

Для корреспонденции

Данилов Дмитрий Сергеевич – доктор медицинских наук, заведующий отделением клиники психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы № 3, ведущий научный сотрудник НИО Психического здоровья НОК Центра психического здоровья ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Адрес: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 9
Телефон: (499) 255-30-81
E-mail: clinica2001@inbox.ru

Д.С. Данилов^{1, 2}, Н.А. Тювина^{2, 3}, В.Д. Морозова³

Терапевтическое сотрудничество (комплайенс) при шизофрении и психофармакотерапевтические методы повышения его качества

Therapeutic cooperation (compliance) in schizophrenia and psychopharmacotherapeutic methods to improve the quality

D.S. Danilov^{1, 2}, N.A. Tyuvina^{2, 3}, V.D. Morozova³

This article presents a discussion of problem of quality of therapeutic cooperation (compliance) in schizophrenia, based on literature data and results of our research. Prevalence of non-compliance, its causes and impact on the efficacy of treatment were shown. Value of modern psychopharmacotherapy's methods, aimed at improving the quality of therapeutic cooperation were estimated. Possibility of improvement of compliance quality by using of atypical antipsychotic drug – Risperidone is separately estimated.

Key words: schizophrenia, therapeutic cooperation, compliance, formation mechanisms, correction methods, antipsychotics, Risperidone

- ¹ Клиника психиатрии им. С.С. Корсакова ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
- ² НИО Психического здоровья НОК Центра психического здоровья ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
- ³ Кафедра психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
- ¹ S.S. Korsakov Clinic of Psychiatry, Moscow
- ² Mental Health Center, Moscow
- ³ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Department of Psychiatry and Addiction

На основании данных литературы и результатов собственных исследований обсуждается проблема качества терапевтического сотрудничества (комплайенса) при шизофрении. Приводятся данные о распространенности некомплайенса, его причинах и влиянии на эффективность лечения. Оценивается значение современных методов психофармакотерапии, направленных на повышение качества терапевтического сотрудничества. Рассматривается возможность улучшения качества комплаенса при применении атипичного нейролептика рисперидона.

Ключевые слова: шизофрения, терапевтическое сотрудничество, комплаиенс, механизмы формирования, методы коррекции, нейролептики, рисперидон

Возможности антипсихотической терапии позволяют добиться высоких результатов лечения шизофрении. Эффективность современных нейролептиков разрушает представление о неперенной хронификации заболевания (психопатологической симптоматики) и инвалидизации больных. При благоприятных формах шизофрении своевременная и адекватная терапия позволяет достичь полных лекарственных ремиссий и остановки прогрессирования болезни. При более злокачественных формах* лечение стойко улучшает состо-

* Имеется в виду непрерывная параноидная шизофрения со средней прогрессивностью течения.

яние больных (неполные лекарственные ремиссии) и даже способствует переходу течения болезни из непрерывного в условно приступообразное (полные лекарственные ремиссии) [6, 11]. Однако, несмотря на такой лекарственный патоморфоз, до сих пор нередко случаи типичного развития и исхода шизофрении (быстрое прогрессирование, частые обострения, формирование выраженного шизофренического дефекта).

Главной причиной классического (неблагоприятного) течения шизофрении в настоящее время считается низкое качество или отсутствие терапевтического сотрудничества больных и врача (нонкомплаенс)*, **, приводящее к резкому снижению эффективности лечения. Распространенность нонкомплаенса у больных шизофренией очень высока. По различным оценкам, режим терапии нарушают от 10 до 90% больных***, а в среднем – около 50% [3, 12, 16, 21, 27]. Хотя проблема нонкомплаенса актуальна в период стационарного лечения, наиболее остро она проявляется при оказании амбулаторной помощи. Это связано с тем, что патерналистская роль врача после выписки пациента из стационара значительно ослабевает, а партнерские взаимоотношения (собственно терапевтическое сотрудничество) между врачом, больным и его родственниками часто не формируются.

Высокая частота нонкомплаенса при шизофрении (по сравнению с соматическими и другими психическими заболеваниями) связана с негативным отношением больных к лечению из-за особенностей их психического состояния (отсутствие критики или сознания болезни, негативизм, нарушения ассоциативного процесса, бредовое толкование событий, эмоционально-волевые изменения и т.д.). Большое значение имеет плохая переносимость антипсихотической терапии, поскольку прием нейролептиков часто сопровождается развитием тягостных побочных эффектов. Нередко врачи сталкиваются с проблемой отсутствия поддержки в необходимости лечения со стороны родственников больных из-за культуральных особенностей, влияния средств массовой информации, наличия текущей психической патологии или ее диатеза (особенно субклинические нарушения мышления), иррациональных механизмов психологической защиты.

Проблема нонкомплаенса остра в течение всего периода течения шизофрении (манифес-

тация–активное течение–дефект). При этом она неразрывно связана с вопросом эффективности лечения. Правомерным является описание этих взаимоотношений в виде закона порочного круга. При манифестации и в первые годы активного течения шизофрении существует возможность значительного улучшения состояния больных вследствие податливости проявлений болезни к антипсихотическому действию нейролептиков. Однако после достижения внутриведомственного улучшения состояние многих больных вновь ухудшается вследствие нарушения режима терапии в амбулаторных условиях. Повторные обострения сопровождаются развитием хронической психопатологической симптоматики и формированием лекарственной резистентности. Хронический бред, нарушения стройности мышления, эмоционально-волевые изменения (а значит, отсутствие критики или хотя бы сознания болезни, негативизм, безынициативность) в еще большей степени способствуют нарушению терапевтического сотрудничества и снижению эффективности лечения, и болезнь продолжает прогрессировать. При формировании выраженного шизофренического дефекта и конечного состояния терапевтическое сотрудничество обычно полностью разрушается, а психопатологическая симптоматика практически не поддается лечебному воздействию. Кроме того, при стойком несоблюдении больными режима терапии и формировании хронических резистентных к лечению психопатологических расстройств прогноз ухудшается из-за восприятия врачами таких больных, как бесперспективных и снижения качества оказания медицинской помощи.

Хотя в последнее время проблеме качества терапевтического сотрудничества при шизофрении уделяется очень пристальное внимание, она требует дальнейшего изучения. Например, несмотря на очевидность большой роли влияния на терапевтическое сотрудничество особенностей психического состояния больных, переносимости лечения и семейного фактора, механизмы такой взаимосвязи до конца не установлены [6]. Сходным образом не определена роль демографических, социальных, культуральных и иных факторов [6]. Единогласно признается, что безусловными предикторами отсутствия терапевтического сотрудничества являются нонкомплаенс в анамнезе

* За рубежом правильность соблюдения больным рекомендаций врача обозначается термином «комплаенс» («compliance»). Также используются другие понятия: «приверженность терапии» («adherence to medication»), «согласие с медицинскими рекомендациями» («concordance»). В отечественной литературе в настоящее время обычно применяются перечисленные англицизмы. Стремление автора найти в русском языке их аналог привело к появлению термина «терапевтическое сотрудничество» [6].

** Среди других причин неблагоприятного течения шизофрении выделяются изначальная резистентность к лечению (обычно при формах заболевания с выраженной прогрессивностью), выраженная индивидуальная непереносимость терапии (невозможность назначения врачом эффективного лечения или необходимости его отмены) и низкое качество оказания психиатрической помощи (терапия, не адекватная состоянию больного).

*** Различия оценок возникают из-за сложности выявления нонкомплаенса, разных методик оценки качества терапевтического сотрудничества (проспективный и ретроспективный методы, длительность наблюдений, методы оценки терапевтического поведения больных), неоднородности выборки больных в разных исследованиях.

и сопутствующее злоупотребление психоактивными веществами [14, 24]. Однако такую корреляцию следует рассматривать как сугубо статистическую, не раскрывающую причины и механизмы формирования различных моделей терапевтического поведения. До сих пор не проведено ранжирование различных факторов, участвующих в формировании терапевтического сотрудничества, по степени их значимости. Показательным примером является противоречивость результатов исследований о связи качества терапевтического сотрудничества с особенностями проводимой терапии. Введение в практику нейролептиков 2-го и 3-го поколений* сопровождалось многочисленными сообщениями о более редком нарушении больными режима их приема. Неожиданными стали результаты масштабного исследования CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) [22], которые показали отсутствие прямой зависимости «традиционный нейролептик–низкое качество терапевтического сотрудничества»/«атипичный нейролептик–высокое качество терапевтического сотрудничества». Оказалось, что «время до прекращения приема нейролептика», т.е. длительность правильного соблюдения больными режима лекарственной терапии, возрастает в ряду: атипичные нейролептики кветиапин и zipрасидон–типичный нейролептик перфеназин и атипичный нейролептик рисперидон–атипичный нейролептик оланзапин.

Выделяется несколько причин противоречивости данных о связи качества терапевтического сотрудничества с различными факторами [6, 7]. Они обусловлены методическими трудностями, возникающими при изучении этой проблемы. К ним относятся: 1) отсутствие общепринятых стандартизированных критериев понятий «комплаенс» и «нонкомплаенс»; 2) сложность выявления нонкомплаенса и отсутствие «золотого стандарта» оценки терапевтического поведения; 3) клиническая, демографическая, социальная и иная неоднородность выборок больных в различных исследованиях; 4) преобладание исследований с ретроспективной оценкой связи нонкомплаенса с предполагаемыми факторами риска; 5) немногочисленность проспективных исследований (обычно исследования с коротким катамнезом) при динамичности терапевтического поведения и изменчивости факторов риска нонкомплаенса.

Нами было проведено собственное исследование зависимости качества терапевтического сотрудничества от различных клинико-психопатологических, терапевтических и микросоциальных факторов при поддерживающей терапии шизофрении [6].

При его планировании были учтены приведенные выше замечания, а именно:

- качество терапевтического сотрудничества оценивалось одновременно несколькими методами, что повышало надежность выявления его отсутствия;
- использовался проспективный метод исследования с длительным катамнезом, что исключало возможность ретроспективной ошибки и позволяло учесть динамичность факторов риска;
- сформированная выборка больных была обширной и разнородной, что позволило провести оценку значения многих факторов.

Результаты исследования показали, что наибольший риск нонкомплаенса наблюдается в течение первых 9 мес после выписки больных из стационара и в течение 3-го года амбулаторной терапии (раннее и позднее отсутствие терапевтического сотрудничества)**. Причем в эти периоды механизмы, лежащие в основе низкого качества терапевтического сотрудничества, значительно различаются.

На раннем этапе амбулаторного лечения (1–9-й месяцы) отсутствие терапевтического сотрудничества чаще наблюдалось у больных, у которых купирующая терапия не приводила к значительному улучшению состояния и достижению критики или сознания болезни (терапевтические ремиссии низкого качества, безремиссионное течение болезни – непрерывная параноидная шизофрения и вялотекущая психопатоподобная шизофрения). Напротив, качество терапевтического сотрудничества при благоприятном течении болезни было высоким из-за осознания пациентами болезненности отзвучавшего психоза (ремиссии высокого качества с полным отсутствием психопатологической симптоматики или с симптоматикой невротического уровня – шизофрения, протекающая приступообразно, вялотекущая невротоподобная шизофрения). На отдаленных этапах ремиссии (3-й год) терапевтическое сотрудничество разрушалось у больных с незначительной выраженностью психопатологической симптоматики (высокое качество ремиссий, особенно при шизофрении, протекающей приступообразно). В этих случаях давность перенесенного психоза, отсутствие субъективно тягостных переживаний, хорошая социальная адаптация формировали у больных представление о выздоровлении и возможности прекращения лечения. У пациентов с более выраженными психопатологическими расстройствами при наличии в структуре синдрома симптоматики невротического уровня (особенно при вялотекущей шизофрении и астенических ремиссиях) нонкомплаенс наблюдался реже из-за осозна-

* Некоторые авторы разделяют антипсихотические средства на 3 поколения: 1-е (традиционные нейролептики), 2-е (атипичные нейролептики с дофамин-серотониновым механизмом действия), 3-е (атипичные нейролептики – частичные агонисты дофаминовых рецепторов) [26].

** Для более подробного знакомства с результатами этого исследования, в том числе со статистическими данными, заинтересованный читатель может воспользоваться первоисточником [6].

ния пациентами болезненности своего состояния и стремления к его облегчению.

К терапевтическим факторам риска нон-комплаенса на раннем этапе ремиссии (1–9-й месяцы) относились индивидуальная непереносимость поддерживающей (но не предшествующей купирующей) терапии. В этом случае субъективная тягостность побочных эффектов часто приводила к нарушению режима терапии. Различий качества комплаенса при лечении атипичными и типичными нейролептиками выявлено не было*. Формированию терапевтического сотрудничества способствовало назначение пролонгированных форм нейролептиков из-за лучшего контроля над их приемом. На отдаленных этапах ремиссии (3-й год) значение терапевтических факторов ослабевало, поскольку часть больных с плохой переносимостью лечения отказывались от него в более ранний период, а у другой их части терапия корректировалась, т.е. ее переносимость улучшалась. Многие больные с поздним отсутствием терапевтического сотрудничества отказывались от лечения относительно осознанно (ремиссии высокого качества) из-за убежденности в выздоровлении и одновременно обрывали контакт с врачом, поэтому назначение пролонгированных нейролептиков было менее эффективным, чем на ранних сроках ремиссии.

Микросоциальные факторы (семейный фактор) влияли на формирование терапевтического сотрудничества в течение всего периода лечения. На его ранних этапах (1–9-й месяцы) отсутствие терапевтического сотрудничества чаще наблюдалось у одиноких больных и у пациентов, чьи родственники негативно относились к лечению и противодействовали ему или отстранялись от участия в лечебном процессе. На отдаленных этапах ремиссии (3-й год) низкое качество терапевтического сотрудничества чаще наблюдалось у больных, чьи родные устранились от участия в лечении. При их активной вовлеченности в лечение удавалось достичь более высокого качества комплаенса на всех этапах терапии. Однако с течением времени контроль родных над соблюдением лечения ослабевал (феномен эмоционального выгорания родных).

На всех этапах ремиссии значение клинических, терапевтических и микросоциальных факторов было взаимосвязано. Значение одних факторов могло нивелироваться или усиливаться за счет роли других. Например, у больных с преобладанием негативной симптоматики по типу «простого дефицита» слабость волевых и эмоциональных побуждений

сполна компенсировалась активным вовлечением в терапевтическую программу родных, что позволяло добиться правильного выполнения медицинских рекомендаций. Напротив, самое активное участие родных в лечебном процессе больных с выраженными продуктивными расстройствами и нарушениями мышления в гораздо меньшей степени определяло правильность соблюдения режима терапии. При высоком качестве ремиссий плохая переносимость нейролептиков часто нивелировалась критичным отношением больных к своему состоянию или сознанием его болезненности, пониманием необходимости продолжения лечения. При ремиссиях низкого качества даже незначительные побочные эффекты усиливали нежелание больных принимать нейролептики. Побочные эффекты, не доставляющие субъективного дискомфорта, но меняющие внешность (например, повышение массы тела), безразлично воспринимались пациентами с выраженными изменениями личности, но часто вызывали страдание и протест против лечения у относительно сохранных больных. Плохая переносимость терапии могла вызвать негативное отношение к ней родных больного и их противодействие продолжению медицинского вмешательства при первоначальной поддержке ими лечебного процесса.

Результаты проведенного исследования стали основой для разработки схемы зависимости качества терапевтического сотрудничества от различных факторов с учетом их взаимосвязи, которую можно использовать для индивидуального прогнозирования модели терапевтического поведения больного (см. рисунок). Определение индивидуальных предикторов отсутствия терапевтического сотрудничества имеет большое практическое значение еще и потому, что позволяет проводить его своевременную коррекцию. В настоящее время для оптимизации терапевтического сотрудничества предложены различные подходы, основанные на методах психофармакотерапии, психотерапии, социального воздействия и улучшения качества организации медицинской помощи (табл. 1). Эти методики широко используются в клинической практике, но эффективность большинства из них остается спорной [6, 8]. В настоящей статье подробно рассматриваются психофармакотерапевтические методы. Другие подходы были подробно освещены ранее [6, 7].

Одним из первых шагов к улучшению качества терапевтического сотрудничества при шизофрении стало создание парентеральных пролонгированных форм антипсихотических средств**. Первоначально

* Оценка качества терапевтического сотрудничества проводилась с помощью общего сравнения групп больных, принимавших типичные (галоперидол, трифлуоперазин, флуфеназин, зуклопентиксол) или атипичные (клозапин, рисперидон, оланзапин и кветиапин) нейролептики. Можно предположить, что при сравнении качества терапевтического сотрудничества при приеме отдельных нейролептиков результаты были бы более дифференцированными.

** В настоящее время в России используются пролонгированные формы галоперидола, флуфеназина, зуклопентиксола, флупентиксола, рисперидона. За рубежом для применения доступны пролонгированные формы перфеназина, пипотиазина, бромперидола, оксипротепина, флушпирилена и пенфлюридола.

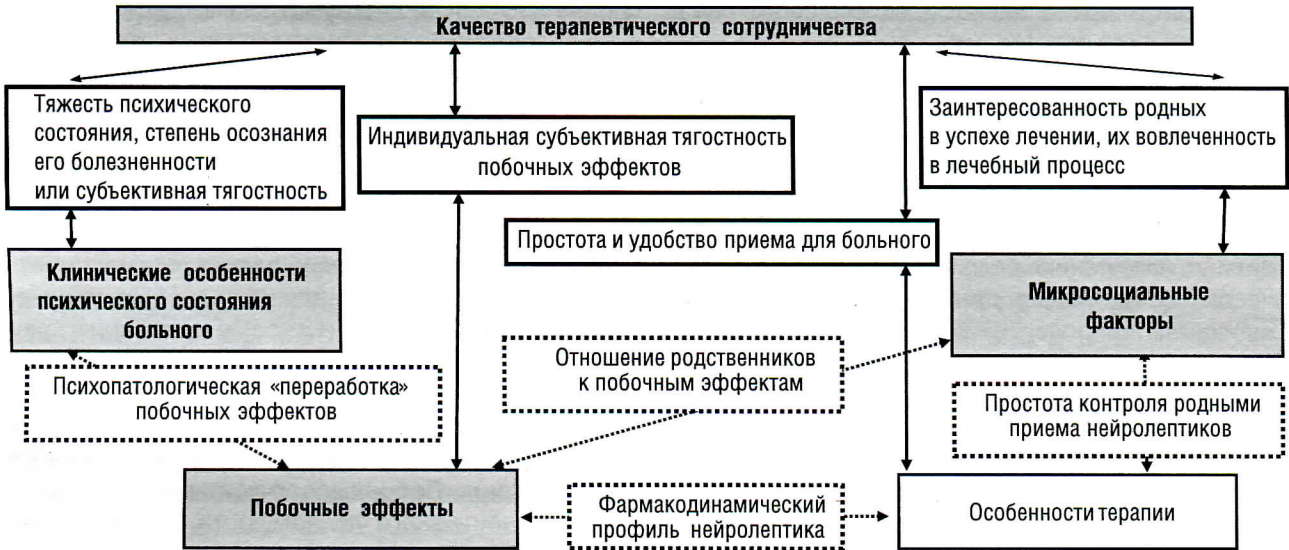


Схема зависимости качества сотрудничества больного и врача от клинических, терапевтических и микросоциальных факторов с учетом их взаимосвязи

Таблица 1. Классификация способов формирования и оптимизации терапевтического сотрудничества больных шизофренией и врачей

Задача	Способ ее решения
Формирование у больных установки к приему лекарств при ее отсутствии	Психофармакотерапевтические методы: • улучшение переносимости лечения. Психотерапевтические методы: • формирование доверия больного к врачу, в том числе методы рациональной психотерапии (убеждение, косвенное внушение); • комплаенс-терапия. Специальные программы: • психообразование больных.
Усиление контроля над соблюдением больными режима терапии при невозможности формирования установки к лечению	Психофармакотерапевтические методы: • применение парентеральных и пероральных пролонгированных форм нейролептиков; • применение пероральных растворов и быстрорастворимых таблеток. Специальные программы: • психообразование для родственников больных; • активное патронирование больного.
Поддержание устойчивости сформированной установки больных на лечение	Психофармакотерапевтические методы: • уменьшение кратности приема пероральных нейролептиков, в том числе применение различных форм пролонгированных нейролептиков; • улучшение переносимости лечения. Психотерапевтические методы: • формирование доверия больного к врачу, в том числе методы рациональной психотерапии (убеждение, косвенное внушение); • комплаенс-терапия. Специальные программы: • активное патронирование больного; • поведенческая терапия.

результаты многих исследований свидетельствовали о том, что их применение улучшает соблюдение режима терапии и сокращает количество обострений. Однако метаанализы, проведенные с учетом принципов доказательной медицины, не выявили этих различий [17]. Высказывается мнение, что частые отказы больных от лечения средствами пролонгированного действия связаны с их худшей переносимостью (периоды резкого усиления тяжести побочных эффектов из-за неравномерного высвобождения препарата из мышечного депо). Длительные динамические наблюдения свидетельствуют о большей эффективности пролон-

гированных нейролептиков лишь в первые месяцы амбулаторной терапии. Их назначение обычно не повышает желание больных принимать лечение, а лишь облегчает контроль над ним. Терапия пролонгированными нейролептиками наиболее эффективна при уже сформированном терапевтическом сотрудничестве из-за удобства ее приема [28]. В остальных случаях правильность соблюдения режима лечения зависит от активности патронирования больного медицинскими работниками и активности участия в лечебном процессе его родных.

Для достижения комплайенса предложено использовать специальные пероральные формы – растворы атипичных и типичных нейролептиков или быстрорастворимые таблетки*. Они удобны для использования при отказе больных от лечения вследствие упрощения контроля над приемом лекарств. Клинические исследования демонстрируют, что при их применении удается достичь более правильного выполнения режима терапии [9, 20, 23, 25]. Однако эти данные нуждаются в дальнейшем подтверждении.

Улучшению качества терапевтического сотрудничества способствует использование пероральных средств длительного действия (пимозид, пенфлюридол, палиперидон, пролонгированная форма кветиапина). Показано, что при небольшой кратности приема терапии больные лучше соблюдают ее режим [15, 18]. Однако с этим мнением соглашаются не все авторы. Есть сообщения, что у некоторых пациентов слишком простая схема лечения может приводить к разрушению терапевтического сотрудничества [2]. Упрощение лекарственного режима обычно полезно лишь у больных, настроенных на лечение, благодаря снижению частоты случайных пропусков приема препарата, например, из-за забывчивости. Понятно, что такая группа пациентов сравнительно немногочисленна и представлена случаями сохранной критики или сознания болезни. Простая схема лечения вряд ли может способствовать улучшению терапевтического сотрудничества у больных с выраженной психопатологической симптоматикой, хотя в этом случае она позволяет упростить контроль над соблюдением режима лечения. В ряде случаев назначение терапии с небольшой кратностью приема неприемлемо из-за ее недостаточной эффективности.

Для формирования терапевтического сотрудничества важно достичь хорошей переносимости лечения. Показано, что при отсутствии побочных эффектов настроенность больных на продолжение терапии выше, чем в случае ее плохой переносимости. Причем важную роль играет не столько объективная непереносимость терапии, сколько субъективное страдание пациента от побочных эффектов [1, 4, 5, 19]. Многие нежелательные явления тяжело воспринимаются больными, ухудшают качество жизни, приводят к стигматизации и, как следствие, к отказу от лечения. Предотвращение нонкомплаенса, связанного с плохой переносимостью нейролептиков, должно быть основано на предупреждении, раннем выявлении и своевременном ослаблении побочных эффектов с помощью назначения корректоров, выбора оптималь-

ной дозы антипсихотического средства, его отмены и назначения другого препарата.

Отдельного обсуждения заслуживает вопрос возможности улучшения качества терапевтического сотрудничества с помощью применения атипичных нейролептиков. Как отмечалось выше, многие исследования свидетельствуют о лучшем соблюдении больными режима их приема. Однако такая взаимосвязь признается не всеми психиатрами. Обычно более правильное соблюдение режима приема атипичных нейролептиков связывается с их лучшей (по сравнению с традиционными антипсихотическими средствами) переносимостью. Однако не следует забывать, что при приеме некоторых атипичных нейролептиков чаще развиваются выраженные метаболические, эндокринные и сердечно-сосудистые нарушения. Также необходимо учитывать, что качество терапевтического сотрудничества зависит от целого комплекса факторов, а не только от переносимости лечения (см. рисунок). В одном из исследований было показано, что эффективность некоторых атипичных нейролептиков недостаточно высока при активном течении шизофрении (острые психозы, непрерывное прогрессивное течение болезни) [6]. В этих случаях низкое качество ремиссии с отсутствием критики или сознания болезни приводит к быстрому отказу больных от лечения в амбулаторных условиях даже при его хорошей переносимости. Качество терапевтического сотрудничества при приеме атипичных нейролептиков зависит от социального положения больного и его семьи и может нарушаться в связи с невозможностью регулярного приобретения дорогостоящих препаратов. Все это свидетельствует об отсутствии прямой взаимосвязи между высоким качеством терапевтического сотрудничества и лечением атипичными нейролептиками.

Таким образом, данные об эффективности различных психофармакотерапевтических методов оптимизации терапевтического сотрудничества больных шизофренией и врача довольно противоречивы. Одной из причин подобного противоречия является то, что один и тот же метод коррекции комплайенса может быть эффективен у одних больных и бесполезен у других. Например, упрощение схемы пероральной терапии будет полезно в случае сложного жизненного стиля больного (работающие социально адаптированные пациенты) или при необходимости усиления контроля над ее приемом со стороны близкого окружения больного (медицинского персонала). Эта же методика принесет меньшую пользу, если больной отказывается от приема терапии из-за ее плохой переносимости или отсутствия критики к своему состоянию.

* В России для применения доступны пероральные растворы галоперидола, перициазина, рисперидона и специальные таблетированные формы рисперидона и оланзапина. За рубежом для перорального приема используются растворы хлорпромазина, левомепромазина, флуфеназина, перфеназина, трифлуоперазина, тиоридазина, зуклопентиксола, флупентиксола, клозапина, амисульприда, сульпирида.

Таблица 2. Схема дифференцированного подхода к применению методов оптимизации терапевтического сотрудничества

Фактор риска	Метод коррекции
Отсутствие терапевтического сотрудничества на раннем этапе ремиссии (1-й год)	
Ремиссии низкого качества при текущем эндогенном процессе	Применение депо-нейролептиков. Активное патронирование больного. Комплайенс-терапия.
Шизофренический дефект	Привлечение к процессу лечения родственников. Применение депо-нейролептиков.
Плохая переносимость лечения	Индивидуальная коррекция терапии для улучшения ее переносимости.
Одиноким больные	Применение депо-нейролептиков. Активное патронирование больного.
Негативное отношение родных к лечению, их отстраненность от процесса терапии	Психообразовательные программы для родственников. Семейная психотерапия.
Отсутствие терапевтического сотрудничества на отдаленном этапе ремиссии (3-й год)	
Ремиссии высокого качества (убежденность в выздоровлении)	Психообразовательные программы для больных. Рациональная психотерапия (убеждение, косвенное внушение). Комплайенс-терапия.
Отстраненность родных от процесса лечения	Психообразовательные программы для родственников.

На практике методы оптимизации терапевтического сотрудничества должны применяться дифференцированно с учетом индивидуальных предикторов его низкого качества [6] (табл. 2). Представленные рекомендации облегчают задачу выбора того или иного метода оптимизации терапевтического сотрудничества.

В заключение необходимо остановиться на обсуждении вопроса возможности повышения качества терапевтического сотрудничества при лечении рисперидоном – одним из представителей атипичных нейролептиков, который в настоящее время широко представлен на отечественном фармацевтическом рынке и популярен среди врачей*.

Рisperидон относится к нейролептикам с умеренной мощностью антипсихотического эффекта. Его специфическое антипсихотическое действие преимущественно направлено на бредовую симптоматику в рамках острых психозов (без выраженного возбуждения и негативизма), паранойяльного синдрома (особенно при небольшой длительности болезни и у ранее не леченных больных) и на различные психопатологические расстройства невротического регистра (при отсутствии в их структуре пониженного аффекта) [6]. Профиль переносимости рисперидона отличает редкость возникновения неврологических расстройств, седативного и общезатормаживающего действия, соматотропной

антихолинергической активности (запоры, задержка мочеиспускания, сухость во рту, аритмии и др.) [10, 13]. Известно, что эти побочные эффекты тяжело переносятся больными, воспринимаются ими как тягостные и приводят к отказу от лечения, поэтому редкость их возникновения при приеме рисперидона трудно переоценить.

Описанные особенности клинической активности рисперидона позволяют рекомендовать его применение у широкого круга больных шизофренией для улучшения качества терапевтического сотрудничества, а значит, для повышения эффективности лечения. Он является препаратом выбора при купирующей и поддерживающей терапии шизофренической, активной терапии среднетяжелой и вялотекущей шизофренической, активной терапии среднетяжелой и вялотекущей шизофренической. Применение рисперидона в этих случаях приводит к значительному ослаблению психопатологических расстройств, формированию критики или достижению сознания болезни, что позволяет добиться значительного улучшения качества терапевтического сотрудничества больных и врача. Относительно благоприятный профиль переносимости препарата определяет предпочтительность его назначения у больных с непереносимостью типичных и некоторых атипичных (оланзапин, клозапин) нейролептиков.

Сведения об авторах

Данилов Дмитрий Сергеевич – доктор медицинских наук, заведующий отделением Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы № 3, ведущий научный сотрудник НИО Психического здоровья НОК Центра психического здоровья ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
E-mail: clinica2001@inbox.ru

* В настоящее время для применения доступен оригинальный препарат рисперидона и многие генерики, среди которых все более прочную позицию занимает препарат Рисперидон, производимый отечественной компанией «Органика», хорошо зарекомендовавшей себя целым рядом антипсихотических средств: клозапин (азалептин), сульпирид, тиоприд.

Тювина Нина Аркадьевна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник НИО Психического здоровья НОК Центра психического здоровья, профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

E-mail: natuvina@yandex.ru

Морозова Вера Дмитриевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

E-mail: clinica2001@inbox.ru

Литература

1. Аведисова А.С., Ахалкин Р.В. Проблемы клинической оценки переносимости терапии психотропными препаратами // Психиатрия и психофармакотер. – 2005. – Т. 7, № 1. – С. 9–12.
2. Аведисова А.С., Бородин В.И. От некомплаенса к отказу от психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, № 6. – С. 316–318.
3. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
4. Бугрова В.И. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией: клинко-социальные и экономические аспекты: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 149 с.
5. Бурковский Г.В., Левченко Е.В., Беркман А.М. Об исследованиях здоровья и качества жизни // Обзор. психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 2004. – № 1. – С. 27–28.
6. Данилов Д.С. Терапия шизофрении (атипичные нейролептики и индивидуальная организация лечебного процесса). – М.: Миклош, 2010. – 320 с.
7. Данилов Д.С., Тюльпин Ю.Г. Лечение шизофрении. – М.: МИА, 2010. – 276 с.
8. Доказательная медицина (ежегодный справочник) (часть 2). – М.: Медиа Сфера, 2003. – С. 241–272.
9. Иванов С.В. Улучшение комплаентности больных шизофренией к терапии антипсихотиками // Психиатрия и психофармакотер. – 2008. – Т. 10, № 3. – С. 27–29.
10. Каледа В.Г. Место rispoleпта в современной психофармакотерапии. – М.: НЦПЗ РАМН, 2003. – 37 с.
11. Пантелеева Г.П. Терапия основных форм шизофрении // В кн.: Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. – Т. 1. – М.: Медицина, 1999. – С. 528–537.
12. Проценко И.В. Комплексное исследование больных параноидной формой шизофрении (клинико-социальные, патохимические и терапевтические аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 20 с.
13. Читая Н.Н., Данилов Д.С., Тювина Н.А. Гендерные особенности нейролептического синдрома при лечении типичными и атипичными антипсихотиками (сравнительное исследование) // Рос. психиатр. журн. – 2009. – № 2. – С. 77–84.
14. Ascher-Svanum H., Zhu B., Faries D. et al. A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67, N 7. – P. 1114–1123.
15. Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance // Clin. Therapeutics. – 2001. – Vol. 23, N 8. – P. 1296–1310.
16. Cramer J.A., Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders // Psychiat. Services. – 1998. – Vol. 49, N 2. – P. 196–201.
17. David A.S., Adams C. Depot antipsychotic medication in the treatment of patients with schizophrenia: (1) meta-review; (2) patient and nurse attitudes // Health Technol. Assessm. – 2001. – Vol. 34, N 5. – P. 1–61.
18. Diaz E., Neuse E., Sullivan M.C. et al. Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge // J. Clin. Psychiatry. – 2004. – Vol. 65, N 3. – P. 354–360.
19. Fenton W.S., Blyler C.R., Heinssen R.K. Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings // Schizophr. Bull. – 1997. – Vol. 23, N 4. – P. 637–651.
20. Kinon B.J., Hill A.L., Liu H. et al. Olanzapine orally disintegrating tablets in the treatment of acutely ill non-compliant patients with schizophrenia // Inter. J. Neuropsychopharmacol. – 2003. – Vol. 6, N 2. – P. 97–102.
21. Lacro J.P., Dunn L.B., Dolder C.R. et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature // J. Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 63, N 10. – P. 892–909.
22. Lieberman J., Stroup T., McEvoy J. et al. Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators // N. Eng. J. Med. – 2005. – Vol. 353, N 12. – P. 1209–1223.
23. Markowitz J.S., DeVane C.L., Malcolm R.J. et al. Pharmacokinetics of olanzapine after single-dose oral administration of standard tablet versus normal and sublingual administration of an orally disintegrating tablet in normal volunteers // J. Clin. Pharmacol. – 2006. – Vol. 46, N 2. – P. 164–171.
24. Medication management approaches in psychiatry. Workbook. – Draft, 2003. – 103 p.
25. Normann C., Schmauss M., Bakri N. et al. Initial treatment of severe acute psychosis with fast orally disintegrating risperidone tablets // Pharmacopsychiatry. – 2006. – Vol. 39, N 6. – P. 209–212.
26. Roth B.L., Sheffler D.J., Potkin S.G. Atypical antipsychotic drug actions: unitary or multiple mechanisms for 'atypicality'? // Clin. Neurosci. Res. – 2003. – N 3. – P. 108–117.
27. Sair A., Bhui K., Hag S. et al. Improving treatment adherence among patients with chronic psychoses // Psychiatr. Bull. – 1998. – Vol. 22. – P. 77–81.
28. Walburn J., Gray R., Gournay K. et al. Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 179. – N 10. – P. 300–307.