

УДК 616.89–008.444.9–085:615.219

СЕРОКВЕЛЬ В ЛЕЧЕНИИ АГРЕССИИ И АУТОАГРЕССИИ

С. А. Безнос, Е. Г. Хуако, В. С. Ютко

*Государственное учреждение здравоохранения
«Специализированная психиатрическая больница №7»
Департамента здравоохранения Краснодарского края*

Проблема купирования агрессивного и аутоагрессивного поведения в психиатрической практике является одной из наиболее актуальных. Вместе с тем агрессия реже оказывается в центре исследовательского внимания, чем депрессия и тревога [4, 18–20, 23].

Лечение агрессии и аутоагрессии представляет определенные трудности, связанные с необходимостью достаточно быстрого купирования опасного для самого пациента и его окружения поведения. В качестве рабочего определения понятия «агрессивность» нами использовано определение «враждебности» по шкале PANSS: «Поведение, вербальные и невербальные выражения гнева, словесные оскорбления и угрозы физическим насилием» [21]. Для нашей работы также были отобраны пациенты, попадающие под критерии «аутоагрессивное поведение». Современными авторами аутоагрессивное поведение трактуется как действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью, то есть аутоагрессивное поведение является комплексным понятием, в состав которого входят суицидальное поведение, неосознанные жизнеопасные действия, демонстративно-шантажные попытки, а также преднамеренные аутодеструктивные поступки [2, 3, 16, 22].

Для лечения агрессивного и аутоагрессивного поведения ранее использовались только традиционные нейролептики (аминазин, галоперидол и др.). С появлением атипичных нейролептиков возникли новые возможности для купирования этих симптомов. Сероквель является производным дибензотиазепина. Механизм его действия в основном связан с взаимодействием с 5-HT₂-серотонинергическими рецепторами и в меньшей степени с D₁ и D₂ дофаминергическими рецепторами. Активность сероквеля была подтверждена в сравнительных исследованиях с галоперидолом и хлорпромазином. Сероквель оказался равноэффективен с галоперидолом при купировании психотической симптоматики, однако, он улучшает когнитивную функцию, а галоперидол ее угнетает [1, 25], и, в отличие от галоперидола, уменьшает тяжесть депрессивных расстройств [6,

11, 12]. Положительные результаты отмечены при купировании сероквелем ажитированной депрессии, состояний возбуждения и агрессии [9].

Выявленные анксиолитические, седативные и транквилизирующие эффекты препарата, опыт [7, 10, 17] использования других атипичных нейролептиков, а также отмеченные во всех публикациях данные об отсутствии существенных побочных эффектов даже при длительном его применении, дали основание для проведения настоящего исследования по установлению эффективности сероквеля для купирования агрессивного и аутоагрессивного поведения.

Цель исследования – оценка эффективности, безопасности и переносимости сероквеля для купирования указанных состояний.

Материалы и методы исследования

Работа представляла собой открытое несравнительное исследование эффективности применения сероквеля для купирования агрессивного и аутоагрессивного поведения различной нозологической принадлежности. В качестве параметров эффективности использовали шкалу общего клинического впечатления (CGI).

В исследование вошли 38 пациентов в возрасте 18–63 лет, поступивших на лечение в острое мужское отделение ГУЗ СПб №7 в 2006–2007 годах, с признаками агрессивности или предпринявших аутоагрессивные действия различной степени тяжести. Наибольшее количество (76,9%) больных с данными симптомами пришлось на средний возраст (20–39 лет).

Критериями включения было наличие агрессивного и аутоагрессивного поведения на момент поступления у больных со следующими диагнозами в соответствии с МКБ-10: органические расстройства личности (F07) – 8 человек, шизофрения (F20) – 30 человек.

Критерием исключения было отсутствие добровольного согласия на пероральный прием препарата сероквель. В исследование включались также больные с демонстративно-шантажными действиями.

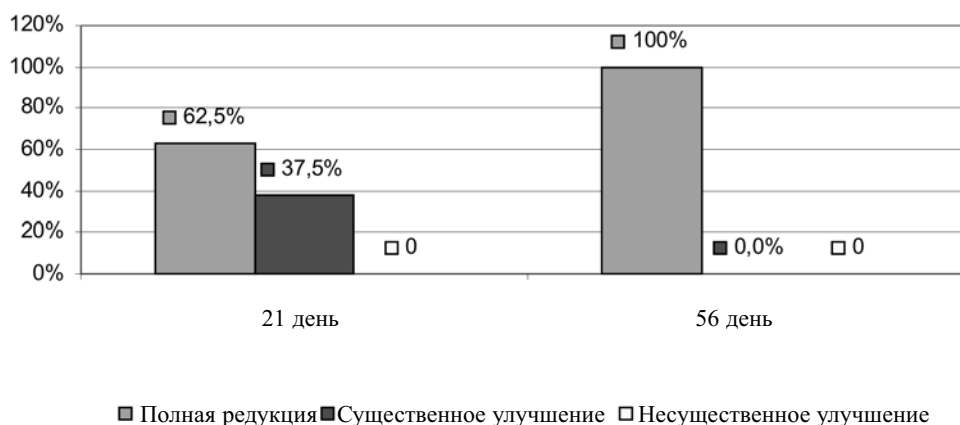


Рис. 1. Эффективность терапии по общему клиническому впечатлению (CGI) в I группе (F07)

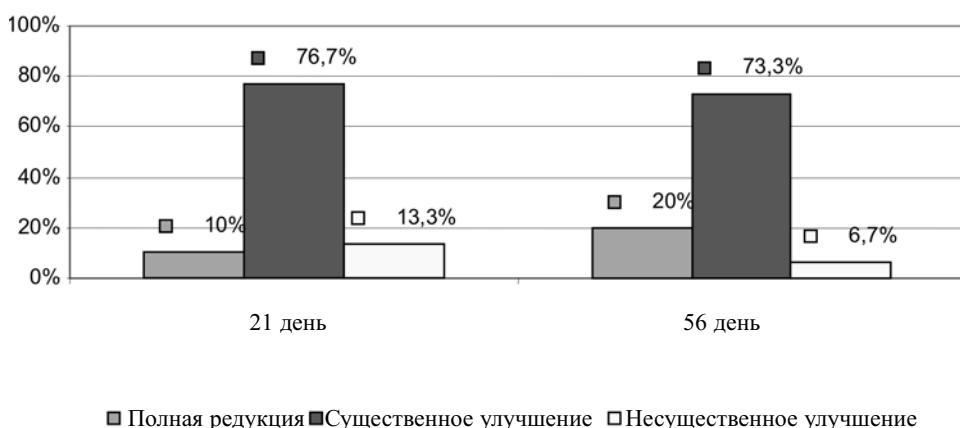


Рис. 2. Эффективность терапии по общему клиническому впечатлению (CGI) во II группе (F20)

Все пациенты, принявшие участие в исследовании, были разбиты на две группы в соответствии с нозологическими формами (по МКБ-10). В выборке преобладали больные параноидной шизофренией (78,9%), составляющие вторую группу. Все или почти все агрессивные действия в этой группе обнаруживали тесную связь с содержанием бредовых, галлюцинаторно-бредовых расстройств, являлись результатом импульсивных действий при наличии кататонической симптоматики, а ауто-агрессивные действия отмечались при наличии депрессий. У пациентов первой группы с органическими поражениями ЦНС (21,1%) клиническая картина возбуждения с агрессией сопровождалась тягостным чувством внутреннего напряжения, чаще была ситуационно обусловленной, а в части случаев связана с злоупотреблением алкоголем.

Пациенты получали терапию согласно принятым стандартам лечения. В первой группе (F07) сероквель применялся 2 раза в сутки утром и вечером перорально. Первая фаза терапии состояла из 4–7 дней титрования дозы препарата. Скорость и величина наращивания дозы сероквеля и отмены предыдущего лечения зависела от тяжести клинических проявлений и составила примерно 50 мг/сут. Суточная доза основного периода лечения колебалась от 150 до 400 мг/сут. Длительность исследования составляла 8 недель. Допускалась коррекция

дозы в любое время. Во второй группе пациентов (F20), состояние которых изначально оценивалось как крайне тяжелое, сероквель назначался одновременно с внутривенными и/или внутримышечными инъекциями типичных нейролептиков (аминазин, галоперидол) с более быстрым наращиванием доз (по 100–200 мг/сут). При этом приблизительно четверть пациентов этой группы продолжала прием типичного нейролептика (галоперидол 15–30 мг/сут) и азалептина 50–150 мг/сут в сочетании с сероквелем в дозе 800–1200 мг/сут. Такая тактика ведения данной категории пациентов была обусловлена наличием плохо купирующегося психомоторного возбуждения, нередко представлявшего реальную угрозу для себя и окружающих, а предшествующая терапия классическими нейролептиками была малоэффективной.

Помимо описания клинико-психопатологической динамики, оценка эффективности терапии по сравнению с исходными данными осуществлялась на 21 и 56 дней лечения по шкале глобального клинического впечатления (CGI).

Результаты

За время исследования выраженность агрессивности в клинической картине заболевания значительно снижалась, к концу исследования агрессивных тенденций ни в одном случае не отмечалось.

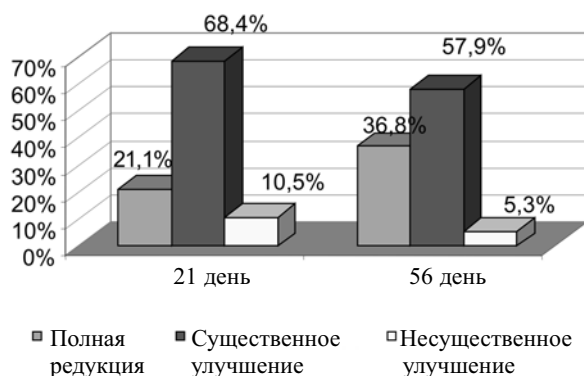


Рис. 3. Эффективность терапии по общему клиническому впечатлению (CGI) в обеих группах

В I группе (F07 по МКБ-10) редукция агрессивного поведения наступала значительно быстрее и на значительно меньших дозах препарата 150–400 мг/сут, сопровождалась полной редукцией психопатоподобного поведения. К 21 дню у 5 (62,5%) пациентов из 8 наблюдалась полная редукция симптомов, а у 3 (37,5%) – существенное улучшение. К завершению лечения результаты оценивались как значительное улучшение у всех 8 пациентов (рис. 1).

Поддерживающее лечение амбулаторно в этой группе продолжили 6 человек.

Во II группе (F20 по МКБ-10) редукция болезненных симптомов проходила значительно медленнее. К 21 дню выраженный терапевтический эффект отмечался у 3 пациентов (10%), существенное улучшение – у 23 человек (76,7%), незначительное улучшение – у 4 (13,3%). К моменту завершения курса лишь 2 пациента (6,7%) показали незначительное улучшение (рис. 2).

В целом в обеих группах оценка эффективности терапии (рис. 3) по шкале CGI показала, что положительный эффект терапии сероквелом отмечался у 89,5% больных уже к 21 дню лечения, а к моменту завершения курса – у 94,7% пациентов. Лишь у 2 пациентов (5,3%) была отмечена незначительная положительная динамика в процессе терапии сероквелом.

Полученные в исследовании данные продемонстрировали, что сероквель является эффективным и безопасным средством в купировании состояний, сопровождающихся аутоагрессией.

Полученные данные свидетельствуют также об эффективности и безопасности комбинирования типичных нейролептиков и сероквеля для купирования агрессивного и аутоагрессивного поведения у пациентов с резистентностью симптоматики при лечении типичными нейролептиками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С., Спасова С.А., Файзуллоев А.Ф. Опыт применения сероквеля у больных вялотекущей шизофренией с преобладанием тревожных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Приложение 2. С. 11–13.
2. Билле-Браге У., Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов: Методическое пособие. Киев, 1998.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж, 1995.
4. Бурлаков А.В., Дробижев М.Ю. К проблеме лечения шизофрении, протекающей с сенестопатическими расстройствами (опыт применения сероквеля) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Приложение 2. С. 8–10.
5. Валентик Ю.В., Чобану И.К., Епифанова Н.М. Дифференцированная психотерапия пациентов, совершивших аутоагрессивные действия, с учетом их личностных особенностей // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. М.: ГЕОС, 2004. С. 23–24.
6. Гофман А.Г., Крылов Е.Н., Граженский А.В. и соавт. Сравнительная эффективность препаратов при купировании алкогольного абстинентного синдрома // Новые лекарственные препараты: Экспресс-информация. 2004. Вып. 4. С. 3–24.
7. Гофман А.Г., Музыченко А.П., Энтин Г.М. и соавт. Лекарственные средства в клинике алкоголизма и наркоманий. М., 1999. 121 с.
8. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Агрессия и психическое здоровье. СПб.: Юридический центр Пресс, 2002.
9. Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. Купирование острой психотической симптоматики у больных шизофренией атипичным нейролептиком рисполепт: сравнение с классическими нейролептиками // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3, № 3. С. 69–71.
10. Крылов Е.Н., Носатовский И.А., Ханыков В.В., Шевелева О.С. Противорецидивная терапия рисполептом больных алкогольной зависимостью // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 3. С. 31–35.
11. Мазо Г.Э. Влияние терапии сероквелом на депрессивную симптоматику в структуре шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Т. 5. № 6.
12. Мосолов С.Н., Александровский Ю.А., Вовин Р.Я. и соавт. Новый атипичный антипсихотик сероквель: результаты российских клинических испытаний // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Приложение 2. С. 3–7.
13. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). СПб., 1992.
14. Незнанов Н.Г. Психофармакотерапия проявлений агрессивности у больных шизофренией // Современные аспекты клиники и терапии эндогенных психических расстройств. СПб., 2003. С. 123–124.
15. Смуглевич А.Б. Спектр клинических эффектов кветиапина (сероквеля) в условиях крупного психиатрического стационара // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Приложение 2. С. 7–8.
16. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии: Труды МНИИП. М., 1978. С. 59–73.
17. Шевелева О.С., Крылов Е.Н., Носатовский И.А. и соавт. Рисполепт в терапии патологического влечения и депрессивных расстройств у больных алкоголизмом во время ремиссии // Труды МНИИП. М., 2003. С. 220–221.
18. Brecher M., Huizar K. Quetiapine vs placebo for acute mania associated with bipolar disorder (STAMP 1) // Eur. Neuropsychopharmacol. 2003. Vol. 13, Suppl. 4. С. 338.
19. Ghisnolm K. et al. Clinical response to quetiapine. 4th Conf. on BD, Pittsburgh, 2001.
20. Ghaemi S.N. et al. Quetiapine treatment of rapid-cycling BD. Abst. CINP 2002, Montreal.
21. Kay S.R., Opler L.A., Spitzer R.L. et al. SCID-PANSS: two-tier diagnostic system for psychotic disorders // Compr. Psychiatry. 1991. Vol. 32, N 4. P. 355–361.
22. Kreitman N., Chowellury N. A study of Selected Samaritan clients and Parasuicides // Br. J. Psychiatry. 1973. Vol. 123. P. 1–14.
23. Mullen J., Paulsson B. Quetiapine combined with lithium or divalproex for the treatment of acute mania associated with BD // Int. J. Psychiatry Clinical Practice. 2003. Vol. 7. P. 311–312.
24. Mullen J. et al. Quetiapine vs placebo as adjunct to lithium or divalproex for the treatment of bipolar mania. 156th Clin. Meeting of APA, 2003.
25. Velligan D.I., Miller A.L. Cognitive dysfunction in schizophrenia and its importance for the clinical outcome: the place of atypical antipsychotics // J. Clin. Psychiatry. 1999. Vol. 60, Suppl. 23. P. 25–28.

СЕРОКВЕЛЬ В ЛЕЧЕНИИ АГРЕССИИ И АУТОАГРЕССИИ

С. А. Безнос, Е. Г. Хуако, В. С. Ютко

Проблема купирования агрессивного и аутоагрессивного поведения в психиатрической практике является одной из наиболее актуальных. Вместе с тем агрессия в клинической психиатрии реже оказывается в центре исследовательского внимания, чем депрессия и тревога. В клинической психиатрии понятия «агрессия» и «аутоагрессия» определяются с трудом. Целью исследования была оценка эффективности, безопасности и переносимости сероквеля в терапии указанных состояний.

Оценка эффективности терапии по шкале CGI показала, что у исследуемых больных существенный и значительный положительный эффект терапии сероквелом отмечался у 89,5% больных уже к 21 дню лечения, а к моменту завершения курса – у 94,7% пациентов. Лишь у 2 пациентов (5,3%) была отмечена незначительная положительная динамика в процессе терапии сероквелом.

Ключевые слова: сероквель, агрессия, аутоагрессия, аутодеструктивное поведение.

SEROQUEL IN THE TREATMENT OF AGGRESSION AND AUTOAGGRESSION

S. A. Beznos, E. G. Khuako, V. S. Yutko

Managing aggressive and self-destructive behaviors is one of the most important issues of psychiatric practice. However, aggression far less frequently becomes the subject of research than depression and anxiety. Clinical psychiatry offers vague definitions of the terms 'aggression' and 'self-destructive behavior' ('auto-aggression'). This investigation aimed at evaluation of efficacy, safety and tolerability of Seroquel in the treatment of mentioned

conditions. According to the CGI scale, 89.5% of patients showed noticeable and significant positive effect by the 21st day of medication while by the end of treatment positive effect was found in 94.7%. Only 2 patients (5.3%) showed insignificant improvement in the course of treatment with Seroquel.

Key words: seroquel, aggression, autoaggression, self-destructive behavior.

Безнос Сергей Александрович – кандидат медицинских наук, главный врач ГУЗ «СПБ №7» ДЗ КК, e-mail: s.beznos@mail.ru
Хуако Елена Геннадиевна – врач-психиатр, зав. отделением ГУЗ «СПБ №7» ДЗ КК
Ютко Виталий Сергеевич – врач-психиатр, психотерапевт ГУЗ «СПБ №7» ДЗ КК, e-mail: yutko.VS@gmail.com