

# ОПТИМАЛЬНИЙ АНТИПСИХОТИК: фокус на арипіпразол

**Н**ині розвиток фармацевтичної галузі в Україні набирає обертів. З'являються нові якісні генеричні препарати, які можуть бути доступними для більшості українських пацієнтів. 2 червня 2017 року в Києві відбулася нарада експертів, присвячена появі на фармацевтичному ринку атипичного антипсихотика арипіпразолу від українського виробника Фарма Старт, що входить до Asino Grup (Швейцарія). У форматі відвертої дискусії провідні експерти у галузі психіатрії поділились своїм досвідом щодо застосування антипсихотиків, зокрема й арипіпразолу, у лікуванні психічних захворювань, обговорили особливості його призначення у різних вікових групах, гендерну різницю перебігу та лікування психотичних розладів, переваги та недоліки антипсихотичних засобів, напрями реабілітації та психокорекції, а також економічну доцільність застосування генеричних препаратів.

Модератором заходу виступила Наталія Олександрівна Марута, д-р мед. наук, професор, заступник директора з наукової роботи Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України (м. Харків). Свою промову вона розпочала з епідеміологічних даних щодо розповсюдженості шизофренії у світі та в Україні зокрема. Так, за інформацією ВООЗ (2016), сьогодні на планеті Земля понад 21 млн осіб страждають на шизофренію. За статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України, на кінець 2016 року 0,29% населення перебувало на обліку з приводу згаданого захворювання та 0,66% – через інші психотичні розлади. Ці цифри підтверджують загальну тенденцію, що 1% населення потерпає від шизофренії і 2% – психотичних порушень. Показник захворюваності на розлади психіки психотичного характеру в Україні на кінець 2016 року становив 38,22 на 100 тис. жителів. При цьому варто відмітити, що збільшуються значення показників поширеності психозів та рівень їх інвалідизації. Схожа тенденція простежується і щодо шизофренії. Відтак, інвалідність стає прогресивно зростаючою величиною, що може вказувати на низьку ефективність лікувальних і реабілітаційних заходів.

Як відзначила доповідач, шизофренія – це захворювання, яке асоціюється з соціальною ізоляцією та дезадаптацією. При цьому ні шизофренія, ні психози не виникають раптово, а мають чіткі стадії розвитку. На жаль, психіатричні інтервенції починаються вже на пізніших етапах хвороби. Щодня, напевне, перед клініцистами постає питання, яку антипсихотичну терапію потребує конкретний пацієнт і чи потрібна вона взагалі, як довго вона має тривати і чи варто припинити лікування за досягнення пацієнтом ремісії. Наразі доступні дані доказових досліджень, які свідчать про те, що хворі, які приймали адекватну антипсихотичну

терапію, характеризуються вірогідно більш високим рівнем ремісії, меншою кількістю рецидивів і нижчим рівнем смертності (Ran et al., 2015; Harrow et al., 2012). Крім цього, прийом нейрореплетиків рекомендований авторитетними профільними міжнародними організаціями на всіх етапах та при всіх варіантах перебігу шизофренії. Таким чином, атипичні антипсихотики є важливим компонентом лікування вказаного захворювання, які між собою різняться загалом лише побічними ефектами. Зазвичай терапія психічних розладів є довготривалим процесом. Найбільш оптимальним її алгоритмом є поєднання антипсихотиків та психосоціальних інтервенцій. Рішення про продовження прийому антипсихотика після досягнення ремісії є складним для пацієнта та лікаря. Слід враховувати, що припинення лікування асоційоване із розвитком рецидивів у чотири рази частіше, що, своєю чергою, призводить до тривалої госпіталізації та соціальної дезадаптації пацієнта. Рівень комплаєнсу зазвичай визначається вираженістю побічних ефектів, і, як було згадано вище, вони відрізняють один антипсихотик від іншого.

За даними маркетингових досліджень, найчастіше в Європі та США призначають саме атипичний антипсихотик арипіпразол. Це антипсихотичний препарат нового покоління, який є частковим агоністом дофамінових D2- рецепторів і серотонінових 5-HT1A-рецепторів, а також антагоністом 5-HT2A-рецепторів. Він виявляє високу афінність до D2- і D3-, 5-HT1A- і 5-HT2A-рецепторів, помірну – до D4-, 5-HT2C- і 5-HT7-рецепторів і не афінний до мускаринових рецепторів. Важливою особливістю арипіпразолу є його дія на лімбічну систему в області лобової частки кори головного мозку, що асоційована з активацією D2-рецепторів та блокадою серотонінергічних рецепторів вказаної зони. Це зумовлює вплив лікарського засобу як на негативну симптоматику, так і когнітивні порушення. Таким чином, активність арипіпразолу на ділянці лобової частки головного мозку допомагає суттєво знизити рівень інвалідизації пацієнта.

У США та деяких країнах Європи арипіпразол рекомендований для лікування: шизофренії у дорослих і підлітків старше 15 років; гострих маніакальних або змішаних епізодів біполярного афективного розладу (БАР) і в монотерапії, а також з метою профілактики нових епізодів манії у дорослих; гострого маніакального епізоду у підлітків старше 13 років курсом не більш ніж 12 тижнів. Крім цього, препарат призначають як додаткову терапію у дорослих із великим депресивним розладом, у яких відмічено неадекватну відповідь на терапію антидепресантами; лікування дратівливості, пов'язаної з розладами аутистичного спектра в педіатричних хворих від 6 до 17 років, та синдрому Туретта у пацієнтів віком від 6 до 18 років.

Підсумовуючи свій виступ, Наталія Олександрівна зазначила, що шизофренія – це хронічне захворювання, досягнення ремісії при якому відмічається тільки у 13,5%. Сьогодні існує величезна кількість доказів, що антипсихотики покращують довгостроковий прогноз психотичних розладів, а прихильність пацієнта до терапії та задоволеність дією препарату може суттєво знизити кількість випадків припинення лікування.

Засідання експертів продовжив д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри психосоматичної медицини та психотерапії медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця Олег Созонтович Чабан, розповівши про важливу мішень терапії хворого на шизофренію, а саме його соціалізацію. Оскільки згадане захворювання є багатосценарною нейронною патологією, то доповідач припустив, що найближчим часом через численний поліморфізм генів ідеального препарату для лікування шизофренії створено не буде. Тому постпсихіатрія передусім робить акцент на соціальному та культуральному контексті, ставлячи тим самим етику вище за технології, та намагається мінімізувати медичний контроль, особливо такий, що пов'язаний із примусом та насиллям. Для пацієнтів із шизофренією характерним є відсутність потреби у спілкуванні та друзях, вони не отримують задоволення від комунікації; брак захоплень та втрата інтересів; апатія, абулія, ангедонія; афективне сплюснення; когнітивне зниження; соціальна ізоляція і тому подібне. Зважаючи на це, напрямками терапії такого хворого мають стати: зниження його соціальної ізоляції; запобігання соціально-правовій аутизації; соціальна активація; пом'якшення реакції (відповіді, пов'язаної з хворобою); формування критики до свого стану, захворювання; дезактуалізація психотичного переживання; створення ефективної прихильності до лікування; потенція біологічної терапії; профілактика внутрішньолікарняного госпіталізму (антирегресивна терапія, зміна форм психологічного та патопсихологічного захисту). Якщо патогенетичного розв'язання проблем хворого не існує, то лікування має бути спрямоване насамперед на редукцію актуальних симптомів, утримання від рецидиву; ресоціалізацію та адаптацію; зміну якості життя. Варто пам'ятати, що якість життя пацієнт і лікар оцінюють по-різному. Тому ефективне лікування хворих на шизофренію потребує набагато більше, ніж просто зменшення проявів симптомів. Необхідні препарати, які будуть впливати на особистісне і соціальне функціонування пацієнта і покращувати його. І тут без ефективної психофармакотерапії не обійтись. Далі професор зупинився на основних перевагах арипіпразолу. Так, згаданий засіб ефективний при негативній симптоматичі, покращує когнітивні функції, має низький ризик виникнення екстрапірамідних розладів; здебільшого йому надають перевагу пацієнти (довша тривалість прийому хворим, аніж інших нейролептиків, за тих же показань та рекомендацій); низькі ризики пролактинової дисгармонії; характерна менша ймовірність змін ЕКГ; майже не чинить впливу на рівень цукру і розвиток цукрового діабету; притаманні менші ризики когнітивного нейролептичного обвалу, ортостатичної

гіпотензії; дає змогу застосовувати психотерапевтичні інтервенції. Отже, призначення антипсихотиків нового покоління, зокрема й арипіпразолу, може допомогти сформувати довіру до альтернативної думки лікаря та рідних, а також покращити самоконтроль пацієнта (розпізнавання хибних думок, витіснення їх на периферію, відмова, знецінення невластивих хворому міркувань, переживань).

Професор кафедри психосоматичної медицини і психотерапії НМУ імені О.О. Богомольця, д-р мед. наук Олена Олександрівна Хаустова розповіла про досвід застосування арипіпразолу в лікуванні шизофренії, що оснований на результатах клінічних досліджень і випадків із клінічної практики лікаря. Так, арипіпразол є ефективним препаратом терапії цілої низки психіатричних захворювань (шизофренія, БАР, великий депресивний розлад, синдром Туретта та ін.). За рекомендацією Американської асоціації психіатрії, препарат входить до переліку антипсихотичних засобів першої лінії для лікування первинного епізоду шизофренії. Саме вказаному засобу варто надавати перевагу у разі, коли є ризик виникнення екстрапірамідних розладів, підвищення рівня пролактину, схильність до збільшення ваги та розвитку гіперглікемії й гіперліпідемії.

Ефективність арипіпразолу в лікуванні гострої фази шизофренії доводять результати досліджень (Potkin et al., 2003). Порівняно з плацебо, згаданий препарат суттєво знижував частоту рецидивів під час коротко- і середньострокової терапії (Melnik et al., 2010). Також є дані, які свідчать про вираженішу редукцію негативної симптоматики за шкалою оцінки негативних симптомів (SANS) під час прийому арипіпразолу, порівняно з рисперидоном (Robinson et al., 2015). Цікавою також є інформація з дослідження J. Wang et al. (2013) щодо динаміки когнітивних показників в амбулаторних пацієнтів із першим епізодом шизофренії: оланзапін (n = 27), рисперидон (n = 23), арипіпразол (n = 24). Отримані результати вказують на те, що атипівні антипсихотичні препарати (оланзапін, рисперидон і арипіпразол) можуть поліпшити когнітивні функції після шести місяців лікування. Для підтвердження зазначеного ефекту Олена Олександрівна представила клінічний випадок, який засвідчив ефективність арипіпразолу у відновленні когнітивних функцій (Mucci et al., 2008). Так, 27-річному чоловікові з першим епізодом шизофренії (недиференційований підтип) як стартову терапію було призначено оланзапін у дозі 10 мг/добу. В анамнезі було відмічено труднощі під час навчання в школі та університеті, який він залишив за декілька років до дебюту шизофренії. За 6 місяців позитивні симптоми помітно покращилися (скорочення позитивного фактора на 46% за PANSS), але відмічалось надмірне збільшення ваги (близько 10 кг) і слабка реакція щодо когнітивної дисфункції (зниження балів щодо когнітивного фактора на 23% за PANSS), а також соціальної активності за шкалою оцінки соціального і професійного функціонування (SOFAS). Він не міг протриматися на роботі або навчанні більш ніж декілька днів. Через 10 місяців пацієнт припинив медикаментозне лікування, а за 2 місяці у нього трапився рецидив. Для подальшого лікування

було призначено амісульприд із поступовою титрацією дози до 600 мг/добу. При прийомі вказаного препарату через 6 тижнів відмічалась редукція психотичних симптомів, але лишилась когнітивна дисфункція: чоловік продовжував проводити ранкові години здебільшого в ліжку, не міг навчатися. Пацієнт через 6 місяців лікування був переведений на арипіпразол (10 мг/добу). За 3 місяці він досяг повної клінічної ремісії. У позитивних, негативних і когнітивних доменах PANSS було відмічене помітне поліпшення (на 61, 43 і 64% відповідно). Протягом перших 10 місяців лікування він повернувся до своєї вихідної маси тіла та мав змогу вчитися в університеті, однак пізніше вирішив припинити лікування без згоди лікаря. На жаль, через 2 місяця знову стався рецидив. Призначений арипіпразол 15 мг/добу був асоційований із клінічною ремісією і помітним поліпшенням когнітивної функції за 4 місяці. Таким чином, наведений клінічний випадок доводить позитивний вплив арипіпразолу на реальні життєві показники когнітивних функцій пацієнта (відвідував університет і склав формальні іспити), які ще до дебюту шизофренії демонстрували їх зниження. Арипіпразол також зумовив помітне поліпшення психосоціального функціонування хворого.

Крім цього, професор акцентувала увагу присутніх на сприятливому профілі переносимості арипіпразолу, зокрема метаболічному. Вона навела дані дослідження M. De Hert et al. (2007), у якому автори оцінювали метаболічний профіль препарату. Було обстежено 31 пацієнта, середній вік яких становив 36,7 року (SD = 14,1), середня тривалість хвороби – 10,2 року (SD = 8,3), а середня кількість госпіталізацій 4,8 (SD = 3,0). Досліджувана популяція включала 77,4% (n = 24) пацієнтів із шизофренією і 22,6% (n = 7) – із шизоафективним порушенням. Оцінювання стану пацієнтів проводили тричі: на початку лікування, через 6 тижнів і через 3 місяці після початку терапії арипіпразолом. Визначаючи динаміку за 3 місяці, було помічено зниження середньої ваги від 89,2 (SD = 18,4) до 83,7 кг (SD = 17,8), середнього індексу маси тіла (ІМТ) від 30,8 (SD = 6,1) до 28,9 кг/м<sup>2</sup> (SD = 5,8), окружності талії від 105,8 (SD = 14,6) до 99,7 см (SD = 15,1) при  $p < 0,001$ . Після трьох місяців лікування арипіпразолом відбулося суттєве зниження рівня показників ліпідного профілю. Усі виявлені випадки діабету редукувалися на терапії зазначеним засобом. Підбиваючи підсумки щодо метаболічного профілю арипіпразолу, професор Хаустова О.О. зауважила, що виникненню клінічно значущих ускладнень, таких як метаболічний синдром і діабет у хворих, які приймають нейролептики, можна запобігти, призначивши їм атипівні антипсихотичні препарати із хорошим метаболічним профілем безпеки, зокрема арипіпразол. Тому вказаний препарат варто розглядати як першу лінію терапії, а саме як найбільш економічно вигідний варіант для покращання і навіть нормалізації метаболічного статусу пацієнтів, у яких спостерігалось його порушення. Крім цього, включення арипіпразолу до антипсихотичної терапії буде також значно поліпшувати метаболічні показники і, таким чином, препарат може використовуватися пацієнтами, для яких перехід на інший антипсихотик є небезпечним (наприклад, стійкий психоз). Доповідач додала,

що прийом зазначеного засобу асоційований із покращенням якості життя пацієнтів (Taylor et al., 2008).

Насамкінець, Олена Олександрівна зауважила, що при виборі генеричного антипсихотичного препарату слід обов'язково враховувати наявність результатів дослідження щодо його біоеквівалентності.

Мангубі Вадим Олександрович, канд. мед. наук, завідувач психіатричного відділення Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні №3, присвятив свою промову ефективності застосування арипіпразолу при первинному психотичному епізоді (ППЕ). Який являє собою сукупність гострих станів розладів психіки з порушенням мислення, дезорієнтацією, маренням, галюцинаціями, а також психомоторним збудженням різних ступенів вираженості та іншою психотичною симптоматикою. Указані прояви можуть спостерігатися в рамках різних нозологій або незалежно від них. Формально під категорію ППЕ підпадають пацієнти з дебютом психотичних симптомів, які раніше не зверталися до психіатра, або такі, у кого психоз виникає не частіше 2–3 разів протягом п'яти років і не супроводжується аутоагресивними діями.

Терапевтичні підходи при ППЕ мають бути скеровані на корекцію нейромедіаторних порушень у головному мозку (фармакотерапія), зміну дезадаптивних психологічних механізмів хворого (психотерапія), лікування нейрокогнітивного дефіциту, психоосвіту пацієнта та його рідних. Посилаючись на свій клінічний досвід, доповідач зазначив, що арипіпразол – ефективний препарат для купірування загострень у хворих із декількома психотичними епізодами, які отримували до цього іншу нейролептичну терапію. Однак він не є ефективним засобом при гострому психозі з вираженим психомоторним збудженням. Терапевтичне вікно при стабілізуючому лікуванні становить від 15 до 30 мг на добу, у стаціонарних умовах такий період триває до трьох тижнів, а в амбулаторних – до двох місяців. Період підтримуючої або профілактичної терапії безпосередньо пов'язаний із відновленням соціально-трудової адаптації, запобіганням рецидиву та вповільненням темпу прогресування захворювання, що стає можливим при прийомі 10–15 мг на добу.

Арипіпразол є препаратом із унікальним клінічним і нейрохімічним профілем, частковим агонізмом до дофамінових рецепторів, завдяки чому для нього характерна відсутність седації та низький ризик виникнення екстрапірамідних розладів. Лікар під час вибору вказаного засобу має враховувати мішені його психофармакологічної дії: психотичні розлади в гострій фазі, дефіцитарні та когнітивні порушення при багаторазових епізодах психозу, при загостреннях поточного захворювання у фазі ремісії, як підтримуючу терапію. Закінчуючи свій виступ, Дмитро Олександрович акцентував увагу на тому, що арипіпразол є чудовим варіантом для пацієнтів, які знаходяться на лікуванні конвенційними нейролептиками з метою поліпшення їхнього соціального функціонування, зменшення нейрокогнітивного дефіциту і покращання якості життя.

Про гендерні особливості клініки і фармакотерапії шизофренії розповіла присутнім завідувач кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти

ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», д-р мед. наук, професор Юр'єва Людмила Миколаївна. Так, пік виникнення захворювання у чоловіків відмічається у період із 18 до 25 років, а у жінок – з 25 до 30 років. У дитячому віці хлопчики хворіють у 2–3 рази частіше, ніж дівчатка. Натомість після 30 років частота первинної захворюваності на шизофренію приблизно однакова у представників обох статей. Тоді як після 40 – жінки майже вдвічі частіше, а після 60 – вчетверо більше вперше «захворюють шизофренією», ніж чоловіки тієї ж вікової групи (Goldstein, Lewine, 2000; Orr, Castle, 2003).

Доповідач також зауважила, що у жінок може спостерігатися гормонозалежне (здебільшого обумовлене рівнем естрогенів) загострення психопатологічної симптоматики під час менструального циклу, в післяпологовий період, після настання менопаузи та природного зниження рівня естрогенів. Під час вагітності, коли кількість указаних гормонів підвищується, відзначається зменшення симптомів шизофренії, що супроводжується зниженням частоти рецидивів. Клініка і перебіг шизофренії теж мають певні гендерні відмінності. Адже розвиток хвороби у жінок – більш сприятливий і має кращий психосоціальний прогноз, ніж у чоловіків. В осіб слабкої статі в півтора рази частіше відмічаються випадки самоушкоджувальної поведінки і суїцидальних спроб, а у чоловіків – самогубств. Смертність вища серед сильної половини людства і зазвичай настає в результаті суїциду і серцево-судинних захворювань. Крім того, у чоловіків у п'ять разів частіше відзначається антисоціальна поведінка, порівняно з жінками (відповідно 20 і 4%). Натомість серед осіб жіночої статі рідше зустрічається супутня алкогольна та наркотична залежність, хоча її соматичні наслідки (цироз печінки та ін.) більш яскраво виражені, ніж у чоловічої. Частота госпіталізацій до психіатричної лікарні у чоловіків в 1,5 рази вища, ніж у жінок. Тривалість перебування в стаціонарі у хворих чоловічої статі більша приблизно вдвічі (Seeman, Fitzgerald, 2000).

Як відмітила автор доповіді, з появою антипсихотиків нового покоління сформувалась і нова генерація пацієнтів із певним лікарським і соціальним патоморфозом, де кожен третій хворий – резистентний до антипсихотичної терапії. Зокрема, змінився і профіль небажаних проявів такого лікування. Так, при прийомі типових нейролептиків пацієнти страждали насамперед від неврологічних ускладнень, тоді як застосування атипичних антипсихотиків асоційовано переважно з метаболічним синдромом, ожирінням, діабетом, гіпертонією та дисліпідемією.

Що ж стосується особливостей фармакотерапії, то жіночий організм швидше і краще відповідає на введення антипсихотичних препаратів, відтак чоловічий – частіше виявляється нонреспондентом у вказаній терапії. Жінки (до початку менопаузи) краще, ніж чоловіки піддаються лікуванню низькими дозами конвекційних антипсихотиків, але варто пам'ятати, що після настання менопаузи їх дозу необхідно підвищувати. Однак прояви побічних ефектів у них більш виражені. Крім того, у жінок під час менопаузи спостерігається підвищений ризик пізніх

дискінезій. Під час застосування клозапіну в них трохи вища ймовірність появи агранулоцитозу. Також антипсихотичні препарати зумовлюють у хворих жіночої статі підвищення рівня пролактину в сироватці крові, що може призвести до галактореї та порушень менструального циклу, сексуальної дисфункції й безпліддя. При титруванні дози антипсихотичних препаратів слід пам'ятати, що естроген і прогестерон в оральних контрацептивах підвищують рівень антипсихотиків у крові.

Згідно з рекомендаціями NICE (2014), вибір антипсихотичних препаратів має здійснюватися з урахуванням таких побічних ефектів, як: набір ваги і ризик виникнення діабету; екстрапірамідні розлади; кардіоваскулярні ефекти (включаючи збільшення інтервалу QT); гормональні ефекти (враховуючи підвищення пролактину в плазмі крові) та інші ефекти, серед яких і неприємні суб'єктивні відчуття. Одним із варіантів такого вибору, поза сумнівом, є арипіпразол, оскільки він має благоприємний профіль безпеки. Указаний препарат може бути рекомендований майже у всіх випадках лікування шизофренії чи інших психотичних розладів, окрім психомоторного збудження й ажитації. До того ж арипіпразол дає змогу проводити з пацієнтом і нефармакологічний менеджмент: створення у хворого психологічної установки на терапію і формування терапевтичного альянсу; розвиток соціальних навичок; застосування психоосвітніх стратегій; проведення ранньої реабілітації, спрямованої на реінтеграцію хворого в суспільство.

Про досвід і перспективи застосування арипіпразолу в дитячому і підлітковому віці розповів завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Дитяча психіатрія», канд. мед. наук Ігор Анатолійович Марценковський.

Сьогодні спектр застосування антипсихотичних препаратів досить широкий. 2008 року Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) для використання в дитячій популяції рекомендувало рисперидон і арипіпразол. У листопаді 2010 року FDA для лікування шизофренії та біполярної манії у дітей і підлітків (13–17 років) були запропоновані кветіапін, оланзапін та зипразидон. Наразі доступні дані досліджень, які свідчать про ефективність арипіпразолу щодо поведінкових порушень у дітей із розладами аутистичного спектра (Owen et al., 2008; Marcus et al., 2008), шизофренії у віці 15–17 років, які не переносять рисперидон, або для яких згаданий засіб протипоказаний, або ті, у яких шизофренія не була контрольована рисперидоном (NICE, 2016), як терапія вибору для лікування помірних і важких маніакальних епізодів у підлітків із біполярним афективним розладом (NICE, 2016). Таким чином, зважаючи на можливі побічні ефекти рисперидону, арипіпразол може бути препаратом вибору у дітей та підлітків.

Щодо дозування арипіпразолу, то початкова доза у дітей 13 років і старше має становити 2 мг один раз на день із наступною титрацією через два дні до 5 мг один раз на день, через чотири – 10 мг один раз на день. Цільовою є доза 10 мг перорально один раз на день,

а максимальною – 30 мг/добу. Екстраполюючи дані, отримані в дорослій популяції, терапію підлітків, що відповіли на лікування, рекомендовано продовжувати із застосуванням найнижчої дози, яка необхідна для підтримки ремісії. Однак періодично слід переглядати потребу в підтримуючій терапії.

Доповідь на тему «Комплексний підхід до реабілітації хворих на шизофренію» представила завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, професор Ганна Михайлівна Кожина. Вона нагадала, що шизофренія посідає третє місце за рівнем інвалідизації пацієнтів, призводить до зменшення середньої тривалості життя на 10 років, порушує соціальну, професійну і сімейну активність пацієнта, формуючи тим самим значний тягар для сім'ї та суспільства. Попри те, що за останні десятиліття змінилася концепція надання допомоги пацієнтам із вадами психічного розвитку, основними цілями терапії є не просто купірування гострої психотичної симптоматики, а повернення пацієнта до активного функціонування, підвищення якості життя і його соціалізація. При цьому невід'ємним компонентом психосоціального втручання є реабілітація та психоосвітня робота, оскільки саме вони дають змогу отримати навички, необхідні для реінтеграції в суспільство. Зокрема, реабілітація допомагає зменшити вираженість психопатологічних симптомів за допомогою тріади інтервенцій – фармакотерапії, психотерапії та психосоціальних втручань; підвищити соціальну компетентність пацієнтів, знизити дискримінацію та стигматизацію; передбачає сприяння сім'ям хворих на психічні розлади; створення і збереження довгострокової соціальної підтримки; підвищення їхньої автономії, поліпшення самодостатності та самозахисту. Психоосвітні заходи дають змогу сформулювати у хворих і членів їхніх родин адекватне уявлення про недугу та знизити рівень їх стигматизації; знайомить пацієнтів із роллю психофармакотерапії та психотерапії в лікуванні, можливістю побічних явищ і боротьби з ними; забезпечує навчання навичок подолання хвороби та співіснування з нею; підвищує комплаєнс і психосоціальну підтримку.

Ганна Михайлівна також розповіла про навчально-психотерапевтичні інтервенції, види тренінгів та структуровані програми для розвитку моделей соціальних навичок пацієнтів із вадами психічного здоров'я. Щоб зазначені втручання стали можливими, пацієнт має отримувати антипсихотичну терапію, яка дає змогу ефективно здійснювати згадану реабілітацію. Отже, арипіпразол можна розглядати як лікарський засіб, що є стабілізатором одночасно дофамінової й серотонінової систем. Він забезпечує ефективний контроль позитивних і негативних симптомів, допомагає зберегти когнітивні функції при мінімальній стигматизації хворих. Указаний препарат можна застосовувати і як засіб тривалої підтримуючої терапії, що достовірно знижує частоту

рецидивів та поліпшує соціальне функціонування пацієнта. Крім того, для арипіпразолу характерний сприятливий профіль безпеки, відсутність підвищення пролактину та QT пролонгації; він не підвищує масу тіла; не чинить впливу на рівень ліпідів і глюкози; має низький рівень лікарської взаємодії та поліпшує якість життя людей із вадами психічного розвитку.

Юрій Петрович Закаль, головний позаштатний спеціаліст Департаменту ОЗ ЛОДА з психіатрії, заступник головного лікаря Львівської обласної психіатричної лікарні, окреслив фармакоеконімічні аспекти терапії БАР атипівими антипсихотиками. Так, критеріями вибору препаратів указаної групи для оптимальної терапії є: тривала здатність ефективного впливу на продуктивну і негативну/афективну симптоматику; оптимальна переносимість; відновлення когнітивних функцій; зручність прийому; контроль за дотриманням режиму; попередження загострень. Він навів дані щодо річної вартості лікування шизофренії в США (1991), що включає прямі та непрямі витрати, які становлять 18,6 і 46,5 млрд доларів відповідно. Оцінка фармакоеконімічної ефективності антипсихотиків підтвердила зменшення використання витратних послуг психіатричної допомоги (здебільшого госпіталізацій), що істотно переважає відносно вищу вартість нових препаратів. В Україні, на жаль, немає достовірних даних щодо фармакоеконімічних досліджень.

Що ж стосується лікування психічних захворювань, то сучасні вимоги до антипсихотичної терапії полягають у покращенні функціонування людини і потребують системного підходу з дотриманням чіткої її етапності. Запорукою тривалого лікування є власне збалансованість ефективності та відсутності побічної дії препарату. Ураховуючи низький рівень життя осіб із вадами психічного здоров'я, високу стигматизацію і мізерне фінансування системи охорони здоров'я, зокрема і психіатрії, важливе значення при виборі лікарського засобу для тривалої антипсихотичної терапії має співвідношення ціна/ефективність. Щоправда, в українських реаліях не завжди можливо рекомендувати пацієнту дороговартісний оригінальний препарат. Таким чином, постає необхідність у якісному генеричному засобі. Адже саме генерики з доведеною і дослідженою біоеквівалентністю щодо оригінального лікарського препарату, яка різнилась не більш ніж на 3–4%, можуть стати прийнятною альтернативною формою відповідної терапії.

Усі присутні відмітили актуальність такого формату зустрічі, адже вона пройшла у теплій та дружній атмосфері, що дало змогу відкрито обговорити всі нагальні аспекти, пов'язані із застосуванням антипсихотиків, а також визначити напрями і сформулювати цілі для подальшої плідної співпраці.

*Підготувала Ірина Сидоренко*

Ⓢ