

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ

О.В. Лиманкин, А.А. Спикина, Ю.А. Парфенов, А.П. Отмахов

*Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко  
Психоневрологический диспансер №9, Санкт-Петербург*

Высокая распространенность шизофрении [6, 7, 18, 20], а также тяжесть ее последствий, включая медицинские [1, 12, 19, 22], социальные [24, 25] и экономические факторы [4, 23], определяют необходимость разработки эффективных методов лечения и организационных подходов к ведению больных.

Современные авторы, подводя итоги последним достижениям в лечении шизофрении, все чаще высказывают мнение о необходимости определения новых «биохимических» и иных мишеней воздействия на патологический процесс, создания новых групп лекарственных средств и разработке новых методов терапии [7, 13, 21]. Эта точка зрения основывается на представлении об исчерпанности потенциала современной нейролептической терапии, невозможности в большом числе случаев предотвращать развитие повторных обострений и формирование дефекта. Неблагоприятный прогноз определяется различными механизмами, но ведущая роль при этом отводится нарушению комплаентности больных. При анализе факторов, влияющих на комплаенс, доказано, что первоочередное значение имеют два из них - фактор врача и фактор лекарственного препарата; причем оба этих фактора наиболее отчетливо проявляются при переходе пациента из стационарного в амбулаторное звено.

Что касается фактора препарата, то в настоящее время утвердилось представление о том, что для сохранения преемственности в терапии шизофрении предпочтение следует отдавать антипсихотическим препаратам нового поколения [20, 22] в силу селективности их действия и минимальных побочных эффектов, что способствует соблюдению больными режима терапии. Но эффективность лечения зависит не только от чувствительности заболевания к нему, но и от ряда других факторов, к которым относится преемственность в оказании психиатрической помощи [7], которая обеспечивается тесной функциональной связью психиатрических учреждений разных ступеней. Это позволяет осуществлять непре-

рывное наблюдение за больным и его лечение при переходе из одного лечебного учреждения в другое [5, 12]. Несмотря на важность достижения своих узких организационных задач каждой медицинской организацией, общей целью для всей системы психиатрической службы в ведении больных с шизофренией является максимизация качества оказания психиатрической помощи в наиболее широком понимании этого понятия [3, 5, 15].

Фрагментация деятельности медицинских учреждений является одной из «проблемных» ситуаций, когда их недостаточное взаимодействие на разных этапах оказания психиатрической помощи не только приводит к потере драгоценного времени, но и снижает достигнутые на предыдущем этапе терапевтические успехи. Так, в настоящее время в психиатрии отмечается отчетливая тенденция к сдвигу акцента в оказании помощи во внебольничные условия [2, 7, 16]. Вместе с тем, особенности комплексного подхода (психофармакотерапия и психосоциальное вмешательство) в отдельных звеньях психиатрической службы остаются недостаточно разработанными [14–16].

Нами ранее, в период активного внедрения в клиническую практику антипсихотических препаратов нового поколения, было проведено катamnестическое наблюдение за пациентами, принимавшими ряд таких препаратов в период лечения в Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им.П.П.Кащенко и выписанных затем для продолжения лечения в амбулаторных условиях в разные районы города. Было установлено, что около 40% пациентов практически сразу (в течение 1-й недели после выписки) были переведены на лечение традиционными нейролептиками (в 30% случаев лечащими врачами диспансеров это мотивировалось отсутствием соответствующих препаратов в бесплатном отпуске; в 10% случаев – ухудшением состояния пациентов и необходимостью усилить терапию). Около 20% пациентов полностью прекра-

тили лечение (причем, в ряде случаев больные были готовы продолжать прием препаратов, но категорически отказывались от возврата к прежним схемам лечения традиционными нейролептиками из-за побочных действий последних). Лишь 40% выписанных пациентов продолжали принимать препараты, назначенные в стационаре, в течение 6 месяцев и более. Очевидно, что цена такого ограниченного по времени курса стационарного лечения вряд ли была оправдана, имея в виду, что наиболее существенные социально-психологические выигрыши от продолжения лечения дорогостоящими препаратами оказались упущенными [9].

В настоящее время вопросы преемственности остаются в поле активного внимания практических врачей, и в этой связи пациенты с первым вторым приступами шизофрении составляют одну из наиболее важных групп. Они часто повторно госпитализируются в течение года; нарушение в преемственности терапии ведет к тому, что больные отказываются от лечения, у них снижается комплаенс и растет уровень частоты рецидивов. Другим следствием нарушения в преемственности может быть развитие полирезистентности, в связи с тем, что субъективные предпочтения при назначении различных препаратов у врачей-психиатров, работающих на разных этапах оказания психиатрической помощи, часто приводят к кардинальной смене терапии.

Актуальность настоящей работы определило отсутствие систематизированных данных о взаимодействии различных звеньев психиатрической службы и их преемственности в ведении больных шизофренией. Целью ее было повышение эффективности терапии шизофрении за счет улучшения преемственности между стационарным и амбулаторными звеньями. В процессе работы нами было проведено сравнение качества ведения выписанных из стационара пациентов с первым приступом в амбулаторных условиях – до и после разработки ступенчатой программы взаимодействия стационарной и амбулаторной службы.

Предварительно были проанализированы 84 медицинские карты больных с диагнозом параноидной шизофрении, с длительностью заболевания менее 5 лет, выписанных из психиатрического стационара под диспансерное наблюдение в психоневрологическом диспансере. Было установлено, что в течение трех месяцев после выписки в 66% случаев терапия была изменена в связи с отсутствием в льготном отпуске рекомендованных в стационаре препаратов, либо в связи с отказом от продолжения терапии больных, которым был выставлен «реабилитационный диагноз»; в 27% случаев пациенты продолжали прием лекарств в дозировках, рекомендованных в стационаре; в 7% случаев дозировки были скорректированы амбулаторными врачами. В течение года после выписки 49% пациентов были госпитализированы повторно. Анализ результатов

лечения данной группы больных показал, что субъективное мнение врачей-психиатров об эффективности того или иного препарата влияет на выбор назначаемых антипсихотических препаратов; игнорирование принципов преемственности приводит к неадекватным ожиданиям и завышенным требованиям пациентов на последующих этапах оказания психиатрической помощи.

В группу исследуемых больных были включены 26 пациентов с диагнозом параноидной шизофрении (рубрика F20); длительностью заболевания менее 5 лет; в возрасте от 18 лет на момент начала исследования; 16 мужчин (61,5%) и 10 женщин (38,5%); работающие или учащиеся – 22 (84,6%), ничем не занятые – 4 (15,4%); выписанные из психиатрического стационара с рекомендацией продолжения лечения палиперидоном таблетированным и инъекционным (кспелион в дозировке 100 мг – 9 больных (34,6%), в дозировке 75 мг – 8 больных (30,8%), и инвегой в дозе 9мг, с рекомендацией последующего перевода на кспелион – 9 больных (34,6%). Следует отметить, что назначению пациентам инъекционного палиперидона пальмитата в психиатрическом стационаре предшествовал приём этими пациентами пероральной формы палиперидона или терапия инъекционным рисперидоном пролонгированного действия (активным метаболитом которого является палиперидон). Получение ответа на указанную предшествующую терапию является предиктором успешной последующей терапии инъекционным палиперидоном пальмитатом.

В течении года после выписки из стационара все пациенты, получавшие препарат кспелион в дозировке 100 мг, продолжили терапию, не изменяя дозировки; 2 пациента (из 8), принимавших препарат кспелион в дозировке 75 мг, были переведены на дозировку 100 мг в связи с появлением продуктивных симптомов; 4 пациента, получавшие препарат палиперидон, были переведены на препарат кспелион с дозировкой 100 мг, в соответствии с рекомендациями стационара; 2 пациента, получавших палиперидон таблетированный, были переведены на препарат оланзапин в дозировке 15мг; 3 пациента продолжили терапию палиперидоном в таблетированной форме, в связи с личным отказом от инъекционного введения препарата.

В течение года из числа пациентов, получавших кспелион в дозировке 75 мг, 1 – был госпитализирован в психиатрический стационар в связи с ухудшением состояния; 3 пациента были направлены в дневной стационар, из них 1 пациент с целью подбора дозировки, 2 пациента в связи с ухудшением состояния (в дневном стационаре дозировка была увеличена с 75 до 100 мг).

Анализ антипсихотической терапии палиперидоном (3 пациента) и кспелионом (21 пациент) показал наличие устойчивого функционирования обеих групп больных (табл. 1–3, рис. 1–3).

Таблица 1

**Динамика показателей по шкале PANSS и PSP у больных, получавших палиперидон пальмитат (75 мг)**

Шкалы для оценки клинической картины	Средний показатель при выписке из стационара	Средний показатель через 6 мес.	Средний показатель через год
PANSS, общ.	68±0,61	61±0,91***	54±1,11***
PSP	69±1,12	73±0,89*	82±1,34***

Примечание: \* – p<0,05 по сравнению с показателями при выписке из стационара; \*\*\* – p<0,001 по сравнению с показателями при выписке из стационара

Таблица 2

**Динамика показателей по шкале PANSS и PSP у больных, получавших палиперидон пальмитат (100 мг)**

Шкалы для оценки клинической картины	Средний показатель при выписке	Средний показатель 3мес	Средний показатель через год
PANSS	69±0,71	65±0,83	52±1,24***
PSP	71±0,92	70±1,14	84±1,39***

Примечание: \*\*\* – p<0,001 по сравнению с показателями при выписке из стационара.

Таблица 3

**Динамика показателей по шкале PANSS и PSP у больных, принимавших палиперидон**

Шкалы для оценки клинической картины	Средний показатель при выписке	Средний показатель через 6 мес	Средний показатель через год
PANSS	72 ±1,13	67±1,14**	67±1,47**
PSP	73±1,46	72±1,68	80±1,92***

Примечание: \*\* – p<0,01 по сравнению с показателями при выписке из стационара; \*\*\* – p<0,001 по сравнению с показателями при выписке из стационара.

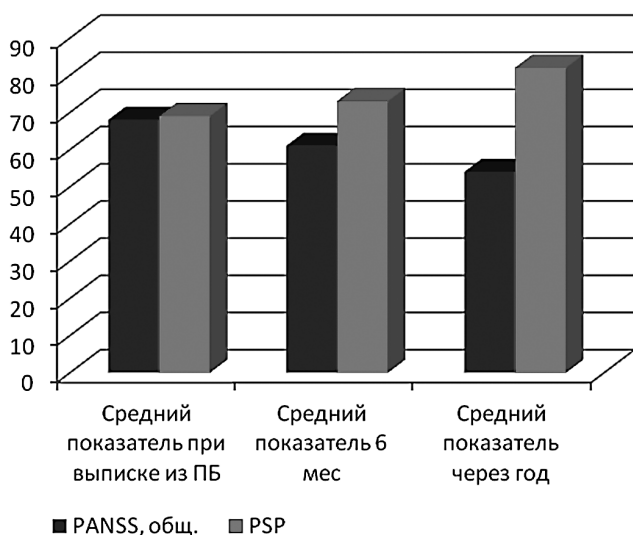


Рис. 1. Динамика показателей по шкале PANSS и PSP у больных, получавших палиперидон пальмитат (75 мг)

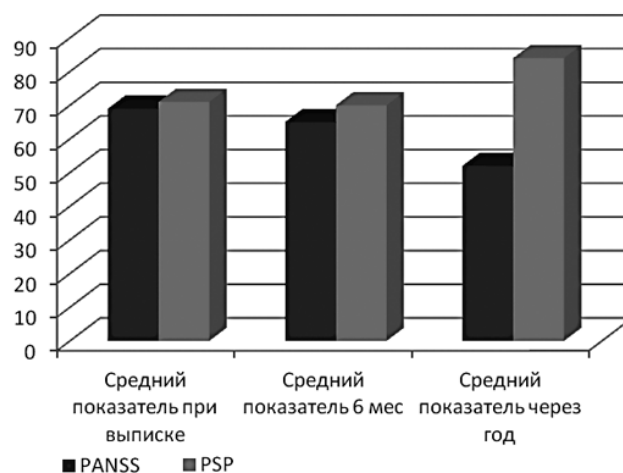


Рис. 2. Динамика показателей по шкале PANSS и PSP у больных, получавших палиперидон пальмитат (100 мг)

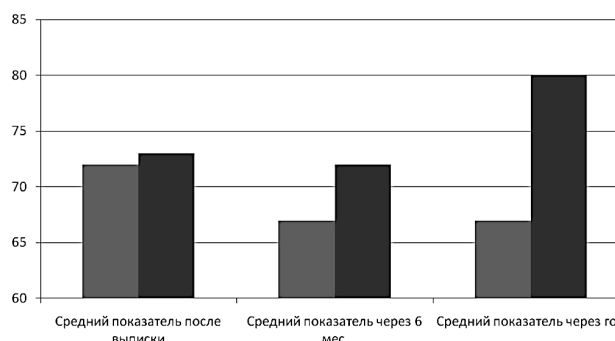


Рис. 3. Динамика показателей по шкале PANSS и PSP у больных, принимавших палиперидон

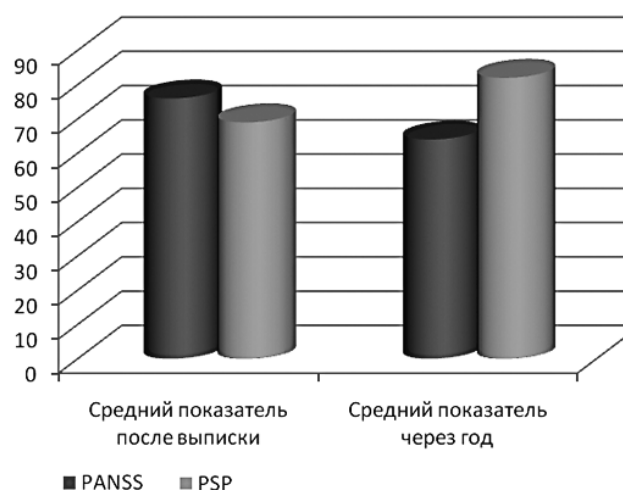


Рис. 4. Обобщенная динамика данных по шкалам PANSS и PSP у больных, получавших палиперидон и ксеплион

На рис. 4 представлена обобщенная динамика данных по шкалам PANSS и PSP у больных на фоне терапии палиперидоном и ксеплионом. Как следует из представленных данных, при различных дозировках наблюдались идентичные показатели социального функционирования и клиническая картина.

По данным литературы известно, что процент достоверно-значимой редукции суммарного балла по PANSS в группе пациентов, получающих поддерживающую терапию атипичными антипсихотиками, составляет 15,7%, а в группе пациентов, получающих терапию типичными антипсихотиками—7,1% [25]. Межгрупповые различия на 12 месяце статистически значимы ( $p < 0,01$ ).

Однако, клиническую эффективность ксеплиона и палиперидона целесообразно оценивать также в различных формирующих ее сферах: не только привлекая показатели работы психиатрических служб (уровень регоспитализации как весьма приблизительный показатель частоты обострений и рецидивов), но и оценивая безопасность и переносимость лечения, а также приверженность ему, социальное функционирование и качество жизни (КЖ) пациентов.

Наиболее распространенная количественная единица измерения «полезности» терапии, вытекающая из предпочтения пациента достичь благополучного состояния здоровья, QALY (сохраненные годы качественной жизни), объединяет и взвешивает клинические и гуманистические (качество жизни и предпочтения пациента) результаты терапии [4, 25].

Анализ «затраты-полезность» позволяет получить всеобъемлющую оценку результатов любого медицинского вмешательства с позиции пациента как целостной личности, с учетом его предпочтений, общей для всех людей потребности в независимой и не сопряженной со страданиями жизнью. Изучать эффективность медицинских вмешательств таким методом рекомендуется, когда КЖ является принципиально важным результатом терапии при недостаточно информативных клинических критериях сравнительной оценки [10], приводимых в мета-анализах атипичных антипсихотиков (ксеплион и палиперидон).

В результате анализа общей годовой стоимости, затраты при применении ксеплиона составили 123 354,65 руб. Приращение QALY в исследуемой группе составило 0,327QALY, что, таким образом, позволяет нам говорить, что отношение затраты – полезности в течение 12 месяцев в исследованной группе составляло 377 231,34 руб.

Анализ безрецидивного периода у больных на фоне терапии ксеплионом и палиперидоном позволил выделить 2 важных фактора, которые способствуют поддержанию ремиссии: лекарственная антипсихотическая терапия; преемственность при оказании психиатрической помощи на госпитальном этапе и в амбулаторном звене. Распределение веса этих факторов представлено в табл. 4 и рис. 5.

В группу фактора – лекарственная терапия были включены показатели, связанные с характеристиками препаратов, условий их применения, спектра побочных и нежелательных эффектов, в группы – преемственность психиатрической помощи включа-

лись – уровень функциональной связи между психиатрическим учреждениями (нами было разработано, в зависимости от тесноты функциональной связи, 3 степени – сильная, умеренная, слабая), комплексный подход к лечению на каждом этапе (показатель характеризовался уровнем сохранения базовой поддерживающей терапии, назначенной на предыдущем этапе), степень полноты информации (своевременное и полное получение информации о терапии и особенностях ведения пациента на каждом этапе). Критериями успешности терапии атипичными антипсихотиками являлись:

- купирование симптоматики;
- улучшение качества жизни и уровня функционирования;
- обеспечение процесса выздоровления до максимально возможного уровня.

Таблица 4

**Факторы, влияющие на успешность терапии атипичными антипсихотиками**

Факторы	Общее влияние (%)
Лекарственная терапия	64
Преемственность психиатрической помощи	31
Другие	5

При анализе степени влияния различных факторов на комплаенс, установлено, что первое ранговое место делят между собой фактор врача (коэффициент детерминации  $R=0,51$ ;  $p=0,05$ ) и фактор лекарственного препарата (коэффициент детерминации  $R=0,51$ ;  $p=0,05$ ). Коэффициент детерминации обоих факторов достигает максимума при преемственности перехода пациента из стационарного в амбулаторное звено (коэффициент детерминации  $R=0,54$ ;  $p=0,05$ ). Больные, получавшие лечение в едином континууме преемственности горизонтального взаимодействия специалистов обоих организационно-методических звеньев психиатрической помощи (стационар и амбулатория), обнаруживали достоверно более короткие сроки купирования психотиче-

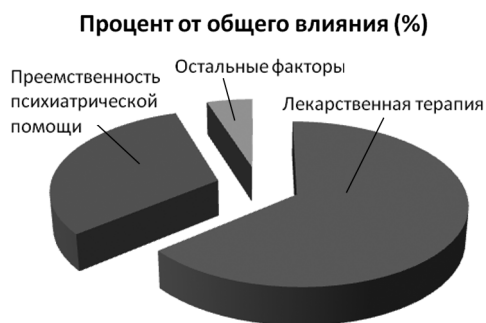


Рис. 5. Распределение факторов, влияющих на успешность терапии атипичными антипсихотиками

ской симптоматики. Они реже попадали в больницу при последующих обострениях/приступах, проходя лечение в полустационарных и амбулаторных условиях. На протяжении катмнестического наблюдения они более длительное время продолжали прием поддерживающей терапии, обнаруживая тем самым более высокую комплаентность, и, как следствие, более качественные ремиссии – достоверно реже обнаруживали бредовое поведение в ремиссии. Ещё одним показателем высокого уровня горизонтальной преемственности амбулаторного и стационарного звеньев явилось более короткое время от

начала обострений до обращения за помощью при последующих обострениях/приступах.

### Выводы

Тесная функциональная связь амбулаторных и стационарных психиатрических учреждений позволяет осуществлять непрерывное наблюдение за больными и их лечением при переходе пациента из одного звена службы, что способствует соблюдению больными режима терапии, лучшему комплаенсу и, в конечном счете, определяет успешные результаты лечения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Волков В.П. Соматическая патология и причины смерти при шизофрении /В.П. Волков // Журнал неврологии и психиатрии. - 2009. - № 5. - С. 14-19.
2. Данилов Д.С. Эффективность терапии шизофрении атипичными нейролептиками (значение различных клинико-социальных факторов): автореф. дис. ... канд. мед. наук. /Д.С. Данилов Д.С. – М., 2011.
3. Гурович И.Я. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии / И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова //Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - Т. 8, №4. - С. 5-20.
4. Гурович И.Я. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. / И.Я. Гурович, Е.Б. Любов - М.: Медпрактика, 2003.
5. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных /И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова //Российский психиатрический журнал. - 2006. №2. -С. 61-64.
6. Краснов В.Н., Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство. /В.Н. Краснов – М.: Медпрактика-М, 2007. - С. 260.
7. Краснов В.Н. Стандарты оказания помощи больным шизофренией. /Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера – М., 2006.
8. Критская В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков – М.: Изд-во МГУ, 1991. - 278 с.
9. Лиманкин О.В. Актуальные проблемы использования психотропных препаратов нового поколения в психиатрической практике /О.В. Лиманкин // Российский психиатрический журнал. – 2004. - № 6. – С. 48-52.
10. Любов Е.Б., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю. Фармакоэкономическая модель антирецидивного лечения сероквелем, rispлетом и zipрексой пациентов в первом эпизоде шизофрении. Том 07/№ 4/2005
11. Магомедова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией. /М.В. Магомедова //Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 1. – С. 92–99.
12. Мовина Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. — 24
13. Незнанов Н.Г. Психиатрия. – М.: ГЭОТАР-Меди, 2009. - С. 512.
14. Султанов М.Г. Качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией с длительными сроками госпитализации (клинические и социальные аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. / М.Г. Султанов – М., 2005.
15. Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении: модели, тенденции. / А.Б. Холмогорова //Московский психотерапевтический журнал. -1993. - №2. - С. 77-112.
16. Шевский В.И., Шейман И.М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения. / В.И. Шевский, И.М. Шейман //Вопросы государственного и муниципального управления. - 2013. - № 3.
17. Шендеров К.В. Клинико-социальные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера: автореф. дис. ... канд. мед. наук. /К.В. Шендеров - М., 2011.
18. Alam D.A., Janicak P.G. The role of psychopharmacotherapy in improving the long-term outcome of schizophrenia. //Essent. Psychopharmacol. 2005; 6(3):127-40.
19. Babinkostova Z., Stefanovski B. Forms of antipsychotic therapy: improved individual outcomes under personalised treatment of schizophrenia focused on depression. //EPMA J. 2011, Dec; 2(4):391-402.
20. Beary M., Wildgust H.J. A critical review of major mortality risk factors for all-cause mortality in first-episode schizophrenia: clinical and research implications. //J. Psychopharmacol. 2012; 26(Suppl. 5):52-61.
21. De Berardis D. et al. Efficacy and safety of long acting injectable atypical antipsychotics: A Review. //Curr.Clin.Pharmacol. 2013, Jan 4.
22. Fu D.J., Bossie C.A., Sliwa J.K., Ma Y.W., Alphas L. Paliperidone palmitate versus risperidone long-acting injection in markedly-to-severely ill schizophrenia subjects. //Clin. Schizophr. Relat. Psychoses. 2013, Feb, 27:1-31.
23. Furiak N.M., Gahn J.C., Klein R.W., Camper S.B., Summers K.H. Estimated economic benefits from low-frequency administration of atypical antipsychotics in treatment of schizophrenia: a decision model. //Ann. Gen. Psychiatry. 2012, Nov 16; 11(1):29.
24. Mangalore R., Knapp M., Jenkins R. Income-related inequality in mental health in Britain: the concentration index approach. //Psychol. Med. 2007;37:1037-45.
25. Nasrallah H.A., Targum S.D., Tandon R. et al. Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia // Psychiatr. Serv. 2005. Vol. 56. P. 273–282.
26. Tandon R., Jibson M.D. Comparing efficacy of first-line atypical antipsychotics: no evidence of differential efficacy between risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, and aripiprazole // Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2005. Vol. 9, N 3. P. 204–212.

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ

О.В. Лиманкин, А.А. Спикина, Ю.А. Парфенов, А.П. Отмахов

В статье обсуждаются вопросы преемственности психиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях. Показано, что тесная связь амбулаторных и стационарных психиатрических учреждений позволяет осуществлять непрерывное наблюдение за больными и их лечением, что способствует соблюдению больными режима тера-

пии, лучшему комплаенсу и, в конечном счете, определяет успешные результаты лечения.

**Ключевые слова:** шизофрения, лечение, внебольничная психиатрическая помощь, стационарная психиатрическая помощь

## EVALUATION OF THE MANAGEMENT EFFECTIVENESS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA IN INPATIENT AND OUTPATIENT SETTINGS

**O.V. Limankin, A.A. Spikina, Y.A. Parfenov, A.P. Otmakhov**

The article discusses the issues of continuity of mental health care in outpatient and inpatient settings. It is shown that a close relationship of outpatient and inpatient mental health facilities allows continuous observation of patients and their treatment that promotes adherence to the

patients mode of therapy, better compliance and, ultimately, determines the success of the treatment.

**Key words:** schizophrenia, treatment, outpatient psychiatric care, inpatient psychiatric care

---

**Лиманкин Олег Васильевич** – кандидат медицинских наук, главный врач СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко»; e-mail: Limankin@mail.ru

**Спикина Анна Александровна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И.И.Мечникова; e-mail: a-spikina@yandex.ru

**Парфенов Юрий Александрович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры геронтологии Северо-Западного Медицинского Университета им.И.И. Мечникова; e-mail: myinternety@yandex.ru

**Отмахов Андрей Павлович** – заместитель главного врача СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко»; e-mail: otmakhov@kaschenko-spb.ru

Подписывайтесь на наш журнал  
в местных почтовых отделениях связи

Индекс журнала 73358

Адрес редакции:

107076, МОСКВА, ПОТЕШНАЯ УЛ. 3,  
МОСКОВСКИЙ НИИ ПСИХИАТРИИ МЗ РФ

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА  
«СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ»

Тел. 963-76-63