

А.Н. БУРДАКОВ, И.В. МАКАРОВ,
Ю.А. ФЕСЕНКО, Е.В. БУРДАКОВА

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	6
Список сокращений	7
Введение	8
ГЛАВА 1. Принципы психофармакотерапии у детей и подростков	17
1.1. Правила назначения и проведения психофармакотерапии у детей и подростков	17
1.2. Дополнительные факторы, влияющие на эффективность терапии. Плацебо-эффект	23
Внутренняя картина болезни и комплаенс	25
Проблема резистентности. Депонированные препараты	27
Качество жизни	28
ГЛАВА 2. Общая характеристика препаратов ноотропного ряда	30
ГЛАВА 3. Общая характеристика группы нейролептиков	63
3.1. Классификация нейролептиков	63
3.2. Общие свойства нейролептиков	64
Некоторые общие особенности побочных эффектов нейролептиков	66
Противопоказания для применения нейролептиков	68
3.3. Механизмы действия нейролептиков	69
Общие особенности традиционных нейролептиков	70
Общие особенности атипичных нейролептиков	72
ГЛАВА 4. Характеристика отдельных препаратов	75
4.1. Традиционные нейролептики преимущественно с седативным действием	75
Алимемазин	76
Левомепромазин	77
Перициазин	78
Тиоридазин	79
Хлорпромазин	81
Хлорпротиксен	82
4.2. Традиционные нейролептики преимущественно с антипсихотическим действием	84
Амисульприд	84
Галоперидол	84
Зуклопентиксол	87
Перфеназин	89
Сульпирид	90

Тиаприд	91
Тиопроперазин	93
Трифлуоперазин	93
Флупентиксол	95
Флуфеназин	97
4.3. Атипичные нейролептики	98
Арипипразол	98
Зипрасидон	99
Кветиапин	100
Клозапин	103
Оланзапин	108
Рisperидон	110
ГЛАВА 5. Взаимодействие лекарственных препаратов	119
5.1. Общие сведения	119
Распределение лекарственных препаратов в организме	120
Биологическая трансформация лекарственных веществ	123
Взаимодействие в системе изоферментов цитохрома P450	124
5.2. Некоторые значимые взаимодействия	127
Взаимодействие нейролептиков с психотропными препаратами	127
Взаимодействие нейролептиков с соматотропными препаратами	129
ГЛАВА 6. Отмена и замена нейролептика	131
ГЛАВА 7. Побочные действия нейролептиков	137
7.1. Классификации и патогенез побочных действий	137
7.2. Характеристика отдельных побочных эффектов	140
Тератогенность	140
Неврологические побочные эффекты	142
Злокачественный нейролептический синдром	150
Серотониновый синдром	154
Психические нарушения, обусловленные терапией нейролептиками	156
Соматические нежелательные явления	159
Отдаленные неблагоприятные явления	171
7.3. Применение корректоров	174
7.4. Передозировка при приеме нейролептиков	175
ГЛАВА 8. Мониторинг безопасности при применении нейролептиков	177
8.1. Начало лечения	177
8.2. Контроль нежелательных явлений в процессе терапии нейролептиками	177
8.3. Процедуры контроля нежелательных явлений в процессе терапии нейролептиками	181
ГЛАВА 9. Общая характеристика группы антидепрессантов	185
ГЛАВА 10. Общая характеристика группы транквилизаторов	207

ГЛАВА 11. Общая характеристика группы антиконвульсантов	229
ГЛАВА 12. Препараты растительного происхождения, биологически активные вещества и гомеопатические средства	248
Список литературы	257
Приложения	282
Приложение 1. Фармакологические свойства нейролептиков	282
Приложение 2. Сравнительная важность целей терапии на различных стадиях заболевания	290
Приложение 3. Некоторые алгоритмы терапии	291
Приложение 4. Алгоритмы действий при возникновении побочных эффектов	296
Приложение 5. Оценка нейролептиков врачами ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина	300
Приложение 6. Возрастные дозы некоторых препаратов, используемых у детей и подростков (рекомендации отделения детской психиатрии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева)	301

ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

1.1. ПРАВИЛА НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

I. Обоснованность терапии

Перед началом применения психотропного препарата необходимо тщательно взвесить возможную *пользу* и *вред* от применения препарата. Началу лечения должно предшествовать комплексное заключение о состоянии здоровья, включающее:

1. Психиатрическое заключение:

- ведущий психопатологический синдром, нозологическая принадлежность, длительность и форма течения заболевания;
- сведения о приеме психоактивных веществ с немедицинскими целями;
- решение вопроса о необходимости психологического или нейропсихологического обследования перед началом применения психотропного препарата;
- обозначение места психофармакотерапии среди других методов вмешательства — лекарственная терапия крайне редко способна (если способна вообще) решить все проблемы пациента (медикаментозное вмешательство должно являться частью продуманной реабилитационной программы, в которую входят психотерапевтическое, психосоциальное, специализированное педагогическое вмешательство, реабилитационные и обучающие мероприятия).

2. Общемедицинское заключение:

- наличие хронических соматических заболеваний и состояний, угрожающих декомпенсацией; обоснованное заключение об ограничении на применение препаратов, способных вызвать декомпенсацию;

- обоснованное заключение о приоритетности психотропной или соматотропной (при необходимости ее проведения) терапии;
- обоснованное заключение о целесообразности сочетания психотропной и соматотропной терапии;
- уточнение состояния функции печени и почек — позволяет не только просчитать риск нежелательных явлений, но и скорректировать дозу, так как эти органы могут напрямую влиять на изменение плазматической концентрации препаратов;
- уточнение состояния системы крови (при применении препаратов с риском возникновения соответствующих осложнений);
- кардиоваскулярное заключение (контроль артериального давления (АД), электрокардиограммы (ЭКГ) при наличии показаний).

3. Неврологическое заключение:

- клинический неврологический осмотр;
- решение вопроса о необходимости нейрофизиологического обследования (электроэнцефалограмма (ЭЭГ) и др.) и нейровизуализации;
- обоснованное заключение о приоритетности психофармакологического или неврологического вмешательства;
- обоснованное заключение о целесообразности сочетания психофармакотерапии и неврологического вмешательства.

4. Психофармакологическое заключение об ответе и побочных эффектах на проводившееся ранее лечение:

- лекарственный анамнез пациента, оценка эффективности и безопасности предшествующей терапии;
- вопрос о том, является ли пациент резистентным к терапии, целесообразно обсуждать после отсутствия ответа на терапию двумя нейрорептиками, назначенными в адекватной дозе в течение адекватного количества времени;
- у детей предпочтение должно отдаваться препаратам с *наилучшим профилем безопасности* (до разумного предела и с учетом остроты состояния [см. приложение 2]); назначение эффективного, но плохо переносимого препарата может привести к отказу от лечения и, следовательно, ухудшить состояние или повысить риск обострения; следует избегать назначения препаратов, ранее вызывавших побочные эффекты;
- у детей особенно важно учитывать воздействие на когнитивные функции; негативное влияние на когнитивные функции и, следовательно, на способности к обучению может свести на нет достигнутые успехи.

II. Коррекция терапии в зависимости от возрастных и личностных особенностей пациентов

1. У детей имеются значительные фармакокинетические и фармакодинамические особенности:

- печень имеет сравнительно большие размеры относительно массы тела;
- уже на втором году жизни уровень почечной фильтрации начинает соответствовать уровню взрослых; это предрасполагает к более активному метаболическому функционированию в детском возрасте;
- биологические и побочные эффекты у детей проявляются на более высоких дозах, и поэтому они нередко нуждаются в относительно более высоких дозах на 1 кг массы тела;
- цикл развития и функционирования дофамина и норадреналина у детей происходит раньше по сравнению с серотонином, что имеет значение в особенностях реагирования на препараты.

2. Факторы, влияющие на построение внутренней картины заболевания.

3. Особенности реагирования детей на заболевание и медицинские вмешательства.

III. Обеспечение сотрудничества (терапевтического альянса) со стороны законных представителей ребенка и самого пациента

1. Законные представители ребенка (родители, опекуны) должны дать *информированное согласие на лечение* после предоставления информации о целях, возможных позитивных и негативных последствиях терапии и отказа от нее.

2. Следует стремиться (учитывая возраст и интеллектуальное развитие) к получению согласия на лечение от ребенка и предоставлять ему возможность высказывать свое мнение по поводу терапии.

3. В случае необходимости использования препаратов, рекомендации к применению которых сформулированы противоречиво, взятие информированного согласия представляется совершенно необходимым как с этической, так и с правовой точки зрения.

IV. Динамичность и адекватная длительность терапии

1. Терапия должна учитывать изменения в клинической картине. В то же время нельзя метаться вслед за состоянием, постоянно меняя дозы и препараты. Считается, что должно пройти не менее 4–6 нед, прежде чем может быть составлено полное представление об эффективности, к примеру, нейролептика:

- краткосрочная эффективность нейролептика (оценивается по уменьшению психических нарушений на протяжении 6–12 нед

лечения; не гарантирует хорошей адаптации больного в дальнейшем);

- долгосрочная эффективность терапии (способность препарата предотвращать рецидивы; оценивается по количеству обострений, госпитализаций или специальным методикам, оценивающим качество жизни, социальную и профессиональную адаптацию).

2. После острого неаффективного психотического эпизода лечение должно продолжаться в течение 1–2 лет.

3. При хроническом течении заболевания терапия должна быть длительной, в ряде случаев пожизненной. При длительном применении антипсихотиков может проявляться их модифицирующее и противорецидивное действие.

4. Корректное проведение замены и отмены препаратов.

V. Адекватное дозирование

1. Доза нейролептика, эквивалентная 15–20 мг галоперидола (у взрослых), достаточна для занятия 70% дофаминовых рецепторов, и ее превышение обычно не показано.

2. Обычно (особенно у детей) более предпочтительным является начало лечения с низкой дозы, постепенное назначение и отмена препарата.

3. В случае острого психотического расстройства или выраженной декомпенсации более целесообразным может оказаться форсированное повышение доз в расчете на быстрое купирование патологического состояния. Такая тактика, в конечном итоге, может способствовать снижению общей медикаментозной нагрузки.

4. Считается более предпочтительным назначение средних доз нейролептиков (у взрослых эквивалент 540–940 мг хлорпромазина). Они, являясь сопоставимыми с высокими дозами по эффективности, реже вызывают побочные действия.

5. При назначении низких доз значительно выше риск рецидива, но ниже риск развития побочных эффектов и стигматизации.

6. Чем неблагоприятнее процесс и длительнее течение эндогенного заболевания, тем больше необходимая доза препарата и длительность терапии [правило Лабхарта (A. Labhard), 1954].

7. На необходимость и массивность терапии оказывают влияние *средовые факторы*. Ребенок с одним и тем же расстройством, находящийся в доброжелательной или враждебной обстановке, потребует различной терапии для компенсации состояния.

8. Доза препарата для поддерживающего лечения обычно составляет 50% терапевтической.

9. Международной согласительной конференцией рекомендовано при поддерживающей терапии шизофрении снижать дозу нейролептика примерно на 20% каждые 6 мес до достижения минимальной эффективной (2,5 мг галоперидола в сутки при пероральном приеме). Естественно, снижение должно проводиться с учетом особенностей состояния пациента.

VI. Минимизация количества одновременно применяемых препаратов

1. Повышение дозы одного препарата до максимально возможной является более предпочтительным, чем присоединение второго, если есть возможность продолжать монотерапию.

2. При одновременном назначении более чем трех препаратов взаимодействие препаратов и их метаболитов просчитать становится крайне трудно, при назначении пяти и более препаратов — практически невозможно.

3. Следует избегать применения комбинированных препаратов без особой необходимости.

4. Ввиду того, что пациенты с психическими расстройствами нередко получают терапию длительно, следует предвидеть возможность сопутствующих острых и хронических заболеваний, по поводу которых могут потребоваться дополнительные назначения.

5. Седативные препараты или транквилизаторы, назначенные одновременно с антипсихотиками, способными вызвать усиление тревоги или нарушения сна, нередко могут быть отменены после установления стабильного эффекта основного препарата.

6. Применение препаратов для коррекции экстрапирамидных расстройств должно быть обоснованным.

7. Назначение любой дополнительной терапии по поводу сопутствующих заболеваний в период подбора лечения основного заболевания или патологического состояния должно быть строго регламентировано.

Необходимые действия при назначении сопутствующей терапии:

- обосновать экстренность вмешательства (острое возникновение, обострение сопутствующего заболевания или декомпенсация патологического состояния);
- сделать заключение о риске лекарственного взаимодействия, способного привести к побочным явлениям;
- сделать заключение о приоритетности психофармакотерапии или другого вида вмешательства;
- согласовать целесообразность вмешательства с лечащим врачом;

- в случае одновременного применения более чем пяти (любых!) системно действующих препаратов требуется консультация клинического фармаколога.

8. При значительных особенностях диеты (особенности питьевого режима; употребление в пищу продуктов, способных повлиять на действие препарата или его эффективность, и т.д.) необходима коррекция терапии. Возможные взаимодействия с препаратами и пищевыми продуктами рассматриваются ниже.

VII. Мониторинг безопасности и эффективности

1. Задачи мониторинга эффективности терапии (с учетом целей, поставленных в начале применения психотропных препаратов):

- динамика психопатологической симптоматики;
- динамика когнитивных функций;
- своевременное решение вопроса о коррекции терапии при ее недостаточной эффективности.

2. Мониторинг безопасности терапии:

- первичный осмотр врачами-специалистами в соответствии со стандартами лечебного учреждения (выявление сопутствующих заболеваний и/или патологических состояний);
- задачи мониторинга безопасности терапии, осуществляемые врачом-психиатром:
 - регистрация клинически значимых отклонений в психическом, соматическом и неврологическом состоянии пациента, оценка их связи с проводимой терапией;
 - регистрация клинически значимых отклонений в результатах лабораторных и инструментальных исследований, оценка их связи с проводимой терапией;
 - своевременное решение вопроса о коррекции терапии при ее недостаточной безопасности;
 - формулировка задач по мониторингу безопасности для смежных специалистов;
- задачи мониторинга безопасности терапии, осуществляемые врачом-педиатром детского психиатрического стационара:
 - первичная оценка возможности начала психофармакотерапии:
 - ✧ оценка соматического состояния пациента;
 - ✧ остановка обоснованного синдромального или нозологического диагноза при наличии соматических проблем;
 - ✧ принятие решения о возможности начала лечения психотропными препаратами;
 - ✧ при наличии ограничений — указание фармакологических эффектов, нежелательных для данного пациента; часто

- используемая формулировка «активная терапия» является неинформативной и исключает возможность дифференцированного подхода к проведению терапии;
- мониторинг безопасности по ходу терапии:
 - ✧ регулярный осмотр пациента, получающего терапию;
 - ✧ оценка изменений в соматическом состоянии и их связи с проводимой терапией;
 - ✧ принятие решения о возможности продолжения лечения психотропным препаратом, который используется в настоящее время, или вынесение заключения о необходимости коррекции терапии (постановка обоснованного синдромального или нозологического диагноза) с указанием факторов риска, выявленных в ходе терапии;
 - формулировка задач по мониторингу безопасности для смежных специалистов:
 - ✧ задачи мониторинга безопасности для других смежных специалистов формулируются психиатром и педиатром детского психиатрического стационара.

VIII. Коррекция терапии в зависимости от комплаенса, плацебо-эффекта, влияния на качество жизни, средовых влияний

IX. Доступность препарата и фармакоэкономическая обоснованность терапии

Высокая стоимость препарата и отсутствие возможности его льготного получения могут привести не только к ухудшению качества жизни, но и ухудшению течения и прогноза заболевания. Несмотря на большие прямые затраты (высокая стоимость) применение новых препаратов, нередко обеспечивающих более высокий уровень функционирования, может оказаться более эффективным за счет большего повышения трудоспособности, снижения затрат на госпитализацию и лечение побочных эффектов.

1.2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ. ПЛАЦЕБО-ЭФФЕКТ

Термин употребляется в медицинской литературе с 1894 г., но только с середины XX в. плацебо-эффект стал выделяться как самостоятельный и выходящий за пределы спонтанных изменений в результате естественного течения болезни. В слепых плацебо-контролируемых

исследованиях психотропных препаратов количество пациентов, положительно реагирующих на плацебо, колеблется от 13,6 до 47%.

С современных позиций плацебо — это любой компонент лечения, который намеренно используют ввиду его неспецифического, психологического или психофизиологического действия или который используют ради его ожидаемого, но неизвестного больному и врачу-ющему направленного неспецифического влияния на больного, симптом или болезнь.

Плацебо может быть **инертным** (вещество не вызывает фармакологического эффекта) или **активным** (имеет фармакологическое действие, но оно не распространяется на состояние, при котором применяется).

Плацебо-эффект является важным фактором, влияющим на результаты лечения и при назначении эффективного препарата. Так, положительные изменения в состоянии уже после 1–2 доз препарата обычно связаны с плацебо-реактивностью. Описано длительное сохранение плацебо-эффекта.

Среди условий, способствующих плацебо-эффекту, называют длительность и прочность взаимоотношений врача и пациента, степень уверенности пациента, авторитетность врача, инвазивность терапии.

Механизмы плацебо-эффекта:

1. **Психологические факторы.** Суть плацебо-эффекта сводится к «символической значимости», которую несет в себе медицинская процедура или прием препарата. При этом активное плацебо будет более эффективно за счет наличия побочных эффектов.

- *Теория ожидания* [Рейс С. (Reiss S.), 1980]. Появление или изменение симптоматики связано с позитивными или негативными ожиданиями, формирующимися на основе информации, полученной от врача, других пациентов, личного опыта и др.
- *Теория обусловливания* [Адер Р. (Ader R.), 1997]. Внешний вид лекарства, процедура приема препарата и сопутствующая ей ситуация выступают в качестве условно-рефлекторного стимула, сформированного на основе предшествующего опыта.
- *Теория значения* [Броди Х. (Brody H.), 1980, 1985, 1986]. Позитивные изменения в ходе плацебо-терапии возникают при выполнении следующих условий:
 - пациент получает от врача удовлетворяющее объяснение своего заболевания;
 - пациент ощущает заботу со стороны врача и окружения;
 - пациент ощущает возрастающее чувство контроля симптомов.

2. Среди **личностных особенностей**, предрасполагающих к плацебо-эффекту, называют *тревожность* и выделенное С. Фишером (S. Fisher) и Р. Гринбергом (R. Greenberg) в 1997 г. личностное свойство, названное *аквисентностью*¹. Такие пациенты характеризуются экстравертированностью, доверчивостью, раскрепощенностью и высоким уровнем комплайенса.

3. **Биологические механизмы** плацебо-эффекта. В многочисленных исследованиях показано, что плацебо-эффект может сопровождаться такими изменениями биологических показателей, как увеличение секреции адренокортикотропного гормона (АКТГ), желудочного кровотока, снижение отека и концентрации С-реактивного белка. Имеются данные о стимуляции иммунной системы вследствие продукции эндогенных опиатов, вызванной плацебо-эффектом, и блокаде анальгетического плацебо-эффекта с помощью налоксона. Биологические изменения при воздействии плацебо связываются с активизацией внутренних процессов самоисцеления организма.

Внутренняя картина болезни и комплайенс

Построение дезадаптивной внутренней картины болезни («уход в болезнь», игнорирование факта наличия заболевания) может значительно ухудшать течение и прогноз заболевания или патологического состояния. У детей влияние семейного и социального окружения на построение внутренней картины заболевания и уровень комплайенса является гораздо более значимым, чем у взрослых.

Факторы, влияющие на построение внутренней картины заболевания:

- объективные проявления болезни;
- возрастные и личностные особенности эмоционального реагирования на сам факт заболевания и его проявления;
- уровень интеллектуального развития;
- личный опыт;
- получаемая из разных источников (родственники, сверстники, медицинские работники) информация о здоровье и болезни.

Особенности реагирования детей на заболевание и медицинские вмешательства:

- дети нередко рассматривают факт заболевания как наказание за собственное неправильное поведение или неправильное поведение окружающих;
- назначение инъекций и другие инвазивные методы часто рассматриваются ребенком как наказание;

¹ Acquiescence (англ.) — податливость, покорность, согласие.

- проведение медицинских процедур у детей требует большего контроля в силу того, что большинство детей считает лечебными процедурами хирургические и инвазивные методы, и не рассматривают пероральный прием лекарств или ограничение активности как лечение;
- для младших детей более значимыми являются внешние проявления заболевания, в то время как для старших школьников — характеристики эмоционального содержания.

Под **комплайенсом** понимается склонность пациента к выполнению врачебных рекомендаций и назначений.

Неполное соблюдение режима терапии — проблема, особенно касающаяся пациентов, которые требуют длительного медикаментозного лечения. COMPLAINT среди пациентов оценивается не больше 50–55%. Сам по себе перевод на препараты с лучшим профилем безопасности не приводит к повышению комплаенса.

Основные причины низкого комплаенса

- **Социально-экономические.** Склонность к невыполнению рекомендаций резко повышается, если стоимость лечения превышает 20% подушевого дохода семьи.
- **Психологические аспекты.** Алекситимия. Патологические личностные особенности.
- **Нозогенные причины.** Снижение стресс-толерантности. Построение дезадаптивной внутренней картины болезни.
- **Медицинские аспекты.** Недостатки в организации лечебно-диагностической работы.

Преодоление низкого комплаенса является достаточно трудной задачей. Традиционно существовавшая в медицине *патерналистская* система отношений между врачом и пациентом, предусматривающая формулирование врачом предписаний в директивном тоне, не способствует формированию терапевтического альянса. С середины XX в. все большее распространение получает *демократическая модель* взаимоотношений, при которой врач предоставляет пациенту информацию о его заболевании, методах лечебного воздействия, а пациент имеет право выбрать план лечения, представляющийся ему оптимальным. Сложности при следовании такой модели взаимоотношений могут возникнуть как у врача, так и у пациента. Однако в этом случае резко повышается степень сотрудничества и взаимопонимания и, следовательно, успех терапии. В психиатрии, вероятно, директивность врача в отношении пациента всегда будет выше, чем в других медицинских специальностях. Тем не менее при наличии малейших шансов следует стремиться

разъяснить пациенту и/или его законному представителю цели вмешательства. Факторы, влияющие на комплаенс, отражены в табл. 1.1.

Таблица 1.1

Факторы, влияющие на комплаенс

Факторы окружающей среды	Факторы, связанные с пациентом	Факторы, связанные с терапией	Факторы, связанные с врачом
<ul style="list-style-type: none"> • Социальная поддержка. • Финансовая поддержка. • Отношение к лечению. • Система здравоохранения. • Отношение общества 	<ul style="list-style-type: none"> • Психопатология. • Когнитивные нарушения. • Возраст. • Пол. • Сопутствующие заболевания 	<ul style="list-style-type: none"> • Побочные эффекты. • Пути введения. • Схема дозирования. • Длительность терапии. • Стоимость лечения. • Полифармация 	<ul style="list-style-type: none"> • Следование стандартам терапии. • Вера в лечение. • Отношения с пациентом. • Регулярность наблюдения. • Информированность

Важнейшим фактором для повышения комплаенса являются **мероприятия по психопросвещению (psycho-education)**, которые предполагают предоставление пациенту и/или его законному представителю информации о заболевании, возможных методах лечения, действии медикаментов и возможных побочных эффектах, выгоде поддерживающей терапии.

Проблема резистентности. Депоенированные препараты

При отсутствии ответа на два антипсихотика, назначенных в адекватной дозе и применяемых в течение достаточного времени, следует пересмотреть диагноз и проверить соблюдение терапевтического режима. Целесообразно учесть скрытое злоупотребление психоактивными веществами как возможный значимый фактор. В случае если соблюдение графика приема препарата вызывает сомнения, а меры, направленные на улучшение графика приема лекарственных препаратов, неэффективны, следует рассмотреть вопрос о назначении пролонгированного препарата, несмотря на больший риск развития побочных эффектов. Если же состояние действительно является резистентным, следующим шагом может быть лечение клозапином.

50–80% больных шизофренией не принимают препаратов. В связи с этим преимущество депо-нейролептиков очевидно и связано с удобством назначения (один раз в 2–4 нед), гарантированным поступлении

ем лекарства в организм больного, снижением риска передозировки при самостоятельном приеме.

Применение депо-препаратов обеспечивает более стабильный уровень действующего средства в сыворотке крови и более предсказуемый антипсихотический эффект. Отсутствие необходимости регулярного приема лекарства способствует социализации пациентов. Снижение общей дозы препарата из-за отсутствия фазы печеночного метаболизма снижает риск побочных эффектов.

Недостатками депонированных препаратов являются невозможность быстрой отмены, более высокий риск злокачественного нейролептического синдрома и поздней дискинезии.

Появление пролонгированной формы рисперидона открывает возможности лечения пролонгом, имеющим низкий риск развития экстрапирамидных нарушений (ЭПН).

Качество жизни

Целью любого медицинского вмешательства в конечном итоге является повышение уровня функционирования, продолжительности и качества жизни пациента. К 60–70-м гг. XX в. достижения медицины привели к созданию препаратов, которые при их высокой эффективности имели выраженные побочные действия, следствием чего стала постановка вопросов: «Не является ли лечение худшим выбором по сравнению с заболеванием?», «Что лучше — иметь побочные эффекты сейчас или рецидив завтра?». Вопросы качества жизни наиболее остро стоят при лечении хронических заболеваний, требующих длительного приема лекарственных средств (онкология, психиатрия и т.д.). Большинство людей, имеющих психическое расстройство (и не только в нашей стране), оказываются в «вилке»: возможность получить социальную поддержку и полноценную медицинскую помощь связана с необходимостью стигматизации, которая препятствует автономности, а автономность недостижима без адекватной помощи.

Дополнительным усложняющим фактором является невозможность применения критериев качества жизни, принятых в соматической медицине (сугубо субъективная оценка пациента), ввиду наличия у психически больных когнитивных расстройств и психопатологической симптоматики, которые препятствуют адекватной оценке.

Критерии оценки качества жизни в психиатрии

- Наличие, как минимум, трех оценок:
 - пациента;
 - члена семьи или социального окружения;
 - профессионала.

- Три компонента качества жизни:
 - субъективное благополучие/удовлетворенность;
 - социальная компетентность;
 - удовлетворенность материальными условиями жизни.
- Оценка различных сфер жизнедеятельности, позволяющая планировать адресную помощь.
- Включение психопатологических симптомов в оценку качества жизни.
- Оценка качества жизни должна учитывать тот факт, что больные со временем «понижают планку» требований.