

# Психоендокринологічні аспекти лікування шизофренії

Торік у листопаді в режимі онлайн відбувся II Науковий конгрес із міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи». Програма заходу передбачала обговорення актуальних напрямів, зокрема психонейроімуноендокринології в сучасній медицині. Представляємо до вашої уваги огляд доповіді завідувачки кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, д. мед. н., професорки Ганни Михайлівни Кожини, яку було присвячено аналізу психоендокринологічних аспектів у підходах до лікування такого важкого психотичного розладу, як шизофренія.



Г.М. Кожина

Шизофренія посідає одне із провідних місць серед причин інвалідизації населення (понад 60% пацієнтів працездатного віку). Діагноз корелює зі зменшенням тривалості життя на 20%, причому до 40% смертей пов'язані з суїцидом (Nary et al., 2020). Шизофренія має тяжкі клініко-психопатологічні та соціальні наслідки, до яких належать переважання негативних симптомів та когнітивних порушень, хронічний рецидивний перебіг, високий суїцидальний ризик, агресивність, безробіття, зниження соціального функціонування та якості життя пацієнтів. Соціальна дисфункція є ключовою проблемою шизофренії. Тому вкрай важливо підбирати адекватну терапію для її усунення.

## Персоніфікований підхід та якість життя

Основними цілями на шляху до поліпшення якості лікування та реабілітації осіб із шизофренією є безпека, ефективність, орієнтованість на пацієнта, своєчасність, раціональність та неупередженість допомоги (Kilbourne et al., 2018). При цьому психосоціальна терапія та психосоціальна реабілітація є вкрай важливими та доповнюють одна одну. Різні етапи перебігу шизофренії потребують персоніфікованого підходу до надання психіатричної допомоги, головною метою якого є забезпечення зменшення виразності симптомів. Також вкрай важливі поліпшення соціального функціонування та якості життя пацієнтів, профілактика рецидивів, забезпечення моніторингу/контролю за небажаними ефектами лікування (Марута, 2017).

За словами лекторки, сьогодні ми живемо в епоху сучасних антипсихотичних засобів, що дозволяють швидко усувати психотичну симптоматику. Але, на жаль, вони пов'язані з низкою

побічних явищ, які іноді, з точки зору хворого, нівелюють ефективність препарату.

За даними дослідження CATIE, 24% пацієнтів припиняють лікування антипсихотиками через недостатню, на їхню думку, ефективність, 15% – погану переносимість, 21% – з інших причин (Lieberman et al., 2005). Таким чином, 60% пацієнтів не дотримуються режиму терапії, що призводить до декомпенсації їхнього стану та погіршення психосоціального функціонування.

## Вибір оптимального антипсихотика

Перша лінія науково обґрунтованої терапії шизофренії та інших психічних розладів – застосування антипсихотиків. Однак переваги від лікування часто «перекриваються» їх побічними ефектами та медичними ризиками. Тож розуміння того, як уникнути цих проблем та успішно керувати ними, є актуальним для оптимізації застосування цих важливих, але суперечливих медикаментів.

При виборі оптимального антипсихотика слід враховувати несприятливі явища, які більш за все непокоять пацієнтів, а саме зайву вагу, екстрапірамідні розлади, кардіоваскулярні та гормональні ефекти (зокрема, підвищення рівня пролактину). Моніторинг пацієнтів, що приймають антипсихотиків, має включати контроль маси тіла, дискінезії, паркінсонізму, метаболізму глюкози та ліпідів, артеріального тиску й пульсу, сексуальної функції, седативного ефекту, даних електрокардіографії (ЕКГ), рівня пролактину перед призначенням терапії та у певні її періоди (Stroup, Gray, 2018).

Також доцільним є так званий фармакологічний менеджмент – обговорення з пацієнтом / родичами / опікуном вибору препарату та схеми терапії. При цьому обов'язково слід враховувати наявність

супутніх захворювань, вживання психоактивних речовин та стан фізичного здоров'я.

Призначати доцільно один антипсихотик, починаючи з низьких доз і враховуючи можливі медикаментозні взаємодії та побічні ефекти. Водночас важливими є соціальні та психологічні втручання, психотерапевтична і психоосвітня робота. До того ж кожні два тижні слід оцінювати відповідь пацієнта на антипсихотичний препарат, контролювати побічні ефекти та дотримання терапії. За умов сприятливої відповіді на лікування спостереження і моніторинг потрібно продовжувати. При поганій (недостатній) відповіді слід замінити препарат або провести корегування дози.

## Ефективність оланзапіну в межах комплексної терапії

Лекторка повідомила, що на базі кафедри, якою вона завідує, було проведено оцінку ефективності оланзапіну (препарату Олфрекс, Nobel). У дослідження було включено 152 особи з шизофренією, яких розподілили на дві групи:

- пацієнти I групи отримували Олфрекс у дозі 10 мг/добу в поєднанні з психотерапією та психоосвітніми програмами;
- хворі II групи застосовували інший антипсихотик та методи психотерапевтичного впливу.

За структурою основних психопатологічних синдромів у пацієнтів було виділено депресивно-параноїдні, галюцинаторно-параноїдні та апато-абулічні синдроми, що зустрічалися в обох групах з однаковою частотою. Усі хворі отримували персоніфіковану психотерапевтичну допомогу залежно від провідного синдрому. Зокрема, до схеми лікування було додано сімейну психотерапію.

Препарат Олфрекс було обрано через його здатність швидко редукувати продуктивну симптоматику (завдяки селективній та неповній блокаді D<sub>2</sub>-рецепторів мезолімбічного шляху), ефективне зниження негативної симптоматики та виразну протитривожну дію (завдяки

блокаді серотонінових рецепторів 5-HT<sub>2</sub>, що знімає блокаду дофаміну в мезокортикальному шляху мозку). При цьому відносно слабка блокада дофамінових рецепторів (до 70-80%) забезпечує відсутність побічних неврологічних ефектів, сприяє збереженню когнітивних функцій і мінімізує стигматизацію хворих.

Крім того, вибір Олфрексу, що має доведену біоеквівалентність оригінальному оланзапіну, був зумовлений не тільки його впливом на основні патологічні симптоми-мішені (позитивні, негативні, когнітивні та емоційні порушення), але й сприятливим комплексом у пацієнтів. Встановлено, що на тлі використання оланзапіну відзначався вищий рівень дотримання режиму терапії, ніж інших атипичних антипсихотиків. Зокрема, частота відмови від лікування оланзапіном була достовірно нижчою, ніж рисперидоном та кветіапіном (Gardner et al. 2015). До речі, оланзапін разом із клозапіном може розглядатися як еталон антипсихотичної терапії при резистентній шизофренії.

Отже, на тлі застосування препарату Олфрекс та психоосвітніх стратегій було продемонстровано достовірно значущу сприятливу динаміку психопатологічної симптоматики вже на початкових етапах терапії (рис. 1), показників за шкалою оцінки позитивних і негативних симптомів (PANSS), зокрема високу достовірність оцінки позитивних/негативних симптомів та загальнопатологічних порушень (рис. 2). Також при використанні Олфрексу мало місце поліпшення рівня соціального функціонування за всіма напрямками.

Варто зауважити, що в межах дослідження було відзначено добру переносимість препарату. Побічні ефекти спостерігалися лише у 9% пацієнтів у вигляді збільшення маси тіла (в середньому на 4-4,5 кг) після 10-тижневого приймання. Своєю чергою для зменшення імовірності розвитку даного побічного ефекту рекомендовано застосовувати Олфрекс у мінімальних терапевтичних дозах, призначати дієту зі зниженим вмістом жирів та радити належні фізичні навантаження.

Також можна застосовувати метформін, який допомагає не тільки знизити вагу, але й нормалізувати рівень глюкози та ліпопротеїнів низької щільності, а також зменшити вміст інсуліну в крові (Abi-Dargham, 2014). Контрольовані випробування дії метформіну продемонстрували його позитивний вплив на вуглеводний обмін та ефективність щодо зниження ваги пацієнтів із тяжкими психічними розладами, які отримували антипсихотичну терапію (оланзапіном, рисперидоном, кветіапіном) (McElrot, 2019).

Доповідачка також повідомила, що в дослідженні оцінювали динаміку ставлення пацієнтів до хвороби. На тлі застосування препарату Олфрекс у складі комплексної терапії було показано високий рівень позитивної динаміки щодо конструктивного ставлення до захворювання. Окрім того, сприятливу динаміку відзначали щодо якості життя пацієнтів. За даними півторарічного спостереження можна дійти висновку про наявність стійкого терапевтичного ефекту серед осіб, які отримували Олфрекс у складі комплексної терапії.

Насамкінець Г.М. Кожина зазначила, що на сучасному етапі психосоціальної реабілітації та реінтеграції пацієнтів із шизофренією оланзапін (Олфрекс) може бути рекомендований як препарат тривалої терапії, що дозволяє відновити соціальну інтеграцію і підвищити якість життя.

Підготувала **Олександра Демецька**

# Олфрекс

Оланзапін 5 мг, 10 мг

## Шлях до реальності

**Олфрекс 5**

28 таблеток, вкритих гліаковою оболонкою

**Олфрекс 10**

28 таблеток, вкритих гліаковою оболонкою

- препарат вибору при лікуванні шизофренії та БАР<sup>1</sup>
- вплив на позитивні та негативні симптоми<sup>2</sup>
- швидке та ефективне зниження маніакальних симптомів<sup>2</sup>
- доведена біоеквівалентність оригінальному оланзапіну<sup>3</sup>

<sup>1</sup> БАР – біполярний афективний розлад. Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Олфрекс: 1 таблетка містить оланзапін 5 мг або 10 мг. Оланзапін є антипсихотиком, атипичним лікарським засобом та лікарським засобом, який є селективним блокатором. Порушення: лікування шизофренії, підтримання досягнутого очного результату, час тривалості терапії, лікування маніакального епізоду, початок та тривалість супровідної патологічної нападів у пацієнтів з біполярним розладом. У яких отримують позитивну динаміку. При лікуванні оланзапіном маніакального епізоду. Порушення: лікування маніакального епізоду до початку з дозопониженням препарату, відомі ризики застосування препарату. Спосіб застосування та дози. Дозування. Шизофренія: початкова доза – 10 мг один раз на добу. Максимальна доза – 15 мг на добу. Початкова підтримка нападів у пацієнтів з біполярним розладом: початкова доза – 10 мг на добу. Лікування шизофренії: максимальна доза та початкова доза. Початкова доза – від 5 до 20 мг на добу. Підтримка ремісії. Найбільша частота спостереження у 1% пацієнтів: сонливість, збільшення маси тіла, когнітивні, кашчання рівня пролактину. Ресурси: лікування шизофренії. Інструкція з медичного застосування препарату Олфрекс. 1. Чий єдиний провайдер "Нобел" в Україні. Інформація для медичного застосування. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтичних працівників. Для отримання інформації про препарат Олфрекс в Україні для медичного застосування. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтичних працівників. Для отримання інформації про препарат Олфрекс, симулюючи з медичної тематики. За додатковою інформацією зверніться в представництво компанії Нобель в Україні: 04074, Київ, пр. Гетьмана Сталінград, 53 Б, тел.: (044) 5862084, www.nobel.com.ua

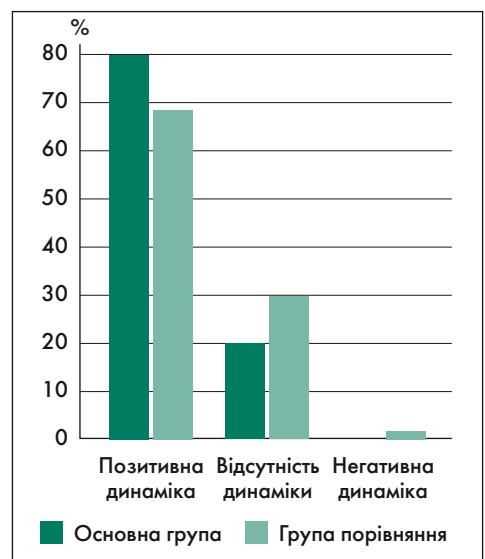


Рис. 1. Динаміка показників психічного стану обстежених на тлі лікування

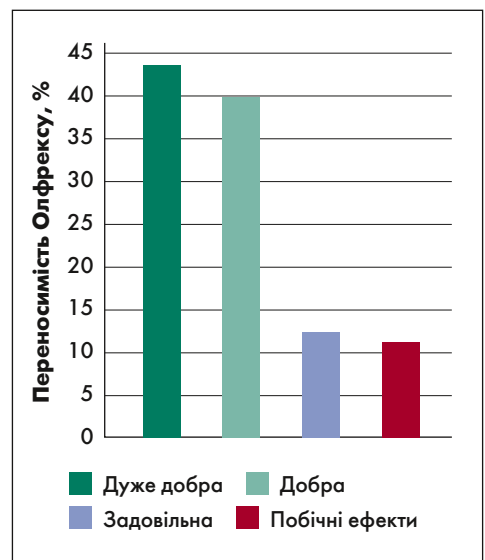


Рис. 2. Показники переносимості терапії препаратом Олфрекс