

# ДИНАМИКА СУБЪЕКТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПРОЦЕССЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Е. Р. Кунафина

Уфа

Качество жизни (КЖ) – надежный и простой способ оценки влияния болезни на состояние пациента, включая его физический, эмоционально-психологический статус, взаимоотношения с родственниками, медицинским персоналом (7). Существенное увеличение количества исследований, посвященных изучению КЖ психически больных, обусловлено признанием важной роли субъективного мнения больного о собственном психологическом, физическом, социальном и духовном благополучии. Такой подход соответствует современным принципам восстановительного лечения психически больных, при которых целью является не только устранение симптомов психоза, но и достижение приемлемого уровня социального функционирования (СФ) и КЖ пациентов.

Появление исследований, посвященных КЖ больных шизофренией, совпало по времени с возникновением в психофармакологии новой группы препаратов – атипичных нейролептиков, которые обладают рядом общих свойств. К ним относят влияние на негативную симптоматику, меньшую выраженность и частоту побочных эффектов, отсутствие явлений поздней дискинезии при сопоставимом влиянии атипичных нейролептиков по сравнению с традиционными на продуктивные расстройства. Выраженность перечисленных особенностей атипичных антипсихотиков индивидуальна для каждого препарата этой группы. Отдельной особенностью действия атипичных нейролептиков, сравнительный анализ которой дан в ряде обзорных работ (8, 11–14), является их позитивное действие на когнитивные нарушения. В настоящее время когнитивный дефицит рассматривается как кардинальный признак шизофрении (1). Продемонстрирована его связь с негативной симптоматикой (6), показано его влияние на СФ и КЖ психически больных (2, 9). Очевидно, все перечисленные преимущества действия атипичных нейролептиков могут способствовать улучшению СФ и КЖ больных шизофренией старших возрастных групп и при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения.

В Башкирской республиканской психиатрической больнице принудительное лечение психически больных старших возрастных групп проводится по программе дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий. За основу выбрана система реабилитации психически больных, находящихся на принудительном лечении, Л.Н.Юрьевой (10), так как она наиболее полно учитывает роль и значение личностных и социальных факторов при построении реабилитационной программы, а также использованы рекомендации Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева.

Программа включает в себя четыре этапа лечебно-реабилитационных мероприятий: адаптационный, стабилизации, реконвалесценции, закрепления достигнутых результатов и подготовки к выписке.

## Материал и методы исследования

Целью исследования было изучение динамики показателей СФ и КЖ больных шизофренией старших возрастных групп, получающих во время принудительного лечения в качестве базовой и поддерживающей лекарственной терапии препарат оланзапин (зипрекса) – один из представителей группы атипичных нейролептиков. Критерием оценки эффективности служило выраженное в процентном отношении увеличение субъективных показателей СФ и КЖ пациентов.

В исследование были включены пациенты, находящиеся на втором (стабилизации) и третьем (реконвалесценции) этапах программы лечебно-реабилитационных мероприятий.

Критерием исключения являлись пациенты, находившиеся на момент первичного обследования в остром психотическом состоянии, а также наличие тяжелого сопутствующего соматического заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма и др.).

Для оценки клинических показателей терапевтического эффекта оланзапина использовали шкалу PANSS. Для оценки качества жизни больных с помощью опросника, модифицированного для приме-

нения в стационаре (5), оценивалась субъективная удовлетворенность/неудовлетворенность больных шизофренией и органическими психическими расстройствами пожилого и старческого возраста отдельными сторонами своей жизни на всех этапах принудительного лечения. Оценивались следующие показатели: здоровье (оценка своего здоровья в целом, удовлетворенность своим психическим состоянием, удовлетворенность физическим самочувствием), работоспособность (физическая работоспособность, уровень физической работоспособности, интеллектуальная продуктивность), дневная активность (оценка дневной активности, удовлетворенность дневной активностью), контакты с окружающими, отношения с родственниками и т.д. Субъективные показатели оценивались по 4-балльной шкале, согласно которой больным предлагался выбор ответов: «очень плохо», «плохо», «хорошо», «очень хорошо» или «не удовлетворен», «скорее не удовлетворен, чем удовлетворен», «скорее удовлетворен, чем не удовлетворен», «удовлетворен полностью», которые отражали негативные и позитивные изменения состояния больных. Результаты регистрировались в соответствии с этапами принудительного лечения.

Начальная пероральная доза оланзапина равнялась 5 мг в сутки. В дальнейшем, в зависимости от динамики состояния и переносимости препарата, доза могла быть увеличена. Средняя доза составила 10 мг в сутки для всех пациентов, она различалась в диапазоне от 5 до 15 мг в сутки.

Длительность терапии составила от 6 до 10 месяцев, в среднем – 8 месяцев. Критерием клинической эффективности терапии оланзапином являлось отсутствие рецидивов в течение периода наблюдения. Критерием безопасности применения препарата являлось отсутствие выраженной экстрапирамидной симптоматики, не поддающейся купированию циклодолом в дозе до 6 мг в сутки, а также отсутствие других серьезных побочных эффектов, требовавших отмены препарата.

### Результаты и обсуждение

В исследовании приняли участие 23 пациента в возрасте 50 лет и старше, признанные невменяемыми за совершение различных общественно опасных действий (ООД) и находящиеся на принудительном лечении в Республиканской психиатрической больнице в 2000–2004 годы. Средний возраст пациентов составил  $57 \pm 5$  лет, а средняя продолжительность заболевания к моменту обследования – 15,8 лет. Больные шизофренией в подавляющем большинстве были с параноидной формой (81,3%) и непрерывным типом течения (85,9%). В клинической картине у большинства больных в течение многих лет с различной интенсивностью преобладал галлюцинаторно-параноидный синдром с бредовыми идеями отношения, преследования, воздействия, отравления, особого значения, величия. Бредовые идеи с момента их формирования отличались на-

правленностью на конкретных лиц (как правило, из ближайшего окружения).

Клиническая эффективность терапии была зарегистрирована у 20 (86%) больных. У 3 (14%) пациентов препарат был отменен вследствие ухудшения психического состояния в виде обострения предшествующей симптоматики.

Анализ данных о динамике клинических показателей по шкале PANSS позволил выявить эффективность применения оланзапина в качестве базового препарата для поддерживающей терапии на этапе стабилизации лечебно-реабилитационной программы.

Снижение суммарного рейтинга по шкале PANSS равнялось 34,5%, а выраженность позитивной и негативной симптоматики уменьшилась на 33% и 32% соответственно, причем продуктивные и негативные расстройства редуцировались гармонично и достаточно равномерно. Редукция показателей нарушения мышления по субшкале PANSS составила 30%. Наиболее значительное изменение касалось показателей, характеризующих эмоциональную сферу, уменьшение депрессии/тревоги – 54,5%, при последующем высоком росте (62%) положительных эмоций по модулю качества жизни. Данные изменения в аффективной/эмоциональной сферах возникали раньше редукции продуктивной симптоматики, подтверждая последовательность в динамике действия нейролептиков, что подтверждает результаты исследований, проведенных ранее (3, 4).

Динамика субъективных показателей СФ и КЖ также была различной для разных сфер. Прежде всего, обращало на себя внимание отсутствие случаев снижения достигнутого уровня СФ. Отмечались изменения в физической (показатели жизненной активности достигали 70% отметки) и психологической сферах (рост показателей положительных эмоций в 62%, изменение самооценки в позитивную сторону в 43%).

Значимым являлось обнаруженное улучшение познавательных функций (41%), нарушения которых остаются в ремиссии у значительной части больных, поскольку улучшение внимания, памяти, способности к усвоению новой информации является одним из важнейших условий СФ.

Параллельно перечисленным изменениям существенно увеличились показатели, характеризующие способность к работе (52%), под ними понимался любой вид активной целенаправленной деятельности, что предполагало дневную активность, включение в трудовые процессы в отделении.

Под влиянием терапии у больных появилась потребность в эмоциональных контактах, формировался позитивный опыт в сфере общения, появились реальные планы на будущее. Объективность положительной динамики подтверждалась наблюдениями медперсонала, результатами бесед с родственниками.

В процессе лечения выраженных побочных эффектов терапии не отмечено. У 9 (45%) пациентов наблюдали акатизию, которая купировалась назначе-

**Динамика удовлетворенности больных шизофренией старших возрастных групп различными сторонами жизни в процессе принудительного лечения**

Показатель	Число неудовлетворенных больных (%)				Достоверность (p)
	На 1 этапе принудительного лечения	На 2 этапе принудительного лечения	На 3 этапе принудительного лечения	На 4 этапе принудительного лечения	
Физическая работоспособность	39,1	21,7	17,4	17,4	++
Интеллектуальная продуктивность	56,5	47,8	43,5	39,1	+
Дневная активность	52,2	43,5	39,1	34,8	+
Семейный образ жизни	30,4	26,1	26,1	17,4	-
Отсутствие семьи	34,8	34,8	39,1	43,5	-
Положение в семье	43,5	39,1	26,1	21,7	++
Отношения с родственниками	39,1	34,8	21,7	13,0	+++
Круг общения	8,7	8,7	13,0	17,4	-
Здоровье в целом	47,8	30,4	26,1	21,7	++

Примечания: + –  $p < 0,05$ ; ++ –  $p < 0,01$ ; +++ –  $p < 0,001$ .

нием циклодола (4–6 мг/сут) и носила транзиторный характер. У 11 (55%) пациентов корректоры не назначались ввиду хорошей переносимости препарата.

В процессе проведения лечебно-реабилитационных мероприятий у больных шизофренией было выявлено статистически значимое уменьшение числа больных, неудовлетворенных своим состоянием здоровья в целом ( $p < 0,01$ ). Половина пациентов реально связывала положительные изменения в психическом состоянии с приемом препарата (таблица).

После первого этапа лечебно-реабилитационных мероприятий (в основном купирования продуктивной симптоматики) отмечался достоверный рост

числа больных с улучшением своей психической и физической работоспособности, повышением уровня дневной активности. Аналогичные сдвиги выявлялись на третьем и четвертом этапах принудительного лечения при анализе удовлетворенности больных своим положением в семье и отношениями с родственниками.

### Заключение

Полученные данные носят предварительный характер, но позитивные изменения в КЖ больных шизофренией, получавших базовую и поддерживающую терапию оланзапином на этапе принудительного лечения, заслуживают внимания и настраивают на проведение дополнительных исследований на большем контингенте больных.

Таким образом, проведенное исследование показало, что оланзапин является эффективным средством для поддержания устойчивости ремиссии у больных шизофренией. Препарат оказывал действие, которое выражалось в купировании продуктивной симптоматики и коррекции негативных расстройств.

Препарат не вызывал стойких и выраженных побочных эффектов при длительном применении.

При базовой и поддерживающей терапии оланзапином субъективные показатели качества жизни пациентов изменялись в положительную сторону. Наиболее высокий рост показателей отмечался в сферах жизненной активности и положительных эмоций, последний показатель следовал за максимальной редукцией депрессии/тревоги по субшкале PANSS, что может свидетельствовать об определенном стабилизирующем влиянии оланзапина на эмоциональную сферу.

Следует отметить, что динамическое исследование качества жизни во время проведения принудительного лечения позволит осуществлять постоянный контроль за состоянием больного.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С., Вериги Н.Н. Шизофрения и когнитивный дефицит // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – № 6. – С. 202–204.
2. Бородин В.И., Ахапкин Р.В. Преимущества замены традиционных нейролептиков на оланзапин при терапии больных шизофренией // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – № 5. – С. 270–273.
3. Григорьева Е.А., Рижков А.С. Применение оланзапина при лечении депрессивно-бредовых расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – № 6. – С. 204–207.
4. Григорьева Е.А., Рижков А.С., Ипатов М.Ю. Сравнительное клиническое и катанестическое изучение действия оланзапина и сочетания амитриптилина с галоперидолом при терапии депрессивно-бредовых расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – № 3. – С. 118–122.
5. 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.
6. Мосолов С.Н., Кабанов С.О., Каримулаев И.А., Рывкин П.В. Редукция когнитивных нарушений у больных с первым эпизодом шизофрении и хроническим течением болезни при лечении кветиапином // Приложение к журналу Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – С. 6–11.
7. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб., 2002. – С. 31–36.
8. Четвертных И.И., Мосолов С.Н., Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. Сравнительная эффективность и переносимость длительного приме-

9. Шмуклер А.Б., Лосев Л.В., Зайцев Д.А., Гладков С.П. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 4. – С. 49–53.
10. Юрьева Л.Н. Принудительное лечение больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Днепропетровск, 1994. – 40 с.
11. Breier A., Roychowdhury S., Sethuraman G. et al. Сравнение оланзапина с другими атипичными антипсихотиками в профилактике рецидивов у пациентов с шизофренией // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – № 1. – С. 74–78.
12. Buckley P.F. Оланзапин: критический обзор последней литературы (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – № 2. – С. 61–68.
13. Ren X.S., Qian S., Lee A.F. et al. Сравнительный анализ продолжительности терапии больных шизофренией, принимающих атипичные нейролептические препараты (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – № 3. – С. 46–53.
14. Reznik I., Slavkin L., Shabash E. et al. Открытое сравнительное исследование кветиапина (сероквеля) и оланзапина при лечении обострений у больных шизофренией (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – № 1. – С. 78–80.