возможно, играет более значимую роль, чем подбор препарата, дозы и продолжительности терапии. Речь идет о соблюдении режима лечения. Только при высокой комплаентности можно говорить об успехе противорецидивной терапии. Самое эффективное решение в такой ситуации – назначать пролонгированные формы атипичных антипсихотиков, которые обладают рядом очевидных достоинств [7]. Они используются уже более 50 лет и зарекомендовали себя как средства, которые способствуют высокой приверженности терапии, а следовательно, снижению риска рецидивов и регоспитализаций. При длительном лечении пролонгированные формы атипичных антипсихотиков позиционируются как более безопасные (с меньшей угрозой возникновения экстра-

пирамидных расстройств и, вероятно, поздней дискинезии). Ряд атипичных антипсихотиков с пролонгированным высвобождением после рисперидона дополнили палиперидон пальмитат, оланзапин памоат, арипипразол и илоперидон (в РФ три последних препарата не лицензированы) [4, 8].

Заключение

Рисперидон считается препаратом первого выбора при лечении психотического эпизода. Накопленный к данному времени клинический опыт использования рисперидона позволяет утверждать, что данный препарат – это высокоэффективное, безопасное, надежное, экономически выгодное психотропное средство, клинический результат применения которого можно хорошо спрогнозировать. Принимая во внимание быстрый терапевтический эффект и обширный спектр показаний, рисперидон можно рас-

сматривать в качестве базового препарата в лечении как тяжелых, так и пограничных психических расстройств. Он имеет широкий спектр антипсихотической активности, эффективно влияет и на позитивные, и на негативные симптомы шизофрении, редко приводит к возникновению клинически значимых нежелательных явлений. Благодаря этому повышается приверженность пациентов проводимой терапии.

Можно утверждать, что рисперидон является золотым стандартом лечения шизофрении и иных расстройств психики. Согласно результатам исследований, эффективность рисперидона выше, чем плацебо. При этом препарат можно с успехом применять у пациентов не только зрелого, но и детско-подросткового и преклонного возраста. Однако, конечно, в каждом конкретном случае нейролептик должен выбирать лечащий врач. *

Литература

1. Вазагаева Т.И. Влияние рисперидона на нейрокогнитивный дефицит при шизофрении // Российский психиатрический журнал. 2015. № 2. С. 76–81.
2. Липелис Г. Современный взгляд на применение антипсихотических препаратов // www.health-ua.com/article/18643-sovremennyj-vzglyad-na-primenenie-antipsihoticheskikh-preparatov.
3. Чижова Т.Н., Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Патракова А.А. Оценка эффективности и безопасности применения атипичных нейролептиков у детей // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2017. Т. 3. № 1. С. 72–76.
4. Pietrini F, Albert U, Ballerini A. The modern perspective for long-acting injectables antipsychotics in the patient-centered care of schizophrenia // Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2019. Vol. 15. P. 1045–1060.
5. Rattehalli R.D., Zhao S., Li B. et al. Risperidone versus placebo for schizophrenia // Cochrane Database Syst. Rev. 2016. Vol. 12. CD006918.
6. Арушанян Э.Б., Попов А.В., Попова А.П. Антипсихотические средства (нейролептики). Методическое пособие. Ставрополь, 2016. С. 53–67.
7. Оленева Е.В., Рывкин П.В., Ладыженский М.Я. Инъекционный палиперидона пальмитат трехмесячного действия (Тревикта) – новое слово в длительной терапии больных шизофренией // Современная терапия психических расстройств. 2017. № 1. С. 35–43.
8. Sampson S., Hosalli P., Furtado V.A., Davis J.M. Risperidone (depot) for schizophrenia // Cochrane Database Syst. Rev. 2016. Vol. 4. CD004161.

Modern View on the Use of Antipsychotic Drugs in the Practice of a Hospital Doctor

K.V. Murmantsev¹, D.T. Khasanova²

¹ Specialized Psychoneurological Hospital, Krasnodar region

² Specialized Psychiatric Hospital № 7, Krasnodar

Contact person: Kirill V. Murmantsev, mkw2005@yandex.ru

This article reflects current views on pharmacotherapy with antipsychotic drugs in the treatment of the first psychotic episode. The preferred choice is atypical neuroleptics. The first-line drug is risperidone and its prolonged forms.

Key words: schizophrenia, atypical antipsychotics, risperidone