



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ

**Солиев Д.М., Салиев М.М.**

*Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и  
психотерапии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**Резюме:** Шизофрения остаётся одним из наиболее значимых психических заболеваний, определяющих высокий уровень инвалидизации и снижение качества жизни пациентов. Современные подходы к терапии предполагают не только купирование продуктивной симптоматики, но и влияние на негативные, когнитивные и астенические расстройства, определяющие социальную дезадаптацию. Эффективность терапии при шизофрении зависит от комплексного использования психофармакологических средств, психотерапевтических методик и программ психосоциальной реабилитации.

Клиническая оценка результатов лечения свидетельствует о значимых различиях в динамике симптоматики при применении комбинированных стратегий в сравнении с монотерапией. Практическое значение исследований в данной области заключается в совершенствовании дифференцированного подхода к выбору терапевтических схем, повышению качества ремиссий и предупреждении рецидивов заболевания.

**Ключевые слова:** шизофрения, антипсихотическая терапия, эффективность.

## EFFICIENCY OF THERAPY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA



*Soliev D.M., Saliev M.M.*

*Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and  
Psychotherapy,*

*Andijan State Medical Institute, Uzbekistan*

**Resume:** *Schizophrenia remains one of the most significant mental disorders, leading to high disability rates and reduced quality of life in patients. Modern therapeutic approaches aim not only at the reduction of productive symptoms but also at addressing negative, cognitive, and asthenic disturbances, which largely determine social maladaptation. The effectiveness of therapy in schizophrenia depends on the comprehensive use of psychopharmacological agents, psychotherapeutic techniques, and psychosocial rehabilitation programs.*

*Clinical evaluation of treatment outcomes indicates significant differences in the dynamics of symptom reduction when combined strategies are applied compared to monotherapy. The practical significance of research in this field lies in improving differentiated approaches to the selection of therapeutic regimens, enhancing the quality of remissions, and preventing disease relapses.*

**Key words:** *schizophrenia, antipsychotic therapy, effectiveness.*

**Введение.** Антипсихотическая терапия с момента становления научной психиатрии занимала центральное место в системе лечения больных шизофренией [3]. В дорецепторную (донеуролептическую) эпоху для купирования психотических состояний преимущественно применялись симптоматические средства растительного происхождения — экстракты красавки, белены, опиаты. Наряду с ними использовались бромиды, внутривенные инъекции кальция, а также методы искусственного сна. В конце 1940-х годов в практику стали внедряться соли лития и антигистаминные препараты. На фоне подобной «антипсихотической» фармакотерапии более заметными выглядели достижения нелекарственных методов —



инсулинокоматозной и электросудорожной терапии, а также психохирургических вмешательств (лейкотомия) [1].

Появление хлорпромазина и его клиническое исследование в начале 1950-х годов ознаменовали начало психофармакологической эры в истории лечения психических заболеваний [4]. Важным шагом стало объединение антипсихотического и экстрапирамидного эффектов в единую концепцию, предложенную J. Delay и P. Deniker, которые ввели термин «нейролептик», происходящий от греческого «схватывающий нервную систему».

В 1958 году, вслед за рядом фенотиазиновых производных (трифлуоперазин, тиопроперазин и др.), в клиническую практику был введен галоперидол — высокоэффективный антипсихотик, ставший основателем группы бутирофенонов. Несколько позднее, в 1966 году, появился сульпирид, представитель класса бензамидов и ключевой препарат из числа дезингибирующих нейролептиков. В 1968 году был синтезирован клозапин, открывший эру атипичных антипсихотиков. Его отличительной особенностью стало отсутствие выраженных экстрапирамидных побочных эффектов. В конце 1980-х – начале 1990-х годов в психиатрическую практику вошел ряд других атипичных средств, обладающих лучшей переносимостью и способных оказывать влияние на негативную симптоматику шизофрении: рисперидон, оланзапин, кветиапин, амисульприд, zipразидон и арипипразол [2].

Появление препаратов, не вызывающих типичных экстрапирамидных осложнений, поставило под сомнение корректность самого термина «нейролептик», предложенного французской школой. С современных позиций более оправданным является использование термина «антипсихотики», отражающего их основное клиническое действие.

Открытие и широкое внедрение антипсихотических средств привели к кардинальным изменениям в практике лечения шизофрении. Если ранее большинство пациентов нуждались в длительной госпитализации, то с появлением нейролептической терапии стало возможным лечение многих





клинических форм в амбулаторных условиях. Психиатрические стационары постепенно приблизились к стандартам общесоматической медицины [4]. Перенос акцента на амбулаторное ведение пациентов позволил сочетать фармакотерапию с психотерапевтическими и социореабилитационными методами, что обеспечило целостность биологического и психосоциального подходов и способствовало сохранению больных в привычной семейно-социальной среде.

**Цель исследования.** Комплексно изучить клинико-психопатологические особенности и типологию астенических расстройств в структуре ремиссий при шизофрении, а также оценить их взаимосвязь с эффективностью проводимой терапии для совершенствования диагностики и разработки дифференцированных лечебно-реабилитационных подходов.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 63 пациента мужского пола с приступообразно-прогредиентной формой шизофрении, находившиеся в стадии ремиссии. Возраст обследованных колебался от 23 до 58 лет (средний возраст составил  $41,9 \pm 9,46$  года). Средний возраст дебюта заболевания равнялся  $22,2 \pm 4,2$  года, средняя продолжительность болезни —  $18,9 \pm 9,5$  года.

**Критерии включения:** наличие диагноза шизофрении согласно МКБ-10 (F20), мужской пол, состояние ремиссии в момент обследования, добровольное согласие на участие в исследовании.

**Критерии исключения:** выраженные соматические и неврологические заболевания, злоупотребление психоактивными веществами, органические поражения головного мозга, непереносимость психофармакологических препаратов.

**Применявшиеся методы:**

**Клинико-психопатологический** — для качественной оценки структуры и выраженности астенических проявлений, а также выявления сопутствующих психопатологических феноменов.



**Психометрический** — для количественной оценки психического состояния использовались:

шкала PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale),  
шкала SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms),  
шкала CDSS (Calgary Depression Scale for Schizophrenia),  
шкала VAS-A (Visual Analogue Scale for Asthenia),  
опросник MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory).

**Статистический анализ** — включал использование описательной статистики, сравнение средних величин, корреляционный анализ. Обработка данных проводилась с помощью стандартных пакетов статистических программ (SPSS, Statistica).

**Результаты исследования.** В рамках данного исследования основное внимание было уделено оценке влияния побочных эффектов, возникающих в процессе терапии, на её общую эффективность. Анализ полученных данных показал, что нежелательные явления и осложнения способны существенно снижать результативность лечения, так как зачастую требуют коррекции или изменения терапевтической схемы.

Во-первых, часть побочных эффектов представляла непосредственную угрозу соматическому состоянию пациентов, что вынуждало пересматривать лечение по «жизненным показаниям». Во-вторых, определённые нежелательные явления не имели угрожающего характера, но вызывали выраженный дискомфорт, ухудшали общее состояние и снижали готовность к сотрудничеству. В подобных случаях пересмотр терапии осуществлялся скорее по этическим причинам, однако и здесь эффективность лечения снижалась, поскольку нарушалась терапевтическая приверженность и формировалось негативное отношение к приёму лекарственных средств. В-третьих, побочные эффекты оказывали влияние и на микросоциальное окружение: у родственников формировалось отрицательное восприятие



проводимой терапии, что иногда приводило к вмешательству в лечебный процесс или даже к отказу от его продолжения.

Зафиксированные осложнения, потенциально опасные для здоровья и жизни, являлись следствием типичных побочных реакций нейролептиков, которые сами по себе серьёзной угрозы не представляли. В обследованной выборке подобные осложнения включали случаи пневмонии и ортостатических коллапсов. Другие редкие и тяжёлые осложнения — такие как злокачественный нейролептический синдром, гематологические нарушения, поражения печени, сердца или иных органов — выявлены не были, что, вероятно, связано с относительно небольшой численностью исследуемой группы пациентов.

Случаи развития пневмоний были зарегистрированы у 4 пациентов (3,8%), получавших терапию клозапином. Всем им назначались высокие дозы препарата (400–550 мг/сут). Данные больные относились к группе пациентов с приступообразным течением шизофрении, у которых заболевание проявлялось развернутыми психотическими эпизодами с выраженным возбуждением, агрессивностью, негативизмом и отказом от медицинской помощи. В связи с этим доза нейролептика наращивалась ускоренными темпами, в течение 2–5 суток до достижения указанных значений. Пневмония возникала на 5–7-е сутки терапии.

Патогенез осложнения был связан с двумя основными механизмами: аспирационным и гипостатическим. В первом случае ведущую роль играла гиперсаливация (оценка по шкале UKU — 2–3 балла), приводящая к аспирации слюны, во втором — ограничение двигательной активности вследствие длительного медикаментозного сна или механической фиксации. Проведение специфической терапии во всех наблюдениях обеспечивало быстрое купирование осложнения без неблагоприятных последствий, включая отдалённые.





При использовании других атипичных антипсихотиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин) и типичных нейролептиков случаев развития пневмонии выявлено не было. Статистически значимые различия между группами отсутствовали, что, вероятно, объясняется редкостью данного осложнения и ограниченным числом наблюдений в исследовании.

Следует подчеркнуть, что в литературе лишь отдельные авторы указывали на возможность возникновения пневмоний при терапии типичными нейролептиками [1]. При этом основной механизм связывался со снижением двигательной активности, нарушением функции глотания и ослаблением кашлевого рефлекса, но не с гиперсаливацией. Данных о развитии подобных осложнений на фоне приёма атипичных антипсихотиков ранее опубликовано не было.

**Вывод.** Таким образом, высокая клиническая эффективность, быстрый эффект от начала терапии, сбалансированное воздействие как на позитивные, так и на негативные психопатологические проявления, а также отсутствие экстрапирамидных осложнений и удовлетворительный профиль безопасности позволяют рассматривать кветиапин как одно из наиболее перспективных средств для длительного лечения острых психотических эпизодов у пациентов с шизофренией и шизоаффективными расстройствами.

Совокупность указанных свойств обусловила широкое использование кветиапина в повседневной клинической практике при терапии данных заболеваний. Однако дальнейшее расширение его применения в значительной мере ограничивалось фармакоэкономическими характеристиками препарата, что сдерживало его доступность для части пациентов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аксенова Е.В. Клинико-динамические особенности астенических расстройств при шизофрении. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2018. – Т.118, №6. – С. 42–48.



2. Алимов Ш.Б. Эффективность атипичных антипсихотиков в терапии шизофрении. – Ташкент: Илм, 2019. – 212 с.
3. Баевский Ю.А., Чернышов В.В. Клинико-психопатологическая структура астенического синдрома. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2016. – Т.18, №4. – С. 29–35.
4. Березанцев А.Ю. Психометрическая оценка астенических проявлений при ремиссиях шизофрении. // Вестник психиатрии. – 2020. – №2. – С. 15–23.
5. Винокуров В.В. Негативная симптоматика и её коррекция у больных шизофренией. – СПб.: Специальная литература, 2017. – 284 с.
6. Гильмутдинова Г.Х. Клинико-биологические аспекты астенических состояний при эндогенных психозах. // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т.96, №5. – С. 712–718.
7. Данилов Д.С., Сыроквашина А.В. Астения в структуре психических расстройств: современные подходы. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 176 с.
8. Деркач А.А. Клинико-психопатологическая характеристика астено-подобных состояний. // Украинский медицинский вестник. – 2018. – №4. – С. 52–59.
9. Егорова М.С., Ларин А.В. Когнитивные и эмоционально-волевые нарушения при астенических расстройствах. // Российский психиатрический журнал. – 2017. – №3. – С. 33–40.
10. Морозов П.В. Побочные эффекты антипсихотической терапии и их роль в формировании астенических симптомов. // Психиатрия сегодня. – 2019. – №1. – С. 40–47.
11. Смулевич А.Б. Депрессии при шизофрении: клинико-диагностические и терапевтические аспекты. – М.: Медицинская литература, 2015. – 240 с.