

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Шизофрения является заболеванием, для которого характерно разнообразие клинических проявлений, которые, в свою очередь, могут явиться причиной трудностей, возникающих в выборе определенного антипсихотика, наиболее подходящего для терапии каждого конкретного случая [1].

При этом длительное течение болезни, склонность к рецидивированию и хронификации, относительная эффективность фармакотерапии усугубляют ситуацию. В результате, лица, страдающие шизофренией, обнаруживают ту или иную степень социальной недостаточности, ограничение работоспособности или стойкую ее утрату – 40% больных являются инвалидами [5]. Социальную значимость проблемы подчеркивает также преобладание косвенных (социальных) затрат, связанных с «недопроизведенным» внутренним валовым продуктом, над прямыми (медицинскими) затратами: соотношение косвенные/прямые затраты в большинстве стоимостных анализов бремени шизофрении составляет 3–4:1 [6].

Сама же шизофрения занимает 26-е место в перечне этих заболеваний. А к 2020 году шизофрения займет 20-ю позицию и прогнозируемое увеличение составит 17 млн. лет, прожитых в нетрудоспособном состоянии, то есть 1,25% общего ущерба [8].

В настоящее время не существует препарата, который мог бы соответствовать потребностям всех пациентов. Каждый новый антипсихотик может предоставлять дополнительные возможности терапии, в условиях, когда врачи ставят целью терапии пациентов с шизофренией не только купирование симптоматики, но и восстановление должного уровня социального функционирования [11].

По данным литературы, частота случаев несоблюдения больными схемы приема антипсихотических препаратов колеблется в пределах 11–80%. Весьма значимым фактором является наличие у пациентов доверительных отношений, а также взаимопонимания и должного контакта с лечащим врачом, заинтересованного участия в процессе терапии, позво-

ляющих минимизировать нарушения ими предписанных медицинских рекомендаций. Эти обстоятельства делают необходимым создание так называемого терапевтического альянса, поддержание которого является важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешной терапии [3]. R. Kemp и соавт. [9] разработали метод комплаенс-терапии для лечения больных с острыми смешанными психотическими состояниями, направленный на улучшение выполнения пациентами врачебных рекомендаций, касающихся психофармакотерапии. Преимущества комплаенс-терапии состоят в том, что для ее осуществления требуется 6–12 психотерапевтических сессий, это практичное и легко реализуемое вмешательство в реальных клинических условиях. Акцент на сотрудничестве в рамках терапевтического взаимодействия хорошо согласуется с растущей заинтересованностью медицинских работников в соблюдении прав пациентов и, одновременно, с пониманием необходимости повышения полномочий пользователей психиатрической помощи [9]. По данным ряда проведенных исследований метод комплаенс-терапии показал достаточно высокую эффективность у больных шизофренией при непосредственной оценке. При этом сохраняются актуальность дальнейшего исследования влияния данного вмешательства на различные факторы комплаентности для более полного и всестороннего изучения отдаленных результатов лечения и лучшего понимания механизмов воздействия [3].

Основным классом психотропных средств, используемых для лечения шизофрении, по-прежнему остаются нейролептики. При этом действие родоначальников класса – типичных нейролептиков – оказалось направленным, в основном, на ослабление проявлений продуктивной симптоматики. Что касается негативных симптомов, типичные нейролептики оказывают ограниченное влияние: обедняется мышление, возникает социальная отгороженность, утрачивается эмоциональная выразительность. Побочные эффекты нейролептиков многочис-

ленны: сонливость, прибавка в весе, ортостатическая гипотензия, запор, сухость во рту. Кроме того, традиционные нейролептики часто вызывают экстрапиримидные расстройства. Современный этап лечения эндогенных расстройств характеризуется появлением значительного количества новых психотропных средств, представляющих определенные преимущества при терапии психических расстройств. Появление класса атипичных нейролептиков, лишенных, прежде всего, таких побочных эффектов, явилось важным этапом в лечении шизофрении. В сравнении с типичными, атипичные нейролептики вызывают меньше побочных эффектов со стороны двигательной сферы, что может способствовать лучшему соблюдению терапевтического режима, и, следовательно, повышению комплаенса и их клинической эффективности [13]. Исследование EUFEST (European First Episode Schizophrenia Trial) подтвердило преимущества атипичных антипсихотиков (в первую очередь, кветиапина и амисульприда) в лечении больных шизофренией. При этом коэффициенты отмены и переносимости у этих препаратов оказались достоверно лучше даже при сравнении с низкими дозами галоперидола [10].

Большие перспективы в улучшении качества жизни больных связывают с возможностью атипичных нейролептиков уменьшать проявления негативной симптоматики, в том числе эмоционального дефицита, что способствовало бы в определенной степени нормализации когнитивных функций. Несмотря на это, внедрение атипичных нейролептиков сталкивается с определенными трудностями, т.к. стоимость затрат на их приобретение намного превосходит стоимость терапии типичными нейролептиками [11]. Исследователями обнаружены различия в субъективных оценках качества жизни больными шизофренией, получающими традиционные нейролептики или атипичные антипсихотики. В целом, на этапе формирования лекарственных ремиссий исследователями отмечены наиболее стабильно высокие субъективные показатели качества жизни в сфере социально-правового статуса (ядерный модуль). Наиболее стабильно низкие показатели (плохое качество жизни) обнаружены у больных шизофренией в духовной сфере (специфический модуль), психологической сфере. При этом, важное значение имеет вид психофармакотерапии. Так, авторы подчеркивают достоверно более высокие субъективные показатели качества жизни в субсферах «Связанное с психическим здоровьем качество жизни» и «Особенности сексуального общения» у больных, получающих атипичные нейролептики по сравнению с больными, получающими традиционные препараты [12]. Многочисленные работы, посвященные изучению качества жизни больных шизофренией, демонстрируют зависимость субъективных показателей качества жизни от многих факторов, которые могут быть объединены в три основные группы: психосоциальных, терапев-

тических и процессуальных факторов. Влияние этих факторов на индивидуальные изменения показателей качества жизни больных шизофренией может объяснять от 12 до 36% различий [11].

По накопленным к настоящему времени данным новый атипичный антипсихотик сертиндол может рассматриваться в качестве значимой альтернативы в терапии пациентов, страдающих шизофренией [4].

Целью исследования явилось проведение сравнительного анализа показателей психореабилитации пациентов с шизофренией в зависимости от получаемой терапии.

Исследование проводилось с 2015 года на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского» Минздрава России и на базе Областной клинической психиатрической больницы им. Св.Софии Саратовской области.

В исследование было включено 105 пациентов, страдающих параноидной шизофренией от 18 до 55 лет (средний возраст $35,8 \pm 1,4$ года, 62 жен., 43 муж.). Пациенты методом рандомизации случайных чисел разделялись на три группы: I группу составили 35 пациентов, которым был назначен сертиндол, во II группу вошли 35 пациентов, получавших зуклопентиксол и в III – 35 пациентов, получавших клозапин. Видом реабилитационных мероприятий являлась индивидуальная комплаенс-терапия. Все больные дали информированное согласие на участие в исследовании. Полностью завершили лечение 95% пациентов (1 пациент не завершил исследование в связи с переездом в другой город).

Исследование включало анализ амбулаторных и стационарных карт пациентов; применение клинической шкалы PANSS для оценки продуктивной и негативной симптоматики [16]; психодиагностические шкалы для оценки когнитивных функций – модифицированная методика Hinting Task [14], тест на распознавание эмоций «Лица Экмана» [15]; компьютеризированный тест Векслера [18]; опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных [7]; шкала приверженности лечению Мориски-Грина [17].

Обследование пациентов проводилось в пять этапов: при поступлении, перед выпиской из стационара (через 2 мес. после начала лечения) и амбулаторно, через 3 и 6 месяцев после выписки и через год.

Вариационно-статистическую обработку результатов исследования проводили с применением пакета прикладных программ «Statistica» с применением описательной статистики, корреляционного и дисперсионного анализов. Применяли параметрический при нормальном распределении признаков и непараметрический, независимо от типа распределения, методы. Различия считали статистически значимыми при 95, 99 и 99,9%-м порогах вероятности.

С целью выявления статистически значимых различий на представленных по результатам исследования графиках отражен сравнительный анализ показателей на 1 и 5 визитах. Длительность терапевтического курса составляла 1 год.

Так по шкале для оценки динамики психопатологической симптоматики PANSS статистически значимые изменения ($p < 0,05$) отмечались в субшкалах P (тяжести продуктивной симптоматики) и G (общепсихопатологической симптоматики).

К завершающему этапу лечения снижение средней оценки тяжести продуктивной симптоматики по субшкале позитивных симптомов P в группе пациентов, получающих лечение сертиндолом, составило с $19,08 \pm 5,14$ до $12,53 \pm 3,48$. При этом в группе зуклопентиксола и клозапина – снижение аналогичного показателя составило с $23,4 \pm 3,11$ до $15,25 \pm 4,77$ и с $19,8 \pm 3,97$ до $14,92 \pm 3,43$ соответственно. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Изменение средней оценки тяжести продуктивной симптоматики по субшкале позитивных симптомов P в трех группах пациентов к моменту завершения терапии по сравнению с исходным уровнем отражено на рис. 1.

Субшкала G представляет собой общую психопатологическую шкалу для оценки выраженности других психических нарушений по следующим 16 признакам: соматизация, тревожность, чувство вины, внутреннее напряжение, манерность движений и поз, депрессия, двигательная заторможенность, негативизм, необычное содержание мышления, дезориентировка, снижение внимания, нарушение суждений и критики, волевые нарушения, снижение контроля побуждений, аутизация, активная социальная изоляция [16].

К концу лечения снижение средней оценки тяжести симптоматики по общей психопатологической субшкале G в группе пациентов, получающих лечение сертиндолом, составило с $56,15 \pm 5,31$ до $36,9 \pm 10,18$. При этом в группе зуклопентиксола и клозапина – снижение аналогичного показателя составило с $46,78 \pm 12,68$ до $35,11 \pm 8,49$ и с $44,75 \pm 6,46$ до $41,33 \pm 8,09$ соответственно ($p < 0,05$).

Изменение средней оценки тяжести психических нарушений по субшкале G в исследуемых группах пациентов к моменту завершения терапии по сравнению с исходным уровнем отражено на рис. 2.

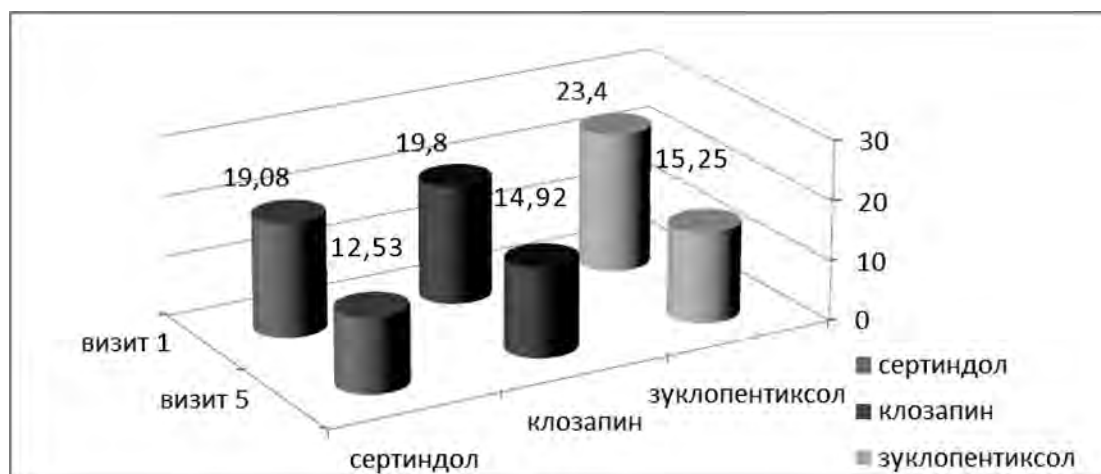


Рис. 1. Динамика показателей по субшкале P (PANSS) в зависимости от получаемого препарата ($p < 0,05$)

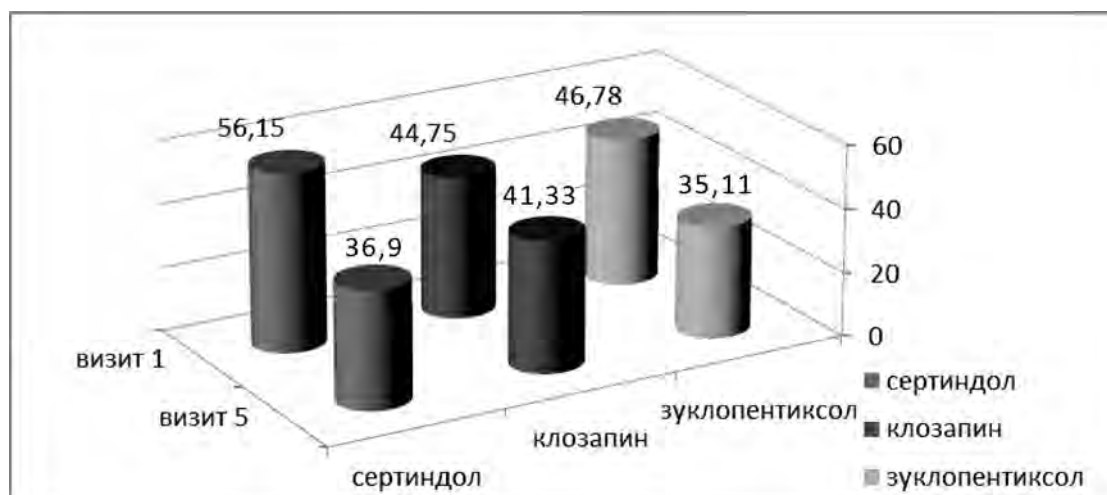


Рис. 2. Динамика показателей по субшкале G (PANSS) в зависимости от получаемого препарата ($p < 0,05$)

Таким образом, по результатам проведенного исследования отмечалось практически равное снижение психопродуктивной симптоматики по обоим субшкалам во всех 3 исследуемых группах.

В процессе терапии сертиндолом к визиту 5 отмечалось улучшение когнитивного функционирования, по сравнению с другими группами. Данное улучшение касалось, прежде всего, повышения показателей по шкале социального интеллекта Hinting Task. Так показатель «Понимание намека» к концу проводимой терапии сертиндолом улучшился с $5,75 \pm 1,18$ до $7,1 \pm 0,17$. Тогда как аналогичный показатель в группах сравнения изменился следующим образом – с $7,25 \pm 1,18$ до $7,97 \pm 0,17$ в группе зуклопентиксола и с $7,79 \pm 0,59$ до $7,92 \pm 0,41$ в группе клозапина. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Описанные изменения проиллюстрированы на рис. 3.

Помимо улучшения «Понимание намека» по шкале Hinting Task, также произошел рост показателя «Социальные знания» в группе пациентов, получающих терапию сертиндолом, с $3,81 \pm 0,52$ до $4,00 \pm 0$ на 1 и 5 визитах соответственно (рис. 4). По сравнению

с другими группами, повышение данного показателя в группе пациентов, получающих сертиндол, оказалось максимальным, что подтверждают следующие полученные результаты: в группе зуклопентиксола наблюдалось изменение параметра «Социальные знания» с $3,96 \pm 0,2$ до $4,0$, в группе клозапина – с $3,35 \pm 0,81$ до $3,85 \pm 0,37$ на первом и последнем этапах наблюдения ($p < 0,05$).

В ходе исследования к концу проводимого лечения также отмечалось изменение показателя эмоционального интеллекта. В группе пациентов, получающих терапию сертиндолом, данный показатель улучшился максимально. Его значение составило $4,94 \pm 1,62$ на визите 1 и $5,21 \pm 1,40$ в конце лечения. В группе зуклопентиксола изменения среднего показателя эмоционального интеллекта на основании данных по шкале «Лица Экмана» составили с $4,14 \pm 1,62$ до $4,64 \pm 1,4$, тогда как в группе клозапина отмечалось некоторое снижение исследуемого параметра – с $3,63 \pm 0,92$ до $3,5 \pm 0,78$ на 1 и 5 визитах соответственно. При этом различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$ (рис. 5).

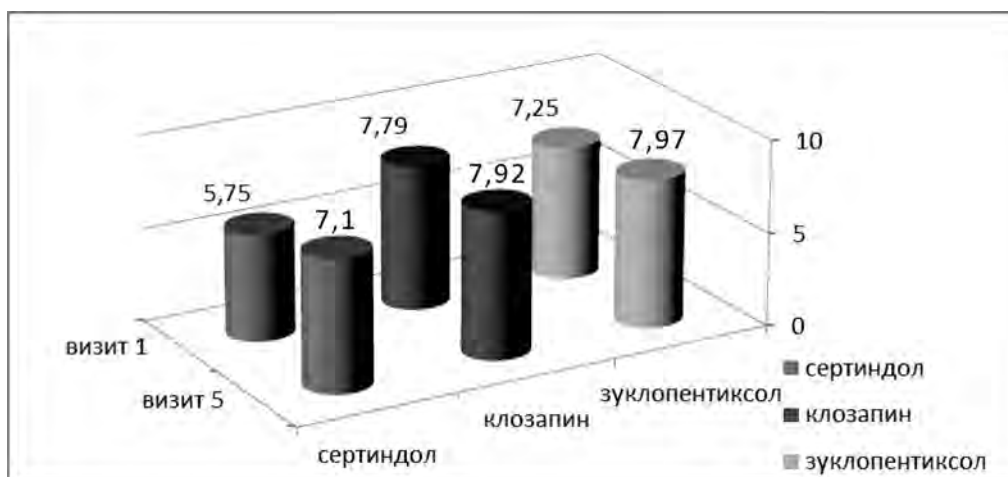


Рис. 3. Динамика показателей по субшкале «Понимание намека» (Hinting task) в зависимости от получаемого препарата ($p < 0,05$)

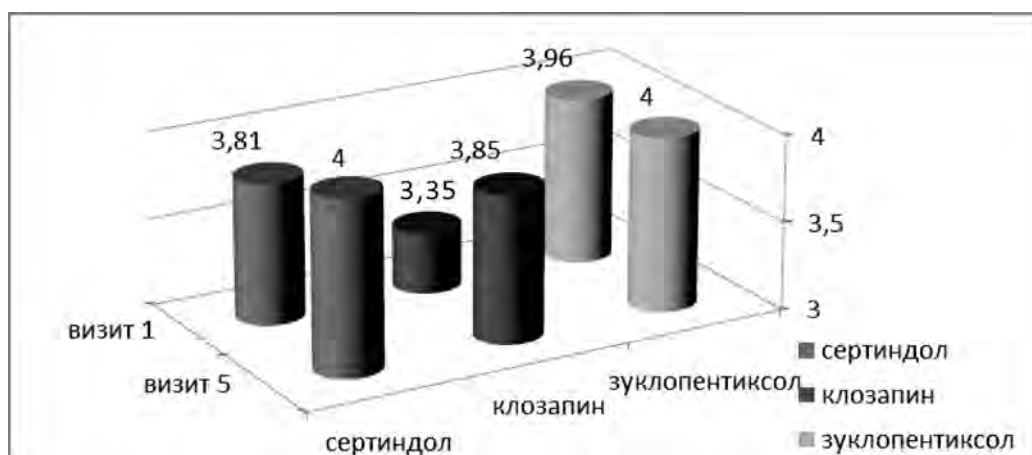


Рис. 4. Динамика показателей по субшкале «Социальные знания» (Hinting task) в зависимости от получаемого препарата ($p < 0,05$)

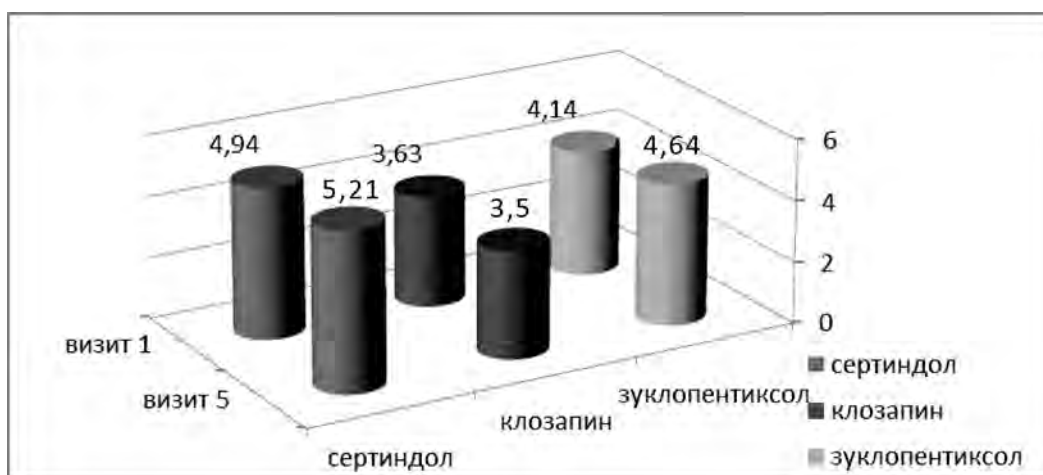


Рис. 5. Динамика показателей по шкале «Лица Экмана» в зависимости от получаемого препарата ($p < 0,05$)

К визиту 5 в группе пациентов, получающих sertindol, также было отмечено повышение всех показателей по шкале Векслера. Так, средний балл невербального интеллекта в данной группе возрос с $18,75 \pm 15,26$ до среднего значения $20,81 \pm 15,7$ за счет улучшения показателей задания «шифровка» (с $18,89 \pm 20,42$ до $20,28 \pm 20,84$) и «недостающие детали» (с $6,47 \pm 4,3$ до $7,11 \pm 4,54$) при $p < 0,05$. В группах сравнения на 1 и 5 визитах исследования отмечались следующие изменения – в группе зyklopentиксола показатель невербального интеллекта повысился с $7,4 \pm 4,27$ до $7,8 \pm 5,66$, тогда как в группе клозапина отмечалось некоторое снижение данного показателя с $15,0 \pm 12,27$ до $11,54 \pm 11,29$ к этапу завершения терапии ($p < 0,05$).

Средний балл вербального интеллекта к концу лечения в группе sertиндола улучшился с $35,94 \pm 11,14$ до $39,36 \pm 10,85$. При этом в группах зyklopentиксола и клозапина отмечалось некоторое снижение данного показателя – с $32,15 \pm 9,22$ до $31,45 \pm 9,62$ и с $40,7 \pm 9,26$ до $35,87 \pm 10,82$ соответственно ($p < 0,05$).

При проведении компьютеризированного варианта теста Векслера средний балл общего интеллекта в группе пациентов, получающих sertиндол, вырос с $54,69 \pm 22,4$ до $60,22 \pm 23,0$. В группах зyklopentик-

сола и клозапина произошло снижение данного показателя с $39,2 \pm 10,36$ до $38,65 \pm 12,04$ и с $55,7 \pm 14,7$ до $47,42 \pm 13,52$ к концу лечения соответственно ($p < 0,05$). Сравнительные изменения показателя общего интеллекта по результатам компьютеризированного варианта теста Векслера приведены на рис. 6.

В результате исследования было отмечено, что пациенты в группе sertиндола лучше соблюдали режим приема терапии ($3,83 \pm 0,42$) по сравнению с группами зyklopentиксола ($3,17 \pm 1,16$) и клозапина ($2,05 \pm 0,38$) при $p < 0,05$ (рис. 7).

Повышение показателя общего благополучия максимально было отмечено в группе sertиндола к концу проводимой терапии (средний балл $2,78 \pm 1,02$ на этапе 1 и $3,16 \pm 0,74$ на этапе 5 соответственно). При этом в группе зyklopentиксола также отмечалась положительная динамика данного показателя ($2,25 \pm 0,55$ и $2,75 \pm 0,44$ соответственно), однако в меньшей степени, чем в группе sertиндола. В то время как в группе клозапина показатель общего благополучия к концу лечения остался без динамики ($2,67 \pm 0,76$). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$ (рис. 8).

Помимо общего благополучия, при проводимой терапии sertиндолом отмечалось статистически

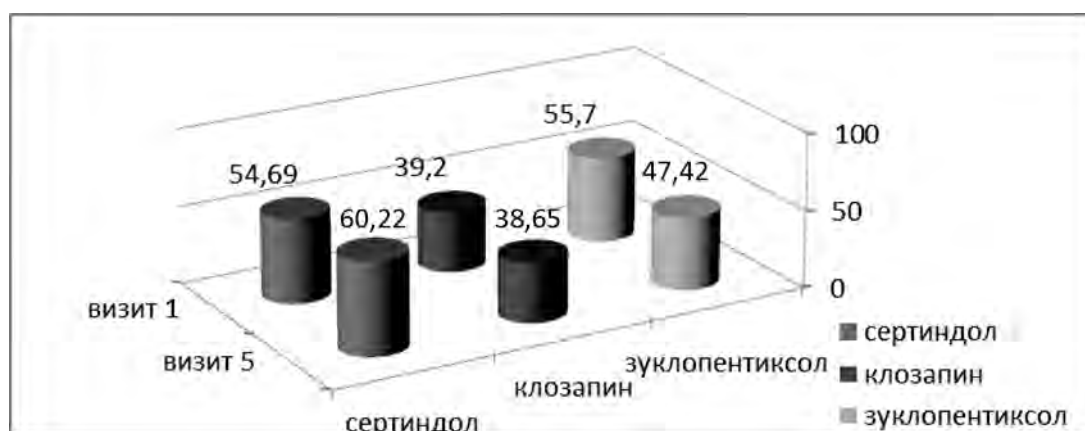


Рис. 6. Динамика показателей по шкале Векслера в зависимости от получаемого препарата ($p < 0,05$)

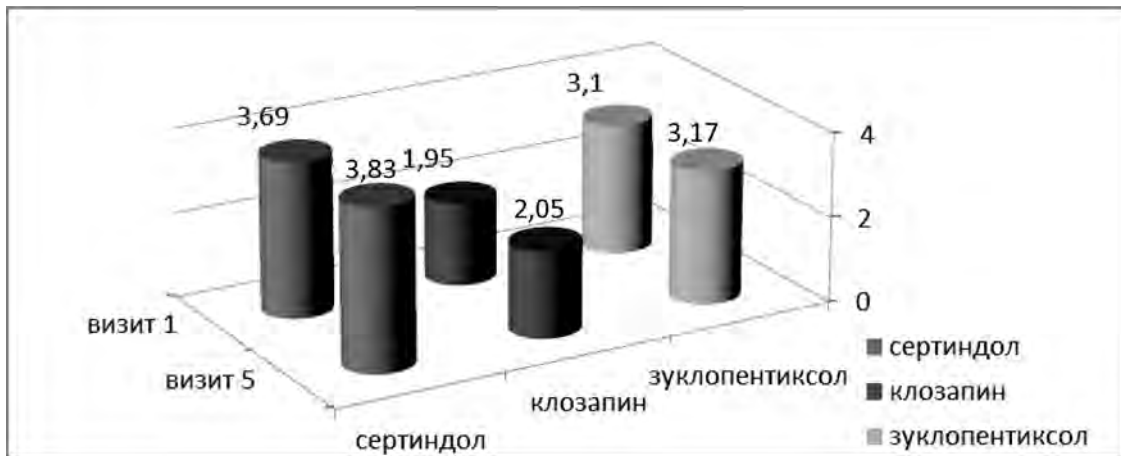


Рис. 7. Динамика показателей по шкале Мориски-Грина в зависимости от получаемого препарата ($p < 0,05$)

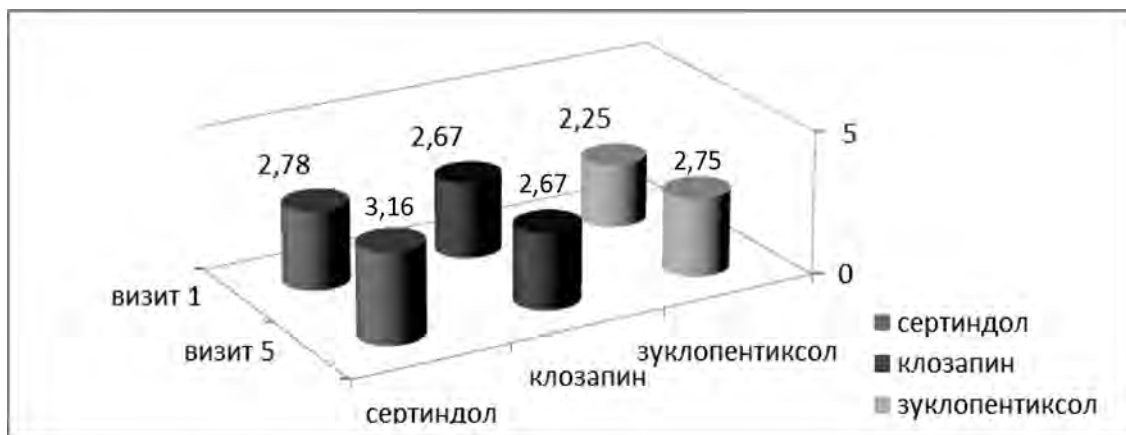


Рис. 8. Динамика показателя общего благополучия в зависимости от получаемого препарата ($p < 0,05$)

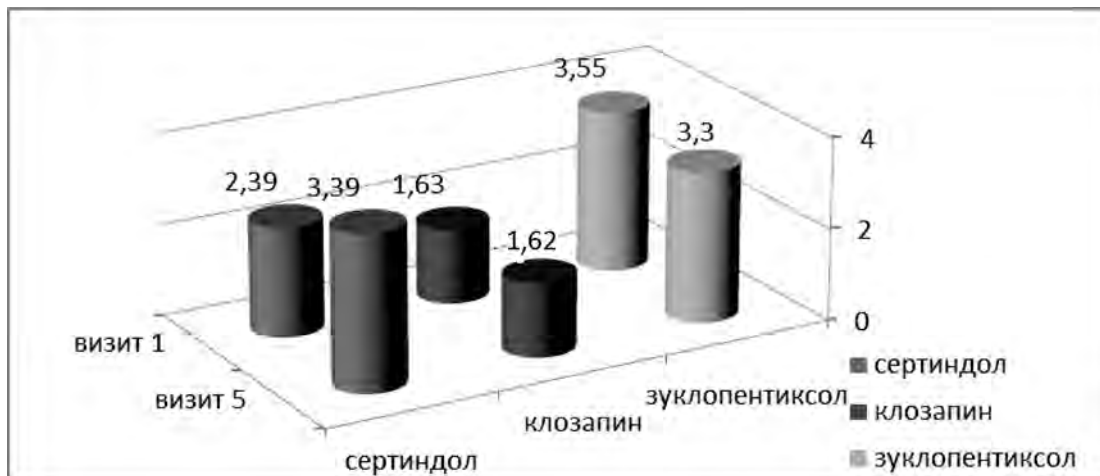


Рис. 9. Динамика показателя трудоспособности в зависимости от получаемого препарата ($p < 0,05$)

значимое, по сравнению с другими группами, улучшение показателя трудоспособности ($2,39 \pm 1,29$ и $3,39 \pm 0,73$ соответственно на 1 и 5 визитах). В группах зуклопентиксола и клозапина данный показатель изменился следующим образом – с $3,55 \pm 1,1$ до $3,3 \pm 1,12$ и с $1,63 \pm 0,49$ до $1,62 \pm 0,49$ соответственно, что иллюстрирует его снижение

к концу терапии данными препаратами ($p < 0,05$) (рис. 9).

Таким образом, по результатам проведенного исследования отмечалась стабильная редукция психопродуктивной симптоматики во всех группах пациентов, получающих лечение исследуемыми препаратами. Сертиндол был наиболее эффек-

тивным препаратом, улучшающим когнитивный профиль пациентов. Показатель комплаентности был максимальным в группе сертиндола. Критерии качества жизни (общее благополучие и трудоспособность), согласно опроснику для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, у группы пациентов, получающих сертиндол, оказались выше, чем в других исследуемых группах.

На основании полученных данных можно сделать выводы о том, что при практически равном улучшении показателей по шкале PANSS во всех трех группах изучаемых препаратов имеет место максимальная эффективность показателей когнитивных шкал, комплаенса, а также качества жизни и социального функционирования в группе сертиндола. Таким образом, можно говорить о том, что сертиндол является препаратом выбора при длительном амбулаторном лечении пациентов с шизофренией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтынбеков К.Н. Фармакоэкономические аспекты терапии шизофрении // Российский психиатрический журнал. 2014. № 6. С. 51–55.
2. Ахмерова И.Ю. Клинико-эпидемиологическое и молекулярно-генетическое исследование шизофрении в Республике Башкортостан: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06, 03.02.07. Москва, 2012. –24 с.
3. Бабин С.М., Шлафер А.М., Сергеева Н.А. Комплаенс-терапия больных шизофренией // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 30.03.2016).
4. Гурович И.Я., Саркисян Г.Р. Фармакоэкономические аспекты терапии шизофрении атипичным антипсихотиком сердолектом (сертиндолом) // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 3. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/farmakoeconomicheskie-aspekty-terapii-shizofrenii-atipichnym-antipsihotikom-serdolektom-sertindolom>
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России в 2006–2011 гг. Динамика показателей и анализ процессов развития. М.: Медпрактика-М, 2012. 599 с.
6. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Козырев В.Н. и соавт. Стоимостной анализ бремени шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12, № 3. С. 46–55.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 35–40.
8. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: Дисс. канд. мед. наук. М., 2006. 167 с.
9. Кемп Р., Девид А., Хейворд П. Комплаенс-терапия: [пер. с англ.] // Обзор современ. психиатрии. 2000. Вып. 5. С. 91–101.
10. Кожина А.М., Гайчук Л.М. Опыт применения препарата солерон в терапии шизофрении // Украинський вісник психоневрології. 2010. Т. 18, № 4. С. 116–117.
11. Масловский С.Ю. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей психофармакотерапии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2004. 28 с.
12. Оруджев Н.Я., Можаров Н.С. Арипипразол (амдоал): атипичный нейролептик при лечении шизофрении // Лекарственный вестник. 2014. № 2, Т. 8. С. 30–33.
13. Тараканова Е. А., Кожанов А. В. Современная психофармакотерапия при шизофрении: сохранение жизни больных // ВЗ 2015. № 12 (1). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennaya-psihofarmakoterapiya-pri-shizofrenii-sohranenie-zhizni-bolnyh>
14. Corcoran R., Mercer G., Frith C.D. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia // Schizophr. Res. 1995. Vol. 17, N 1. P. 5–13.
15. Ekman P., Friesen W. Picture of Facial Affect. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1976.
16. Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A. et al. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Technical Manual. MHS. 2006.
17. Morisky O.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // Med. Care. 1986. 24. P. 67–74.
18. Wechsler D. Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale. N.Y., 1955.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник

Шизофрения является заболеванием, характеризующимся разнообразием клинических проявлений, которые могут явиться причиной трудностей, возникающих в выборе определенного антипсихотика, наиболее подходящего в терапии каждого конкретного случая. В настоящее время не существует препарата, который мог бы соответствовать потребностям всех пациентов. Каждый новый антипсихотик может предоставлять дополнительные возможности терапии, в условиях, когда врачи ставят целью терапии пациентов с шизофренией не только купирование симпто-

матики, но и восстановление должного уровня социального функционирования. На основании проведенного сравнительного анализа показателей психореабилитации методом индивидуальной комплаенс-терапии пациентов с шизофренией в зависимости от получаемой терапии, можно говорить о том, что сертиндол является препаратом выбора при длительном амбулаторном лечении пациентов с шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, сертиндол, психореабилитация, комплаенс-терапия.

PSYCHO-REHABILITATION POTENTIAL OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS ON DIFFERENT MEDICATIONS

D.D. Samoilova, Yu.B. Barylnik

Schizophrenia is a disease with a vast variety of clinical symptoms, and for that reason, it may be difficult to choose the right antipsychotic for every concrete case. So far, there is no medication that would meet the needs of all patients. Every new antipsychotic may offer new chances when the treatment is aimed not only at managing the symptoms but also recovery of adequate level of patients' social functioning. On the basis of comparative analysis

of psycho-rehabilitation parameters while using individual compliance-therapy with specific medication, the authors conclude that sertindol happens to be a first-choice medication in long-term outpatient treatment of schizophrenic patients.

Key words: schizophrenia, sertindol, psycho-rehabilitation, compliance-therapy.

Самойлова Дарья Дмитриевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России; e-mail: ddkarelina@mail.ru

Барыльник Юлия Борисовна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России; e-mail: juljab@yandex.ru