# Лечениевялотекущей шизофрении

**В**ялотекущая шизофрения (ВШ) - одно из часто встречающихся проявлений эндогенной патологии. По данным Н.М.Жарикова, распространенность вялотекущей шизофрении (ВШ) составляет около 1/3 от всех учтенных психически больных.
В МКБ-10, адаптированной, согласно рекомендациям Комиссии при Минздраве России, в рамках шизотипического расстройства (F-21), там выделяютсяследующие варианты ВШ: псевдоневротическая, псевдопсихопатическая и бедная симптомами.
Общие закономерности терапии ВШ наиболее полно иллюстрирует модель, представленная на рис. 1. Согласно этой модели, существуютнеспецифические позитивные расстройства: астенические, соматоформные, истерические, тревожнофобические, обсессивно-компульсивные, аффективные,деперсонализационные, расстройства личности и т.д., которые, ассоциируясь с шизофреническим процессом, образуют коморбидные симптомокомплексы, включающиекак продуктивные, так и негативные проявления. Так манифестируют шизоастения, ипохондрические состояния, дефектная деперсонализация, эволюционирующаяшизоидия, шизообсессивные расстройства, завершающиеся при отсутствии адекватной терапии формированием дефекта. Из этого следует, что хотя ВШ ассоциируется срасстройствами пограничного уровня, по существу речь идет о медленно прогрессирующем эндогенном процессе; соответственно средства, применяемые прилечении пограничных состояний, целесообразно сочетать с нейролептиками.
Какие же нейролептики применяют при лечении ВШ (рис. 2)?Здесь можно привести две группы препаратов - это так называемые типичные нейролептики, обладающие высокой психотропной активностью; к их недостаткам притерапии ВШ относятся побочные эффекты, отрицательно влияющие на функционирование и качество жизни пациентов, что иногда приводит к так называемому“антилекарственному климату”, когда больные попросту отказываются принимать лекарства. Значительные преимущества в этом плане обнаруживаетгруппа атипичныхнейролептиков: эти препараты эффективны как при позитивных, так и при негативных расстройствах, они улучшают когнитивные функции; вместе с тем ихприменение сопровождается минимальной выраженностью экстрапирамидных и других побочных эффектов. Атипичные нейролептики облегчают сотрудничество врача сбольным, что особенно важно при длительном лечении. На рис. 3 представлены атипичные нейролептики, известные отечественным психиатрам. На рис. 4 отраженыпреимущества атипичных нейролептиков перед традиционными (хлорпромазин-аминазин, галоперидол) типичными. Как видно из рисунка, этипреимущества наблюдаются по всем параметрам, включая побочные эффекты, число которых значительно уменьшается. Это относится и к рисперидону (рисполепт), и коланзапину (зипрекса) в сопоставлении с галоперидолом. Следующий рисунок (рис. 5) демонстрирует значение адекватного подбора дозы препаратов. Так, например,если пациент получает суточную дозу рисперидона (рисполента) в размере 4 мг, то положительная реакция на препарат наблюдается в половине случаев (50,3%), еслисуточные количества меньше или больше, то процент респондеров значительно уменьшается. Вновь обратимся к сравнению рисполента с галоперидолом. Данные,представленные на рис. 6, достаточно ясно показывают, что как прямое (непосредственное), так и непрямое (опосредованное) воздействие рисполента нанегативную симптоматику выше, чем у галоперидола. Рис. 7 прекрасно иллюстрирует положение о том, что применение атипичных нейролептиков (рисперидон иоланзапин) сопровождается значительно меньшим числом экстрапирамидных расстройств, чем у традиционного галоперидола. Рис. 8 демонстрирует выборпрепаратов, которые применяли психиатры разных стран при лечении своих родственников. Доминирующая доля атипичных нейролептиков здесь достаточнокрасноречива.
Рис. 1. Динамика психопатологических проявлений ВШ

Рис. 2. Нейролептики при ВШ

Рис. 3. Атипические нейролептики

Рис. 4. Эффективность: результаты сравнения атипичных нейролептиков с хлорпромазином (ХПЗ) и галоперидолом (ГАЛ)

Рис. 5. Адекватные суточные дозы (% распределения)

Рис. 6. Сравнение эффектов (прямого и непрямого) рисперидона и галоперидола на негативные симптомы

Рис. 7. Пропорция пациентов, требовавших лекарственной коррекции экстрапирамидных симптомов (Marder и Meibach, 1994;Beasley и соавт., 1996)

Рис. 8. Предпочтения психиатров (% врачей) при выборе нейролептиков для своих психически больных родственников(Murray, 1999)

Рис. 9. Динамика исходного балла PANSS (суммарного и по подшкалам) через 8 нед терапии

Рис. 10. Сравнительная характеристика профилей побочных эффектов атипичных нейролептиков (Kasper и соавт., 1999)

Рис. 11. Динамика среднего балла шкалы ЭПС через 8 нед терапии

Рис. 12. Пропорция пациентов с побочными эффектами атипичных нейролептиков в виде судорожных состояний

Рис. 13. Принципы терапии ВШ

Рис. 14. Продромы шизофрении (латентная шизофрения)

Рис. 15. Раннее начало психофармакотерапии шизофрении

Рис. 16. Варианты динамики ВШ

Рис. 17. Стратегия терапии вялотекущей (по типу простой) шизофрении с преобладанием негативных расстройств

Рис. 18. Уровни позитивных расстройств

Рис. 19. Стратегия терапии ВШ с преобладанием позитивных расстройств (невротический уровень)

Рис. 20. Стратегия терапии ВШ с преобладанием позитивных расстройств (субпсихотический/квазипсихотическийуровень)

Теперь обратимся к сравнительной характеристике самих атипичных нейролептиков. На рис. 9 можновидеть эффекты рисполента и зипрексы через 8 недель терапии (в оценке по шкале PANSS). Можно отметить, что по некоторым позициям рисполент выглядит несколькопредпочтительнее. Рис. 10 демонстрирует сопоставление указанных нейролептиков по уровню побочного действия. Оланзапин больше влияет на прибавку в весе иобладает большим седирующим эффектом, по остальным показателям оланзапин с рисполентом примерно равны. Оценивая экстрапирамидную симптоматику (рис. 11),мы также наблюдаем примерно одинаковое действие обоих препаратов. Побочные действия в виде судорожных состояний у атипичных нейролептиков различны: чащевсего они проявляются при терапии клозапином, наименее выражены при терапии рисперидоном (рис. 12).
При выборе атипичных нейролептиков следует обращать внимание на индивидуальную переносимость препаратов. При этом нельзя забывать, чтоэглонил и сероквел обладают антитревожным действием, в частности воздействуют на генерализованную тревогу и нарушения сна. В значительно меньшей степени этипрепараты влияют на негативную симптоматику.
Переходя от частного к общему, попытаемся сформулироватьобщие принципы терапии ВШ (рис. 13). Лечение должно проводиться длительными курсами, как правило, в рамках комбинированной терапии. При подборе препаратовпредусматривается минимизация побочных эффектов. Лишь продолжительная терапия обеспечивает профилактику рецидивов и улучшает исход заболевания. Лечебноевоздействие при ВШ направлено, с одной стороны, на синдром, т.е. на позитивную симптоматику, ассоциированную с эндогенным процессом, а с другой - нанегативные изменения.
Лечение ВШ надо начинать как можно раньше, уже на продромальном этапе заболевания. Хотя психические расстройства на этом этапеэндогенного расстройства малоспецифичны, а их квалификация нередко ограничивается поведенческим уровнем (рис. 14), первоначальные клиническиепроявления ВШ чаще всего определяются шизофреническими реакциями.
Подобные состояния хорошо известны психиатрам детских иподростковых поликлиник. Это и реакция отказа (от сдачи экзаменов, от выхода из дома), это избегание (особенно при явлениях социофобии), это хорошо известныесостояния юношеской несостоятельности. Доказано, что раннее начало психофармакотерапии шизофрении оказывает благоприятное влияние на развитиезаболевания в целом, обосновано как патофизиологически, так и эмпирически (рис. 15).
Стратегия терапии на этапе активного развития ВШ определяетсявариантом течения заболевания. Существуют различные варианты динамики ВШ (рис. 16), с преобладанием негативных, позитивных расстройств, а также реметтирующийвариант, прогностически наиболее благоприятный. Стратегия терапии ВШ с преобладанием негативных расстройств - заболевание дебютирует явлениямиюношеской астенической несостоятельности, затем присоединяется аутохтонная астения, завершающаяся признаками простого дефицита (рис. 17). Лечениеначинается с атипичных нейролептиков (рисполент, флюансол, зипрекса), при недостаточном эффекте возможно присоединение антидепрессантов группы СИОЗС(прозак - флюоксетин, ципрамил, золофт, паксил, феварин), которые помимо положительного влияния на когнитивные процессы обладают и стимулирующимдействием. Если и это сочетание не помогает, то возможно назначение азалептина, как наиболее мощного атипичного нейролептика, а также традиционныхнейролептиков (стелазин, пипортил, галоперидол).
Стратегия терапии ВШ с преобладанием позитивных расстройствопределяется уровнем психопатологической симптоматики. Базируясь на представлениях Kernberg (рис. 18), в круге позитивных расстройств ВШ можновыделить невротический и субпсихотический/квазипсихотический уровни. Возьмем для примера истерошизофрению. С одной стороны, она может развиваться наневротическом уровне (афония, контрактуры, писчий спазм), затем возможно формирование истероипохондрии с истерофобиями и вегетативными расстройствами инаконец сенестоипохондрии. На психотическом уровне развитие заболевания протекает следующим образом: диссоциативный психоз с магическим мышлением, бреди галлюцинации воображения, ментизм с явлениями психического автоматизма, истерокататония. Сходную картину можно наблюдать и при обсессивной шизофрении.Невротический уровень (фобии экстракорпоральной угрозы - система защитных ритуалов), психотический уровень (панические атаки - панагорафобия илинавязчивые сомнения, помешательство сомнений). Лечение ВШ, позитивные расстройства (рис. 19) которой ограничены невротическим уровнем, начинается спроизводных бензодиазепина (альпразолам, клоназепам, лоразепам), особенно если заболеваниеначинается с панических атак или генерализованной тревоги. Если состояние представляется менее острым, терапию начинают с СИОЗС (прозак, золофт, паксил,феварин, ципрамил) или САОЗС (коаксил), СБОЗН (леривон), СНСА (ремерон).
При этом речь идет о комбинированной терапии - сочетание сэглонилом, сероквелем или другими атипичными нейролептиками. При отсутствии эффекта показаны ТЦА в сочетании с атипичными нейролептиками.
Терапия ВШ с преобладанием позитивных расстройств психотического уровня (рис. 20) начинается с ТЦА, сочетающихся с атипичныминейролептиками. При отсутствии эффекта возможно использование ТЦА путем внутривенных капельных вливаний, причем нередко в комбинации с традиционныминейролептиками галоперидола, клопиксола, стелазина и др. В отдельных случаях используется электросудорожная терапия.
В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что ВШ - это хронический процесс, требующий длительной терапии. Из этого следует, что врач,с одной стороны, не должен позволять пациенту терять терпение, а с другой - сам должен научиться быть более терпеливым. В этом заключается секрет успехалечения шизофрении.