

Д.С. Данилов

Клиника психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы №3 ГОУ ВПО
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Терапевтическое сотрудничество больных шизофренией и врача (значение для эффективности лечения, механизмы формирования и методы коррекции)

На основании данных литературы и результатов собственных исследований анализируется одна из важнейших составляющих проблемы эффективности лечения шизофрении — качество терапевтического сотрудничества (комплаенса) больных и врача. Приводятся данные о распространенности низкого качества терапевтического сотрудничества, обсуждаются его причины и влияние на эффективность лечебного процесса. Проводится оценка эффективности современных методов психофармакотерапии, направленных на оптимизацию терапевтического сотрудничества.

Ключевые слова: шизофрения, терапевтическое сотрудничество, комплаенс, распространенность, механизмы формирования, методы коррекции, рисперидон (рисполикс).

Контакты: Дмитрий Сергеевич Данилов clinica2001@inbox.ru

*Therapeutic collaboration of schizophrenic patients and a physician
(the significance for therapeutic efficiency, the mechanisms of formation, and correction methods)*
D.S. Danilov

S.S. Korsakov Psychiatry Clinic, University Clinical Hospital Three, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Based on the data available in the literature and the results of his studies, the author analyzes one of the most important parts of the problem in the efficiency of treatment for schizophrenia, namely the quality of therapeutic collaboration (compliance) of patients and a physician. The paper gives data on the spread of low-quality therapeutic collaboration and discusses its reasons and impact on the efficiency of the therapeutic process. The efficiency of current psychopharmacotherapeutic methods aimed at optimizing the therapeutic collaboration is evaluated.

Key words: schizophrenia, therapeutic collaboration, compliance, spread, mechanisms of formation, correction methods, risperidone (rispolux).

Contact: Dmitry Sergeyevich Danilov clinica2001@inbox.ru

В последние десятилетия появилось новое поколение психотропных средств, создание которых существенно расширило возможности лечения различных психических расстройств. Введение в практику современных атипичных нейролептиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин, ziprasidon, сертиндол, палиперидон и др.) позволило улучшить результаты лечения шизофрении. Однако, несмотря на значительные достижения в области психофармакотерапии шизофрении, до сих пор наблюдаются случаи прогрессирования, частых обострений болезни и формирования выраженного шизофренического дефекта. Основной причиной неблагоприятного течения заболевания является нарушение больными режима терапии вплоть до полного отказа от нее (нонкомплаенс, отсутствие терапевтического сотрудни-

чества)¹. К другим причинам относятся: резистентность к антипсихотической терапии, ее выраженная индивидуальная непереносимость и низкое качество оказания психиатрической помощи (рис. 1).

При исследовании проблемы отказа от терапевтического сотрудничества становится очевидной очень высокая распространенность этого явления, которая, по разным оценкам², составляет 10–90% (в среднем у 50%) [2–6]. Эта проблема наиболее остро проявляется при оказании амбулаторной помощи, когда контроль за приемом лекарств ослабевает, поскольку переходит от врачей и медицинского персонала к больным и их родственникам.

Нарушение режима антипсихотической терапии коррелирует с высоким риском развития повторных обострений

¹Традиционно за рубежом правильность соблюдения больным рекомендаций врача обозначают термином «комплаенс» («compliance»). Также используются другие понятия: «приверженность терапии» («adherence to medication»), «согласие с медицинскими рекомендациями» («concordance»). В отечественной литературе обычно применяют перечисленные выше термины. Стремление найти в русском языке аналог этим понятиям привело к появлению термина «терапевтическое сотрудничество» [1].

²К основным причинам различия представленных оценок относятся: 1) сложность выявления нонкомплаенса; 2) различная методика проведения исследований (проспективная и ретроспективная оценка, различные длительность наблюдений, методы оценки терапевтического поведения больных); 3) неоднородность выборок больных в исследованиях.



Рис. 1. Причины низкой эффективности антипсихотической терапии у больных шизофренией

шизофрении и усилением тяжести хронической психопатологической симптоматики. Прогрессирование болезни в свою очередь снижает эффективность лечения из-за формирования устойчивых к терапии синдромов: хронического бреда, нарушений стройности мышления, эмоционально-волевых изменений. Эти расстройства проявляются отсутствием критики, негативизмом или безынициативностью, что в еще большей степени способствует нарушению больными медицинских рекомендаций. При стойком несоблюдении режима терапии прогноз ухудшается еще потому, что у врачей создается впечатление бесперспективности лечения пациентов и, соответственно, снижается качество оказания медицинской помощи. Таким образом, происходит замыкание порочного круга, определяющего неблагоприятное течение шизофрении.

Представленные данные отражают важность изучения проблемы терапевтического сотрудничества при шизофрении. Помимо оценки распространенности, предприняты попытки исследовать причины и механизмы формирования некомплаенса. Для этого изучалась его взаимосвязь с различными клинико-психопатологическими, терапевтическими, демографическими, социальными, культуральными и иными факторами. Обобщение полученных результатов свидетельствует об отсутствии у исследователей и врачей единого понимания механизмов формирования терапевтического поведения [1, 7]. Например, получены противоположные данные о значении тяжести психического состояния больных (выраженность психопатологической симптоматики, длительность заболевания, варианты течения шизофрении). Парадоксально отсутствие согласия в понимании значения критичного отношения больных к своему состоянию. Несмотря на распространенное мнение о связи некомплаенса с плохой переносимостью терапии, получены данные об отсутствии прямой корреляции между ними. В многочисленных исследованиях установлено, что при лечении атипичными нейролептиками нового поколения (рисперидон, оланзапин, кветиапин и др.) больные реже нарушают режим терапии, чем при лечении традиционными средствами. Однако имеются и противоположные данные. Показательны результаты исследования CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) [8], в котором в качестве комплексного показателя эффективности лечения было выбрано «время до прекращения приема нейро-

лептика». Учитывались различные причины «обрыва» терапии, одной из которых было «решение больного». Результаты исследования неожиданно показали, что по эффективности традиционный нейролептик перфеназин превосходит кветиапин и зипрасидон, уступает оланзапину и примерно сопоставим с рисперидоном. Подобное положение дел и с оценкой в исследованиях значения для качества терапевтического сотрудничества демографических, социальных и культуральных факторов. Их роль также окончательно не определена. До сих пор не проведено ранжирование различных факторов по значению для качества терапевтического сотрудничества. Согласие достигнуто только в том, что безусловными предикторами отсутствия терапевтического сотрудничества являются некомплаенс в анамнезе и сопутствующее злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, наркотики) [7, 9]. Однако такую корреляцию следует расценивать как сугубо статистическую, не раскрывающую причины и механизмы формирования различных моделей терапевтического поведения.

Можно выделить несколько причин противоречивости данных о связи качества терапевтического сотрудничества с различными факторами. Все они обусловлены несовершенством методики оценки [1, 10]. К ним относятся: 1) отсутствие общепринятых критериев понятий «комплаенс» и «некомплаенс»; 2) сложность выявления некомплаенса и отсутствие «золотого стандарта» оценки терапевтического поведения; 3) клиническая, демографическая, социальная и иная неоднородность выборки больных в различных исследованиях; 4) преобладание исследований с ретроспективной оценкой связи некомплаенса с предполагаемыми факторами риска; 5) немногочисленность проспективных исследований (большинство исследований с коротким катамнезом).

Нами было проведено собственное исследование зависимости качества терапевтического сотрудничества от различных клинико-психопатологических, терапевтических и микросоциальных факторов при поддерживающей терапии шизофрении [1]. При его планировании были учтены приведенные выше замечания: 1) оценку терапевтического сотрудничества проводили одновременно несколькими методами, что повысило достоверность полученных результатов; 2) использовали проспективный метод исследования с длительным катамнезом, что исключало возмож-

ность «ретроспективной ошибки» и позволяло учесть изменчивость факторов риска некомплаенса; 3) сформированная выборка больных была обширной и разнородной, что позволило провести оценку значения многих факторов.

Результаты исследования показали, что наибольший риск некомплаенса наблюдается в течение первых 9 мес после выписки больных из стационара и в течение 3-го года амбулаторной терапии («раннее» и «позднее» отсутствие терапевтического сотрудничества). Такая закономерность связана с различием механизмов, определяющих низкое качество терапевтического сотрудничества в эти периоды.

На раннем этапе амбулаторного лечения (1–9 мес) отсутствие терапевтического сотрудничества чаще наблюдалось у больных, у которых купирующая терапия не приводила к значительному улучшению состояния (терапевтические ремиссии низкого качества, безремиссионное течение болезни). Это были случаи выраженной психопатологической симптоматики с отсутствием у больного критики. Особенно часто отсутствие терапевтического сотрудничества наблюдалось при непрерывной параноидной шизофрении и психопатоподобной вялотекущей шизофрении, при параноидных и психопатоподобных ремиссиях в рамках различных форм заболевания. Напротив, высоким качеством терапевтического сотрудничества было у больных с более благоприятным течением заболевания (ремиссии при шизофрении, протекающей приступообразно, ремиссии при вялотекущей неврозоподобной шизофрении). Высокое качество терапевтического сотрудничества наблюдалось у больных с апатическими, астеническими и тимопатическими ремиссиями. На отдаленных этапах ремиссии (3-й год) у больных с незначительной выраженностью психопатологической симптоматики (высокое качество ремиссий, особенно при шизофрении, протекающей приступообразно) терапевтическое сотрудничество постепенно «разрушалось». В этих случаях «давность» перенесенного психоза, отсутствие субъективно тягостных переживаний, хорошая социальная адаптация формировали у больных представление о выздоровлении и возможности прекращения лечения. У пациентов с более выраженной психопатологической симптоматикой, при наличии в структуре синдрома процессуальных расстройств пограничного круга, особенно при вялотекущей шизофрении и астенических ремиссиях, некомплаенс наблюдался реже из-за осознания пациентами болезненности своего состояния и желания его облегчить.

К «терапевтическим» факторам риска отсутствия терапевтического сотрудничества на раннем этапе ремиссии (1–9 мес) относились индивидуальная непереносимость поддерживающей, но не предшествующей купирующей терапии. Различий в комплаенсе при лечении атипичными и типичными нейролептиками не выявлено. Оценка качества терапевтического сотрудничества проводилась при помощи общего сравнения групп больных, принимавших типичные (галоперидол, трифлуоперазин, флуфеназин, зуклопентиксол) или атипичные (клозапин, рисперидон, оланзапин и кветиапин) нейролептики. Можно предположить, что сравнение качества терапевтического сотрудничества при приеме строго определенных нейролептиков принесло бы более дифференцированные результаты. Формированию терапевтического сотрудничества способствовало назначение пролонгированных форм нейролептиков из-за лучшего контроля за их приемом. На отдаленных этапах ремиссии (3-й год)

значение терапевтических факторов ослабевало, поскольку часть больных с непереносимостью лечения отказывались от него в более ранний период, а у другой части пациентов терапия корректировалась, и, соответственно, улучшалась ее переносимость. Многие больные, которые после длительного регулярного лечения и достижения ремиссии высокого качества отказались от дальнейшего лечения и наблюдения, сделали это осознанно из-за убежденности в выздоровлении, поэтому даже назначение пролонгированных нейролептиков было в этих случаях малоэффективно.

Микросоциальные факторы (семейное положение больного, отношение к лечению его родных и их вовлеченность в лечебный процесс) влияли на формирование терапевтического сотрудничества в течение всего периода лечения. На его ранних этапах (1–9 мес) отсутствие терапевтического сотрудничества чаще наблюдалось у одиноких больных и пациентов, чьи родственники отрицали или недооценивали факт душевного заболевания, негативно относились к лечению и противодействовали ему или отстранялись от участия в лечебном процессе. На отдаленных этапах ремиссии (3-й год) низкое качество терапевтического сотрудничества чаще наблюдалось у больных, чьи родные устранились от участия в лечебном процессе. При их активной вовлеченности в лечение на всех его этапах удавалось достичь более высокого качества комплаенса. Однако с течением времени контроль родных за соблюдением лечения ослабевал (феномен эмоционального «выгорания» родных).

На всех этапах ремиссии значение клинических, терапевтических и микросоциальных факторов было взаимосвязано. Значение одних факторов могло нивелироваться или усиливаться за счет других. Например, у больных с преобладанием негативной симптоматики по типу «простого дефицита» слабость волевых и эмоциональных побуждений сполна компенсировалась активным вовлечением в терапевтическую программу родных, что позволяло добиться правильного выполнения медицинских рекомендаций. Напротив, самое активное участие родных в лечебном процессе больных с выраженными продуктивными расстройствами и нарушениями мышления гораздо меньше определяло правильность соблюдения режима терапии. При высоком качестве ремиссий плохая переносимость нейролептиков часто нивелировалась критичным отношением больных к своему состоянию или сознанием его болезненности, пониманием необходимости продолжения лечения. При ремиссиях низкого качества даже незначительные побочные эффекты усиливали нежелание больных принимать нейролептики. Побочные эффекты, не доставляющие субъективного дискомфорта, но меняющие внешность (например, увеличение массы тела), безразлично воспринимались пациентами с выраженными изменениями личности, но часто вызывали страдание и протест против лечения у относительно сохраняемых больных. Плохая переносимость терапии могла вызвать негативное отношение к ней родных больного и их противодействие продолжению медицинского вмешательства при первоначальной поддержке ими лечебного процесса.

Полученные в нашем исследовании результаты стали основой для разработки схемы зависимости качества терапевтического сотрудничества от различных факторов с учетом их взаимосвязи, которую можно использовать для индивидуального прогнозирования модели терапевтического поведения больного (рис. 2).



Рис. 2. Схема зависимости качества сотрудничества больного и врача от клинических, терапевтических и микросоциальных факторов с учетом их взаимосвязи

Практическое значение знаний о предикторах отсутствия терапевтического сотрудничества определяется возможностью его своевременного распознавания и коррекции при помощи включения в лечебную программу методов оптимизации терапевтического поведения больных. В настоящее время предложены различные подходы, основанные на специальных методиках психофармакотерапии, психотерапии, социального воздействия и улучшения организации медицинской помощи (табл. 1). Однако эффективность большинства из них остается спорной [1, 11]. В настоящей статье подробно освещаются психофармакотерапевтические методы. Значение других подходов было рассмотрено нами ранее [1].

Одним из шагов на пути к улучшению терапевтического сотрудничества при шизофрении стало создание парентеральных пролонгированных форм антипсихотических средств (пролонгированные формы галоперидола, флуфеназина, зуклопентиксола, флупентиксола, рисперидона³).

Первоначально результаты многих исследований свидетельствовали о том, что при их применении удается обеспечить более правильное соблюдение режима терапии и сократить количество обострений по сравнению с приемом нейролептиков внутрь. Однако дальнейшие метаанализы не выявили различий между группами больных, получающих пероральную терапию и пролонгированные нейролептики [12]. Высказывается мнение, что частые отказы больных от лечения средствами пролонгированного действия связаны с их худшей переносимостью (так как возникают периоды резкого усиления тяжести побочных эффектов из-за неравномерного высвобождения препарата из депо). Длительные динамиче-

ские наблюдения свидетельствуют, что депо-нейролептики эффективнее пероральных средств лишь в первые месяцы лечения. Их назначение обычно не повышает готовность больных лечиться, а лишь облегчает контроль за соблюдением режима приема лекарств. Благодаря удобству приема терапия депо-нейролептиками становится наиболее успешной при условии ранее сформированного терапевтического сотрудничества [13]. В остальных случаях правильность соблюдения режима лечения зависит от контроля больного медицинскими работниками и участия в лечебном процессе его родных.

Для достижения комплаенса при лечении шизофрении, а вернее, для удобства контроля за приемом антипсихотических средств, предложено использовать специальные пероральные формы. С этой целью применяют растворы атипичных и типичных нейролептиков или быстрорастворимые таблетки (галоперидол, перициазин, рисперидон, оланзапин⁴). Эти лекарственные формы удобны для использования при отказе больных от лечения. Клинические исследования демонстрируют, что при их применении удается достичь более точного выполнения режима терапии [14–17]. Однако такая методика не улучшает качество терапевтического сотрудничества, а лишь упрощает контроль за соблюдением режима лечения.

Для улучшения комплаенса у больных шизофренией предлагается использовать метод упрощения режима пероральной терапии. Это может достигаться назначением «обычного» лечения с небольшой кратностью приема или применением пероральных средств длительного действия (пимозид, пенфлюридол, палиперидон, пролонгированная форма кветиапина). Показано, что при небольшой кратко-

³За рубежом применяются пролонгированные формы перфеназина, пипотиазина, бромперидола, оксипротепина, флушпирилена и пенфлюридола.

⁴За рубежом для перорального приема используют растворы хлорпромазина, левомепромазина, флуфеназина, перфеназина, трифлуоперазина, тиоридазина, зуклопентиксола, флупентиксола, клозапина, амисульприда, сульпирида.

Таблица 1. *Классификация способов формирования и оптимизации терапевтического сотрудничества больных шизофренией и врача*

Задача	Способ ее решения
Формирование у больного установки на прием лекарств при ее отсутствии	Психофармакотерапевтические методы: улучшение переносимости лечения. Психотерапевтические методы: формирование доверия больного к врачу, в том числе методы рациональной психотерапии (убеждение, косвенное внушение); комплаенс-терапия. Специальные программы: психообразование больных
Усиление контроля за соблюдением больным режима терапии при невозможности формирования установки на лечение	Психофармакотерапевтические методы: применение парентеральных и пероральных пролонгированных форм нейролептиков; применение пероральных растворов и быстрорастворимых таблеток. Специальные программы: психообразование для родственников больных; активное патронирование больного
Поддержание устойчивости сформированной у больного установки на лечение	Психофармакотерапевтические методы: уменьшение кратности приема пероральных нейролептиков, в том числе различных форм пролонгированных нейролептиков; улучшение переносимости лечения. Психотерапевтические методы: формирование доверия больного к врачу, в том числе методы рациональной психотерапии (убеждение, косвенное внушение); комплаенс-терапия. Специальные программы: активное патронирование больного; поведенческая терапия

сти приема больные лучше соблюдают режим терапии [18, 19]. Упрощение лекарственного режима обычно полезно лишь у больных, согласных лечиться, благодаря снижению частоты случайных пропусков приема препарата, например из-за «забычивости». Однако с этим мнением соглашаются не все авторы. Есть сообщения, что у некоторых пациентов слишком простая схема терапии может способствовать разрушению терапевтического сотрудничества [20]. Понятно, что эта группа пациентов сравнительно немногочисленна и обычно характеризуется сохранностью критики или осознанием болезни. Простая схема лечения вряд ли может способствовать улучшению терапевтического сотрудничества у больных с выраженной психопатологической симптоматикой, хотя в этом случае она позволяет упростить контроль за соблюдением режима лечения. В ряде случаев назначение терапии с небольшой кратностью приема неприемлемо из-за недостаточной эффективности.

Для формирования терапевтического сотрудничества важно улучшить переносимость лечения. Показано, что при отсутствии побочных эффектов настрой больных на продолжение терапии выше, чем в случае ее плохой переносимости. Причем важную роль играет не просто непереносимость терапии, а субъективное страдание пациента от побочных эффектов [21–24]. Многие нежелательные явления тяжело воспринимаются больными, ухудшают качество жизни, приводят к стигматизации и как следствие — к отказу от лечения. Предотвращение нонкомплаенса, связанного с плохой переносимостью антипсихотических средств, должно быть основано на предупреждении, раннем выявлении и своевременной коррекции побочных эффектов при строго индивидуальном подходе к лечению.

Отдельного обсуждения заслуживает вопрос применения атипичных антипсихотиков для улучшения качества терапевтического сотрудничества. Как отмечалось выше, многие исследования свидетельствуют о лучшем соблюдении больными режима их приема. Однако такую зависимость признают не все психиатры. Обычно более правильное соблюдение режима приема атипичных антипсихотиков связывают с их лучшей (по сравнению с традиционными антипсихотическими средствами) переносимостью. Но не следует забывать, что при приеме некоторых атипичных нейролептиков чаще развиваются выраженные метаболические,

эндокринные и сердечно-сосудистые нарушения. Также необходимо учитывать, что качество терапевтического сотрудничества зависит не только от переносимости лечения, но и от комплекса других факторов (см. рис. 2). Например, было показано, что эффективность некоторых атипичных антипсихотиков недостаточно высока при активном течении шизофрении (острые психозы, непрерывное прогрессирующее течение) [1]. В этих случаях низкое качество ремиссии с отсутствием критики или осознания болезни приводит к быстрому отказу больных от лечения в амбулаторных условиях даже при хорошей переносимости терапии. Качество терапевтического сотрудничества при приеме атипичных антипсихотиков зависит также от социального положения больного и его семьи и может нарушаться в связи с невозможностью регулярного приобретения дорогостоящих препаратов. Все это свидетельствует об отсутствии прямой взаимосвязи между высоким качеством терапевтического сотрудничества и лечением атипичными антипсихотиками.

Таким образом, данные об эффективности различных психофармакотерапевтических методов оптимизации терапевтического сотрудничества больных шизофренией и врача довольно противоречивы. Среди причин подобного противоречия можно назвать и то, что один и тот же метод коррекции комплаенса может быть эффективен у одних больных и бесполезен у других. Например, упрощение схемы пероральной терапии (в том числе снижение кратности приема препаратов) будет полезно в случае сложного жизненного стиля больного (работающие социально адаптированные пациенты) или при необходимости усиления контроля за ее приемом со стороны близкого окружения больного или медицинского персонала. Эта же методика принесет меньшую пользу, если больной отказывается от терапии из-за ее плохой переносимости или отсутствия критичного отношения к своему состоянию. На практике методы оптимизации терапевтического сотрудничества должны применяться дифференцированно с учетом индивидуальных предикторов его низкого качества [1] (табл. 2).

В заключение необходимо остановиться на обсуждении качества терапевтического сотрудничества при лечении одним из атипичных нейролептиков — препаратом рисполекса, который является генериком рисперидона и применяется в России с 2008 г. Проведенные исследования свиде-

Таблица 2. *Схема дифференцированного подхода к применению методов оптимизации терапевтического сотрудничества*

Фактор риска	Метод коррекции
Отсутствие терапевтического сотрудничества на раннем этапе ремиссии (1-й год)	
Ремиссии низкого качества при «текущем» эндогенном процессе	Применение депо-нейролептиков Активное патронирование больного Комплаенс-терапия
Шизофренический дефект	Привлечение к процессу лечения родственников Применение депо-нейролептиков
Плохая переносимость лечения	Индивидуальная коррекция терапии для улучшения ее переносимости
Одинокое больные	Применение депо-нейролептиков Активное патронирование больного
Негативное отношение родных к лечению, их отстраненность от процесса терапии	Психообразовательные программы для родственников Семейная психотерапия
Отсутствие терапевтического сотрудничества на отдаленном этапе ремиссии (3-й год)	
Ремиссии высокого качества (убежденность в выздоровлении)	Психообразовательные программы для больных Рациональная психотерапия (убеждение, косвенное внушение) Комплаенс-терапия
Отстраненность родных от процесса лечения	Психообразовательные программы для родственников

тельствуют о биоэквивалентности и терапевтической эквивалентности rispолюкса и оригинального rispеридона [25], поэтому данные, полученные в отношении оригинальных препаратов rispеридона, могут быть полностью экстраполированы на rispолюкс.

Риспoлюкс (риспeридон) преимущественно воздействует на бредовую симптоматику в рамках острых психозов (без выраженного возбуждения и негативизма), паранойяльного синдрома (особенно при небольшой длительности болезни и у ранее нелеченых больных) и на различные психопатологические расстройства невротического регистра (при отсутствии в их структуре пониженного аффекта) [1]. Такой профиль антипсихотической активности позволяет успешно применять rispолюкс (риспeридон) для купирующей и поддерживающей терапии шубообразной шизофрении, активной терапии среднепрогредиентной непрерывной параноид-

ной шизофрении и вялотекущей шизофрении. Назначение rispолюкса (риспeридона) в этих случаях приводит к значительному ослаблению психопатологических расстройств, формированию критики или достижению осознания болезни, что позволяет добиться значительного улучшения качества терапевтического сотрудничества больных и врача.

Профиль переносимости rispолюкса (риспeридона) отличает редкость возникновения неврологических расстройств, седативного и общезатормаживающего действия, соматотропной антихолинергической активности (запор, задержка мочеиспускания, сухость во рту, аритмии и др.) [26]. Известно, что эти побочные эффекты тяжело переносятся больными, воспринимаются как «тягостные» и являются частой причиной отказа от терапии. Редкость их возникновения при приеме rispолюкса (риспeридона) делает его назначение предпочтительным у широкого круга боль-

Таблица 3. *Основные препараты rispеридона, используемые в России, и их цена*

Доза в таблетке	Торговое название	Количество таблеток в упаковке	Цена упаковки*
Риспeридон 2 мг	Рисполепт	№20	1789,92
	Риссет	№20	1017,20
	Сперидан	№20	848,76
	Риспаксол	№20	780,27
	Ридонекс	№20	746,10
	Рилептид	№20	710,22
	Торендо	№20	684,89
	Риспoлюкс	№20	481,44
Риспeридон 4 мг	Рисполепт	№20	3427,66
	Сперидан	№20	1625,49
	Риссет	№20	1621,84
	Ридонекс	№20	1428,75
	Рилептид	№20	1309,12
	Торендо	№20	1228,39
	Риспoлюкс	№20	1030,15

Примечание. *— представлена предельная розничная цена с НДС (руб.) в соответствии с Государственным реестром предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (по состоянию на 15.03.2011 в Москве).



➤ Воздействует на все проявления шизофрении^{1,3,4,5}

- позитивные симптомы
- негативные симптомы
- аффективные расстройства
- когнитивный дефицит

➤ Низкий риск развития экстрапирамидных расстройств^{4,6}

➤ Не оказывает антихолинергического действия^{3,4,6}

➤ Предотвращает возникновение рецидивов^{2,4,7,8}



1. Аведисова А.С., Спасова С.А., Файзуллоев А.З. Рисполепт при терапии вялотекущей шизофрении и его влияние на когнитивные функции. Российский психиатрический журнал. 2002. №1. С. 42-46. 2. Бородин В.И. Атипичные антипсихотики — эффективная терапия шизофрении. Фармацевтический вестник. №15 (420) от 25 апреля 2006. 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Риспoлюкс®. 4. Каледа В.Г. Место рисполепта в современной психофармакотерапии. Методическое руководство НЦПЗ РАМН. 2003. 5. Мосолов С.Н. Современная антипсихотическая фармакотерапия шизофрении. Русский медицинский журнал. 2004. Т. 12, №10. С. 23-28. 6. Daniel Umbricht, John M. Kane. Risperidone: Efficacy and Safety. Schizophrenia Bulletin. 1995, vol. 21, no. 4, p.p. 593-606. 7. Gilbody SM, Bagnall AM, Duggan L, Tuunainen A. Risperidone versus other atypical antipsychotic medication for schizophrenia (Review). The Cochrane Library, 2008, Issue 4. 8. Hunter RH, Joy CB, Kennedy E, Gilbody SM, Song F. Risperidone versus typical antipsychotic medication for schizophrenia (Review). The Cochrane Library, 2008, Issue 4.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

ных с плохой переносимостью типичных и некоторых атипичных (оланзапин, клозапин) нейролептиков.

Достоинством rispолюкса перед другими препаратами rispеридона являются меньшие затраты на лечение, что имеет большое значение для соблюдения больными режима терапии при необходимости самостоятельного приобретения лекарств (табл. 3). Средняя стоимость лечения rispолюксом примерно в 3–4 раза ниже стоимости лечения оригинальным rispеридоном [27].

Преимущества rispолюкса перед типичными и некоторыми атипичными нейролептиками (особенности профиля психотропной активности и переносимости), а также перед оригинальным препаратом rispеридона (равная терапевтическая и биоэквивалентность при меньших затратах на лечение) позволяют рекомендовать его для применения у широкого круга больных шизофренией, что улучшит качество терапевтического сотрудничества и повысит эффективность лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов Д.С. Терапия шизофрении (атипичные нейролептики и индивидуальная организация лечебного процесса). М.: Миклош, 2010;320 с.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988;528 с.
3. Проценко И.В. Комплексное исследование больных параноидной формой шизофрении (клинико-социальные, патохимические и терапевтические аспекты). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008;20 с.
4. Cramer J.A., Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services* 1998;49(2):196–201.
5. Sair A., Bhui K., Hag S. et al. Improving treatment adherence among patients with chronic psychoses. *Psychiat Bull* 1998;22:77–81.
6. Lacro J.P., Dunn L.B., Dolder C.R. et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiat* 2002;63(10):892–909.
7. Medication management approaches in psychiatry. Workbook – Draft, 2003;103 p.
8. Lieberman J., Stroup T., McEvoy J. et al. Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. *New Engl J Med* 2005;353(12):1209–23.
9. Ascher-Svanum H., Zhu B., Faries D. et al. A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiat* 2006;67(7):1114–23.
10. Данилов Д.С., Тюльпин Ю.Г. Лечение шизофрении. М.: МИА, 2010;276 с.
11. Доказательная медицина (ежегодный справочник) Ч. 2. М.: МедиаСфера, 2003;241–72.
12. David A.S., Adams C. Depot antipsychotic medication in the treatment of patients with schizophrenia: (1) meta-review; (2) patient and nurse attitudes. *Health Technol Asses* 2001;34(5):1–61.
13. Walburn J., Gray R., Gournay K. et al. Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *Brit J Psychiat* 2001;179(10):300–7.
14. Иванов С.В. Улучшение комплаентности больных шизофренией к терапии антипсихотиками. *Психиатр и психофармакотер* 2008;10(3):27–9.
15. Kinon B.J., Hill A.L., Liu H. et al. Olanzapine orally disintegrating tablets in the treatment of acutely ill non-compliant patients with schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003;6(2):97–102.
16. Markowitz J.S., DeVane C.L., Malcolm R.J. et al. Pharmacokinetics of olanzapine after single-dose oral administration of standard tablet versus normal and sublingual administration of an orally disintegrating tablet in normal volunteers. *J Clin Pharmacol* 2006;46(2):164–71.
17. Normann C., Schmauss M., Bakri N. et al. Initial treatment of severe acute psychosis with fast orally disintegrating risperidone tablets. *Pharmacopsychiatry* 2006;39(6):209–12.
18. Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001;23(8):1296–310.
19. Diaz E., Neuse E., Sullivan M.C. et al. Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge. *J Clin Psychiat* 2004;65(3):354–60.
20. Аведисова А.С., Бородин В.И. От некомплаенса к отказу от психофармакотерапии. *Психиатр и психофармакотер* 2005;7(6):316–8.
21. Бурковский Г.В., Левченко Е.В., Беркман А.М. Об исследованиях здоровья и качества жизни. *Обозр психиатр и мед психол им. В.М. Бехтерева* 2004;1:27–8.
22. Аведисова А.С., Ахапкин Р.В. Проблемы клинической оценки переносимости терапии психотропными препаратами. *Психиатр и психофармакотер* 2005;7(1):9–12.
23. Бугрова В.И. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией: клинико-социальные и экономические аспекты. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2007;149 с.
24. Fenton W.S., Blyler C.R., Heinssen R.K. Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bull* 1997;23(4):637–51.
25. Boer R. Clinical study report. A single dose, randomized, two-period, two-treatment, two-sequence, crossover bioequivalence study on Risperidone 2 mg film-coated tablets (Novartis) versus Risperdal 2 mg film-coated tablets (Janssen-Cilag) in healthy volunteers. CEPHA s.r.o. study code №: CPA 141-01, Biochemie GmbH study code: RPD 63/01. Center for Pharmacology and Analysis Komenskeho, Czech Republic. August, 2002.
26. Каледа В.Г. Место rispолюпта в современной психофармакотерапии. М.: НЦПЗ РАМН, 2003;37 с.
27. Информация о предельных отпускных ценах производителей и предельных розничных ценах на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты в субъектах Российской Федерации (по состоянию на 15 марта 2011 года). http://www.mosgorzdrav.ru/mgz/komz-dravsite.nsf/va_WebPages/page_imp_medicine?OpenDocument.