

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АМИСУЛЬПРИДА (СОЛИАНА) У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ ШИЗОФРЕНИИ НА РАННИХ ЭТАПАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

А. С. Дороднова, Л. Г. Мовина, Е. А. Белокурова

Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии

Проблема комплексной психиатрической помощи больным с первыми психотическими приступами в настоящее время приобретает все большую актуальность. Следует отметить многоаспектность рассматриваемых вопросов: это и раннее выявление первых признаков развивающегося заболевания с сокращением времени нелеченного психоза, и выбор адекватной терапевтической тактики, и организация поддерживающего и противорецидивного лечения пациентов. На каждом из этих этапов помощь не ограничивается только назначением антипсихотических средств, а включает комплекс фармакотерапевтических и психосоциальных вмешательств, направленных на возможно более полное восстановление социального функционирования и качества жизни больных и их родственников, улучшение когнитивных возможностей пациентов.

В настоящее время препаратами первой линии в случаях впервые возникших психотических состояний считаются атипичные антипсихотики. При этом, вопреки высказываемому иногда мнению о равнозначной эффективности различных нейролептических средств нового поколения, внимательный анализ позволяет выделить спектр психотропной активности каждого препарата, особенности его влияния на социальное восстановление больных, динамику их нейрокогнитивных показателей.

Амисульприд (торговое название – солиан) – атипичный антипсихотик, относительно недавно зарегистрированный в России. Достаточный отечественный опыт его применения еще не накоплен. Как следует из зарубежных исследований (1–4), в том числе проведенных на основе принципов доказательной медицины, препарат обладает отчетливой антипсихотической активностью, сопоставимой с традиционными нейролептиками, однако вызывает меньше побочных эффектов и оказывает влияние на негативную симптоматику.

Отечественных исследований, посвященных амисульприду, в доступной литературе нам обнаружить не удалось. В данной статье представлен опыт его применения у больных с первыми приступами шизофрении и расстройствами шизофренического спектра. (Клинические наблюдения осуществлялись в рамках натуралистического исследования использования солиана на ранних этапах шизофренического процесса у пациентов с первыми психотическими приступами, являющегося частью комплексной программы помощи данному контингенту).

Лечение амисульпридом (солианом) проводилось 17 больным (11 муж. и 6 жен., средний возраст $25,2 \pm 5,0$ лет). В 10 случаях была диагностирована параноидная шизофрения с эпизодическим течением и стабильным дефектом, в 3-х случаях – параноидная шизофрения с эпизодическим течением и нарастающим дефектом, в одном – шизоаффективное расстройство и в трех – шизотипическое расстройство. Длительность заболевания в среднем составляла $3,2 \pm 1,6$ лет, количество приступов – $2,1 \pm 0,9$.

Учитывая литературные данные (1–4) об отчетливом действии препарата на негативную симптоматику (по всей вероятности, в этих работах речь идет не только о собственно дефицитарных проявлениях, но и так называемой вторичной негативной симптоматике), в исследование отбирались пациенты, в статусе которых значительный удельный вес занимали депрессивные, субдепрессивные и апато-динамические расстройства, снижение волевых побуждений, тенденция к социальной изоляции, падение психической продуктивности, эмоциональная нивелировка.

Галлюцинаторно-бредовые переживания на момент назначения солиана либо отсутствовали, либо носили неразвернутый, редуцированный характер, не отражаясь или отражаясь лишь в минимальной

степени на поведении больных. (Препарат назначался при наличии подострой психотической симптоматики, на этапе становления ремиссии, когда выраженность продуктивных расстройств была в значительной степени редуцирована или пациентам с гипотимическими ремиссиями. В последних случаях осуществлялся переход с предшествующей нейролептической терапии на солиан).

Для больных, в первую очередь, были характерны жалобы на слабость, вялость, нежелание ничем заниматься, безразличие к окружающему. Они много лежали, не принимали участия в жизни семьи, избегали контактов, большую часть дня проводили в пассивном созерцании, ничем не занимаясь. Работоспособность была значительно снижена. Это проявлялось также в резком ограничении интеллектуальной продуктивности: пациенты говорили, что «отупели», ничего не запоминают, не могут читать, беспокоят трудности сосредоточения внимания, «голова пустая», «нет мыслей». Трудно было начать какое-либо действие, рутинная повседневная активность требовала значительных усилий, «все надо себя заставлять».

Депрессивные расстройства, как правило, характеризовались преобладанием апато-адинамического и ангедонического компонентов. Больные говорили о потере эмоционального тонуса, «психологической усталости»; их ничего не радовало, исчез «вкус жизни», которая стала «механической» («живу по привычке, по заведенному порядку»), были утрачены прежние интересы, все стало безразлично.

Родственники пациентов отмечали их эмоциональную отгороженность, погруженность в себя, отстраненность, потерю контакта с ними.

Особого внимания заслуживает определение начальных доз солиана. При попытке назначения препарата в случаях неразвернутости психопатологических расстройств в дозе менее 300 мг/сут на 2-ой–3-ий день терапии пациенты начинали жаловаться на возбужденность, субъективное неприятное ощущение внутренней напряженности, «взвинченности» (как будто что-то «крутит внутри», не дает успокоиться, «куда-то гонит»). При этом, не отмечалось проявлений нейролептического синдрома, акатизии, а повышение дозы до 400 мг и выше приводило к исчезновению этих ощущений при сохранении активирующего действия препарата.

Поэтому в последующем препарат назначался сразу в дозе не ниже 300 мг в день, в большинстве случаев – 400–800 мг/сут (средняя суточная доза – $594,1 \pm 233,1$ мг).

Уже на начальном этапе лечения, практически сразу же после назначения препарата проявлялось его активирующее действие: пациенты становились живее, активнее, уменьшалось ощущение вялости, слабости, разбитости. Больные включались в повседневную жизнь, обращались к «отложенным на потом» делам, начинали интересоваться заботами семьи.

У больных восстанавливались активность, желание заниматься повседневными делами. Они переставали залеживаться в постели, проявляли интерес к общению с окружающими, возобновляли прежние контакты, утраченные в период заболевания. Заметно улучшалась работоспособность и желание выполнять свои обязанности. Ряд пациентов продолжил обучение, двое, занимавшиеся интеллектуальным трудом, ликвидировали свои задолженности, за что долгое время «не могли взяться», повысилась продуктивность деятельности. Постепенно восстанавливались прежние интересы, возобновлялись существовавшие ранее увлечения, появлялся интерес к противоположному полу.

Данные изменения высоко оценивались больными, которые отмечали в этих случаях качественно новое самочувствие при продолжении психотропной терапии – без «задавленности», «потери чувств», а наоборот, отмечали стимуляцию жизненных сил, «появление стержня», желание и возможность «стать самим собой». Это же регистрировали и родственники пациентов, которые говорили про своих родных, что постепенно возвращается «прежний человек», которого они знали раньше.

Следует отметить и положительное влияние препарата на продуктивную психопатологическую симптоматику. В наибольшей степени препарат оказал-ся эффективным в отношении подострых депрессивно-бредовых состояний с неразвернутостью бредового компонента синдрома, когда за фасадом депрессивных переживаний выявлялись отрывочные или потерявшие аффективную насыщенность, «привычные» идеи отношения, значения, отнесение чужой речи к себе, отдельные бредовые интерпретации, локализованный, ограниченный определенными условиями или обстоятельствами, нередко несистематизированный бред преследования, иногда с отдельными, синдромально незавершенными проявлениями психических автоматизмов в виде наплывов мыслей, элементов синдрома открытости, ощущения чуждости мыслительного процесса, «сделанности» ощущений.

Важно, что в этих наблюдениях купирование бредовой составляющей синдрома, как правило, происходило параллельно с редукцией (в части случаев вплоть до полного исчезновения) и депрессивных переживаний. Больные говорили об исчезновении подавленности, внутренней скованности, ощущения тяжести на душе; мир представал более светлым, появлялись перспективы, желание что-то делать. При этом следует отметить, что чем больше в структуре сложного психопатологического образования занимала место депрессивная симптоматика, тем лучше оказывался терапевтический ответ.

Наоборот, симптоматика вербального галлюциноза (вообще сложнее поддающегося терапии) при назначении солиана подвергалась редукции лишь в незначительной степени. Отмечавшаяся в этих случаях положительная динамика была связана, как правило, с уменьшением выраженности депрессии при депрес-

сивно окрашенном содержании галлюцинаций и проявлялась в улучшении социального функционирования больных. В одном наблюдении имело место усиление галлюцинаторной продукции, потребовавшее отмены препарата и изменения схемы лечения.

Препарат в большинстве наблюдений переносился хорошо и ни в одном случае не был отменен вследствие нейролептических побочных эффектов терапии (возникавших, как правило, при высоких дозах: 800–1 200 мг/сут), которые легко купировались назначением корректоров.

Следует отметить, что наиболее эффективным оказался диапазон доз 400–800 мг/сут. При этом активирующее действие препарата в значительной степени сохранялось и при повышении дозировок до указанной верхней границы. В то же время более высокие дозы (при недостаточной эффективности антипсихотической терапии и попытках достичь полной ремиссии, свободной от психопатологической симптоматики) не приводили к лучшим результатам лечения.

Таким образом, атипичный антипсихотик амисульприд (солиан), судя по клиническому впечатлению, обладает своеобразным спектром психотропной активности, в определенной степени отличающим его от других препаратов этой группы. Для него характерны тимонейролептические свойства, позволяющие с успехом применять его у больных с психопатологическими образованиями, в структуре которых значительный удельный вес занимают депрессивные расстройства. Препарат эффективен также у пациентов с апато-адинамической и гипобулической симптоматикой, при нарушениях поведения с депрессивной аутизацией, снижением контактов с окружающими, отчуждением, потерей продуктивности, хорошо переносится и заметно улучшает социальное функционирование и качество жизни больных. Среди других атипичных нейролептиков он может найти применение в том числе для лечения больных на ранних этапах шизофренического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lecrubier Y. Amisulpride: progress and outcomes // Curr. Med. Opin. – 2002. – Vol. 18, Suppl. 3. – P. s8–s22.
2. Leucht S. Amisulpride a selective dopamine antagonist and atypical antipsychotic: results of a meta-analysis of randomised controlled trials // Int. J. Neuropsychopharmacol. – 2004. – Vol. 7, Suppl. 1. – P. S15–S20.

3. Moller H.J., Boyer P. Amisulpride in the treatment of subchronic and chronic schizophrenia with acute exacerbation: a double-blind comparison with haloperidol // Psychopharmacology. – 1997. – Vol. 132. – P. 396–401.
4. Storosum J.G., Elferink A.J., van Zweiten B.J. et al. Amisulpride: is there a treatment for negative symptoms in schizophrenia patients? // Schizophr. Bull. – 2002. – Vol. 28, N 2. – P. 193–201.