

Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией: фокус на палиперидона пальмитат (клинический случай)

Григорьева Е.В.

ГУЗ «Психоневрологический диспансер № 6», г. Санкт-Петербург

Резюме. В статье обсуждаются вопросы социального функционирования и качества жизни при длительном использовании психотропных средств селективного действия из группы атипичных антипсихотиков с широким спектром активности и благоприятным профилем побочных эффектов для психофармакотерапии больных шизофренией. В качестве примера представлена история болезни пациентки, получавшей монотерапию препаратом Ксеплион. Рассмотрена динамика клинической эффективности, безопасности лечения, а также изменения, произошедшие в сфере социального функционирования больной. Статья адресована психиатрам практической сети и научным сотрудникам, работающим в области охраны психического здоровья.

Ключевые слова: антипсихотическая терапия, атипичные антипсихотики, Палиперидона пальмитат, социальное функционирование больных, качество жизни.

Patient social function and quality of life in schizophrenia: focus on paliperidone palmitate

Grigorieva E.V.

State psychoneurological dispensary № 6, St-Petersburg

Summary. The long-term outcomes of treatment with new selective antipsychotic for patients with schizophrenia have been discussed. Using the example of patients treated with "Xeplion" for secondary prevention of worsening symptoms of the disorder and changing in patient social functionality are in the focus. Especial attention paid on safety and efficacy of the treatment. Addressed to psychiatrists working in health services and researchers.

Key words: pharmacotherapy of schizophrenia, atypical antipsychotics, paliperidone palmitate, patient social function, anti-relapse treatment quality of life.

В настоящее время все более очевидным становится подход, отражающий многоаспектное рассмотрение психической патологии с привлечением не только клинкопсихопатологических, но и социально-средовых и личностных характеристик. В ряде случаев эти показатели даже включаются в официальные классификации психических заболеваний. Так, в DSM-IV введена специальная ось, предназначенная для характеристики социальных нарушений, выявляющихся при той или иной психической патологии (Diagnostic Criteria from DSM-IV, 1995). В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) при описании диагностических категорий также указываются возможные нарушения социального функционирования больных.

Возрастает интерес к субъективным переживаниям пациентов, их представлениям о своем самочувствии, качестве оказания помощи и течении жизни в целом, что закономерно привлекло внимание исследователей к проблеме качества жизни больных. Ряд авторов подчеркивает, что главной целью совершенствования психиатрической помощи является улучшение качества жизни больных и членов их семей (Н.Катсчниц, 1997; Н.Сарториус, 1998). Показатели качества жизни пытаются использовать для планирования и оценки деятельности всех звеньев психиатрической службы: стационарной, диспансерной, вне-

диспансерной (G.A.Gellert, 1993; J.M.Schulenberg, 1994; J.Oliver и со- авт., 1996), при изучении клинических особенностей (оценки тяжести заболевания, его динамики и особенностей психопатологической симптоматики) и результатов лечения больных (M.G.Stoker и соавт., 1992; G.Beaumont, 1993; R.B.Lydiard, 1993; P.Mester и соавт., 1993; P.Bech, 1994; I.Hindmarch, 1994; B.Jambon, 1994; D.Leger, 1994; J.Lonnqvist и соавт., 1994; R.Tumerr, 1994; E.Caillaud, 1996; M.Linden, 1996). Кроме того, подчеркивается необходимость привлечения этих показателей в качестве значимых критериев при клинических испытаниях новых психотропных средств, особенно для оценки выраженности и переносимости нежелательных побочных эффектов терапии (F.Baker, J.Intagliata, 1982; Н.Катсчниц, 1997).

Концепция качества жизни, связанного с состоянием здоровья, является гетерогенной и включает в себя клинические и не клинические факторы. К клиническим факторам относят характер и интенсивность преобладающей симптоматики, побочные эффекты терапии, субъективное благополучие и функциональный исход. К неклиническим факторам относят бытовые условия, семейную и социальную поддержку и пр. Безусловно, шизофрения нарушает социальное функционирование, независимость и интеграцию пациента в общество. Общая тяжесть заболевания опре-

деляется не только психотическими симптомами, но и социальными последствиями — болезнь выталкивает пациента из привычного трудового и семейного окружения, ставит под угрозу его существование как целостной функциональной личности [2]. Вместе с тем, не смотря на важность психосоциальных подходов к терапии шизофрении, основным методом лечения остается долгосрочная лекарственная терапия, цели и стратегии которой определяются фазой и тяжестью заболевания. Базовым фармакологическим классом средств для лечения острых симптомов шизофрении и длительной противорецидивной терапии являются антипсихотические препараты (нейролептики) [3].

Контроль симптомов за счет адекватной антипсихотической терапии помогает пациентам справляться с личностными и социальными трудностями [4]. В этом контексте очень важна приверженность терапии (комплаентность). В 1990-х годах Awad и соавторы разработали концептуальную модель качества жизни пациентов с шизофренией [5]. В соответствии с этой моделью конечное качество жизни определяется влиянием психотической симптоматики, побочными эффектами терапии и социальным функционированием. Антипсихотики не влияют напрямую на качество жизни. Но изменяют динамический баланс между тремя синдромальными измерениями. Антипсихотики с широким спектром активности и благоприятным профилем побочных эффектов обладают наибольшей эффективностью в отношении качества жизни. Введение в клиническую практику антипсихотиков второго поколения (АПВП), которые обладают лучшей переносимостью, чем препараты первого поколения, стало важной вехой в лечении шизофрении [6]. Многие исследователи считают, что АПВП способны улучшить благополучие и социальное функционирование пациентов, особенно в среднесрочной и далекой перспективе [7-11].

Данная группа препаратов характеризуется в первую очередь отсутствием или наличием только дозозависимых экстрапирамидных побочных эффектов, таких как паркинсонизм, дистония, тремор, атетоз, акатизия, тики, миоклонии, стереотипии. А благодаря сочетанию комфортной переносимости атипичных нейролептиков, в частности, рисперидона и палиперидона, с высокой антипсихотической эффективностью была решена серьезнейшая проблема низкой приверженности пациентов к лечению и профилактике периодических психозов и эндогенных заболеваний с непрерывным течением [12].

Приводим описание клинического случая успешной, на наш взгляд, терапии пациентки, страдающей параноидной шизофренией, с обострениями, ставшими причиной снижения социального функционирования. Приверженность улучшилась с помощью применения в качестве поддерживающей терапии инъекционного атипичного антипсихотика палиперидона пальмитата.

Клинический случай

Пациентка В. находилась на лечении в дневном стационаре СПб ГБУЗ ПНД № 6 с 24.09.2015г. по 09.11.2015 г. Диагноз «шизофрения параноидная. Параноидный синдром F20.01».

Анамнез: данных за отягощенную наследственность не выявлено. Единственный ребенок в семье, беременность и роды протекали без особенностей. Рост и раннее развитие проходили в соответствии с возрастными нормами. Посещала детское дошкольное учреждение. В школу пошла с 6 лет, училась отлично. В раннем детстве занималась бальными танцами, потом художественной гимнастикой, большим теннисом. Окончила 11 классов с серебряной медалью. В 2007 году окончила платное отделение Университета Технологии и Дизайна, экономический факультет по специальности бухгалтерский учет, анализ, аудит. Работала по специальности в аудиторских фирмах, уволилась весной 2015 г. на фоне ухудшения состояния. С октября 2015 г. по настоящее время работает экономистом. Не замужем. Детей нет. Живет одна в отдельной квартире. Употребление алкоголя, других психоактивных веществ отрицает.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, цикл 4/35 не регулярно.

Из перенесенных заболеваний: простудные, хр. фарингит. ЧМТ, операции отрицает. Эпиданамнез: спокойный.

Аллергоанамнез: аллергическая реакция по типу отека Квинке на антибиотики пенициллинового ряда.

Анамнез заболевания: преморбидно отличалась шизоидными чертами характера, по словам матери росла замкнутым ребенком, трудно общалась со сверстниками, в школе в большей степени интересовалась обучением, близких подруг не имела. В подростковом возрасте «страдала комплексами» по поводу своей внешности, была стеснительной, испытывала затруднения в общении со сверстниками, любила читать литературу по психологии.

Заболела остро — в конце мая 2008 года, когда на фоне повышенного настроения начала высказывать бредовые идеи преследования — говорила родителям, что на работе за ней следят, везде расставлены подслушивающие устройства. Купила путевку в Турцию, в аэропорту отказалась лететь, говорила, что плохое предчувствие — «могут украсть». Дома избирательно ела продукты, рвала и выбрасывала фотографии. За несколько дней до госпитализации в ПБ нарушился сон, перестала спать, была тревожна, дома проверяла электроприборы на предмет подслушивающих устройств. Считала, что у неё ненастоящие родители, просила сделать анализ ДНК. СПП была госпитализирована в ПБ № 6, где находилась на лечении с 27.07.2008 г. по 25.08.2008 г. Получала лечение ziprekсой ВСД 20 мг, феназепам 1мг. Симптоматика быстро купировалась, была выписана домой.

После выписки ПНД не посещала, наблюдалась, со слов, психотерапевтом частной клиники. Принимала поддерживающую терапию ати-

пичными нейролептиками. При приеме зипрексы отмечалась выраженная прибавка в весе, гиперседация, на фоне приема абилифая, со слов, развился нейролептический синдром. Самостоятельно прекратила прием поддерживающей терапии. В течении полугода после этого состояние оставалось удовлетворительным.

С осени 2010 г. появились колебания настроения, отмечалась апатия, стало неинтересно общаться, заниматься чем-либо. Проводила много времени «на диване». Затем появилось повышенное настроение с оттенком гневливости, появилась активность, ночами наводила порядок в квартире. Конфликтовала с родными, стала беспокойной. Выбрасывала одежду, бытовую технику. Стала говорить родителям, что ей страшно, стала прислушиваться, ощущала в квартире родителей «запах мертвечины». Решила, что родители употребляют наркотики, т.к. «ходили в разные стороны, плохо понимали, говорили, что она больна». В день госпитализации уехала в Новгород, приехав, вела себя агрессивно. ССП была госпитализирована в ГБ № 6, находилась на лечении с 14.03.2011 г. по 17.05.2011 г. Выписана с рекомендациями: rispoleпт конста 25 мг 1раз в 2 недели, диспаксол 2 мг н/н, труксал 25 мг на ночь.

Участковым психиатром была изменена поддерживающая терапия на сероквель пролонг ВСД 600мг в связи с плохой переносимостью лечения. В клинической картине отмечались аффективные нарушения в виде субдепрессивных состояний, диссомнические нарушения. Больная продолжала работать экономистом, но с трудом справлялась с профессиональной деятельностью из-за вялости, «заторможенности», сниженной способности концентрации внимания. В дальнейшем уволилась весной 2015 г. в связи с «невозможностью работать» из-за изложенных ранее побочных действий поддерживающей терапии.

С сентября 2015 г. на фоне приема поддерживающей терапии состояние постепенно ухудшилось. Стала злобной, подозрительной, нарушился сон, поругалась с подругами, которые обратили внимание на ухудшение состояния. Участковым психиатром была направлена на лечение в дневной стационар.

При поступлении: сознание не помрачено, все-сторонне ориентирована правильно, контакт по существу. Без признаков обманов восприятий на момент осмотра. Держится настороженно, подозрительна. Пытается диссимулировать переживания. Высказывает идеи отношения в адрес подруг, «настучали на меня родителям, завидуют». Активно высказывает идеи отношения в адрес коллег, «специально не давали мне работать», высказывает отрывочные идеи в адрес родителей. В беседе вступает неохотно, на вопросы отвечает в плане заданного, в беседе корректна. Внешне фон настроения ровный, монотонный. Эмоционально несколько тревожна, аффект с оттенком гневливости. Интеллектуально возрастная норма. Мышление не достигает степени психотической дезорганизации, тем не менее ближе к аморфному, с

элементами паралогий. Суицидные мысли и намерения отрицает. Без агрессивных тенденций на момент осмотра. Критика к своему состоянию недостаточная. Сон, аппетит со слов больной в норме. Формально соглашается на лечение и посещение стационара.

В отделении: состояние в течение недели на фоне приема сероквель пролонг 800 мг/сут., оставалось не устойчивым, сохранялись идеи отношения, злобность, подозрительность, паралогичность, амбивалентность мышления. При этом на фоне терапии пациентка была заторможена, вялая, сонливая. Было принято решение о переводе пациентки на терапию палиперидоном (капсулы пролонгированного действия) 9 мг/сут. На фоне приема отмечалась положительная динамика в виде дезактуализации бредовых переживаний, пациентка «смягчилась», стала спокойнее, активнее, общительнее, появилась критика к пержитому психотическому состоянию. Учитывая молодую возраст пациентки, установку на труд эффективность терапии инвегой, было принято решение о переводе пациентки на поддерживающую терапию кспелионом (палиперидона пальмитат). Пациентка получила 2 инъекции палиперидона пальмитата (10.10.15 — 150 мг. внутримышечно №1, 22.10.15 — 100 мг. внутримышечно №1).

За период лечения палиперидоном пальмитатом произошла полная редукция параноидной симптоматики, пациентка стала активно вовлекаться в реабилитационные мероприятия, вернулась от родителей в свою квартиру, где проживает одна. Особенно хочется отметить, что, находясь на лечении в дневном стационаре пациентка активно занималась поисками работы. В связи с формированием ремиссии и трудоустройством пациентка была выписана под наблюдение участкового психиатра с рекомендацией — продолжение приема палиперидона пальмитата в амбулаторных условиях.

Катамнез: с 10.10.15 г. пациентка регулярно посещает участкового психиатра СПб ГБУЗ ПНД №6, ежемесячно получает поддерживающую терапию палиперидоном пальмитатом 100мг. внутримышечно. Таким образом, для возвращения пациентки к прежнему уровню социальной активности не потребовалось много времени, что особенно актуально с учетом молодого возраста. Следует отметить, что за весь период лечения палиперидоном пальмитатом не отмечалось экстрапиримидной симптоматики. Значимых колебаний массы тела, нарушения менструального цикла у пациентки также не зарегистрировано.

Благодаря высокой эффективности и хорошей переносимости палиперидона пальмитата, была решена серьезнейшая проблема низкой приверженности пациентки к лечению. Таким образом данные катамнеза позволяют сказать, что для данной пациентки была подобрана оптимальная схема длительной противорецидивной терапии шизофрении.

Общая продолжительность лечения палиперидоном пальмитатом составила 1 год и 3 мес.

Обсуждение

Описание данного клинического случая подтверждает, что первоочередной задачей антипсихотической терапии является не только купирование острого состояния, достижение ремиссии, но и стремление достичь прежнего уровня соматического и функционального состояния. Иногда для возвращения пациента к прежнему уровню социальной активности требуется достаточно длительное время, но в рассматриваемом нами случае можно говорить о высокой эффективности терапии и достаточно быстром формировании и становлении ремиссии.

Для диагноза стадии ремиссии должны полностью отсутствовать или быть очень слабо выражены следующие основные симптомы шкалы PANSS (1-3 уровень) — бред, расстройство мышления, галлюцинаторное поведение, необычное содержание мыслей, манерность и позирование, притупленный аффект, социальная самоизоляция, нарушение спонтанности и плавности речи. Тип ремиссии — сложный, стойкий симптомокомплекс, развивающийся в процессе течения заболевания, в формировании которого участвуют де-

фицитарная и остаточная позитивная симптоматика, сохранные структуры личности и компенсаторные личностные механизмы [13].

При анализе приведенного клинического случая мы можем сказать о стабилизации астенического типа ремиссии. Проведение адекватной антипсихотической терапии позволило значительно улучшить качество жизни больной (субъективное благополучие, трудоспособность, навыки самостоятельного проживания).

Вывод

Палиперидона пальмитат является многообещающим средством в лечении шизофрении, повышающим приверженность терапии и благоприятно влияющим на социальное функционирование, независимость пациентов и их интеграцию в сообщество. С учетом всех особенностей данного препарата, правильного назначения, внимательного контроля нежелательных явлений и коррекцией соматических эффектов создается возможность его успешного использования как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторажакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — 2004.
2. Nuss P., Tessier C. *Curr.—Med Res Opin.* — 2010. — Vol. 26, No. 4. — P. 787-801.
3. Залуцкая Н.М. Восстановительная модель терапии шизофрении: выполнима ли в современных условиях? — Журнал неврологии и психиатрии имени Корсакова С.С. — 2015. — Т. 115. — С. 11.
4. Norman R.M., Malla AX., Cortese L, et al. *Symptoms and cognition as predictors of community functioning: a prospective analysis.* — *Am J. Psychiatry.* — 1999. — Vol. 156. — P. 400-513.
5. Awad A.G., Voruganti L.N., Heslegrave RJ. *A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation.* — *Qual Life Res.* — 1997. — Vol. 6. — P.21-26.
6. Lindstrom E, Bingefors K. *Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues.* — *Pharmacoeconomics.* — 2000. — Vol. 18. — P. 106-124.
7. Hellewell J.S. *Patients' subjective experiences of antipsychotics: clinical relevance.* — *CNS Drugs.* — 2002. — Vol. 16. — P. 457-471.
8. Voruganti L., Cortese L., Oyewumi L., et al. *Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life.* — *Schizophr Res.* — 2000. — Vol. 43. — P. 135-145.
9. Mortimer A.M., Al-Agib A.O. *Quality of life in schizophrenia on conventional versus atypical antipsychotic medication: a comparative cross-sectional study.* — *Int J. Soc Psychiatry.* — 2007. — Vol. 53. — P. 99-107.
10. Ritsner M., Gibel A., Perelroyzen G., et al. *Quality of life outcomes of risperidone, olanzapine, and typical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice: a naturalistic comparative study.* — *J. Clin Psychopharmacol.* — 2004. — Vol. 24. — P. 582-591.
11. Divanon F., Delamillieure P., Lehaguez A., et al. *[Comparative evaluation of quality of life in patients with schizophrenia treated with conventional versus atypical neuroleptics: results of a transversal study].* — *Encephale.* — 2006. — Vol. 32. — P. 459-465.
12. Davis J.M., Chen N., Glick I.D. *A Meta-analysis of the Efficacy of Second-Generation Antipsychotics.* — *Arch.—Gen.Psychiatry.* — 2003. — Vol. 60. — P. 553-564.
13. Войтенко П.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитации. — СПб. — 2011.

Сведения об авторе

Григорьева Елена Викторовна — заведующая дневным стационаром ГУЗ «Психоневрологический диспансер № 6», г. Санкт-Петербург. E-mail: Grigeldoc@me.com