

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ АНТИПСИХОТИКОВ И КОРРЕКТОРОВ В ПСИХИАТРИИ.

Первые результаты программы АНКОРПСИ (АНтипсихотики и КОРректоры в ПСИхиатрии)

М.Ю. Дробижев¹, Е.В. Калинина², Е.Ю. Антохин³, Е.Ю. Сорокина¹

¹Научно-образовательный клинический центр «Здоровое сердце» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, ²БУ «Республиканская психиатрическая больница» Минздравсоцразвития Чувашии, ³Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ

За последнее десятилетие разработан ряд рекомендаций, регламентирующих применение антипсихотиков, а также корректоров их побочных эффектов [3, 6, 7, 11]. Однако до конца не ясно, как эти рекомендации используются на практике. Соответственно, многие исследователи за рубежом стремятся проанализировать особенности применения антипсихотиков и корректоров в различных учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь [13,14]. Аналогичные работы проводились и в нашей стране [2,4,8], но, к сожалению, в них не уделялось достаточное внимание назначению корректоров побочных эффектов антипсихотической терапии. Кроме того, изучается весьма небольшое число клинических показателей, влияющих на выбор препарата (например, тип течения шизофрении). Причем такие показатели, как правило, не включают основные симптомокомплексы психического расстройства. Соответственно очень трудно составить представление о том, при какой клинической картине назначается тот или иной антипсихотик.

При оценке частоты назначения антипсихотиков нередко не учитывались суточная доза препаратов и продолжительность их приема, а также количество антипсихотиков, назначаемых одному больному: один (монотерапия) или несколько (комбинированная терапия). Зачастую уделялось недостаточное внимание исходам лекарственной терапии, наличию побочных эффектов и т.д. Наконец, не ставилась задача определить, как меняется практика применения препаратов в условиях, когда их доступность может варьировать в широких пределах.

Указанные соображения послужили основой для разработки и осуществления обсервационной программы, целью которой является сбор информации о назначении антипсихотиков и корректоров в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь.

В задачи исследования входят описание подходов к выбору препаратов, оценка их результатов. Планировалось изучить, насколько практика применения антипсихотиков и корректоров стабильна во времени, и совпадает ли она с имеющимися в литературе рекомендациями.

Материалы и методы

В нескольких ПНД и стационарах Москвы и Чебоксар в период с ноября 2014 по январь 2015 года была проведена программа АНКОРПСИ (АНтипсихотики и КОРректоры в ПСИхиатрии). Психиатры – участники АНКОРПСИ заполняли анонимные карты не более чем на десять больных любым психическим расстройством, которые получали хотя бы один антипсихотик (критерий отбора). Эти карты включали разнообразные демографические, клинические и фармакологические показатели.

В ряду демографических характеристик учитывались пол и возраст пациентов, их семейное положение, наличие детей, род занятий, наличие инвалидности. Клинические показатели охватывали диагноз, а также наиболее распространенные симптомы (позитивные, негативные, депрессивные, маниакальные и т.д.). Кроме того, тяжесть состояния больных оценивалась по десятибалльной визуальной аналоговой шкале – ВАШ. Она измеряет выраженность симптомов психического расстройства от 0 (симптомы отсутствуют) до 10 баллов (крайне тяжелые). Фармакологические показатели включали частоту назначения антипсихотиков и корректоров, их средние суточные дозы, в том числе выраженные в хлорпромазиновом эквиваленте (табл. 1), продолжительность приема, характер терапии (комбинированная или монотерапия), побочные эффекты.

Фармакологические и клинические характеристики оценивали дважды: при включении в боль-

Хлорпромазиновые эквиваленты различных нейролептиков

Препараты	хлорпромазиновые эквиваленты (в мг) по данным разных авторов						средний показатель
	[18]	[12]	[19]	[10]	[9]	[5]	
рисперидон	1	1	2	2	–	1,3	1,5
палиперидон	1,5	1,5		1,5	–	–	1,5
флуфеназин	2	2	2	2	2	2,9	2,2
галоперидол	2	1,7	2	2	3	3,3	2,3
флупентиксол	3	1,7	–	–	2	5	2,9
оланзапин	4	3,3	5	5	–	3,3	4,1
сертиндол		3,3			–	5,6	4,5
трифлуоперазин	5	3,3	2	2	5	10	4,6
перфеназин		5	8	8	8	16,7	9,1
зуклопентиксол	20	5	–	–	–	25	16,7
перициазин	–	8	–	–	24	66,7	32,9
алимемазин	–	–	–	–	–	33	33,0
зипрасидон	40	26,7	60	60	–	50	47,3
клозапин	100	67	50	50	50	50	61,2
хлорпротиксен	–	83	–	–	–	50	66,5
левомепромазин	–	66,7	–	–	–	66,7	66,7
тиоридазин	100	83	–	100	–	66,7	87,4
хлорпромазин	100	100	100	100	100	100	100,0
промазин	–	–	–	–	100	–	100,0
кветиапин	150	125	75	75	–	100	105,0
амисульприд*	100	116,3	–	–	–	100	105,4
сульпирид*	–	133,3	–	–	200	200	177,8

Примечания: * – в высоких суточных дозах.

ного в АНКОРПСИ и через три месяца после этого. В настоящей статье обобщены данные, полученные в начале исследования (при включении в АНКОРПСИ). При анализе данных использовали базовые методы описательной статистики: процентные показатели, меры центральной тенденции, меры вариации и парные коэффициенты связи и т.д. Указанные показатели вычислялись с помощью программы Statistica for Windows (version 6.0).

Результаты исследования

Всего обследовано 212 больных (из них 169 в Москве и 43 в Чебоксарах). Среди них преобладали лица мужского пола (132 или 62,3%). Средний возраст пациентов – 41,4±12,8 года. Две трети больных (142 – 67%) лечились амбулаторно, а остальные (70 – 33%) получали терапию в стационаре (включая дневной стационар ПНД). Подавляющее большинство пациентов (188 – 88,7%) в течение года, предшествующего обследованию посещали ПНД (в среднем 7,3±5,9 раз) и больше половины (113 – 53,3%) стационарировались (в среднем 1,3±0,6 раз).

Средняя продолжительность психических расстройств составляла 12,9±9,6 года. Подавляющее большинство диагнозов (181 – 87,3%) относилось к

группе F20–F29 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» МКБ-10. Причем чаще всего (132 случая – 62,3%) отмечалась параноидная шизофрения. Еще у 20 больных (9,4%) отмечены псевдоневротическая или псевдопсихопатическая шизофрения. Остальные психические расстройства из этой группы встречались значительно реже. Так, простая форма шизофрении диагностирована у 4 пациентов (1,9%), недифференцированная – у 5 (2,4%), шизоаффективное расстройство – у 6 (2,8%) и т.д.

Каждый из обследованных больных принимал от одного до трех антипсихотиков. В среднем на одного пациента приходилось 1,5±0,6 препарата. Всего зафиксировано назначение 22 антипсихотиков (табл. 2). Однако лишь половина из них (галоперидол, рисперидон, клозапин, зуклопентиксол, трифлуоперазин, оланзапин, кветиапин, флуфеназин-деканат, хлорпротиксен, тиоридазин, хлорпромазин) назначался достаточно часто. Каждый из этих антипсихотиков получал более 5% больных. Соответственно, представлялось адекватным сосредоточиться на изучении практики применения именно этих препаратов.

Более 3/4 больным (164 наблюдения – 77,4%) с целью купирования побочных эффектов антипсихотической терапии нейролептиками назначались кор-

ректоры (табл. 3). Причем практически во всех случаях (за исключением трех) принимали всего три препарата: тригексифенидил, бипериден и амантадин. Соответственно, применение этих корректоров анализировалось в первую очередь.

Средняя длительность приема всех изученных антипсихотиков составляла несколько лет (табл. 2). Средние суточные дозы галоперидола, рисперидона, оланзапина, кветиапина антипсихотиков соответствуют терапевтическим [5]. Остальные препараты (клозапин, зуклопентиксол, трифлуоперазин,

флуфеназин-деканоат, хлорпротиксен, тиоридазин, хлорпромазин) назначались в начальных, а то и более низких дозировках [5].

Проведен анализ распределения антипсихотиков по группам больных, получавших один, два или три таких препарата (табл. 4). Установлено, что галоперидол, рисперидон, оланзапин, кветиапин и зуклопентиксол используют как для монотерапии, так и в комбинации с одним или двумя другими лекарственными средствами из рассматриваемого класса психотропных средств. В то же время остальные антип-

Таблица 2

Число больных, принимавших антипсихотики, их дозы и продолжительность приема

антипсихотики	число больных на препарате		суточные дозы (мг)*				продолжительность приема (годы)			
	абс.	%	сред.	станд. отклон.	мин.	макс.	сред.	станд. отклон.	мин.	макс.
галоперидол	69	32,5	11,8	7,2	1,7	30,0	4,8	4,6	0,0	17,0
рисперидон	45	21,2	4,9	2,0	1,7	12,0	1,8	1,7	0,1	8,0
клозапин	45	21,2	111,1	87,2	12,5	500,0	2,2	2,5	0,1	10,0
зуклопентиксол	24	11,3	19,5	16,9	6,0	75,0	3,3	3,9	0,1	12,0
трифлуоперазин	21	9,9	14,8	5,9	7,5	30,0	4,0	4,9	0,1	20,0
оланзапин	18	8,5	13,6	5,4	5,0	20,0	2,0	3,2	0,1	12,0
кветиапин	15	7,1	426,7	205,2	200,0	800,0	1,6	1,6	0,1	5,0
флуфеназин-деканоат	14	6,6	1,4	0,7	0,4	3,3	3,9	2,4	0,1	8,0
хлорпротиксен	13	6,1	53,3	41,2	15,0	150,0	1,7	1,7	0,1	6,0
тиоридазин	12	5,7	55,4	29,8	10,0	100,0	5,6	15,6	0,1	50,0
хлопромазин	12	5,7	78,8	76,7	15,0	300,0	1,7	1,2	0,1	3,0
перфеназин	10	4,7	13,4	7,6	4,0	30,0	2,0	2,7	0,1	8,0
флулентиксол	9	4,2	17,6	15,0	1,0	40,0	1,7	1,5	0,1	6,0
перiciaзин	4	1,9	20,0	8,2	10,0	30,0	4,4	5,1	0,2	10,0
амисульприд	2	0,9	350,0	70,7	300,0	400,0	1,1	1,2	0,3	2,0
пропазин	2	0,9	100,0	70,7	50,0	150,0	1,5	0,7	1,0	2,0
алимемазин	1	0,5	15,0				1,0			
тиаприд	1	0,5	300,0				0,1			
палиперидон	1	0,5	9,0				2,0			
арипипразол	1	0,5	30,0				1,0			
сертиндол	1	0,5	18,0				0,3			
сульпирид	1	0,5	100,0				0,1			

Примечания: * – включая пероральные, внутримышечные и пролонгированные способы введения антипсихотиков.

Таблица 3

Препараты, которые использовались в качестве корректоров

препараты	число больных на препарате		суточные дозы (мг)*				продолжительность приема (годы)			
	абс.	%	сред.	станд. отклон.	мин.	макс.	сред.	станд. отклон.	мин.	макс.
тригексифенидил	125	59,0	5,2	1,6	2,0	12,0	4,2	4,4	0,1	28,0
бипериден	26	12,3	4,8	1,5	2,0	8,0	1,2	1,2	0,1	5,0
амантадин	17	8,0	212,5	94,0	100,0	400,0	0,6	0,6	0,1	2,0
гопантеновая кислота	1	0,5	0,8				0,2			
флувоксамин	1	0,5	100,0				0,2			
пирацетам	1	0,5	1200,0				2,0			

Примечания: * – с учетом различных способов введения корректоров.

Сопряженность разных антипсихотиков с группами больных, получающих один, два или три препарата

антипсихотики	число больных (%), принимающих различное количество антипсихотиков			Х2 Пирсона	p
	один	два	три		
галоперидол остальные препараты	33 (47,8)	30 (43,5)	6 (8,7)	2,9	0,23
	83 (58,0)	54 (37,8)	6 (4,2)		
рисперидон остальных препаратов	22 (48,9)	19 (42,2)	4 (8,9)	1,5	0,47
	94 (56,3)	65 (38,9)	8 (4,8)		
клозапин остальные препараты	5 (11,1)	34 (75,6)	6 (13,3)	44,4	<0,00001
	111 (66,5)	50 (29,9)	6 (3,6)		
зуклопентиксол остальные препараты	10 (41,7)	11 (45,8)	3 (12,5)	3,3	0,19
	106 (56,4)	73 (38,8)	9 (4,8)		
трифлуоперазин остальные препараты	6 (28,6)	13 (61,9)	2 (9,5)	6,5	0,04
	110 (57,6)	71 (37,2)	10 (5,2)		
оланзапин остальные препараты	9 (50,0)	9 (50,0)	0 (0,0)	1,7	0,42
	107 (55,2)	75 (38,7)	12 (6,2)		
кветиапин остальные препараты	7 (46,7)	7 (46,7)	1 (6,7)	0,4	0,81
	109 (55,3)	77 (39,1)	11 (5,6)		
флуфеназин-деканоат остальные препараты	5 (35,7)	5 (35,7)	4 (28,6)	14,9	0,0006
	111 (56,1)	79 (39,9)	8 (4,0)		
хлорпротиксен остальные препараты	0 (0,0)	10 (76,9)	3 (23,1)	19,9	0,00001
	116 (58,3)	74 (37,2)	9 (4,5)		
тиоридазин остальные препараты	2 (16,7)	8 (66,7)	2 (16,7)	8,4	0,01
	114 (57,0)	76 (38,0)	10 (5,0)		
хлорпромазин остальные препараты	2 (16,7)	7 (58,3)	3 (25,0)	12,9	0,002
	114 (57,0)	77 (38,5)	9 (4,5)		

сихотики (клозапин, зуклопентиксол, трифлуоперазин, флуфеназин-деканоат, хлорпротиксен, тиоридазин, хлорпромазин) достоверно реже назначают в виде монотерапии. Чаще всего они используются в комбинированной терапии, как второй или третий антипсихотики.

Проведен анализ сопряженности назначения антипсихотиков с различными проявлениями пси-

хических расстройств. К ним, наряду с тревогой (90 пациентов – 42,5%) и беспокойством (103 – 48,6%), относятся проявления продуктивного и негативного симптомокомплекса шизофрении (табл. 5 и б), а также симптомы мании и депрессии. Среди симптомов мании учитывали эйфорию (8 случаев – 3,8%), быструю смену побуждений и интересов (28 – 13,2%), а также ускорение движений и течения мыс-

Продуктивные симптомокомплексы в программе АНКОРПСИ

симптомокомплексы	входящие в них симптомы	количество больных		предполагаемая активность нейронов
		абс.	%	
психотический	бред	80	37,7	↑да
	галлюцинации	62	29,2	↑да
психомоторное возбуждение	повышенная отвлекаемость	45	21,2	↑да, ↑ац
	неусидчивость, скачка идей	59	27,8	↑да, ↑на
	напряженное бодрствование, бессонница	62	29,2	↑да, ↑ги
импульсивность	гневливость, агрессия	67	31,6	↑да, ↑ац, ↑на, ↑ги
формальные нарушения мышления	соскальзывания, разорванность, резонерство, речевой напор	63	29,7	↑да, ↑ац, ↑на, ↑ги

Негативные симптомокомплексы в программе АНКОРПСИ

симптомо- комплексы	входящие в них симптомы	доля больных с симптомом		предполагаемая активность нейронов
		абс.	%	
апато-абулический	уплощенный аффект, эмоциональная отгороженность	80	37,7	↓да
психомоторное торможение	трудности запоминания и усвоения нового	75	35,4	↓да, ↓ац
	повышенная утомляемость, анергия, слабость	80	37,7	↓да, ↓на
	снижение общего тонуса, «гипотония сознания»	39	18,4	↓да, ↓ги
асоциальность	снижение или полное отсутствие какой-либо социальной активности	82	38,7	↓да, ↓ац, ↓на, ↓ги
дефицитарные нарушения мышления	обеднение содержания мышление	73	34,4	↓да, ↓ац, ↓на, ↓ги
	трудности с переключением внимания обстоятельство	55	25,9	

лей (22 – 10,4%). В ряду депрессивных симптомов принимали во внимание тоску (21 – 9,9%), подавленность (48 – 22,6%), безнадежность (15 – 7,1%), чувство вины (13 – 6,1%) и замедление движений и течения мыслей (38 – 17,9%).

В ходе проведенного анализа установлено, что некоторые антипсихотики (клозапин, трифлуоперазин, оланзапин и кветиапин) назначают при любых проявлениях психических расстройств (табл. 7). Галоперидол и рисперидон также назначаются при большом количестве симптомов. Но один-два из них явно рассматриваются в качестве противопоказаний. Так, галоперидол значимо реже назначается при таких проявлениях депрессии как подавленность и безрадостность. Рисперидон аналогичным образом реже используется при снижении социальной активности (негативные симптомы). Остальные антипсихотики назначаются чаще всего при наличии в клинической картине определенных клинических признаков. Например, зуклопентиксол чаще назначают при гневливости, агрессии, а также подавленности и уплощенном аффекте.

Несмотря на лечение антипсихотиками, у больных сохранялись достаточно выраженные проявления психических расстройств. В частности, средняя оценка тяжести симптомов по ВАШ была близка к 6 баллам (5,8±2,0). Это соответствует наличию у изученных больных среднетяжелых психических расстройств. Установлено также, что средняя сумма баллов по ВАШ у пациентов, принимающих любой из 11 изученных антипсихотиков, не отличается от аналогичного показателя у остальных больных. Иными словами, все 11 препаратов по субъективной оценке пациентов оказывают сходный терапевтический эффект, который можно оценить как весьма умеренный.

Нельзя исключить, что представленные результаты лечения, по крайней мере, частично, обуславливают неблагоприятные социально-демографические характеристики больных, особенно заметные на фоне

аналогичных показателей, которые представлены в некоторых публикациях [14]. Так, больше половины пациентов никогда не состояли в браке – 120 (56,6%), еще 42 (19,8%) – разведены. Шесть больных (2,8%) к моменту проведения исследования являлись вдовцами (вдовыми). У большинства пациентов (117 или 55,2%) нет детей. Кроме того, у больных отмечался низкий уровень занятости. Подавляющее большинство пациентов не работали. Из них 136 (64,2%) в связи с инвалидностью первой и второй группы (18 – 8,5% и 118 – 55,7%, соответственно), а еще 8 (3,8%) из-за достижения пенсионного возраста. Безработными являлись 22 (10,4%) пациента.

Важно также, что низкий уровень занятости у изученных больных резко контрастирует с их достаточно высоким уровнем образования. Так, 66 (31,1%) пациентов закончили высшие учебные учреждения. Еще 21 (9,9%) больной имели неполное высшее образование, а 59 (27,8%) – среднее профессиональное. Из числа оставшихся больных 50 (23,6%) окончили среднюю школу и лишь 16 (7,6%) не смогли этого сделать.

Еще одним следствием существующего подхода к назначению антипсихотиков является высокая распространенность экстрапирамидных, и ассоциирующихся с ними вегетативных побочных эффектов. Причем подавляющее большинство из этих побочных эффектов относилось к лекарственному паркинсонизму и острой дистонии (острые дистонические реакции) (табл. 8). Тогда как акатизия встречалась существенно реже. Выше уже указывалось, что для коррекции экстрапирамидных симптомов пациенты принимали тригексифенидил, бипериден и амантадин (табл. 3). Первый из этих корректоров (тригексифенидил) назначался больным в течение нескольких лет. Причем средняя длительность его приема практически совпадала с аналогичным показателем галоперидола (табл. 1). Прием же биперидена мог продолжаться чуть больше года, а амантадина – полгода. Все три корректора использовались в суточных

Сопряженность отдельных симптомов* психических расстройств с назначением антипсихотиков

Клинический признак	Количество больных (абс./%)		p**
	галоперидол	другие антипсихотики	
подавленность остальные симптомы	6 (8,7)	42 (29,4)	0,0007
	63 (91,3)	101 (70,6)	
безрадостность остальные симптомы	8 (11,6)	40 (28,0)	0,0083
	61 (88,4)	103 (72,0)	
снижение социальной активности остальные симптомы	10 (22,2)	72 (43,1)	0,015
	35 (77,8)	95 (56,9)	
гневливость, агрессия остальные симптомы	13 (54,2)	54 (28,7)	0,02
	11 (45,8)	134 (71,3)	
подавленность остальные симптомы	10 (41,7)	38 (20,2)	0,03
	14 (58,3)	150 (79,8)	
уплощенный аффект остальные симптомы	16 (66,7)	64 (34,0)	0,003
	8 (33,3)	124 (66,0)	
уплощенный аффект остальные симптомы	10 (71,4)	70 (35,4)	0,01
	4 (28,6)	128 (64,6)	
повышенная отвлекаемость остальные симптомы	6 (50,0)	39 (19,5)	0,02
	6 (50,0)	161 (80,5)	
ускорение движений и мыслей остальные симптомы	5 (41,7)	17 (8,5)	0,004
	7 (58,3)	183 (91,5)	
бессонница остальные симптомы	7 (58,3)	55 (27,5)	0,04
	5 (41,7)	145 (72,5)	
безнадежность остальные симптомы	3 (25,0)	12 (6,0)	0,04
	9 (75,0)	188 (94,0)	
идеи вины остальные симптомы	3 (25,0)	10 (5,0)	0,03
	9 (75,0)	190 (95,0)	
ускорение движений и мыслей остальные симптомы	4 (30,8)	18 (9,0)	0,03
	9 (69,2)	181 (91,0)	
тоска остальные симптомы	4 (30,8)	17 (8,5)	0,03
	9 (69,2)	182 (91,5)	
беспокойство остальные симптомы	11 (84,6)	92 (46,2)	0,009
	2 (15,4)	107 (53,8)	

Примечания: * – представлены только симптомы, по которым выявлены значимые различия; ** – двухсторонний точный критерий Фишера.

дозах близких к его нижним границам терапевтического диапазона (табл. 3).

Проведен анализ распределения корректоров по группам больных, получавшим один, два или три таких препарата (табл. 9). Лишь амантадин назначался как в виде монотерапии, так и в комбина-

ции с тригексифенидилом и бипериденом. Последние два препарата использовались в виде монотерапии. Причем бипериден во всех без исключения случаях назначался в виде единственного корректора, а тригексифенидил – за очень редким исключением.

Экстрапирамидные побочные эффекты в программе АНКОРПСИ

симптомокомплексы	симптомы	количество больных		предполагаемая активность нейронов
		абс.	%	
лекарственный паркинсонизм	обеднение мимики	93	43,9	↓да, ↑ац,
	затруднение в начале движения	58	27,4	
	мышечная ригидность	97	45,8	
	тремор	156	73,6	
острая дистония и вегетативные симптомы	высовывание языка	11	5,2	↓да, ↑ац,
	grimасы	17	8,0	
	кривошея	14	6,6	
	окулогирные кризы	12	5,7	
	блефароспазм или вытаращенные глаза	9	4,2	
	причудливые положения конечностей или торса	23	10,8	
	гиперсаливация	44	20,8	
	слезотечение	24	11,3	
акатизия		15	7,1	↓да, ↑на

Таблица 9

Сопряженность тригексифенидила, биперидена и амантадина с группами больных, получавших один, два или три корректора

препарат	Число больных (абс. / %)			X ² Пирсона	p
	Один корректор	Два корректора	Три корректора		
тригексифенидил	119 (95,2)	5 (4,0)	1 (0,8)	2,9	0,23
остальные корректоры	39 (24,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		
бипериден	26 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,5	0,47
остальные корректоры	132 (95,7)	5 (3,6)	1 (0,7)		
амантадин	11 (64,7)	5 (29,4)	1 (5,9)	44,4	<0,00001
остальные корректоры	147 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		

Проведен анализ сопряженности назначения трех корректоров с наиболее распространенными экстрапирамидными побочными эффектами (табл. 10). Установлено, что тригексифенидил достоверно чаще назначался при обеднении мимики, треморе, гримасах, а амантадин – при причудливых положениях конечностей или торса. Бипериден не имел «предпочтительных» побочных эффектов. Этот препарат назначался при любых экстрапирамидных расстройствах за исключением двух: обеднение мимики и слезотечение.

Представленный подход к применению корректоров сопряжен с сохраняющимися экстрапирамидными побочными эффектами у подавляющего большинства из 164 пациентов, получавших эти препараты (161 наблюдение – 98,2%). Причем, у 46 (28,0%) из 164 больных они носили слабый характер, у 67 (40,9%) – умеренный и у 48 (29,3%) – выраженный. Вместе с тем, результаты применения тригексифенидила, биперидена и амантадина отличались друг от друга (табл. 11). Так, у больных, принимавших тригексифенидил, отмечались более выраженные

экстрапирамидные побочные эффекты, нежели у остальных пациентов. При использовании биперидена результаты терапии были значимо лучше, чем средние по выборке. Наконец, у больных, принимавших амантадин, эти результаты не отличались от средних. Причем эти результаты нельзя объяснить различиями, связанными с характером антипсихотической терапии. Установлено, что пациенты, получавшие тригексифенидил, бипериден и амантадин, принимали сопоставимые средние суточные дозы антипсихотиков, выраженные в хлорпромазиновом эквиваленте (табл. 12).

Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют о наличии трех групп препаратов, назначаемых для длительного (часто многолетнего) приема. Первую из них – составляют «базовые» (или «основные») лекарственные средства: галоперидол, рисперидон, оланзапин и кветиапин. Эти препараты применяются в терапевтических суточных дозах, в качестве первого и единственного антипсихотика (монотерапия) при

Сопряженность различных экстрапирамидных симптомов* с приемом тригексифенидила, биперидена и амантадина

признак	Число больных (абс. / %)		p**
	на тригексифенидиле	не получавших препарат	
обеднение мимики отсутствие данного побочного эффекта	73 (58,4)	20 (23,0)	<0,00001
	52 (41,6)	67 (77,0)	
тремор отсутствие данного побочного эффекта	102 (81,6)	54 (62,1)	0,002
	23 (18,4)	33 (37,9)	
grimасы отсутствие данного побочного эффекта	10 (22,2)	72 (43,1)	0,01
	35 (77,8)	95 (56,9)	
слезотечение отсутствие данного побочного эффекта	22 (17,6)	2 (2,3)	0,0003
	103 (82,4)	85 (97,7)	
	на биперидене	не получавших препарат	
обеднение мимики отсутствие данного побочного эффекта	6 (23,1)	87 (46,8)	0,03
	20 (76,9)	99 (53,2)	
слезотечение отсутствие данного побочного эффекта	0 (0,0)	24 (12,9)	0,05
	26 (100,0)	162 (87,1)	
	на амантадине	не получавших препарат	
причудливые положения конечностей или торса отсутствие данного побочного эффекта	6 (35,3)	17 (8,7)	0,005
	11 (64,7)	178 (91,3)	

Примечания: * – представлены только симптомы, по которым выявлены значимые различия; ** – двухсторонний точный критерий Фишера.

Таблица 11

Сопряженность тригексифенидила, биперидена и амантадина с выраженностью экстрапирамидных побочных эффектов

препарат	Число больных (абс./ %)				χ ² Пирсона	p
	без побочных эффектов	с побочными эффектами				
		слабыми	умеренными	выраженными		
тригексифенидил отсутствие данного препарата	1 (0,8)	27 (21,6)	54 (43,2)	43 (34,4)	16,3	0,001
	2 (5,1)	19 (48,7)	36 (33,3)	5 (12,8)		
бипериден отсутствие данного препарата	2 (7,7)	16 (61,5)	7 (26,9)	1 (3,8)	26,5	0,00001
	1 (0,7)	30 (21,7)	60 (43,5)	47 (34,1)		
амантадин отсутствие данного препарата	0 (0,0)	3 (17,6)	7 (41,2)	7 (41,2)	1,2	0,57
	3 (2,0)	43 (29,3)	60 (40,8)	41 (27,9)		

Таблица 12

Сравнение групп больных, получавших различные корректоры, по выраженным в хлорпромазиновом эквиваленте средним суточным дозам антипсихотиков

сравниваемые группы больных, принимавших различные корректоры	макс. разность		p	хлорпромазиновые эквиваленты (мг) средней суточной дозы ± стандартное отклонение	
	отрицательная	положительная		1 группа	2 группа
1 группа – бипериден; 2 группа – амантадин	-0,44	0,09	<0,10	371,6±252,2	625,8±452,4
1 группа – тригексифенидил; 2 группа – амантадин	-0,28	0,07	>0,10	471,2±369,4	625,8±452,4

Примечания: использовался тест Колмогорова-Смирнова.

лечении подавляющего большинства симптомов психических расстройств.

Вторую группу составляют «дополнительные» («вспомогательные») антипсихотики (флуфеназин-деканоат, хлорпротиксен, тиоридазин, хлорпромазин). Все они назначаются в начальных (а то и более низких) суточных дозах, как второй или даже третий антипсихотик (комбинированная терапия) для лечения определенных симптомов психических расстройств (симптомов-мишеней).

Наконец, третью группу составляют «переходные» антипсихотики: клозапин, зуклопентиксол, трифлуоперазин. По некоторым своим характеристикам они близки к «базовым» препаратам. Так, зуклопентиксол использовался при проведении монотерапии. Клозапин и трифлуоперазин назначались при любых симптомах психических расстройств. В то же время, по остальным характеристикам рассматриваемые антипсихотики похожи на «вспомогательные». В частности, все три препарата назначались в начальных суточных дозах. Трифлуоперазин и кло-

запин чаще использовались как второй или даже третий антипсихотик (комбинированная терапия). Наконец, зуклопентиксол назначался преимущественно при определенных симптомах-мишенях.

Переходя к практике применения корректоров, укажем, что эти препараты в течение длительного времени (тригексифенидил – много лет) сопровождают терапию антипсихотиками. По аналогии с ними, среди корректоров также обнаруживается лекарственное средство, которое используется в качестве «базового». Таким препаратом является бипериден. Он назначался в терапевтической дозе исключительно в виде монотерапии при большинстве побочных эффектов. В то же время остальные корректоры – амантадин и тригексифенидил – могут быть отнесены к «переходным» препаратам. С одной стороны, они использовались в терапевтических дозах и при проведении монотерапии (единственный корректор). Но с другой, амантадин и тригексифенидил назначались при определенных экстрапирамидных побочных эффектах, которые рассматривались

Таблица 13

Механизмы действия антипсихотиков, способствующие снижению активности нейронов [1, 17]

антипсихотики	влияние на рецепторы					
	антагонизм				парциальный агонизм	
	D ₂	α ₁	H ₁	M ₁	5-HT _{1A}	D ₂
галоперидол	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
рисперидон	↓да	↓на	↓ги			
палиперидон	↓да	↓на	↓ги			
флуфеназин	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
флупентиксол	↓да	↓на				
трифлуоперазин	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
перфеназин	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
оланзапин	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
зуклопентиксол	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
перiciaзин	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
левомепромазин	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
промазин	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
хлорпромазин	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
клозапин	↓да	↓на	↓ги	↓ац	↓се	
хлорпротиксен	↓да	↓на	↓ги			
тиоридазин	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
алимемазин	↓да	↓на	↓ги	↓ац		
кветиапин*	↓да		↓ги		↓се	
сертиндол	↓да	↓на				
зипрасидон	↓да	↓на	↓ги		↓се	
амисульприд	↓да**					↓да***
сульпирид	↓да**					↓да***
арипипразол					↓се	↓да

Примечания: да – дофаминовые рецепторы, на – норадреналиновые рецепторы, ги – гистаминовые рецепторы, ац – ацетилхолиновые рецепторы, се – серотониновые рецепторы; * – с учетом метаболитов, ** – в высоких дозах, *** – в низких дозах; цветом выделены высокопотентные фармакологические свойства.

в качестве симптомов-мишеней. Кроме того, амантадин нередко использовался как второй или даже третий корректор.

Требуется особого внимания, тот факт, что используемая схема назначения препаратов сопряжена с низкой эффективностью терапии. Для оценки причин этого явления целесообразно обратиться к современным рекомендациям по использованию антипсихотиков и корректоров [1,17]. Первые из них (антипсихотики) – обладают различными механизмами действия (табл. 13 и 14), которые способствуют понижению (антагонизм к D_2 , α_1 , H_1 и M_1 рецепторам, частичный агонизм к D_2 - и 5-НТ_{1А}- рецепторам) или повышению (парциальный агонизм к 5-НТ_{1А}- рецепторам, антагонизм к 5-НТ_{2А}, 5-НТ_{2С}, 5-НТ₆, ингибирование обратного захвата норадреналина и серотонина) активности различных нейронов. Некоторые из этих фармакологических свойств настолько хорошо изучены, что можно даже учесть их эффективность у отдельных препаратов. В частности, известны сильные (высокопотентные) и слабые (низкопотентные) антагонисты D_2 , α_1 , H_1 и M_1 рецепторов.

Остальные фармакологические свойства, направленные на повышение активности нейронов, изучены гораздо хуже (табл. 14). Однако об их выраженности у отдельных препаратов можно судить по косвенным признакам. В частности, учитывают на каком «фоне» они реализуются. Одна ситуация, когда механизм действия, направленным на повышение активности нейронов, вообще не противостоят противоположные фармакологические свойства или они слабые (низкопотентные) (табл. 13). И совсем другое дело, если у препарата есть высокопотентные механизмы действия, предназначенные для снижения активности тех же нервных клеток.

Выбор антипсихотика осуществляется на основании сопоставления патогенеза доминирующего симптомокомплекса с механизмом действия препаратов [1,17]. Причем необходимо найти препарат (или их сочетание), обладающий наиболее адекватным набором эффективных фармакологических свойств. В качестве примера приведем (в самом общем виде) схему подбора антипсихотика для эффективного лечения больных шизофренией, которые преоблада-

Таблица 14

Механизмы действия антипсихотиков, способствующие повышению активности нейронов [1,17]

препараты	их влияние на рецепторы						на ферменты ингибирование обратного захвата
	парциальный агонизм		антагонизм				
	D_2	5-НТ _{1А}	α_2	5-НТ _{2А}	5-НТ _{2С}	5-НТ ₆	
галоперидол							
рисперидон			↑на ↑се	↑да			
палиперидон			↑на ↑се	↑да			
флуфеназин				↑да		↑ац	
флупентиксол				↑да			
трифлуоперазин				↑да			
перфеназин				↑да			
оланзапин				↑да	↑да ↑на	↑ац	
зуклопентиксол				↑да			
перициазин				↑да			
левомепромазин				↑да			
промазин							
хлорпромазин				↑да	↑да ↑на		↑на ↑се
клозапин		↑да ↑на ↑ац	↑на ↑се	↑да	↑да ↑на	↑ац	
хлорпротиксен				↑да			↑на
тиоридазин				↑да			
алимемазин				↑да			
кветиапин*		↑да ↑на ↑ац	↑на ↑се	↑да	↑да ↑на		↑на
сертиндол				↑да	↑да ↑на	↑ац	
зипрасидон		↑да ↑на ↑ац		↑да	↑да ↑на		↑на ↑се
амисульприд**	↑да						
сульпирид**	↑да						
арипипразол	↑да	↑да ↑на ↑ац		↑да	↑да ↑на		↑се

Примечания: да – дофаминовые рецепторы, на – норадреналиновые рецепторы, ац – ацетилхолиновые рецепторы, се – серотониновые рецепторы.

дают среди пациентов АНКОРПСИ. Так, для купирования разнообразных продуктивных симптомокомплексов, требуется резко снизить активность дофаминовых, норадреналиновых, ацетилхолиновых и гистаминовых нейронов (табл. 5).

В наибольшей мере для этого подходит препарат, являющийся высокопотентным антагонистом D_2 , α_1 , H_1 и M_1 рецепторов. К сожалению, в настоящее время просто не существует антипсихотика, обладающего полным набором указанных фармакологических свойств (табл. 13). Зато эффективная терапия возможна при сочетании высокопотентных антагонистов D_2 рецепторов («собственно антипсихотики»: галоперидол, рисперидон, палиперидон, флуфеназин, флупентиксол, трифлуоперазин, перфеназин, оланзапин) и α_1 , H_1 и M_1 рецепторов («седатики»: перициазин, левомепромазин, промазин, хлорпромазин, клозапин).

Для лечения разнообразных негативных симптомов требуется набор механизмов действия, позволяющий повысить активность дофаминовых, норадреналиновых, ацетилхолиновых и гистаминовых нейронов (табл. 6). Однако этот набор фармакологических свойств также отсутствует у применяемых на сегодняшний день антипсихотиков (табл. 14). Зато среди них есть шесть препаратов (оланзапин, клозапин, кветиапин, сертиндол, зипрасидон, арипипразол), способных активизировать три из четырех необходимых разновидностей нервных клеток (дофаминовые, норадреналиновые, ацетилхолиновые). В тоже время, у двух из шести перечисленных препаратов существуют сильные противоположные механизмы действия, приводящие к снижению активности нейронов (табл. 13). Так оланзапин является высокопотентным антагонистом D_2 , H_1 и M_1 рецепторов, а клозапин – D_2 , H_1 и M_1 рецепторов. Аналогичные механизмы действия у кветиапина, сертиндола, зипрасидона и арипипразола выражены гораздо слабее. Соответственно, именно эти лекарственные средства следует использовать для наиболее эффективного лечения негативных симптомокомплексов шизофрении.

Возвращаясь к выявленным в ходе исследования низким результатам терапии антипсихотиками, укажем, что это, скорее всего, обусловлено нерациональной схемой назначения препаратов, основанной на представлениях о существовании так называемых базовых лекарственных средств, которые могут использоваться для длительной (часто многолетней) монотерапии любых симптомокомплексов. К этим препаратам лишь иногда добавляются вспомогательные средства для повышения эффективности терапии отдельных групп симптомов. Между тем базовых антипсихотиков просто не существует. В этом легко убедиться, если сравнить представленные выше списки «собственно антипсихотиков», «седатиков» и препаратов с антинегативным действием. Вот почему длительное использование одного пре-

парата, который назначается без учета клинических и патогенетических особенностей состояния может привести лишь к снижению эффективности терапии. Не улучшат результаты лечения и вспомогательные препараты, хотя бы в силу того, что назначаются в низких дозах. Между тем, в настоящее время считается, что механизмы действия антипсихотиков наилучшим образом реализуются при их назначении в терапевтических дозировках.

Переходя к имеющимся рекомендациям по назначению корректоров, укажем, что они учитывают механизмы действия, направленные либо на повышение активности дофаминовых (непрямые агонисты D_2 рецепторов), либо снижение ацетилхолиновых (антагонисты M рецепторов, холинолитики) нейронов [7,17]. Причем последние принято делить на селективные, являющиеся антагонистами только M_1 рецепторов, и неселективные, которые обладают способностью воздействовать на M_1 , M_2 , M_3 рецепторы. Считается, что селективные холинолитики имеют определённые преимущества, связанные с их механизмом действия. В частности, они избирательно влияют на рецепторы, которые расположены на нейронах, ответственных за формирование экстрапирамидных симптомов. В результате фармакологические свойства селективного антагониста M_1 рецепторов будут «расходиться» более рационально, что обеспечит большую эффективность терапии. Вот почему современные руководства рекомендуют шире применять именно селективные холинолитики [7,16]. Наконец, в качестве корректоров могут использоваться различные препараты, снижающие активность норадреналиновых нейронов (например, β -адреноблокаторы или аллостерические модуляторы ГАМК-рецепторов).

Выбор корректора осуществляется при сопоставлении патогенеза наблюдающихся экстрапирамидных симптомов (табл. 8) и механизмов действия таких препаратов. Например, при лечении сравнительно редко встречающейся акатизии, в качестве корректоров рекомендуется назначать препараты снижающие активность норадреналиновых нейронов. К ним относятся уже упомянутые выше β -адреноблокаторы, а также бензодиазепины. При лечении симптомокомплексов лекарственного паркинсонизма и острой дистонии, доминирующие в структуре побочных эффектов антипсихотиков, возможно назначение как непрямых агонистов D_2 рецепторов, так и селективных антагонистов M_1 рецепторов. Этот выбор может быть уточнен, если принять во внимание еще и патогенез психических расстройств, на фоне которых назначаются эти препараты.

Действительно, потребность в корректорах возникает, прежде всего, при использовании сильных (высокопотентных) антагонистов D_2 рецепторов (галоперидол, рисперидон, палиперидон, флуфеназин, флупентиксол, трифлуоперазин, перфеназин, оланзапин), которые используются вместе с «седати-

ками» для купирования продуктивных симптомокомплексов (табл. 13). Между тем, патогенез этих расстройств обусловлен повышением активности дофаминовых и ацетилхолиновых нейронов (табл. 5). В этой ситуации наиболее предпочтителен корректор, снижающий активность нервных клеток, и потому, не способный спровоцировать обострение психического расстройства и/или снизить эффективность терапии антипсихотиками. Легко убедиться, что этим требованиям удовлетворяют лишь селективные антагонисты M_1 рецепторов. В то же время не прямые агонисты D_2 рецепторов могут представлять потенциальную опасность из-за повышения активности дофаминовых нейронов. В этом случае можно ожидать как обострения симптомов психического расстройства, так и снижения эффективности терапии антипсихотиками. Вот почему авторы современных рекомендаций не видят перспективы в использовании не прямых агонистов D_2 рецепторов в качестве корректоров [7].

Что же касается низких результатов лечения экстрапирамидных побочных эффектов у больных, включенных в программу АНКОРПСИ, укажем, что это является следствием определенных недостатков в схеме назначения препаратов, которая сама по себе выглядит вполне рациональной. Действительно, в основе этой схемы лежит представление о существовании базового корректора – биперидена. Это положение вполне обосновано с учетом приведенных выше рекомендаций. Бипериден является селективным антагонистом M_1 -холинорецепторов. Соответственно, он с успехом может применяться при двух самых распространенных симптомокомплексах экстрапирамидных побочных эффектов: лекарственного паркинсонизма и острой дистонии.

Определенным недостатком использованной схемы является тот факт, что базовый корректор назначается достаточно редко (табл.3). Вместо него в подавляющем большинстве случаев используют

другой холинолитик – тригексифенидил, возможно из-за того, что он рассматривается как более доступный препарат. Однако тригексифенидил является неселективным антагонистом М-холинорецепторов и потому не может выступать в качестве полноценной замены базовому корректору. В частности, в проведенном исследовании получены данные, свидетельствующие о том, что тригексифенидил уступает биперидену в плане терапевтического влияния на экстрапирамидные побочные эффекты. Соответственно, при широком использовании, тригексифенидил неминуемо вызовет снижение общей эффективности терапии экстрапирамидных побочных эффектов.

Кроме того, еще одним важным недостатком схемы назначения корректоров, ухудшающим результаты лечения является то, что оба холинолитика (бипериден и тригексифенидил) назначаются в дозах, характерных для нижнего края терапевтического диапазона. Очевидно, что это сильно затрудняет адаптацию дозировок при большей тяжести экстрапирамидных побочных эффектов. Наконец, на эффективность терапии вполне мог повлиять и тот факт, что врачи, участвующие в АНКОРПСИ, практически не используют препараты, показанные для лечения акатизии.

Представленные данные позволяют наметить мероприятия, направленные на оптимизацию применения антипсихотиков и корректоров в психиатрической практике. Очевидна необходимость в специальной образовательной программе по рациональному использованию этих лекарственных средств с учетом современных представлений о патогенезе психических расстройств и побочных эффектов терапии. Еще одной неотложной задачей является изучение того, насколько выявленные в настоящей работе схемы применения антипсихотиков и корректоров распространены в клинической практике, а также устойчивы в ситуации, когда доступность лекарственных средств может быстро меняться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дробижев М.Ю., Овчинников А.А. Антипсихотики: меняем старые поколения на новую классификацию? // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 80–85.
2. Кунаева А.В., Зиганшина Л.Е., Яхин К.К., Миннетдинова Л.М., Гатин Ф.Ф., Михайлова Е.Б. Фармако-эпидемиологический анализ применения нейролептиков для лечения больных параноидной шизофренией в условиях психиатрического стационара // Неврологический вестник. 2003. Т. 25, вып. 1-2. С. 39–43.
3. Мосолов С.Н. Современная антипсихотическая фармакотерапия шизофрении. http://www.rmj.ru/articles_328.htm
4. Решетько О.В., Носова П.В., Барыльник Ю.Б. Фармакоэпидемиология психотропных средств, применяемых для лечения параноидной шизофрении, в стационарах различного типа // Клиническая фармакология и терапия. 2013. № 3. С. 71–75.
5. Стандарты оказания помощи больным шизофренией / Под ред. В.Н.Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н.Мосолова, А.Б.Шмуклера. М., 2006. <http://www.labclinpharm.ru/35.html>
6. Фалкай П., Уоброк Т., Либерман Д., Глентой Б., Гаттас В. Ф., Мюллер Г. Лечение острого периода шизофрении. Рекомендации Всемирной Федерации Обществ Биологической Психиатрии (WFSBP) по биологическому лечению шизофрении // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2011. № 1. С. 5–20.
7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении. Проект - 07.11.2013. <http://psychiatr.ru/download/1271?view=1&name=Органические+псих+расстр+проект+клин+рекоменд+ноябрь+13.pdf>
8. Харабурова Т.Л. Использование нейролептиков при лечении расстройств шизофренического спектра (фармакоэпидемиологическое исследование внебольничного контингента больных) // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112, № 2. С. 63–67.
9. Atkins M., Burgess A., Bottomley C., Riccio M. Chlorpromazine equivalents: a consensus of opinion for both clinical and research applications // *Psychiatr. Bull.* 1997. Vol. 21. P. 224–226.
10. Danivas V., Venkatasubramanian G. Current perspectives on chlorpromazine equivalents: Comparing apples and oranges // *Indian J. Psychiatry.* 2013. Vol. 55. P. 207–208.
11. Desmarais J.E., Beaulclair L., Margolese H.C. Anticholinergics in the era of atypical antipsychotics: short-term or long-term treatment? // *J. Psychopharmacol.* 2012. Vol. 26, N 9. P. 1167–1174.
12. Gardner D.M., Murphy A.L., O'Donnell H., Centorrino F., Baldessarini R.J. International Consensus Study of Antipsychotic Dosing // *Am. J. Psychiatry.* 2010. Vol. 167, N 6. P. 686–693.
13. Gjerden P., Slørdal L., Bramness J.G. Prescription persistence and safety of antipsychotic medication: a national registry-based 3-year follow-up

- // Eur. J. Clin. Pharmacol. 2010. Vol. 66, N 9. P. 911–917.
14. Liu T., Zhang L., Pang L., Li N., Chen G., Zheng X. Schizophrenia-related disability in China: prevalence, gender, and geographic location // Psychiatr. Serv. 2015. Vol. 66, N 3. P. 249–257.
 15. Loga-Zec S., Loga S. Polypharmacy in the treatment of schizophrenic patients in three University Centers in the Federation of Bosnia and Herzegovina (F/BH) // Psychiatr. Danub. 2011. Vol. 23, N 1. P. 60–63.
 16. Ogino S., Miyamoto S., Tenjin T., Kitajima R., Ojima K., Miyake N., Funamoto Y., Arai J., Tsukahara S., Ito Y., Tadokoro M., Anai K., Tatsunami S., Kubota H., Kaneda Y., Yamaguchi N. Effects of discontinuation of long-term biperiden use on cognitive function and quality of life in schizophrenia // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2011. Vol. 35, N 1. P. 78–83.
 17. Stahl S.M. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application. 3rd ed. Cambridge University Press, 2008. 1117 p.
 18. Targeting treatment-refractory schizophrenia. Consensus statement. A multidimensional outcomes approach to the diagnosis and management of incomplete recovery 2010. <http://www.trscensus.com.au>
 19. Woods S.W. Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics // J. Clin. Psychiatry. 2003. Vol. 64. P. 663–667.

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ АНТИПСИХОТИКОВ И КОРРЕКТОРОВ В ПСИХИАТРИИ. Первые результаты программы АНКОРПСИ (АНтипсихотики и КОРректоры в ПСИхиатрии)

М.Ю. Дробижев, Е.В. Калинина, Е.Ю. Антохин, Е.Ю. Сорокина

В статье представлены результаты обсервационной программы, имеющей целью сбор информации о назначении антипсихотиков и корректоров в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь. Обследовано 212 амбулаторных и стационарных больных. На основе полученных данных выделены группы препаратов (антипсихотиков и

корректоров побочных эффектов терапии), назначаемых для длительного (часто многолетнего) приема. Обсуждаются обоснования для их рационального назначения.

Ключевые слова: шизофрения, антипсихотики, побочные эффекты терапии, корректоры.

USE OF ANTIPSYCHOTICS AND SIDE EFFECTS CORRECTORS IN PSYCHIATRY. The first results of the ANCORPSY Programme (ANTipsychotics and CORrectors in PSYchiatry)

M.Yu. Drobizhev, E.V. Kalinina, E.Yu. Antokhin, E.Yu. Sorokina

The article presents the results of the observational programme aimed on information gathering on prescribing antipsychotics and their side effects correctors in psychiatric facilities. Basing on assessment of 212 inpatients and outpatients the authors identified the groups of medications

(antipsychotics and correctors of treatment side effects) prescribed for long-term (often of many years duration) use. The rationale for adequate practice is discussed.

Key words: schizophrenia, antipsychotics, side effects correctors.

Дробижев Михаил Юрьевич – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Научно-образовательного клинического центра «Здоровое сердце» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; e-mail: dmyu2001@mail.ru

Калинина Елена Валерьевна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи БУ «Республиканская психиатрическая больница» Минздравсоцразвития Чувашии.

Антохин Евгений Юрьевич – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ, главный детский специалист психотерапевт Министерства Здравоохранения Оренбургской области; e-mail: antioh73@yandex.ru

Сорокина Екатерина Юрьевна – ведущий научный сотрудник Научно-образовательного клинического центра «Здоровое сердце» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова