

P. V. Voloshyn, N. P. Voloshyna, V. J. Tayclin, A. G. Leshchenko, L. F. Shestopalova, T. I. Negrich, T. V. Negreba, I. L. Levchenko, V. V. Vasylovsky, L. I. Diachenko, G. D. Pertsev, S. V. Fedoseev, T. N. Tkacheva, M. E. Chernenko, E. E. Gant, V. A. Kozhevnikova

Multiple sclerosis in Ukraine: the prevalence, course, prognosis, treatment, farmakoeconomy

The Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine (Kharkiv)

In the work it was carried out the complex analysis of prevalence of multiple sclerosis in different regions of Ukraine. There were revealed the factors of risk which were preceding the clinical manifestation of debut. There were presented various types of debuts with different courses of multiple sclerosis in western and eastern regions of Ukraine on the models of Kharkiv and Lviv regions. It was given characteristics of relapses of different degrees with relapsing course of multiple sclerosis. There were revealed different types of progressing stages (progressive, relapsing, steady) with the primary- and secondary-progressive courses which were differed from each other by their mechanisms of formation. The criterions of favorable, unfavorable and indefinite prognosis for different courses of multiple sclerosis were picked out. It was given clinical and pathogenetic description of different courses of multiple sclerosis according to the psychological, neurovisual, neurophysiologic and immunological methods of research. It was grounded the application of the new original technologies of the medical treatment of multiple sclerosis (autotransplantation of stromal cells and endolumbal introduction of glucocorticoids), there were developed approaches for the differentiated application of modern methods of pathogenetic therapy taking into account the stage of activity and type of course of the demyelinating process. The farmakoeconomical ground of medical treatment of the patients with multiple sclerosis was conducted, including the preparations of the preventive action.



УДК 616.89-02-07-082

Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зав. отд. неврозов и пограничных состояний

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (г. Харьков)

ПЕРВЫЙ ЭПИЗОД ПСИХОЗА (ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ)

Оптимизация исходов психических расстройств направлена на преодоление явлений стигматизации общества, углубленный анализ механизмов их формирования с интеграцией биологических, психоаналитических и социальных теорий, раннее лечение пациента на начальных этапах заболевания, использование современных психофармакологических средств с активной реинтеграцией пациента в общество. Важное значение в терапии всех психозов, включая шизофрению, имеет оказание помощи при первом психотическом эпизоде, что обусловлено двумя следующими факторами.

Во-первых, терапевтический ответ на терапию при первом эпизоде психоза (ПЭП) характеризуется высоким удельным весом пациентов, положительно реагирующих на терапию, возможностью применения более низких доз медикаментов, меньшей вероятностью развития экстрапирамидных симптомов, возможностью проведения длительного курса терапии [6, 20].

Во-вторых, установлено, что ранняя стадия, следующая после ПЭП, является решающим периодом, влияющим на долговременное течение заболевания. В этот период у заболевших и членов их семей возникают неблагоприятные психотические реакции на психоз и условия его лечения [12].

Поэтому своевременное и эффективное вмешательство в психоз на этапе его первого эпизода может существенно изменить течение заболевания и его исходы.

Стратегия такого вмешательства основывается на следующих принципах:

- 1) ранняя диагностика начальных проявлений патологического процесса;
- 2) раннее начало терапии, которое предотвращает вредные биологические воздействия на мозг и предупреждает социальные последствия психоза;

3) создание у больных психологической установки на лечение и реабилитацию;

4) разработка индивидуальной тактики лечения (медикаментозного и немедикаментозного);

5) ранняя реабилитация, направленная на реинтеграцию больного в общественную жизнь.

Концепция раннего вмешательства в ПЭП включает не только использование современных принципов диагностики, терапии, профилактики этого состояния, но и предусматривает выявление и анализ продромальных симптомов ПЭП. Важная роль в изучении продрома психозов в целом, и шизофрении в частности, принадлежит отечественным психиатрам, которые определяют продром шизофрении как первые, начальные, нерезко выраженные, стертые, атипичные, эпизодически появляющиеся, не связанные с соматическими, травматическими, психогенными и другими факторами симптомы, которые по клинике соответствуют проявлениям шизофрении, в дальнейшем «звучат» в манифесте и не приводят пациента в поле зрения психиатра [5].

Клиника продромального периода, шизофрения проявляется сочетанием отдельных психопатологических проявлений и измененных характерологических особенностей. К таким психопатологическим проявлениям относятся:

- 1) нарушения мышления (динамические, структурные, семантические);
- 2) эффекторно-волевые нарушения (немотивированные поступки, двигательное возбуждение);
- 3) эмоциональные расстройства (немотивированные страхи, недоброжелательное отношение к близким);
- 4) расстройства восприятия (иллюзии, метаморфозии, зрительные галлюцинации).

Измененные характерологические особенности включают заострение имеющихся преморбидных черт: апатия, замкнутость, безынициативность, пассивная подчиняемость.

Исследования, посвященные изучению течения продромального периода шизофрении и его взаимосвязи с манифестом, показывают, что патологический процесс может проявляться в трех вариантах:

- 1) отсутствие проявлений между продромом и манифестом;
- 2) наличие характерологических или психопатологических изменений между продромом и манифестом, не приводящих к госпитализации;
- 3) нарастание симптоматики («врастание продрома в манифест»).

Оценка продромального периода у больных шизофренией должна проводиться с учетом определенных его характеристик. К таким характеристикам относятся: слабая преморбидная регуляция, преобладание психиатрических диагнозов в анамнезе, снижение социального функционирования и нарушения в памяти, выявляемые с помощью тестов [22].

Возвращаясь к проблемам ранней интервенции ПЭП, следует отметить, что большинство исследователей проблемы обращают внимание на ряд сложных и дискуссионных вопросов, которые затрудняют оказание своевременной и адекватной помощи данному контингенту пациентов, а именно: трудности определения специфических признаков психоза; отсутствие стандартизированных инструментов для определения факторов риска; споры по поводу длительности вмешательства; этические проблемы; необходимость создания центров и разработки программ ранней интервенции [19, 25].

Проведенные нами исследования показали, что диагностика первого эпизода шизофрении (ПЭШ) должна проводиться с учетом детального анализа предболезненных факторов и болезненных проявлений. К первым относят:

1. Пре- и постнатальные факторы:
 - инфекции, которые возникли во время беременности;
 - пренатальное лишение питательных веществ;
 - перенесенные матерью психологические стрессы;
 - родовые осложнения (гипоксия).
2. Наследственная отягощенность:
 - психическими заболеваниями;
 - алкоголизмом.
3. Хронические инфекции и черепно-мозговые травмы в предболезненный период [3].

Болезненные симптомы при ПЭШ проявляются во многих сферах психической деятельности (восприятия и ощущений, мышления, эмоциональной и эффекторно-волевой). К наиболее часто встречающимся симптомам у пациентов с ПЭШ относятся: отсутствие инсайта (осознания своего психического состояния) — 97 %; слуховые галлюцинации — 74 %; идеи отношения — 70 %; подозрительность — 66 %; голоса, разговаривающие с больным — 65 %; бредовое настроение — 64 %; бред преследования — 64 %; отчуждение мыслей — 52 %; звучание мыслей — 50 % [6, 13].

Преобладание негативной симптоматики у лиц с ПЭШ в виде аффективной уплощенности, алогичности, апатии, ангедонии, асоциальности и нарушенного внимания является предиктором слабой восприимчивости к терапии.

Особое место в клинике ПЭШ принадлежит депрессивным расстройствам.

Получены данные, свидетельствующие о том, что депрессии при ПЭШ сочетаются с плохим исходом, плохим социальным функционированием, частыми обострениями и повторными госпитализациями [11].

Согласно проведенным исследованиям, пациенты с постоянными негативными симптомами при ПЭШ имеют большую длительность нелеченного психоза, «слабую преморбидную приспособляемость» в раннем и позднем подростковом возрасте, высокий уровень эмоциональной уплощенности в начальном периоде [23].

При ПЭШ часто обнаруживается и неврологическая симптоматика. У больных с ПЭШ эта симптоматика является показателем как генетической предрасположенности, так и психопатологических проявлений и варьирует в зависимости от клинического течения. Неврологические проявления в меньшей степени выражены при качественной ремиссии у лиц, соблюдающих схемы приема лекарственных препаратов. По мнению авторов [8] неврологическая симптоматика и ее динамика у пациентов с ПЭШ может рассматриваться в качестве предикторов исхода заболевания.

Основными принципами реабилитации больных с ПЭШ являются: медикаментозная терапия, основание лечебного сообщества, образовательные программы для пациентов и их семей, когнитивный тренинг, когнитивная бихевиоральная терапия, тренинг социальных навыков, участие широкого круга специалистов в проведении реабилитации [21, 23].

Современные медикаментозные стратегии лечения пациентов с ПЭШ содержат рекомендации по преимущественному применению атипичных антипсихотиков, что обусловлено следующими данными: атипичные нейролептики влияют на позитивные, негативные и когнитивные симптомы, улучшают когнитивность, способствуют уменьшению экстрапирамидных симптомов, что приводит к улучшению комплайенса, не вызывают депрессивных расстройств, улучшают качество жизни. Ограниченные возможности традиционных нейролептиков должны прогнозироваться и предусматриваться при создании лечебно-реабилитационных программ. Аргументом при переводе с типичного на атипичный нейролептик являются явные преимущества последнего [14, 16, 26].

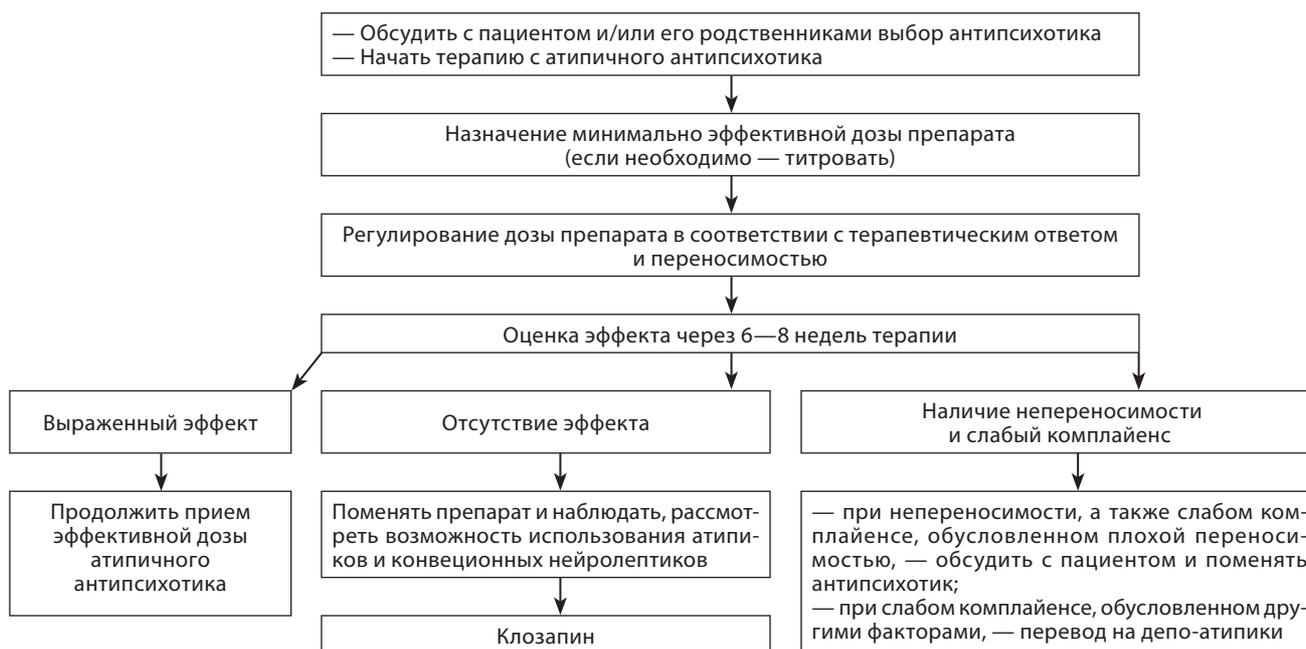
В современных рекомендациях подчеркивается, что выбор антипсихотика должен быть обсужден с пациентом и/или его родственниками. Атипичные антипсихотики при этом рассматриваются в качестве препаратов первой линии. Пациенты, не дающие терапевтического ответа на два последовательно назначенных антипсихотика (один из которых атипичный), должны быть переведены на клозапин.

Депонированные препараты назначаются в случае, когда нарушается приверженность терапии. Типичные и атипичные нейролептики не назначаются совместно (исключением является ситуация замены препарата) [24].

Алгоритм фармакологического лечения пациентов с ПЭШ представлен на схеме.

Важной проблемой терапии и реабилитации пациентов с ПЭШ является их приверженность (комплаентность) терапии. В настоящее время установлено, что 50 % пациентов при ПЭШ — некомплаентны. К факторам, способствующим формированию

Алгоритм фармакологического лечения пациентов с ПЭШ



некомплаентности, при ПЭШ относят: молодой возраст; преобладание позитивных симптомов; «слабый» инсайт; когнитивный дефицит; частые обострения; социальная изоляция; побочные эффекты; негативное отношение к терапии и субъективный ответ на нее.

Формирование терапевтического альянса является первым этапом комплаентности, предиктором исходов психопатологической симптоматики и восстановления качества жизни пациентов [17].

Процесс этот достаточно сложен, что обусловлено явлениями стигматизации, негативными стереотипами, низким уровнем знаний о природе и терапии психических заболеваний. Разрабатываемые модели решения проблемы предполагают использование бригадной работы, сделать работу с клиентами индивидуальной, комплексной, преемственной, направленной на максимальное удовлетворение их потребностей [10].

В реабилитации пациентов с ПЭП важная роль принадлежит психообразованию, целями которого являются: эмоциональная поддержка в ситуации, когда пациент узнает о своем заболевании; модификация жизненных планов; улучшение комплаенса.

В качестве мишеней психообразовательных программ выступают достижение эмоционального облегчения и создание возможности длительного лечения и наблюдения.

Психотерапия пациентов с ПЭП направлена на оптимизацию отношений с микросоциумом, понимание болезни и симптомов, тренинг когнитивных и социальных навыков, устранение коморбидных состояний (депрессия, тревога, зависимости). Целью семейной психотерапии у пациентов с ПЭП является облегчение чувства утраты и отрицательных переживаний у членов таких семей в процессе ухода за больным в ранней стадии психоза, что формирует «теплый климат» в семье, устраняет враждебность и агрессию.

Проведение всего комплекса реабилитационных мероприятий у больных с ПЭП неразрывно связано с решением задачи предотвращения рецидива и терапевтической резистентности, что позволило бы

существенно изменить отдаленный исход психоза за счет ограничения нейротоксического действия активного психоза [6, 7].

В стратегиях предупреждения рецидива основой является ограничение стрессоров и факторов, усиливающих «уязвимость» индивида, что обеспечивается с помощью психотерапии (семейной, когнитивной), психообразовательных программ и фармакотерапии [27].

Для предотвращения терапевтической резистентности необходима разработка системы ее раннего определения, применения фармакотерапии и когнитивно-бихевиоральной терапии [15].

Путь пациента с ПЭП к медицинской помощи может оказаться длинным и психотравмирующим, при этом большинство лиц имеют активную психотическую симптоматику в течение одного-двух лет до начала лечения [19].

Длительное течение психоза без лечения связано с неэффективным обращением за помощью множеством психотравмирующих факторов, с которыми встретился человек на этом пути, действие которых обусловлено стигматизацией. Поэтому стратегия организации помощи больным с ПЭП является определяющим в формировании рабочего альянса и последующего комплаенса. Эта стратегия базируется на взаимодействии первичного звена медицинской помощи с психиатрической службой. Опыт проведения такой работы свидетельствует о том, что наиболее результативным инструментом реализации такого взаимодействия является внедрение стандартов связи между службами и их контроля [9].

Обобщая представленные данные, необходимо подчеркнуть, что первый эпизод психоза является периодом активного течения заболевания, в котором закладывается прогноз будущих рецидивов и степени нарушения социального функционирования. ПЭП, как правило, предшествует длительному периоду нелеченного психоза, сокращение которого коррелирует с более благоприятными исходами заболевания.

Лечение и реабилитация больных с ПЭП должны быть нацелены на раннее начало воздействий, формирование рабочего альянса, привлечение семьи и общества к оказанию помощи.

На наш взгляд достаточно разработанными аспектами проблемы являются вопросы психофармакологии и психообразования пациентов с ПЭП. В то же время ряд проблем требуют своего разрешения. К ним следует отнести:

1. этические проблемы (диагностика и терапия продрома, информация больного и родственников о впервые поставленном диагнозе);

2. организационные (взаимодействие с врачами первичной сети в плане выявления, диагностики и терапии больных с ПЭП; создание центров раннего вмешательства, предназначенных для лечения и реабилитации лиц с ПЭП);

3. диагностические (совершенствование критериев диагностики ПЭП).

Вышеизложенное может быть реализовано в рамках государственных и региональных программ, отражающих участие государства в решении данной проблемы.

Список литературы

1. Горбунова М. В., Будза В. Г. Применение программы тренинга когнитивных и социальных навыков у больных шизофренией в отделении первого психотического эпизода. В кн.: Матер. XIV съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 48.
2. Дороднова А. С. Оценка эффективности помощи больным в клинике первого психотического эпизода по сравнению с традиционными подходами. — Там же. — С. 51.
3. Марута Н. О., Бачериков А. М. Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування): Методичні рекомендації. — Харків, 2001. — 20 с.
4. Марута Н. А., Бачериков А. Н. Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии) // Международный медицинский журнал. — Т. 8, № 1—2. — 2002. — Харьков. — С. 46—52.
5. Стрельцова Н. И. Начало и развитие шизофрении и их значение для клиники (клинико-патофизиологическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харьков, 1965. — С. 25.
6. Gaebel W., Riesbeck M. Results of the German Research Network of schizophrenia (GRNS): prodrome-based treatment in first episode schizophrenia. In abstract book of 15th AEP Congress, Madrid, 2007. — P. 76.
7. El-Ade M., Burke J., Little K. First Episode Psychosis: Primary care experience and implications to service development. — Ibid. — P. 80.
8. Bachmann S., Bottmer C., Shroder J. Neurological soft Sigus in First Episode Schizophrenia: a follow-up study // Amer. Journal of Psychiatry. — 2005. — Vol. 162. — P. 2337—2343.
9. Bindman, J., Johnson, S., Wright, S. et al. Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views // British Journal of Psychiatry. — 1997. — Vol. 171. — P. 169—174.
10. Birchwood M., Spencer E. Psychotherapies for schizophrenia: a review. In: Schizophrenia (eds. M. Maj & N. Sartorius), 1999. — P. 146—214.
11. Bogetto F., Rossa P. Depression and quality of life in the early course of schizophrenia / In book of abstracts of international congress of WPA «Treatment in psychiatry: an update», 2004. — Florence, Italy. — P. 163
12. Chanen, A., McCarthy, E. et al. Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis // Journal of Nervous and Mental Disease, 1991. — Vol. 197. — P. 253—258.
13. Crow, T. J., MacMillan, J. E., Johnson, A. L. et al. The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia. A randomized controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment // British Journal of Psychiatry, 1986. — Vol. 148. — P. 120—127.
14. Emsley R. A. Risperidone in the treatment of first episode psychotic patients: a double-blind multicenter study // Schizophrenia Bulletin. — 1999. — Vol. 25. — P. 721—729.
15. Emsley R. Strategies of acute drug treatment in first episode schizophrenia / In book of abstracts of international congress of WPA «Treatment in psychiatry: an update», 2004. — Florence, Italy. — P. 58.
16. Fllischhacker W. W. Long-term drud treatment in first episode schizophrenia / Ibid. — P. 58.
17. Frank, A. F. & Gunderson, J. G. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: relationship to course and outcome // Archives of General Psychiatry. — 1990. — Vol. 47. — P. 228—236.
18. Galeazzi G. M., Elkins K., Rigatelli M. Problems of early intervention in psychosis / In book of abstracts of international congress of WPA «Treatment in psychiatry: an update». — Florence, Italy, 2004. — P. 163.
19. Larsen T. K., McGlashan T. H., Moe L. C. First episode schizophrenia. Early course parameters // Schizophrenia Bulletin. — 1996. — Vol. 22. — P. 241—256.
20. Lieberman J., Jody D., Geisler S. et al. Time course and biologic correlates of treatment response in first episode schizophrenia // Archives of General Psychiatry. — 1993. — Vol. 50. — P. 369—376.
21. Lincoln C. V., McGorry P. D. Who cares? Pathways to psychiatric care for young people experiencing a first episode of psychosis // Psychiatric Services. — 1995. — Vol. 46. — P. 1166—1171.
22. McFarlane C., Patton G. C. et al. The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 1995. — Vol. 92. — P. 241—249.
23. McGorry P. Early psychosis: detection and intervention / In book of abstracts of international congress of WPA «Treatment in psychiatry: an update», 2004. — Florence, Italy. — P. 1
24. National Institute of Clinical Excellence. Guidelines of the use of newer (atypical) antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. Health Technology Appraisal. — № 43. — Nice, London, 2002.
25. Orsucci F., Marza M., Risio S. D. Early psychosis: prevention and rehabilitation / In book of abstracts of international congress of WPA «Treatment in psychiatry: an update», 2004. — Florence, Italy. — P. 163
26. Remington G., Kapur S., Zipursky R. B. Pharmacotherapy of first episode schizophrenia // British Journal of Psychiatry. — 1998. — Vol. 172 (suppl. 33). — P. 66—70.
27. Todd P., Jackson C. Early intervention in psychosis // Ibid. — 1998. — Vol. 111 (suppl. 33). — P. 53—59.

Надійшла до редакції 12.01.2007 р.

H. О. Марута

Перший епізод психозу (діагностика, лікування, організація допомоги)

*Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України
(м. Харків)*

На підставі проведених досліджень в роботі показано, що перший епізод психозу є періодом активного перебігу захворювання, в якому закладаються прогноз майбутніх рецидивів та ступеня порушення соціального функціонування. Першому епізоду психозу, як правило, передує тривалий період нелікованого психозу, скорочення якого корелює з більш сприятливими результатами захворювання.

Організація допомоги хворим з першим психотичним епізодом передбачає ранній початок дій, формування робочого альянсу, залучення сім'ї та суспільства до надання допомоги.

N. A. Maruta

The first episode of psychosis (diagnosis, treatment, organization of health service)

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine (Kharkiv)*

On the base of investigations carried out in the article it is shown that the first episode of psychosis is a period of an active course of the disease.

In this period a prognosis of future recurrences and level of impairment of a social functioning is layed. Usually the first episode of psychosis is preceded by a long period of non-treated psychosis. A reduction of this period is correlated with better outcomes of the disease.

Organization of health service for patients with the first psychotic episode have to provide an early interventions, a formation of a working alliance, an involvement of the family and society in the service.