

Омский психиатрический журнал

1 (35) 2023



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

1 (35)

2023

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Федотов И.А., к.м.н.
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)
Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Александрова Н.В.
Омский государственный университет (Омск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Стаценко О.А., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Малютина Т.В., к.пс.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

ISSN
2412-8805

Издание зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл № **ФС77-58937**
от 5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
[http://omskoop.ru
/opj/index.shtml](http://omskoop.ru/opj/index.shtml)

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины

Johfra Bosschart.
Ellen in a Dispute with a
Little Harlequin. 1960

© Омский психиатрический журнал. 2023
Выпуск размещен 21 марта 2023 года

Содержание / Contents

Колонка редактора	2	Editor's column
Региональные аспекты психиатрии		Regional aspects of psychiatry
Суицидальные попытки пациентов БУЗОО «КПБ ИМ. Н.Н. Солодникова» и способы их предотвращения <i>О.Е. Крахмалева, К.Н. Кузьмина, В.А. Малыхина, Н.Ю. Сафронова</i>	3	Suicidal attempts in patients BUZOO "KPB im. n.n. solodnikova and ways to prevent them <i>O.E. Krakhmaleva, K.N. Kuzmina, V.A. Malykhina, N.Yu. Safronova</i>
Психофармакотерапия		Psychopharmacotherapy
Применение карипразина у пациента с пропфшизофренией: клинический случай <i>Н.А. Долгушева, Д.А. Ткаченко</i>	7	Use of cariprazine in a patient with propshizophrenia: clinical case <i>N.A. Dolgusheva, D.A. Tkachenko</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Особенности толерантности к неопределенности и самоотношения личности при наличии внутриличностного конфликта или внутриличностного вакуума <i>Е.А. Братухина, А.Г. Братухин</i>	10	Features of tolerance to uncertainty and self-attitude of the individual in the presence of intrapersonal conflict or intrapersonal vacuum <i>E.A. Bratuhina, A.G. Bratuhin</i>
Тезисы конференции: геронтопсихиатрия	14	Conference abstracts: gerontopsychiatry
Новости психиатрии	22	Psychiatry news

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Открывает текущий выпуск сетевого издания «Омский психиатрический журнал» статья омских психиатров, освещающая региональные аспекты суицидального поведения психически больных. В течение последних нескольких лет отмечается снижение количества суицидальных попыток и увеличение доли завершённых суицидов среди пациентов, находящихся под наблюдением в БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодникова. Это является отражением существующей ситуации среди населения региона в целом. Особого внимания заслуживает рост завершённых суицидов среди пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением и получающих лечебно-консультативную помощь в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова». Отрицательная динамика связана с пандемией SARS-CoV-2, неблагоприятным тяжёлым течением психических расстройств, увеличением тяжести тревожно-депрессивных расстройств, перенесённой новой коронавирусной инфекцией, а также социально-экономическими последствиями пандемии SARS-CoV-2. Имеются и положительные моменты, уменьшилось количество незавершённых суицидальных попыток среди населения Омской области и среди пациентов БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова, что связано с активной профилактической работой.

В последние годы в клиническую практику внедряются новые психофармакологические препараты. Речь идет о появлении препаратов, которые, возможно, станут родоначальниками третьего поколения антипсихотиков, которые открывают новые возможности в терапии психозов в рамках персонифицированного подхода в психиатрии с достижением функционального выздоровления пациентов. В настоящее время в России зарегистрированы три препарата-представителя третьего поколения антипсихотиков: арипипразол, карипразин и брекспипразол. В статье омских психиатров представлено клиническое наблюдение применения карипразина. На примере данного клинического случая можно сделать вывод, что карипразин хорошо показал себя в лечении пациента, длительно страдающего шизофренией с преобладанием негативной симптоматики. На фоне терапии отмечается регресс личностных нарушений, повышение активности пациента, отсутствие активизации психопродуктивной симптоматики, хорошая переносимость препарата, в связи с чем у пациента возник хороший комплаенс и устойчивый настрой на продол-

жение приема данного лекарства в амбулаторных условиях.

Особый интерес представляет работа сотрудников Омского Государственного Медицинского Университета, посвящённая внутрличностному конфликту, который является предпосылкой личностного развития, но также может приводить к формированию невротических форм поведения. Цель исследования – выявление различий в особенностях самоотношения и толерантности к неопределённости лиц с наличием внутрличностного вакуума или внутрличностного конфликта. В результате проведенного исследования выявлены значимые различия в компонентах самоотношения и уровне толерантности к неопределённости лиц, переживающих внутрличностный конфликт и испытывающих внутрличностный вакуум в структуре смысловой регуляции. Полученные результаты имеют высокую практическую значимость, поскольку люди, переживающие внутрличностный конфликт, имеют более низкую самооценку, недостаточно адекватно оценивают собственный потенциал. В связи с этим психологические и психотерапевтические усилия должны быть направлены на формирование у таких лиц положительного образа «Я», снижение критичности по отношению к собственным действиям. Психологическая работа с испытуемыми, которые переживают внутрличностный вакуум, и проявляют низкую толерантность к неопределённым ситуациям, должна быть направлена на определение условий, которые находятся в зоне их контроля. Приобретение смысла и ценности действий в таких ситуациях может способствовать преодолению внутрличностного вакуума.

В нашем журнале мы продолжаем публиковать избранные материалы межрегиональной научно-образовательной конференции «Психическое здоровье населения Омской области», посвящённой 125-ти летнему юбилею Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова». В текущий выпуск включены аннотации работ, посвящённых организационным и научно-практическим аспектам геронтопсихиатрии.

*Правление Омского общества психиатров
Редакционная коллегия*

Региональные аспекты психиатрии

УДК: 616.89

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ ПАЦИЕНТОВ БУЗОО «КПБ ИМ. Н.Н. СОЛОДНИКОВА» И СПОСОБЫ ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

О.Е. Крахмалева, К.Н. Кузьмина, В.А. Малыхина, Н.Ю. Сафронова

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова»*

ks.kuzmina@inbox.ru

Аннотация. В течение последних нескольких лет отмечается снижение количества суицидальных попыток и увеличение доли завершенных суицидов среди пациентов, находящихся под наблюдением в БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодникова. Это является отражением существующей ситуации среди населения региона в целом. Особого внимания заслуживает рост завершенных суицидов среди пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением и получающих лечебно-консультативную помощь в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова». Отрицательная динамика связана с пандемией SARS-CoV-2, неблагоприятным тяжелым течением психических расстройств, увеличением тяжести тревожно-депрессивных расстройств, перенесенной новой коронавирусной инфекцией, а также социально-экономическими последствиями пандемии SARS-CoV-2. Имеются и положительные моменты, уменьшилось количество незавершенных суицидальных попыток среди населения Омской области и среди пациентов БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», что связано с активной профилактической работой.

Ключевые слова. Суицидальное поведение, Омская область.

SUICIDAL ATTEMPTS IN PATIENTS BUZOO "KPB IM. N.N. SOLODNIKOVA AND WAYS TO PREVENT THEM O.E. Krakhmaleva, K.N. Kuzmina, V.A. Malykhina, N.Yu. Safronova

Resume. Over the past few years, there has been a decrease in the number of suicidal attempts and an increase in the proportion of completed suicides among patients under observation in the BUZOO CPB named after N.N. Solodnikov. This is a reflection of the current situation among the population of the region as a whole. Particularly noteworthy is the increase in completed suicides among patients who are under dispensary observation and receive medical and advisory assistance in the BUZOO "KPB them. N.N. Solodnikov. The negative dynamics is associated with the SARS-CoV-2 pandemic, an unfavorable severe course of mental disorders, an increase in the severity of anxiety and depressive disorders, a new coronavirus infection, as well as the socio-economic consequences of the SARS-CoV-2 pandemic. There are also positive aspects, the number of incomplete suicide attempts has decreased among the population of the Omsk region and among patients of the BUZOO "KPB them. N.N. Solodnikov, which is associated with active preventive work.

Keywords. Suicidal behavior, Omsk region.

Частота суицидов является одним из наиболее объективных индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни людей. Предупреждение суицидов отнесено к числу приоритетных задач в области охраны психического здоровья в XXI веке. Результаты многочисленных исследований показывают, что психические расстройства связаны с повышенным риском суицида. Частота суицидов среди больных, состоящих под наблюдением врачей-психиатров в психоневрологических диспансерах, в несколько раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц. Прогнозируемый Всемирной организацией здравоохранения рост распространенности депрессивных состояний, развивающаяся в течение последних лет эпидемиологическая ситуация, социальные и эконо-

мические последствия мирового кризиса диктуют необходимость оптимизации и повышения эффективности суицидологической помощи населению.

В течение последних лет частота завершенных суицидов в России имеет тенденцию к стойкому постепенному снижению. По данным Росстата на 100 000 населения этот показатель составил в 2015г. – 17,8; в 2017г. – 13,8; в 2019г. – 11,7. В 20 субъектах РФ частота суицидов превышает критический уровень ВОЗ (20 случаев на 100 000 населения). В 2019г. среди субъектов РФ на 1 месте Республика Бурятия – 36,4 на 100 000 населения, на 2 месте Республика Алтай – 35,1 на 100 000 населения. Показатель Сибирского Федерального округа – 18,5 на 100 000 населения.

По данным Росстата Омская область в

2015г. находилась на 69 месте по уровню смертности от суицидов – 9,0 на 100 000 населения. С 2017г. на территории региона происходит постепенное снижение уровня завершённых суицидов в абсолютных цифрах с 577 случаев в 2017г. до 409 в 2022г. Среди случаев суицидальных попыток также отмечается существенное снижение уровня с 826 в 2017г. до 558 в 2022г.

Согласно Указу Губернатора Омской области № 157 от 19.11.2013г. «Об организации мониторинга суицидального поведения населения Омской области» и Распоряжения Министерства здравоохранения Омской области от 29.09.21г. №443-р «Об организации мониторинга суицидального поведения Омской области» на базе отделения «Телефон доверия» организован мониторинг суицидальных попыток и завершённых суицидов с учетом способа их совершения, возрастных категорий, половой принадлежности, района проживания суицидента, в том числе среди лиц, состоящих под наблюдением в БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодникова. Назначен ответственный за ведение и актуализацию регистра лиц, совершивших суицидальные попытки и завершённые суициды на территории Омской области, и лиц, находящихся под наблюдением врача-психиатра. Проводится работа по сбору сведений в рамках взаимодействия с другими учреждениями г. Омска и Омской области: токсикоцентр БСМП №1, бюро судебно-медицинской экспертизы, городская станция скорой медицинской помощи, ЦРБ Омской области, учебные учреждения г. Омска и Омской области, центры социальной защиты Омской области, общественные организации, государственные центры занятости, служба спасения ГУ МЧС России по Омской области, подразделения УВД по Омской области. С УВД по Омской области ежемесячно происходит сверка данных, получение сведений о результатах следственных действий.

Кроме того, ведется учет суицидов по полу, возрасту и способу совершения, учитывается повторность совершения суицидальной попытки, состояние алкогольного опьянения, поскольку количество суицидальных попыток, совершаемых в алкогольном опьянении, является значительным.

В этой связи определенный интерес вызывает анализ суицидального поведения пациентов, страдающих психическими расстройствами и находящихся под наблюдением врачей-психиатров в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова».

В БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» приказом главного врача создана Комиссия по рассмотрению случаев суицидальных попыток и завершённых суицидов среди лиц, состоящих под наблюдением врача-психиатра и проживающих в городе Омске. Все случаи суицидальных попыток и завершённых суицидов среди

пациентов подробно разбираются, проводится анализ медицинской документации с рассмотрением пояснительных записок лечащих врачей, выписных эпикризов, амбулаторных карт, медицинских карт стационарного больного, сигнальных листов и т.д.), с учетом тактики наблюдения и лечения, маршрутизации, преемственности между подразделениями БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодникова. В заключении по каждому случаю разрабатываются рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению пациента. Пациенты диспансерной группы наблюдения, не имеющие группы инвалидности и совершившие суицидальные попытки, обеспечиваются льготными лекарственными препаратами в рамках Региональной целевой программы. Имеющие группу инвалидности пациенты получают бесплатные лекарства за счет федеральной льготы.

В 2022 году в отделение «Телефон доверия» БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» поступили сведения о 121 случае суицидальных действий – это около 12,4% от общего числа суицидентов (в 2021г. 131 случай – 12,1%), совершённых лицами, находящимися под наблюдением врача психиатра. Из них – 85 человек, проживающих в городе Омске. Завершённых суицидов 33 случая (в 2021г. – 30), из них находящихся под диспансерным наблюдением – 21 человек и получавших лечебно-консультативную помощь – 12 человек. В 2022 году не зарегистрировано случаев завершённых суицидов среди несовершеннолетних, состоящих под наблюдением врача-психиатра (в 2021 году – 1 случай).

Из всех суицидальных действий, совершённых лицами, находящимися под наблюдением врача-психиатра и проживающих в городе Омске, попытки составили 52 случая (в 2021 году также 52). Из них находящихся под диспансерным наблюдением 31 человек и получавших лечебно-консультативную помощь 21 человек. Несовершеннолетних – 7, все получавшие лечебно-консультативную помощь.

По итогам последних лет анализ причин совершения завершённых суицидов и суицидальных попыток лиц, состоящих под наблюдением врача-психиатра, показал, что значительно преобладает острое изменение психического состояния, в том числе связанное с заболеванием SARS-CoV-2, на втором месте развитие кризисного состояния на фоне психотравмирующей ситуации (смерть близких, чаще всего матери, разводы, ограничительные мероприятия при распространении SARS-CoV-2, потеря заработка), демонстративно-шантажное поведение пациентов, неконтрольный прием пациентами лекарственных препаратов, прием лекарственных препаратов с целью достижения токсического опьяняющего эффекта, в некоторых случаях причина остается невыясненной. Из

всех случаев суицидальных действий в 2022 году в 2 случаях было выявлено состояние алкогольного опьянения, 3 пациентов совершили суицидальные попытки повторно в течение года.

В 2022г. по нозологической патологии было рассмотрено:

- ☒ Шизофрения – 34 случая;
- ☒ Органическое расстройство личности – 7 случаев;
- ☒ из рубрики F 06 «Другие психические расстройства в связи с повреждением или дисфункцией головного мозга» - 26 случаев;
- ☒ Легкая умственная отсталость – 4 случая;
- ☒ Специфическое расстройство личности – 3;
- ☒ из рубрики F 40 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» - 2 случая;
- ☒ Депрессивный эпизод – 4 случая;
- ☒ Шизотипическое расстройство личности – 2 случая;
- ☒ Смешанные расстройства поведения и эмоций – 3 случая.

В процессе работы выявляются следующие особенности суицидальных действий психически больных: психические расстройства связаны с повышенным уровнем суицидального риска, повышенный риск суицидальных действий психически больных объясняется взаимодействием психопатологических, личностно-ориентированных и ситуационных (социально-стрессовых) факторов. Отдельной особенностью выделяется ряд возможных суицидоопасных факторов, связанных с оказанием психиатрической помощи, к которым относится психотравмирующее влияние на пациента самого факта постановки ему психиатрического диагноза, а также суицидогенный эффект некоторых психотропных препаратов.

По литературным данным к числу наиболее суицидоопасных психических расстройств относятся депрессивные расстройства, шизофрения, биполярное аффективное расстройство, пограничное расстройство личности. По этому аспекту данные крайне противоречивы и не совпадают с результатами работы нашей комиссии.

Наиболее частными замечаниями комиссии являются несоблюдение режима наблюдения пациента и недооценка психического состояния при выписке из стационара или при очередном посещении врача амбулаторной службы или полустационарных подразделений. А также несоответствие назначенного лечения тяжести психического состояния, отсутствие своевременной коррекции терапии. В связи с этим основным способом профилактики суицидального поведения у пациента является особая беседа, целью которой является выявление суицидаль-

ных мыслей и намерений и в связи с этим оценка суицидального риска.

Мы рекомендуем использовать следующие способы беседы с пациентом, имеющим суицидальные тенденции: поддерживать зрительный контакт; заинтересованно слушать, чуть наклонившись к собеседнику; поддерживать доброжелательность в ходе беседы, задавать открытые вопросы о самочувствии, выяснить «главную» жалобу или беспокойство: что более всего «мешает» жить? Беседа должна проводиться в эмпатической недирективной манере, при этом уделяя внимание теме суицидального поведения и неприятных чувств.

Наиболее частые рекомендации членов комиссии:

- тщательное соблюдение режима диспансерного наблюдения;
- своевременный перевод пациента из группы оказания лечебно-консультативной помощи в группу диспансерного наблюдения;
- оценка психического состояния и суицидального риска при выписке пациента из стационарных и промежуточных подразделений лечащим врачом отделения и врачом диспансерного отделения;
- назначение психофармакотерапии в соответствии с тяжестью психического состояния и своевременная коррекция терапии, в том числе перевод на контролируемую терапию препаратами пролонгированного действия при несоблюдении пациентом режима терапии.

Следующим способом предотвращения суицидальных попыток среди пациентов БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» является оказание экстренной антикризисной помощи по Телефону доверия. Это само по себе является одним из способов профилактики суицидального поведения среди всего населения региона, когда купируется острое кризисное состояние, и при помощи специалиста ситуация разрешается благополучно. Общее количество обращений в 2022 году на Телефон доверия составило 13255 обращений, из них проблемных обращений - 9963, кризисных – 3665, суицидальных - 293 обращения.

Помимо этой работы сотрудниками отделения профилактики суицидального поведения среди населения региона осуществляется путем размещения информации о деятельности «Телефона Доверия» в средствах массовой информации, проведения круглых столов, лекций, бесед, горячих линий на «Телефоне доверия». Номера «Телефонов доверия» и кабинетов медико-психологической помощи размещены на сайтах Министерства здравоохранения Омской области, БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», в электронном справочнике «2-ГИС», где оформлен цветной баннер, вся информация об оказании антикризисной помощи, возможность быстрой записи на прием. Также информация о

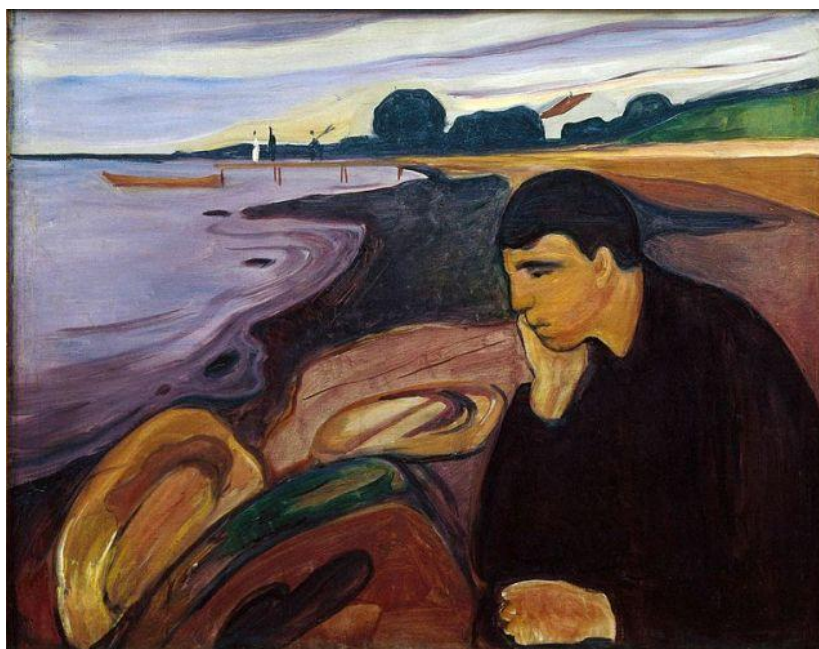
кабинете медико-социально-психологической помощи размещена на информационном портале Zoon.ru. В 2022 году продолжено размещение рекламы «Телефона Доверия» в лифтах жилых домов, продолжена рекламная кампания в маршрутном транспорте г.Омска (всего 194 маршрута). Продолжает свою работу тематическое сообщество в социальной сети «ВКонтакте».

Разработаны и распространяются памятки для детей и подростков, а также для родителей по темам: «Кризисные ситуации в жизни подростка: как пережить их вместе»; «Скажи жизни «Да!»; «Я выбираю жизнь!»; «Подростковый суицид: как распознать опасность?»; «Антикризисная помощь детям и подросткам»; «Родительская любовь предотвращает суицид»; «Внимание окружающих может предотвратить беду!»; а также «Методические рекомендации для родителей и специалистов образовательных учреждений по предупреждению суицидального поведения среди детей, подростков и молодежи». Электронные варианты данных листовок размещены на сайте Российской ассоциации медицинских сестер в секции «Психиатрия и наркология».

Сотрудники БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» в 2020-2022 годах с учетом эпидемиологической ситуации осуществляли выход в молодёжные аудитории различных учебных заведений г. Омска с беседами и лекциями по профилактике суицидального поведения, воспитанию стрессоустойчивости у молодежи, психологии экстрима. Была подготовлена и проведена лекция-беседа со студентами ОМГПУ на тему: «Выше осведомленность – ниже риск суицида». Также со студентами ОМГПУ проведены беседы, направленные на повышение уровня информированности по вопросам сохранения и укрепления психического здоровья, а также по профилактике суицидального поведения.

Врачи-психиатры отделения «Телефон доверия» БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» в качестве эксперта приняли участие в записи телепрограммы «НЛП: Нестандартно и легко о психологии» по теме «Депрессия» на телеканале «Продвижение», а также участвовали в тематическом лектории Дома Культуры МЕГА, была прочитана лекция по теме «Помощь людям, находящимся в кризисной ситуации» с онлайн-трансляцией и сохранением лекции в сообществе социальной сети «ВКонтакте».

Таким образом, в течение последних нескольких лет отмечается снижение количества суицидальных попыток и увеличение доли завершённых суицидов среди пациентов, находящихся под наблюдением в БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодникова. Это является отражением существующей ситуации среди населения региона в целом. Особого внимания заслуживает рост завершённых суицидов среди пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением и получающих лечебно-консультативную помощь в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова». Отрицательная динамика связана с пандемией SARS-CoV-2, неблагоприятным тяжёлым течением психических расстройств, увеличением тяжести тревожно-депрессивных расстройств, перенесённой новой коронавирусной инфекцией, а также социально-экономическими последствиями пандемии SARS-CoV-2. Следует отметить, что имеются и положительные моменты, уменьшилось количество незавершённых суицидальных попыток среди населения Омской области и среди пациентов БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодникова, что связано с активной профилактической работой, работой КМСПП, в том числе и КМСПП для детей и подростков, возможностью получения анонимной консультации пациентов.



Психофармакотерапия

УДК: 616.89

ПРИМЕНЕНИЕ КАРИПРАЗИНА У ПАЦИЕНТА С ПРОПШИЗОФРЕНИЕЙ: клинический случай

Н.А. Долгушева, Д.А. Ткаченко

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой»

psycholog1981@yandex.ru

Аннотация. В последние годы в клиническую практику внедряются новые психофармакологические препараты. Речь идет о появлении препаратов, которые, возможно, станут родоначальниками третьего поколения антипсихотиков, которые открывают новые возможности в терапии психозов в рамках персонализированного подхода в психиатрии с достижением функционального выздоровления пациентов. В настоящее время в России зарегистрированы три препарата – представителя третьего поколения антипсихотиков: арипипразол, карипразин и брекспипразол. В статье омских психиатров представлено клиническое наблюдение применения карипразина. На примере данного клинического случая можно сделать вывод, что карипразин хорошо показал себя в лечении пациента, длительно страдающего шизофренией с преобладанием негативной симптоматики. На фоне терапии отмечается регресс личностных нарушений, повышение активности пациента, отсутствие активизации психопродуктивной симптоматики, хорошая переносимость препарата, в связи с чем у пациента возник хороший комплаенс и устойчивый настрой на продолжение приема данного лекарства в амбулаторных условиях.

Ключевые слова. Шизофрения, карипразин.

USE OF CARIPRAZINE IN A PATIENT WITH PROPSHIZOPHRENIA: CLINICAL CASE

N.A. Dolgusheva, D.A. Tkachenko

Аннотация. In recent years, new psychopharmacological drugs have been introduced into clinical practice. We are talking about the emergence of drugs that may become the founders of the third generation of antipsychotics, which open up new possibilities in the treatment of psychosis within the framework of a personalized approach in psychiatry with the achievement of a functional recovery of patients. Currently, three third-generation antipsychotics are registered in Russia: aripiprazole, cariprazine, and brexpiprazole. An article by Omsk psychiatrists presents a clinical observation of the use of cariprazine. Based on the example of this clinical case, it can be concluded that cariprazine has shown itself well in the treatment of a patient suffering from schizophrenia for a long time with a predominance of negative symptoms. During therapy, there is a regression of personality disorders, an increase in the patient's activity, no activation of psychoproduktive symptoms, good tolerability of the drug, and therefore the patient has good compliance and a stable attitude to continue taking this medication on an outpatient basis.

Ключевые слова. Schizophrenia, cariprazine.

Психические расстройства являются одними из самых социально значимых заболеваний. Хотя и в отличие от сердечно-сосудистой патологии или онкологических заболеваний они крайне редко приводят к летальному исходу, но являются одной из основных причин длительной и стойкой утраты трудоспособности. Частая встречаемость, наибольшее количество заболевших среди лиц молодого трудоспособного возраста, неблагоприятное течение с преобладанием в клинической картине нарастающих изменений личности, часто приводящих к инвалидизации, трудность терапии делают шизофрению одной из основных мишеней создания новых эффективных препаратов.

Если для купирования активной психопродуктивной симптоматики психиатры имеют в своем арсенале большое количество эффектив-

ных лекарств, то для борьбы с самым тяжелым и разрушительным, непосредственно приводящим к стойкому нарушению социального функционирования, аспектом заболевания – негативной симптоматикой – долгое время возможностей было гораздо меньше.

Разработка в последнее время большого количества атипичных антипсихотиков позволило надеяться на эффективное решение этой социально значимой проблемы. Новые поколения антипсихотиков все более тонко нацелены на борьбу с нарастающим разрушением личности при шизофреническом процессе, что позволяет пациенту сохранять трудоспособность и социальную активность. А также улучшить качество жизни людей, длительно страдающих шизофренией и уже имеющих выраженные личностные нарушения в виде снижения воле-

вой активности, эмоциональной тусклости, апатии, замкнутости, выраженной социальной дезадаптации.

Для примера предлагаем ознакомиться с клиническим случаем применения карипразина из практики специалистов нашего отделения.

Пациент М., 41 лет. находился на лечении в БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников» 26 дней.

В психиатрическую больницу госпитализирован повторно, ранее неоднократно лечился в стационаре. Наследственность психопатологически отягощена: мать страдает шизофренией, является инвалидом 2 группы. В школу пошел с 7-и лет, учился плохо, с трудом справлялся с программой, но классы не дублировал. Окончил 9 классов, затем поступил в ПУ на строителя, но не окончил его. В школьные годы отмечались нарушения поведения, регулярно пропускать уроки, не выполнял домашние задания, странно вел себя в классе, в связи с чем впервые проходил лечение в детском отделении КПБ, выставился диагноз: «Пропшизофрения», получал корректоры поведения. Со слов двоюродной сестры «по характеру всегда был безвольным, невозможно заставить что-то делать, постоянно говорил, что у него нет сил». Проживает с психически больной матерью. Ранее эпизодически работал на неквалифицированных работах: грузчик, разнорабочий, но длительно нигде не удерживался. Более 10 лет нигде не работает. Психическое состояние значительно ухудшилось с 2012 года: практически не выходил из дома, ни с кем не общался, перестал следить за собой, мало ел, значительно похудел. Настроение было сниженным, отношения с матерью были напряженные, так как она упрекала его в отсутствии денег, работы. Летом 2013 года проходил лечение в стационаре общесоматической сети по поводу алиментарного истощения. В связи с тем, что перестал следить за собой, практически не ел, участковым психиатром направлен в стационар, где находился с 25.11.13г. по 07.02.14г. В отделении первое время находился в наблюдательной палате, настроение было сниженным, отмечал слабость, отсутствие аппетита. Бредовых идей, обманов восприятия не отмечалось, состояние определялось выраженными изменениями личности по процессуальному типу: пассивен, замкнут, безучастен к окружающему, гигиенические мероприятия выполнял неохотно, только после неоднократных напоминаний со стороны медицинского персонала. Проводилась общеукрепляющая терапия, назначался пипофезин (азафен). Состояние с некоторым улучшением, стал более активным, нормализовался аппетит, себя обслуживал. Прошел МСЭ, определена 2 группа инвалидности первично. После выписки проживал в семье, принимал лечение, справлялся с повседневными домашними делами. С июля 2014 года пре-

кратил прием лекарств, вновь перестал выходить из дома, стал конфликтовать с матерью, отказывался от еды, не следил за собой, не соблюдал личную гигиену. Госпитализирован по направлению участкового психиатра, проходил лечение с 16.02.15г. по 13.05.15г. На фоне терапии рексетином, элзепамом состояние улучшилось: выровнялось настроение, нормализовался сон. Периодически был несколько навязчив, ипохондричен, требовал к себе повышенного внимания, пытался вызвать чувство жалости. Планировалась выписка, но у пациента менялось состояние: стал раздражительным, назначались корректоры поведения (неулептил, аминазин) но плохо их переносил, отмечались симптомы нейролепсии. В связи с этим был назначен флюанксол. Состояние улучшилось, стал спокойнее, мягче, жалоб не предъявлял. Пассивен, время проводил в основном в постели, к общению не стремился. Состояние определялось изменениями личности по шизофреническому типу в виде снижения уровня личности, ограничения круга интересов, снижения энергетического потенциала, формальности мышления, безразличия к собственной судьбе. После выписки проживал с матерью. Нигде не работает. Инвалид 2 группы бессрочно. Поддерживающее лечение принимает нерегулярно (амитриптилин, флюанксол). Состояние ухудшилось в течении трех месяцев: снизилось настроение, перестал выходить из дома, стал конфликтовать с матерью, отказывался от еды, не соблюдал личную гигиену. Самостоятельно обратился к участковому психиатру с просьбой о госпитализации.

Состояние при поступлении: среднего роста, пониженного питания. Неопрятный, грязный, длинные грязные волосы и борода, нестриженные ногти. Сознание сохранено. Ориентирован верно. Фон настроения снижен. Моторно спокоен, несколько медлителен. На вопросы отвечает в плане заданного, обстоятельно. По поводу своего состояния сказал, что «опять депрессия, апатия, сил нет, ничего не хочется, могу лежать и ничего не делать весь день, даже есть не хочется». Настроен на лечение. Мышление аморфное, малопродуктивное, в замедленном темпе. Наличие обманов восприятия отрицает, поведение не обнаруживает. Высказывает отрывочные идеи отношения в адрес матери. Критика к состоянию формальная.

Динамика состояния в отделении: первые дни находился в наблюдательной палате, был пассивен, замкнут, эмоционально обеднен, безучастен к окружающему. Начато лечение карипразином в дозе 1,5 мг с дальнейшим повышением до 3 мг в сутки, постепенно психическое состояние значительно улучшилось: стал активнее, охотно вступал в беседу, улучшилось настроение, стал следить за своим внешним видом, тяготился пребыванием в наблюдательной

палате. Переведен на режим Б1. В общей палате удержался, общался с другими пациентами, читал книги, смотрел телевизор. Сам пациент отметил значительное улучшение своего самочувствия, был доволен назначенным лечением. Сон, аппетит достаточные. Внешне опрятен, за собой следил без напоминания. Высказал желание посещать группу у психолога, на которой принимал активное участие в работе. Навещался сестрой, которая так же отметила положительные изменения в состоянии пациента. За время лечения препарат переносился хорошо, развития нежелательных эффектов не отмечалось, показатели инструментальных и лабораторных исследований в пределах нормы.

Для дальнейшего лечения выписан в дневной стационар с рекомендацией приема карипразина 3 мг в сутки.

На примере данного клинического случая можно сделать вывод, что карипразин хорошо показал себя в лечении пациента, длительно страдающего шизофренией с преобладанием негативной симптоматики. На фоне терапии отмечается регресс личностных нарушений, повышение активности пациента, отсутствие активизации психопродуктивной симптоматики, хорошая переносимость препарата, в связи с чем у пациента возник хороший комплаенс и устойчивый настрой на продолжение приема данного лекарства в амбулаторных условиях.

Клиническая психология

УДК 159.99

ОСОБЕННОСТИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ И САМООТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ НАЛИЧИИ ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА ИЛИ ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО ВАКУУМА

Е.А. Братухина, А.Г. Братухин

ФГУ ВПО «Омский государственный медицинский университет»

psycholog1981@yandex.ru

Аннотация. Внутриличностный конфликт является предпосылкой личностного развития, но также может приводить к формированию невротических форм поведения. Цель исследования - выявление различий в особенностях самоотношения и толерантности к неопределенности лиц с наличием внутриличностного вакуума или внутриличностного конфликта. В исследовании применялись методика С. Баднера в адаптации Т. В. Корниловой, М. А. Чумаковой, методика Е. Б. Фанталовой «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах», методика «Личностный дифференциал». Для сравнения выборок применялся непараметрический метод Манна-Уитни. В результате проведенного исследования выявлены значимые различия в компонентах самоотношения и уровне толерантности к неопределенности лиц, переживающих внутриличностный конфликт и испытывающих внутриличностный вакуум в структуре смысловой регуляции.

Ключевые слова. толерантность к неопределенности, интолерантность к неопределенности, самоотношение, внутриличностный конфликт, внутриличностный вакуум.

FEATURES OF TOLERANCE TO UNCERTAINTY AND SELF-ATTITUDE OF THE INDIVIDUAL IN THE PRESENCE OF INTRAPERSONAL CONFLICT OR INTRAPERSONAL VACUUM

E.A. Bratuhina, A.G. Bratuhin

Resume. Intrapersonal conflict is a prerequisite for personal development, but it can also lead to the formation of neurotic behaviors. The purpose of the study is to identify differences in the features of self-attitude and tolerance to uncertainty of persons with an intrapersonal vacuum or intrapersonal conflict. The following methods were used in the study: S. Badner's methodology in the adaptation of T. V. Kornilova, M. A. Chumakova, E. B. Fantalova's methodology "The level of the ratio of "value" and "accessibility" in various spheres of life", the methodology "Personal differential". The nonparametric Mann-Whitney method was used to compare the samples. As a result of the conducted research, significant differences were revealed in the components of self-attitude and the level of tolerance to uncertainty of persons experiencing intrapersonal conflict and experiencing an intrapersonal vacuum in the structure of semantic regulation.

Keywords. tolerance to uncertainty, tolerance to uncertainty, self-attitude, intrapersonal.

Актуальность, значимость и сущность проблемы

Развитие человека невозможно без существования внутренней противоречивости, внутриличностных конфликтов, которые являются предпосылкой личностного изменения. Краткосрочный внутриличностный конфликт возникает как ответная реакция при осознании и оценке человеком своих возможностей при достижении цели и позволяет личности при благополучном его разрешении самоактуализироваться и совершенствоваться.

В свою очередь, затяжной внутриличностный конфликт, отражающий низкую самооценку, недовольство собой, чрезмерное критическое отношение к собственной личности, может быть предпосылкой неврозов, личностных расстройств, способствовать возникновению постоянной тревожности. Именно поэтому очень актуально изучение

личностных ресурсов, позволяющих конструктивно разрешить внутриличностный конфликт.

Изучение внутриличностных конфликтов в рамках психологических исследований получило начало в теории З. Фрейда, основателя психоанализа, который утверждал, что в человеке существует конфликтность, обусловленная борьбой противоположных инстинктов. Внутриличностный конфликт проявляется в противоречивости человеческих эмоций и чувств, в защитных механизмах, которые личность использует в трудных ситуациях жизнедеятельности. Острый или затяжной внутриличностный конфликт может также проявляться в невротичном поведении личности [4, 5].

В теории К. Г. Юнга проблема внутриличностного конфликта анализируется в контексте личностных установок личности, экстраверсии или интроверсии [7]. К. Хорни рассматривает внутриличностный конфликт как столкновение

потребностей в безопасности и потребностей, связанных с осуществлением желаний, как результат удовлетворения невротических потребностей при фрустрации любых других [6].

В теории А. Адлера существенной предпосылкой возникновения внутриличностных конфликтов может выступать комплекс неполноценности, понимание ущербности собственной личности, осознания недостаточности ресурсов для удовлетворения потребностей [9].

Внутриличностный конфликт может затрагивать все стороны жизнедеятельности человека и возникать при неспособности личности разрешать проблемную значимую жизненную ситуацию, при осознании невозможности достичь цели при уровне имеющихся ресурсов [2].

Несмотря на многообразие подходов к определению внутриличностных конфликтов, существует ряд характеристик, которые их объединяют. Во-первых, внутриличностный конфликт возникает в результате взаимодействия внутренних элементов структуры личности. Во-вторых, субъектами внутриличностных конфликтов могут быть разнонаправленные, противоречивые желания, интересы, цели, намерения. Также внутриличностный конфликт возникает в значимых ситуациях жизнедеятельности и часто сопровождается негативными эмоциями [1].

Особенно остро внутриличностный конфликт может проявляться в неопределенных жизненных ситуациях, при условии принятия решений о возможных действиях в таких ситуациях. Проблемные неоднозначные ситуации, ситуации личностного выбора включают множество элементов неопределенности, касающиеся возможных исходов разрешения. У личности в подобных ситуациях могут отсутствовать готовые варианты действий по преобразованию этой ситуации в сторону определенности, однозначности [8, 10].

В современных условиях увеличение интенсивности потока информации и объективное сокращение сроков, которые отводятся на разрешение неопределенных проблемных зна-

чимых ситуаций, определяют необходимость определения ресурсов, способствующих конструктивному разрешению таких ситуаций [3].

Цель, задачи, материалы и методы

Таким образом, цель нашего исследования: выявить различия в особенностях самоотношения и толерантности к неопределенности лиц с наличием внутриличностного вакуума или внутриличностного конфликта.

Цель конкретизирована в следующих задачах:

1. Определить группы испытуемых с наличием внутриличностного конфликта или внутриличностного вакуума.
2. Определить различия в особенностях самоотношения лиц, имеющих внутриличностный конфликт или внутриличностный вакуум в структуре смысловой регуляции.
3. Выявить различия в уровне толерантности к неопределенности испытуемых, имеющих внутриличностный конфликт или внутриличностный вакуум в структуре смысловой регуляции.

В исследовании приняли участие 39 испытуемых, возраст респондентов от 18 до 30 лет.

Для получения диагностических данных применялись методики: методика Е. Б. Фанталовой «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах», методика «Личностный дифференциал», методика для определения толерантности и интолерантности к неопределенности С. Баднера в адаптации Т. В. Корниловой, М. А. Чумаковой.

Для уточнения различий и попарного сравнения независимых выборок применялся непараметрический метод Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования на основании результатов методики Е. Б. Фанталовой выделено две группы испытуемых: переживающих внутриличностный конфликт и испытывающих внутриличностный вакуум (табл. 1).

Таблица 1

Диагностические показатели по методике Е. Б. Фанталовой

Группа	Показатели ($\bar{x} \pm \sigma$)	
	внутриличностный конфликт	внутриличностный вакуум
Группа 1, (n=23)	46,8±9,7	18,9±10,1
Группа 2, (n=16)	16,7±9,8	47,03±4,4

Первую группу испытуемых составили 23 человека, у которых выявлено преобладание внутриличностного конфликта ($\bar{x}=46,8$), что может выражаться в переживаниях испытуемых, отражающих невозможность достичь ка-

ких-либо целей, предпринять действия для их осуществления. Оценивая свои возможности, они могут ощущать их недостаточность для реализации задач, представляющих для них ценность.

Вторую группу испытуемых составили 16 человек, у которых определено преобладание внутриличностного вакуума ($\chi^2=47,03$). Они могут достаточно высоко оценивать свои ресурсы, но не ощущают потребности в достижении целей, которые могли бы достигнуть.

На втором этапе исследования мы определяли, существуют ли различия в особенностях самоотношения испытуемых, которые переживают внутриличностный конфликт или испытывают внутриличностный вакуум (табл. 2).

Таблица 2
Значимые различия в показателях самоотношения лиц с преобладанием внутриличностного конфликта или внутриличностного вакуума

Показатели самоотношения	Сравниваемые показатели ($\bar{x} \pm \sigma$)		Попарные сравнения групп U – Манна-Уитни
	ВК (n=23)	ВВ (n=16)	
Оценка	7,6±6,04	11,6±5,8	145,5*
Сила	4,8±4,6	8,6±5	141,5*
Активность	5,5±6,1	4,8±8,09	317

Обозначения: ВК — внутриличностный конфликт; ВВ — внутриличностный вакуум; * — значимость различий при $p \leq 0,05$; ** — значимость различий при $p \leq 0,01$

При сравнении групп испытуемых, переживающих внутриличностный конфликт или внутриличностный вакуум, выявлены различия по показателям самоотношения «оценка» ($\chi^2_{ВК}=7,6$; $\chi^2_{ВВ}=11,6$, $U=145,5$ при $p \leq 0,05$) и «сила» ($\chi^2_{ВК}=4,8$; $\chi^2_{ВВ}=8,6$, $U=141,5$ при $p \leq 0,05$).

У испытуемых, переживающих внутриличностный конфликт, выявлен более низкий уровень самоуважения, они могут проявлять критичность по отношению к своим способностям, к личностным качествам, к уровню достижений. У них отмечается недостаточно положительный образ самих себя, что может выражаться в малой ценности собственной личности и приводить к невротическим формам поведения.

Лица с внутриличностным вакуумом более уверены в себе, склонны положительно оценивать результаты собственной деятельности, и удовлетворены собой. Испытуемые прогнозируют достижение успехов, поскольку положи-

тельно оценивают собственные личностные ресурсы.

По компоненту «сила» выявленные результаты свидетельствуют о том, что испытуемые, переживающие внутриличностный конфликт, сильно зависят от внешних обстоятельств и оценок, не готовы придерживаться принятой линии поведения и не склонны к самоконтролю. Данные результаты могут указывать на астенизацию и тревожность, на ощущение личностной беспомощности. Лица с внутриличностным вакуумом более уверены в себе, независимы, склонны рассчитывать на собственные силы в неопределенных ситуациях.

На следующем этапе исследования мы оценивали различия в показателях толерантности к неопределенности испытуемых с преобладанием внутриличностного конфликта или внутриличностного вакуума в структуре смысловой сферы личности (табл. 3).

Таблица 3
Значимые различия в показателях толерантности к неопределенности лиц с преобладанием внутриличностного конфликта или внутриличностного вакуума

Показатели толерантности к неопределенности	Сравниваемые показатели ($\bar{x} \pm \sigma$)		Попарные сравнения групп U – Манна-Уитни
	ВК (n=23)	ВВ (n=16)	
Толерантность к неопределенности	56,3±13,8	40,06±12,02	143*
Интолерантность к неопределенности	61,9±11,7	62,4±12,4	196

Обозначения: ВК — внутриличностный конфликт; ВВ — внутриличностный вакуум; * — значимость различий при $p \leq 0,05$; ** — значимость различий при $p \leq 0,01$

Статистический анализ показывает, что выявлены значимые различия по показателю «толерантность к неопределенности» у лиц с внутриличностным конфликтом и переживающих внутриличностный вакуум ($\chi^2_{BK}=56,3$; $\chi^2_{BB}=11,6$, $U=145,5$ при $p \leq 0,05$).

Результаты свидетельствуют о том, что у испытуемых, переживающих внутриличностный конфликт, выявлены более высокие показатели толерантности к неопределенности. Они более позитивно воспринимают неопределенные ситуации, склонны к деятельности в таких ситуациях, у них проявляется устойчивость когнитивных функций и стремление к изменениям, новизне и оригинальности. Тогда как испытуемые с внутриличностным вакуумом в состоянии неопределенности могут испытывать значительные затруднения при осуществлении деятельности, проявлять пассивность, также могут затормаживаться их когнитивные функции. Возможно, это связано с низкой значимостью неопределенных ситуаций, что обуславливает бессмысленность постановки целей и осуществления каких-либо действий.

Полученные результаты имеют высокую **практическую значимость**, поскольку люди, переживающие внутриличностный конфликт, имеют более низкую самооценку, недостаточно адекватно оценивают собственный потенциал. В связи с этим психологические и психотерапевтические усилия должны быть направлены на формирование у таких лиц положительного образа «Я», снижение критичности по отношению к собственным действиям. Психологическая работа с испытуемыми, которые переживают внутриличностный вакуум, и проявляют низкую толерантность к неопределенным ситуациям, должна быть направлена на определение условий, которые находятся в зоне их контроля.

Приобретение смысла и ценности действий в таких ситуациях может способствовать преодолению внутриличностного вакуума.

Выводы:

1. В результате проведенного исследования выявлено две группы испытуемых: лица, испытывающие внутриличностный конфликт, и лица, переживающие внутриличностный вакуум.

2. Выявлены значимые различия в компонентах самоотношения лиц, переживающих внутриличностный конфликт и испытывающих внутриличностный вакуум в структуре смысловой регуляции.

3. Выявлены значимые различия в уровне толерантности к неопределенности лиц, переживающих внутриличностный конфликт или внутриличностный вакуум в структуре смысловой регуляции.

4. Испытуемые, переживающие внутриличностный конфликт, проявляют неуверенность в себе, критичны по отношению к собственным личностным ресурсам, зависимы от внешних обстоятельств и оценок, не склонны к самоконтролю.

5. Лица, переживающие внутриличностный вакуум, более уверены в себе, в своем потенциале и личностных ресурсах, независимы и склонны рассчитывать на собственные силы при разрешении ситуаций.

6. Лица с внутриличностным конфликтом более устойчивы по отношению к неопределенным ситуациям, могут проявлять стремление к изменениям и новизне.

7. Испытуемые, переживающие внутриличностный вакуум, стремятся к ясности, упорядоченности, однозначности, привычности и не проявляют готовность к действиям в неопределенных ситуациях.

Литература

1. Агапова Т. А. Сущность внутриличностных конфликтов // Научно-практический электронный журнал Аллея науки. 2018. № 2. <https://alley-science.ru/>. Дата доступа 20.04.202.
2. Баранов Е. Г., Баранова О. В. Динамика внутриличностного конфликта // Мир образования – Образование в мире. 2017. № 3 (67). С. 97 – 105.
3. Магазева Е. А. Стратегии и детерминанты личностного выбора (на примере выбора профессии): дис. ...канд. психол. наук, Омск. 2010. 198 с.
4. Фрейд, А. Психология Я и защитные механизмы. Детский психоанализ. СПб.: Питер, 2018. 160 с.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ. М.: АСТ, 2018. 720 с.
6. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Новые пути в психоанализе. СПб.: Питер, 2013. 304 с.
7. Юнг К. Г. Сочинения. Том 8. Структура и динамика психического. М.: Когито-Центр, 2016. 480 с.
8. Юртаева М. Н., Глуханюк Н. С. Психологические характеристики толерантно-сти человека к неопределенности // Психологический журнал. 2012. Т. 33, № 6. С. 50 – 59.
9. Frager R., Fadiman J. *Personality & Personal Growth*, 5th ed. Prentice Hall, 2002. Pp. 584.
10. Furnham A. A content, correlational and factor-analytic study of four tolerance of ambiguity questionnaires // *Personality and Individual Differences*. 1994. № 16. P. 403–410.

Тезисы конференции: геронтопсихиатрия

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Одарченко С.С. , Черепин А.И.

Проблема организации геронтопсихиатрической помощи становится одной из первоочередных задач современной психиатрии. Старение населения стало существенной проблемой практически во всех странах мира. Соответствующая демографическая обстановка сложилась и в Омской области, где численность всего населения старше трудоспособного (мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше) составила 19,4% от общей численности населения на 2020 год и 19,6% на 2021 год. Распространенность психических заболеваний в старших возрастных группах составляет 281 на 100 тыс. населения. Одним из основных направлений реорганизации геронтопсихиатрической помощи в России является перенос акцент оказания помощи со стационарных во внебольничные условия и разработка и создание комплексной программы медико – социальной помощи пожилым лицам с психическими расстройствами. В Омской психиатрической больнице старт организации специализированной помощи пожилым пациентам был дан в 1972 году, когда было открыто женское геронтопсихиатрическое отделение.

К настоящему моменту организованы следующие профильные подразделения:

- кабинет приема врача – геронтолога на базе психиатрического диспансерного отделения для взрослого населения. Кабинет ориентирован на амбулаторную помощь лицам пожилого и старческого возраста с психическими расстройствами, а также для консультативной помощи их родственникам;

- психиатрическое геронтологическое отделение непсихотических расстройств на 50 коек для лечения пациентов пожилого возраста с пограничными психическими нарушениями;

- два психиатрических соматогериатрические отделения для стационарного лечения психически больных с тяжелой сопутствующей соматической патологией и для пациентов

старческого возраста с психическими расстройствами;

- Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для пожилых. Данное подразделение предназначено для оказания медицинской (диагностической, лечебно-профилактической, психореабилитационной) и психосоциальной помощи во внебольничных условиях пациентам пожилого возраста (женщинам от 55 лет, мужчинам от 60) с психическими расстройствами, не требующим лечения в условиях круглосуточного стационара.

Таким образом, геронтопсихиатрическая помощь оказывается всему контингенту лиц пожилого возраста от пограничной патологии до грубых когнитивных нарушений и деменции. Связующим звеном между геронтопсихиатрическими службами в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» стало отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для лиц пожилого возраста, созданное в марте 2016 года. Основными задачами отделения являются: □ оказание лечебно-диагностической, психопрофилактической и реабилитационной помощи в амбулаторных условиях, решение экспертных вопросов. □ осуществление социально-психологической помощи во внебольничных условиях; □ консультативная помощь в решении вопросов дееспособности пациентов, участие в решении вопросов опеки над лицами, признанными недееспособными и не имеющими опекунов, находящимися в стационаре Учреждения; □ обеспечение преемственности с психиатрическими диспансерными отделениями и другими подразделениями Учреждения, а также другими организациями в оказании медико-социальной помощи пожилым; □ освоение и внедрение в практику новых организационных форм, направленных на развитие внегоспитальной помощи и ресурсосберегающих технологий, современных средств и методов диагностики и лечения психических заболеваний, социально-трудовой реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами,

основанных на достижениях науки, техники и передового опыта учреждений здравоохранения; Помощь в отделении оказывается по методу бригадного ведения пациента на основе принципа партнерства с пациентами и их родственниками. Такой формат имеет ряд преимуществ: помощь оказывается пациенту без отрыва от привычной ему среды. Данная служба выполняет интегрирующие функции в обеспечении не только психиатрической помощи, но и оказывает социальную помощь. Курация пациентов осуществляется полипрофессиональной бригадой в которую входит врач – психиатр, мед.психолог, специалист по социальной работе и медицинская сестра. Подход к каждому пациенту индивидуален, на каждого составляется индивидуальный план лечебно – реабилитационных мероприятий. В зависимости от необходимости более или менее социальной поддержки пациенты делятся на три группы: первая группа – с выраженной социальной дезадаптацией (утрата навыков к независимому проживанию, части социальных и гигиенических навыков (70% больных), вторая группа – умеренная социальная адаптация (частично сохранены социальные и гигиенические навыки, навыки не зависимо проживания, но требующие напоминания и стимулирования активности (20%) и пациенты, адаптированные в социальном плане (обладают всеми необходимыми навыками, но требующие эпизодического контроля с стороны персонала, в частности за соблюдением лекарственного режима (10 % больных). Врач назначает лечение, регулирует расписание посещения пациентом или членами семей отделения определяет необходимость и частоту посещения пациента на дому другими членами бригады. В случае обострения заболевания специалисты предоставляют краткую информацию и оценивают потребность пациента в дальнейших вмешательствах (консультация невролога, терапевта, госпитализация, помещение в дом-интернат), оформляет документы, производит необходимые консультации и дают соответствующие рекомендации. При выезде на дом медицинский персонал производит

идентификацию симптоматики и, проводит динамическую оценку состояния и дает рекомендации, осуществляет помощь пациенту и семье в определении негативно влияющих на заболевания условий или образа жизни, производит идентификацию иных медицинских, социальных или психологических проблем, устанавливает медицинское наблюдение, обеспечивает семью информацией о лекарствах и лечении, производит оценку комплаентности больного, а также оценка безопасности функционирования больного, направление к специалистам, производит забор анализов (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови). Медицинская сестра и социальный работник проводит психообразовательные беседы с родственниками по уходу за пациентами. Бригадная форма работы создает условия для обмена знаниями и навыками между различными специалистами; демонстрирует модель разнообразных и открытых отношений как пациенту, так и членам бригады; вносит вклад не только в улучшение оказания психиатрической помощи, но и способствует личностному росту занятых там работников. Оказание полипрофессиональной помощи пациентам пожилого и старческого возраста является одной из приоритетных задач современной медицины. Введение бригадного метода обслуживания пациентов представляется чрезвычайно важным, и его развитие становится одной из первоочередных задач совершенствования психиатрической помощи. Взаимодействие специалистов разных профилей, в том числе усиление социальной работы в области психиатрии признано одним из неотъемлемых компонентов стандартов качества психиатрической помощи. Биопсихосоциальная модель помощи психически больным в полной мере отвечает современным требованиям к результатам терапевтического и реабилитационного процесса: показателем эффективности помощи служит не только клиническое улучшение, но и повышение социальной независимости, компетентности и качества жизни пациентов, наиболее полная интеграция их в семью и общество.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ В ОИОПП ДЛЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

М.В. Альшанская, И.М. Антропова

Начальный период пандемии сопровождался чрезмерно оптимистичными надеждами, что постковидные расстройства постепенно

пройдут вместе с клиникой COVID-19, как обычно и бывает при других инфекциях. Но за время пандемии сформировалось понимание

долговременности последствий данной инфекции. Выяснилось, что данный вирус поражает не только дыхательные пути, но и ЦНС. Работ по изучению проявлений постковидных психических расстройств сейчас выполнено предостаточно. Но не так много накоплено информации, касающейся пожилых людей.

Наблюдение за пациентами, поступившими в Отделение Интенсивного Оказания Психиатрической Помощи для лиц пожилого возраста в постковидном периоде выявило основные клинические формы психических расстройств. Они касаются когнитивной и аффективной сферы. Первые проявлялись быстрой истощаемостью при умственном усилии, трудностью в обработке информации, ухудшением памяти, нарушением концентрации внимания, снижением воли. При аффективных расстройствах выявлялись снижение настроения, эмоциональная лабильность, ранимость, плаксивость, склонность к ипохондрии, тревожность и панические атаки. Часто данные расстройства сопровождались нарушением сна и астенией.

Из всех наблюдаемых в отделении пациентов нарушения психических функций в постковидном периоде выявлены у 30%, из них 19% относилось к нарушениям когнитивной сферы и 11% к аффективной.

При уточнении анамнеза выявлялись следующие предикторы расстройств: наследственная отягощенность деменцией, когнитивные нарушения в преморбиде, упорная бессонница, личностные особенности, энцефалопатии различного генеза.

Также при наблюдении за пациентами данной группы было обращено внимание, что covid-инфекция влияет не только на самого больного, но и на членов семей – там в половине случаев наблюдались симптомы аффективных нарушений.

В ходе наблюдений и психологического обследования с использованием стандартных диагностических методик данные расстройства у наблюдаемых пациентов подтвердились и требовали медикаментозной и психологической коррекции.

Психотерапия проводилась с учетом анамнеза, статуса пациента, тяжести пере-

несенной инфекции и выявленных клинических симптомов. Было обосновано применение антиоксидантов, как препаратов активизирующих пластические процессы нервной системы, улучшающих энергетический статус мозга. Для коррекции когнитивных и астенических расстройств сделан акцент на ноотропных препаратах. В фармакологической коррекции аффективных расстройств (депрессия, тревога, панические состояния) широко использовались антидепрессанты различных групп, и во всех клинических случаях достигалась их редукция. Купирование инсомнических расстройств обеспечивалось использованием мелатонинсодержащих препаратов, которые не только положительно влияли на сон, но и являлись одним из собственных внутренних антиоксидантов в организме. В случаях стойких нарушений в терапии применялись малые дозы нейролептиков с преимущественно гипнотическим действием. В лечении постковидной астении у пациентов эффективно зарекомендовали себя препараты метаболического ряда.

Наряду с психофармакотерапией в лечении использовалась психологическая поддержка с использованием когнитивно-поведенческой коррекции: развитие психосоциальных навыков для оптимизации эмоциональной и поведенческой адаптации постковидного состояния, различные техники релаксации, индивидуальные сессии эмоциональной поддержки, составление списков приятных занятий, обязательное ведение дневника занятий, индивидуальный когнитивный тренинг (с использованием сборника упражнений для тренировки памяти). Родственникам этих пациентов оказывалась профилактическая реабилитационная помощь, направленная на формирование критичного отношения к изменению семейных отношений, разъяснялись причины и возможные способы коррекции взаимоотношений. Следует признать, что изучение влияния пандемии на пожилых людей с психическими расстройствами находится в активной фазе и требует дальнейшего наблюдения, оценки и коррекции со стороны всех специалистов.

ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Одарченко С.С., Альшианская М.В., Шестак Т.В.

Население мира быстро стареет. Пожилые люди сталкиваются с особыми проблемами в

плане физиологического и психического здоровья, которые необходимо признать. По дан-

ным ВОЗ, порядка 15% взрослых в возрасте 60 лет и старше страдают психическими нарушениями. Внимание к проблемам психического здоровья в период старения становится естественным как для отдельного человека, так и для общества в целом. Информированность населения в области психического здоровья недостаточна, а в отношении пожилых и стариков, просто минимальна. В современном мире все больше обязанностей по отношению к пожилым людям возлагается на общество, с целью сохранить их социальную значимость. Это достигается путем организации медико-социальных мер в отношении старших групп населения. Помощь оказывается врачом-геронтологом, гериатром в поликлинике, в отделениях социальной помощи, геронтологических отделениях при психиатрических больницах, психоневрологических интернатах.

В 2016 году в Омской области создана инновационная форма оказания геронтологической помощи — Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для лиц пожилого возраста. Это структурное подразделение, предназначенное для оказания медицинской (диагностической, лечебно-профилактической, психореабилитационной) и психосоциальной помощи во внебольничных амбулаторных условиях пациентам пожилого возраста с психическими расстройствами, не требующим психиатрического наблюдения в условиях круглосуточного стационара. Первоначально, отделение было рассчитано на 60 койко-мест, а в 2019 расширено до 90, в связи с повышенным спросом на данный вид помощи. За 3 года работы стало понятно, что востребованность в получении психиатрической помощи пожилым людям очень высока, при этом данный вид помощи оказался актуален как для самих пациентов, так и для их родственников в рамках психообразования и просвещения.

Сроки лечения больных устанавливаются в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и составляют 60 дней. В отделении предоставляются различные виды помощи: консультативно — диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, психосоциальная помощь во внебольничных условиях, экспертиза временной нетрудоспособности и направление на медико-социальную экспертизу, помощь в бытовых вопросах. Работает отделение ежедневно и обслуживает все районы города. Пациенты находятся под наблюдением медицинского персонала в привычной микро-социальной среде, т.е. дома. Помощь в отделении оказывается по методу бригадного

ведения пациента на основе принципа партнерства с пациентами в наименее стигматизирующих условиях. Оказание помощи возможно как при посещении непосредственно пациентом врача психиатра в отделении, так и при выезде врача психиатра на дом к пациенту из маломобильной группы населения. В отделение принимаются пациенты пожилого возраста, имеющие психические расстройства: - психотического и непсихотического характера преимущественно органического генеза; - с пограничными состояниями (невротические; реактивные состояния, аффективные, соматоформные расстройства) - с психическими расстройствами характерными для позднего возраста - с эндогенными заболеваниями в стадии становления ремиссии и в ремиссии.

Противопоказания для направления в отделение: - тяжелые соматические и инфекционные заболевания, декомпенсация хронической соматической патологии; - стойкие суицидальные тенденции; - бродяжничество, асоциальный образ жизни; - алкоголизм, наркомания и токсикомания; В случае ухудшения соматического состояния, обострения сопутствующих хронических заболеваний пациент передается на курацию терапевту по месту жительства. При ухудшении психического состояния пациента, возникновении у него угрожающих жизни состояний или необходимости круглосуточного психиатрического наблюдения, пациент переводится в круглосуточный стационар ОКПБ. Интенсивная работа с пациентами на базе данного отделения показала его эффективность. План работы отделения выполняется на протяжении всех трех лет. Основные показатели оценки работы отделения соответствуют нормативу. Длительность пребывания выписанного больного удерживается в пределах нормативных показателей, так в 2016г. он был- 62,9, в 2017г 62,5, в 2018г- 59,9, и как показывает опыт, данная длительность пребывания оправдана, т.к именно к этому времени удается подобрать лекарственную терапию, достичь состояния стойкой ремиссии. Для прохождения лечения в отделение пациенты направляются преимущественно амбулаторным звеном: диспансерным отделением для взрослых- 95%, из них 25 % были направлены на долечивание из круглосуточного стационара, АПТО — 3 % , другими - 2 %. Из круглосуточного стационара больницы пациенты направляются преимущественно для дальнейшей курации и психосоциальной реабилитации первичных пациентов, продолжения лечения с целью закрепления полученной ремиссии, либо в тех случаях когда у пациента

не высокий комплаенс к лечению, для контроля лекарственной терапии и закрепления комплаенса. За 2018 год в связи с ухудшением психического состояния было рекомендовано продолжение лечения в круглосуточном стационаре 14 пациентам, из них 4 госпитализировано СП ОПБ, 10 человек направлены на лечение в круглосуточный стационар врачами отделения. В большей части случаев, ухудшение психического состояния наступило вследствие несоблюдения режима приема назначенных лекарств, отсутствием контроля за этим со стороны родных, либо в связи с побочными реакциями (чаще в виде аллергических дерматитов, либо нежелательных побочных действий препарата) на проводимую терапию, для подбора новой лекарственной терапии, либо на в геронтологические отделения для решения социальных вопросов (оформление в дом интернат). Есть когорта пациентов не завершивших лечение в отделении ввиду поступления по неотложной помощи в соматический стационар, это около 7-10% от числа выписанных. Таким образом, в 2018 году полностью завершили лечение с улучшением состояния 88 % выписанных пациентов. Среди нозологических форм в 2018г доминировали пациенты с психотическими психическими расстройствами – 58%, среди которых доминируют органические психозы и слабоумие. Группа непсихотических расстройств меньше и составляют 42%. В отделении постоянно проводится работа по психосоциальной реабилитации пациентов. Психообразование проводится с пациентами, их близкими и родными, с сиделками, обслуживающими курируемых пациентов, как при обращении в отделение, так и на выезде в домашних условиях.

Помощь пациентам в самообслуживании и бытовых вопросах оказывается специалистами по социальной работе и медицинскими сестрами при посещении на дому: осуществляется контроль и обучение правильности приема лекарственных средств, организации режима дня, самообслуживания и ухода за пациентами, независимого проживания. При необходи-

мости проводится оценка социально-бытовых условий, индивидуальное социальное обследование, консультирование пациентов по социальным вопросам, инструментальной поддержке. В отделении работает психолог, который проводит экспериментальное психологическое обследование, консультации пациентов и их родных. С 2019г в отделении оказывает консультативную помощь пациентам и родственникам врач психотерапевт. Таким образом, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для лиц пожилого возраста, предназначенное для оказания помощи психически больным, состояние которых требует интенсивного проведения терапии, а так же психосоциальной реабилитации при отсутствии показаний к обязательной госпитализации может представлять альтернативу стационарной психиатрической помощи.

Эффективность функционирования такой службы обеспечивается следующими условиями: 1) она является комплексной, т.е. сочетается с другими видами медицинской помощи; 2) служба максимально приближена к населению, учитывая ограниченную подвижность пожилых людей, медицинская бригада выезжает на дом для оказания всех перечисленных видов помощи; 3) лечение происходит без отрыва от привычных жизненных условий пожилого пациента, с сохранением социального статуса больного, предупреждением психосоциальной дезадаптации и явлений госпитализма; 4) выполняет интегрирующие функции в обеспечении пожилых больных не только собственно психиатрической, но и социальной помощью; 5) отделение является экономически рентабельным. Так же внедрение такой организационной формы психиатрической помощи определяет положительные тенденции в отношении частоты и длительности госпитализаций больных, уменьшения развития госпитализма, улучшения ряда социальных показателей (бытовое, семейное функционирование, навыки социального взаимодействия) и является бесспорно актуально и перспективно.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ НА ПРИМЕРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СОМАТОГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Петрова Т.В., Ханяфеева Э.Р., Новицкая Л.С.

Начало 21 века ознаменовано тем, что на первый план среди демографических проблем человечества уверенно и значимо по своему масштабу вышла проблема старения населе-

ния. Резко возросло абсолютное число пожилых людей и увеличилась их доля в общем количестве жителей планеты. Данная ситуация названа феноменом «седого населения». Со-

временная Россия, как и другие экономически развитые страны, продолжает стареть. За последние 10 лет численность населения старше трудоспособного возраста выросло на 3 млн. человек и составило 62% от общей численности России.

В настоящее время приоритетным направлением в работе БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодников» является геронтологическая помощь. Началом развития данного вида деятельности является создание во второй половине прошлого века специализированного отделения. Так в 1972 году на базе Областной психиатрической больницы было организовано соматическое отделение. Первой заведующей отделением была Л. С. Сулягина, затем с 1979 года Н. М. Ларькова, с 1987 года Г. Т. Васильева, а с 2003 года по настоящее время Т. В. Петрова. В 1993 году в составе отделения были выделены 25 гериатрических коек, т. к. люди пожилого и старческого возраста чаще всего имеют выраженную соматическую патологию. С этого времени отделение называется соматогериатрическим.

Отделение рассчитано на 55 коек, принимают пациенты обоих полов, как планово, так и по неотложной помощи. Госпитализация осуществляется по направлению врача-психиатра, часть больных переводится из психиатрических отделений ОКПБ, других лечебных учреждений города. В отделении осуществляется диагностика и лечение соматической и психической патологии; уход и наблюдение за пациентами; решение социальных вопросов: оформление и перевод пациентов в дома интернаты, восстановление утраченных документов; решение вопросов дееспособности; проводится экспертиза нетрудоспособности.

Основной контингент пациентов – это лица пожилого и старческого возраста, страдающие психическими заболеваниями в сочетании с хроническими соматоневрологическими заболеваниями, имеющие когнитивные расстройства различной степени выраженности, а также пациенты с непсихотическими аффективными расстройствами, нарушениями поведения, требующими медикаментозной коррекции. В отделении получают специализированную помощь пациенты, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания, которая не может быть осуществлена в условиях общепсихиатрических отделений. Первое место в структуре заболеваний составляют пациенты с острыми сосудистыми психозами, сопровождающиеся эпизодами помрачения сознания,

дезориентировкой, галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, психомоторным возбуждением, снижением когнитивных функций различной степени выраженности. Вторую большую группу составляют различного рода деменции: сосудистые (хроническая ишемия головного мозга на фоне церебрального атеросклероза, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.); дегенеративные (атрофические) деменции (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, деменция с тельцами Леви и т. д.), смешанные деменции. Большую группу заболеваний составляют аффективные расстройства (тревожно-депрессивные), а также хронические бредовые расстройства на фоне органического поражения головного мозга. Причинами перевода больных из других отделений чаще всего являются сердечно-сосудистые заболевания, патология дыхательной, эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта системы, тяжелые энцефалопатии в стадии декомпенсации.

В организации лечебно-диагностической помощи пациентам применяется мультидисциплинарный подход. Помимо врачей психиатров в отделении постоянно работает врач терапевт, невролог. Кроме этого по показаниям пациенты получают консультации врачей других специальностей: хирурга, реаниматолога, окулиста, оториноларинголога, гинеколога, физиотерапевта и т. д. При назначении психофармакотерапии обязательна оценка сердечно-сосудистой системы, неврологического статуса и психического состояния больного. Проводятся лабораторные и инструментальные, экспериментально-психологические методы обследования. В комплекс лечебных мероприятий входит коррекция гемодинамических, сердечно-сосудистых нарушений, нейропротекторная и антиоксидантная терапия, воздействие на глутаматэргическую, холинэргическую системы, коррекция психических и поведенческих расстройств. В отделении используются атипичные нейрорептики в малых дозах, а также современные антидепрессанты из группы СИОЗС. Широко внедряются новые психофармакологические препараты. В состав полипрофессиональной бригады входит врач психотерапевт, психолог, для решения социальных вопросов привлекается специалист по социальной работе. В случае необходимости в отделении проводятся консилиумы с привлечением сотрудников кафедры психиатрии ОмГМУ, заместителя главного врача, специалистов различного профиля из других лечебных учреждений. В отделении активно проводится

психосоциальная реабилитация. Учитывая особенности пациентов соматогериатрического отделения, а именно значительное снижение когнитивных функций, данное направление включает в себя занятия по упрощенной программе. Проводятся тренинги, с помощью которых пациент адаптируется к окружающей обстановке, сохраняются элементарные навыки ухода за собой, формируется положительный настрой на прием лекарственных препаратов. С пациентами проводятся досуговые мероприятия, в праздничные дни концертные программы. В теплое время года организованы прогулки. Лечение пациентов в отделении осуществляется согласно стандартов оказания психиатрической помощи.

Неотъемлемой частью деятельности отделения является работа с родственниками пациентов. Как правило причинами госпитализации является нарушение поведения больных на фоне когнитивных нарушений. И первое время лечение и уход ложится на плечи близких членов семьи. Но часто, несмотря на проводимую в амбулаторных условиях терапию, родные самостоятельно справиться не могут и прибегают к стационарной помощи. В ряде случаев когда нет полного понимания состояния больного, позиция родственников может быть враждебной, нередко ведет к развитию напряженности и конфликтным ситуациям. В таких случаях работа направлена на формиро-

вание адекватного отношения к болезни близкого человека. Получение знаний родственниками о причинах заболевания, течении, проявлении болезни, а также прогнозе в большинстве случаев меняет отношение к болезни. Ежедневно в определенный день проводятся беседы врачей с родственниками пациентов, где они имеют возможность получить ответы на все свои вопросы.

В лечении пациентов пожилого и старческого возраста большое значение приобретают вопросы ухода за больными. Пациенты имеющие выраженное интеллектуально-мнестическое снижение достигающее степени деменции и физически ослабленные не в состоянии без посторонней помощи осуществить свои основные потребности. В этом случае делается акцент на организации лечебно-охранительного режима и оказании дополнительных немедицинских услуг бытового характера.

Таким образом, за время существования соматогериатрического отделения № 5 такая форма оказания психиатрической помощи полностью оправдала себя. Вышеизложенные подходы к лечению и реабилитации позволили добиться хороших результатов в терапии психопатологии позднего возраста и поднять качество геронтологической помощи населению на более высокий уровень.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА СОМАТО-ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Майорова Ю.Г., Маклецова М.В.,

В БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой» на базе действующего геронтопсихиатрического комплекса, функционируют два психиатрических соматогериатрических отделения с оказанием круглосуточной стационарной помощи пожилым пациентам, страдающим психическими расстройствами в сочетании с тяжелой сопутствующей соматической патологией. Среди больных преобладают пациенты с старческими деменциями дегенеративно-атрофического характера и сосудистого происхождения, которые постепенно приводят к «старческой жизненной несостоятельности».

На сегодняшний день большинство таких пациентов соответствует возрастной категории 70-80 лет и старше. Объем, направленность, длительность уходовых, реабилитационных и других мероприятий различна и зависит от

выраженности тех или иных симптомов и стадии болезни, при этом особое внимание отводится профилактике травматизма.

Согласно общей статистике среди пациентов старше 65 лет смертность в результате внутрибольничных падений достигает 33,2%, в первую очередь за счет переломов шейки бедра и черепно-мозговых травм. Падения зачастую обусловлены динамическим взаимодействием различных факторов риска: внутренних, таких как случаи падения в анамнезе; возраст, пол; прием лекарственных препаратов; хронические заболевания, остеопороз. Все сенильные переломы происходят на фоне остеопороза. Нарушения двигательных функций, походки, зрения; низкий индекс массы тела, недостаточность витамина D, кальция, фосфора; психологическое состояние – тревога и боязнь упасть; депрессия; снижение когни-

тивных функций, лица с деменцией падают в два раза чаще по сравнению теми, у кого её нет.

К внешним факторам риска падений относят дефекты окружающей среды (плохое освещение, скользкие и неровные полы, наличие порогов, отсутствие поручней и т. п.); характер обуви и одежды; неподходящие вспомогательные средства и приспособления для ходьбы.

С целью изучения проблемы травматизма пациентов старшего возраста в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» было исследовано 75 пациентов из девятнадцати стационарных подразделений с различными переломами за три года. При анализе учитывались пол, возраст пациентов (возраст мужчин – 65 лет и старше, женщин – 55 лет и старше), характер травмы, причина и механизм получения травмы, исход травмы для пациента, профиль структурного подразделения.

Результаты анализа: пациенты старшей возрастной группы составили 49,3% от общего числа исследуемых; количество женщин стабильно преобладает (89%) по трем годам. Большинство переломов зафиксировано у геронтологических пациентов 55-65 лет – 11 случаев, 76-85 лет – 14 случаев; в возрастной категории старше 87 лет присутствуют только женщины, так как мужчины попросту не доживают до преклонного возраста.

В структуре травм геронтологической группы преобладают переломы бедра 51% (из них перелом шейки бедра 32,3%), на втором месте – повреждения костей верхних конечностей 30%; Имеется пожилая женщина, которая в течение года перенесла два перелома. Подобные повторные переломы случаются на фоне выраженного остеопороза.

Среди всех переломов у пожилых 40,5% приходится на психосоматогериатрические отделения и 59,5% на общепсихиатрические. Очевидно, что уровень травматизма в негериатрических отделениях достаточно высокий за счет пребывания в них большого количества пожилых пациентов. Большинство переломов получены пациентами в результате падения.

Что касается исхода травм для пациентов, то ситуация следующая: рековалесценты – 41%, это пациенты с переломом верхних конечностей; пациенты, самостоятельность, которых ограничена, но они могут передвигаться с помощью ходунков – 5%; в пределах кровати – 24%; пациенты, которые после перелома перешли в категорию «лежачих» и в дальнейшем умерли – 30%. Перелом шейки бедра является фактором утяжеления соматического состояния и летальности пожилых пациентов.

Результаты анализа травм у пожилых пациентов показали необходимость разработки и внедрения комплексных эффективных мероприятий по профилактике травматизма с учетом индивидуальности пациента по следующим направлениям:

1. Обеспечение безопасной внутрибольничной среды. Необходимо проведение в общепсихиатрических отделениях наравне с гериатрическими инженерно-технических работ по устранению потенциальных опасностей для пожилых пациентов в стационаре; установка поручней, нескользящего напольного покрытия, отсутствие порогов в отделении, наличие вспомогательных средств передвижения и опоры и т.д.

2. Обучение персонала профилактике падений и оказание помощи при них: проведение персоналом первичной и последующей оценки риска падений и ведение соответствующей документации; создание безопасного окружения для пациентов; обучение персонала правилам реагирования на факт падения; включить в образовательную программу среднего звена тему «Профилактика падений». Обучение пациентов принципам безопасного поведения с учетом их интеллектуально-мнестических функций и психического статуса.

3. Обучение родственников методам профилактики травматизма в домашних условиях, обращая их внимание на диагностику, лечение и профилактику остеопороза.

Внедрение мероприятий по профилактике падений позволит больнице сократить длительность госпитализации пациента и повысить качество медицинской помощи.

Новости психиатрии

УТВЕРЖДЕН НОВЫЙ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ

Утвержден новый порядок оказания медпомощи при психических расстройствах и расстройствах поведения

Новый Порядок вступит в силу 1 июля 2023 г. Он заменит ныне действующие правила (Приказ Минздрава России от 14 октября 2022 г. № 668н, зарег. в Минюсте 14.11.2022).

В новом Порядке уточняется, что оказание медпомощи при психических расстройствах и расстройствах поведения осуществляется медицинскими и иными организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющими соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Скорректирован перечень заболеваний, при которых медпомощь оказывается в соответствии с данным Порядком. Так, предусмотрено, что оказание медпомощи осуществляется при заболеваниях (состояниях), входящих в рубрики МКБ-10 F00-F09, F20-F99, а также с подозрением на психические расстройства.

Таким образом, по сравнению с нынешними правилами в список дополнительно вошли расстройства психологического развития (F80-F89) и психическое расстройство без дополнительных уточнений (F99). В то же время в нем больше не значатся психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употребле-

нием психоактивных веществ (F10-F19). Кроме того, как уже указано выше, медпомощь на основании нового Порядка может оказываться и при подозрении на психические расстройства.

Отметим еще несколько новшеств.

Новым Порядком предусмотрена возможность оказания медпомощи при психических расстройствах и расстройствах поведения вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

К видам оказания медпомощи новым Порядком отнесена в том числе паллиативная медицинская помощь.

Закреплено, что медпомощь в соответствии с новым Порядком оказывается на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

Предусмотрена возможность применения при организации и оказании медпомощи телемедицинских технологий для взаимодействия медработников между собой и медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями.

Установлено, что запись граждан на прием к врачу-психиатру и врачу-психиатру детскому осуществляется в том числе с использованием Единого портала госуслуг.

Источник: Открытые Интернет-ресурсы

СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ИЗ-ЗА ПРИЕМА АНТИДЕПРЕССАНТОВ СИОЗС

<https://psyandneuro.ru/>

Хотя сексуальная дисфункция во время приема СИОЗС далеко не редкость, половина пациентов не обсуждают эти проблемы с врачом, а если обсуждают, то по инициативе врача. При обсуждении этих нежелательных явлений следует сосредоточить внимание на наиболее распространенных типах сексуальных побочных эффектов, рисках, связанных с определенными СИОЗС, и альтернативных решениях, если пациент хочет прекратить прием из-за сексуальной дисфункции.

Все антидепрессанты, влияющие на захват серотонина или норадреналина, могут вызывать сексуальную дисфункцию. Нет доказа-

тельств того, что СИОЗС и СИОЗСиН слабее воздействуют на эту сферу по сравнению с ТЦА [1].

Побочные эффекты в сексуальной сфере появляются у 50-70 % пациентов, принимающих СИОЗС [2].

Нет разницы между классами антидепрессантов СИОЗС и СИОЗСиН в том, что касается побочных эффектов в сексуальной сфере [6].

Антидепрессанты могут влиять на сексуальную функцию во многих аспектах, приводя к снижению либидо, дисфункции возбуждения (нарушение эрекции у мужчин и нарушение выделения вагинальной смазки у женщин) и аноргазмии [2].

У женщин чаще всего возникают проблемы с возбуждением [3]. У мужчин – с либидо и оргазмом [4].

Мужчины, страдающие от преждевременной эякуляции, могут извлечь выгоду от побочных эффектов СИОЗС [5].

Чаще всего сексуальную дисфункцию вызывают циталопрам, флуоксетин, пароксетин, сертралин и венлафаксин [1].

Из числа СИОЗС наименьший риск аноргазмии у флувоксамина (торговое название в России – Рокона) [7].

Автор перевода: Филиппов Д. С.

Источники:

- [1] Wang SM, Han C, Bahk WM, Lee SJ, Patkar AA, Masand PS, Pae CU. Addressing the Side Effects of Contemporary Antidepressant Drugs: A Comprehensive Review. *Chonnam Med J.* 2018 May;54(2):101-112.
- [2] Carvalho AF, Sharma MS, Brunoni AR, Vieta E, Fava GA. The Safety, Tolerability and Risks Associated with the Use of Newer Generation Antidepressant Drugs: A Critical Review of the Literature. *Psychother Psychosom.* 2016;85(5):270-88.
- [3] Lorenz T, Rullo J, Faubion S. Antidepressant-induced female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc* 2016; 91: 1280–1286.
- [4] Clayton AH, El Haddad S, Iluonakhamhe JP, et al. Sexual dysfunction associated with major depressive disorder and antidepressant treatment. *Expert Opin Drug Saf* 2014; 13: 1361–1374.
- [5] Baldwin DS, Manson C, Nowak M. Impact of antidepressant drugs on sexual function and satisfaction. *CNS Drugs* 2015; 29: 905–913.
- [6] Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(4): 357–366.
- [7] Montejo, Angel L., et al. Management strategies for antidepressant-related sexual dysfunction: A clinical approach. *Journal of clinical medicine* 8.10 (2019): 1640.

ИЗМЕНЕНИЕ ВЕСА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЛИТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

<https://psyandneuro.ru/>

Препараты лития – золотой стандарт терапии биполярного аффективного расстройства (БАР). Долгое время считалось, что одним из ее побочных эффектов выступает набор веса вследствие метаболических изменений. Однако результаты проведенного Susana Gomes-da-Costa et al. метаанализа, опубликованные в журнале *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, говорят о незначительном влиянии терапии литием на вес. При этом более короткая продолжительность терапии ассоциировалась с более выраженным изменением веса.

БАР – хроническое расстройство, характеризующееся рекуррентными колебаниями настроения. Длительная терапия препаратами лития остается наиболее эффективной в отношении предотвращения и депрессивных, и маниакальных эпизодов; кроме того, она снижает риски суицида, деменции и общей смертности. Препараты лития являются первой линией в большинстве рекомендаций. Несмотря на эффективность данной группы препаратов, актуален вопрос их безопасности. Наряду с узким терапевтическим окном, необходимостью мониторинга и различными побочными эффектами, беспокоящим пациентов фактором выступает увеличение массы тела. Тем не менее этот эффект остается одним из наименее изученных.

Анализ был построен в соответствии с критериями PRISMA. Для поиска исследований,

опубликованных до 1 августа 2019 г., использовались базы MEDLINE/PubMed, Scopus и Web of Science. Критерием включения соответствовали продольные исследования с оценкой влияния терапии препаратами лития на вес.

Не определено единственного механизма повышения веса при терапии препаратами лития. Набор веса в начале лечения может быть связан с тем, что ранее вес был непреднамеренно снижен. Из-за жажды, возникшей на фоне терапии, может вырасти потребление высококалорийных напитков. Кроме того, препараты лития могут задерживать натрий и воду, что также приводит к прибавке веса. Некоторые авторы утверждают, что при терапии препаратами лития повышается количество жировой ткани. Наиболее распространенным механизмом повышения веса представляется влияние препаратов лития на углеводный обмен, из-за их возможного инсулиноподобного действия. Усиленный захват глюкозы клетками стимулирует гексокиназу, пируваткиназу и ингибирует мышечную протеинкиназу. Также возможно прямое аппетит-стимулирующее действие в гипоталамусе. В недавних исследованиях также рассматривается влияние лития на систему лептина.

В результате метаанализа Susana Gomes-da-Costa et al. было выявлено, что прибавка веса на фоне терапии препаратами лития незначительна и не превышает 0,5 кг. Также не было выяв-

лено существенных различий в изменении веса в сравнении с плацебо. При этом пациенты с БАР более подвержены набору избыточного веса и риску развития ожирения – в связи с генетическими и поведенческими факторами. Так, набору веса могут способствовать коморбидное приступообразное переедание, большее число депрессивных эпизодов, избыточное потребление углеводов и низкая физическая активность.

Связь большего набора веса с меньшими сроками лечения можно объяснить первоначальной задержкой жидкости, которая стабилизируется со временем. Также на начальных этапах терапии пациентам для достижения ремиссии может потребоваться прием нескольких

препаратов, влияющих на набор веса. Кроме того, пациенты могут иметь нескорректированные пищевые привычки, которые также влияют на увеличение веса.

Данное исследование обнаружило, что препараты лития влияют на вес пациентов с БАР меньше, чем ожидалось. Тем не менее нельзя пренебрегать тенденцией к увеличению массы тела. Рекомендовано оценивать вес до и после назначения терапии, а также по возможности избегать других препаратов, вызывающих его набор. Существенное влияние оказывает и образ жизни пациента, в частности физическая активность и пищевое поведение.

Автор перевода: Горбунова Е. В.

Редактура: Явлюхина Н. Н.

Источники: Gomes-da-Costa S, Marx W, Corponi F, Anmella G, Murru A, Pons-Cabrera MT, Giménez-Palomo A, Gutiérrez-Arango F, Llach CD, Fico G, Kotzalidis GD, Verdolini N, Valentí M, Berk M, Vieta E, Pacchiarotti I. Lithium therapy and weight change in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.*

ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ЧАСТОТА ДЕПРЕССИИ В ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34619491/>

Все больше пациентов после выздоровления от COVID-19 сообщают о продолжающихся или впервые возникших симптомах, составляющих постковидный синдром. Oliver Renaud-Charest et al. задались вопросом о частоте проявления депрессивных симптомов и клинически значимой депрессии спустя 12 и более недель после инфекции SARS-CoV2. Результаты обзора, опубликованные в *Journal of Psychiatric Research*, показывают отсутствие связи между частотой депрессивных симптомов и степенью тяжести COVID-19. Частота проявления депрессивных симптомов варьировалась от 11 до 28%, клинически значимой депрессии – от 3 до 12%. Стоит учитывать, что в отношении групп пациентов исследования были гетерогенными, и большинство из них не включало контрольную группу.

Инфекция COVID-19, затронувшая уже более 194 млн человек (на 26 июля 2021 г.), продолжает распространяться по всему миру. Исследования говорят о наличии продолжающихся симптомов, в том числе после бессимптомной формы заболевания. По определению Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании, постковидный синдром – это симптомы, возникшие и/или продолжающиеся более чем через 12 недель после инфекции SARS-CoV2. Они часто включают нейropsychические проявления (утомляемость, депрессию), что подразумевает вероятный нейротропный эффект вируса. Депрессивные симптомы, а также клинически значимая депрессия в постко-

видном синдроме могут существенно влиять на качество жизни пациентов.

Поиск статей, опубликованных с 1 января 2020 г. до 5 июня 2021 г., осуществлялся с помощью ресурсов PubMed, Ovid Medline и Google Scholar. Критериями включения выступали: подтвержденная анализом ПЦР коронавирусная инфекция; использование стандартизированных шкал для оценки симптомов депрессии (HADS-D, PHQ-9, критерии DSM-IV или DSM-5); оценка симптомов депрессии через более чем 12 недель после инфекции SARS-CoV2.

Частота депрессивных симптомов спустя 12 недель составила от 11 до 28%, клинически значимой депрессии и/или тяжелых депрессивных симптомов – от 3 до 12%. Главными факторами, ассоциированными с депрессией, выступили женский пол, психиатрический анамнез, системное воспаление в острой фазе COVID-19. Одно из исследований выявило корреляцию между значением индекса системного иммунного воспаления (SII) и выраженностью симптомов депрессии в периоде, охватывающем 3 месяца после выздоровления. Снижение индекса SII было ассоциировано с меньшей тяжестью депрессии. Некоторые исследования не показывают связи между тяжестью COVID-19 и выраженностью депрессии. Не отмечалось существенного влияния возраста на возникновение симптомов. Тем не менее пациенты старше 75 лет зачастую были более подвержены риску депрессии. Остается актуальным вопрос о степени влияния системного воспаления и соци-

ально-экономических факторов на развитие депрессии в постковидном периоде.

Таким образом, несмотря на имеющиеся факторы риска, нельзя утверждать, что депрессия наблюдается у пациентов с постковидным

синдромом чаще, чем в общей популяции. Последующие исследования должны включать контрольные группы, не подверженные SARS-CoV2.

Автор перевода: Горбунова Е. В.

Редактура: Явлюхина Н. Н.

Источники: Olivier Renaud-Charesta, Leanna M.W. Luia, Sherry Eskander. Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*.

ПРИСТУПООБРАЗНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

<https://psyandneuro.ru/>

Приступообразное переедание (binge eating disorder) характеризуется регулярными эпизодами переедания с поглощением сравнительно большого количества пищи в течение некоторого дискретного периода времени (например, раз в неделю или чаще в течение нескольких месяцев), потерей контроля над своим пищевым поведением и отсутствием компенсаторного поведения. Эпизод переедания – это отдельный период времени, в течение которого человек испытывает субъективную потерю контроля над приемом пищи, ест заметно больше или иначе, чем обычно, и чувствует себя неспособным прекратить прием пищи или ограничить тип или количество съеденного. Переедание вызывает сильные переживания и часто сопровождается негативными эмоциями, такими как чувство вины или отвращения. Однако, в отличие от нервной булимии, эпизоды переедания не сопровождаются регулярными компенсаторными действиями, направленными на предотвращение набора веса (например, самопроизвольной рвотой, злоупотреблением слабительными средствами или клизмами, а также напряженными физическими упражнениями).

Данное расстройство пищевого поведения официально включено в Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-5) в 2013 году, а также в 2019 году появилось во вступившей в силу в 2022 году Международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11). Распространенность приступообразного переедания в мире в 2018-2020 годах оценивается в 0,6-1,8% среди женщин и 0,3-0,7% среди мужчин. Осведомленность общества о приступообразном переедании низка: зачастую люди обращаются в медицинскую сеть по причине лишнего веса и не знают о наличии данного расстройства. Высокая распространенность обнаружена у подростков: 1,8-3,6% у девочек, 0,2-1,2% у мальчиков и 1,5% у небинарных подростков.

Приступообразное питание агрегируется в семьях независимо от ожирения. Близнецовые и семейные исследования приступообразного переедания определили вклад генетических факторов в развитие данного расстройства в пределах от 0,39 до 0,57. Выявлено несколько полиморфизмов со слабыми доказательствами ассоциации при приступообразном переедании, особый интерес из которых представляет MC4R в связи с его ролью в энергетическом гомеостазе, потреблении пищи, насыщении и массе тела.

Немногочисленные исследования оценивали нейроэндокринологические изменения при приступообразном переедании. В популяциях с потерей контроля над потреблением пищи сообщалось о дисрегуляции функционирования пептидных гормонов, включая более низкие уровни грелина натошак, более высокие уровни лептина и дисрегуляцию концентрации грелина после еды. Относительно постпрандиальных изменений холецистокинина и пептида YY были получены неоднозначные результаты, при этом в немногочисленных исследованиях отмечалось усиление секреции после приема пищи. Такие изменения могут свидетельствовать о резистентности к сигнализации сытости, что может быть фактором риска для запуска неконтролируемого приема пищи у людей с перееданием.

Особую роль в развитии приступообразного переедания играют гипоталамус, регулирующий потребление пищи, система вознаграждения, отвечающей за мотивационно-аффективные функции, а также области префронтальной коры, отвечающей за процессы тормозного контроля. Эти три системы взаимодействуют во время эпизодов переедания и отражают основные компоненты импульсивности – чувствительность к вознаграждению и тормозной контроль. Относительно когнитивных нарушений при приступообразном переедании, сообщается о изменении процессов принятия решений, когнитивной гибкости и регуляции эмоций. Схожие сниженные показатели наблюдаются при расстройствах, связанных с упот-

реблением психоактивных веществ, поведенческих зависимостях или нервной булимии (НБ), что свидетельствует о сходном нарушении исполнительной функции префронтальной области. Пациенты с приступообразным перееданием принимают более рискованные решения в условиях двусмысленности, чем люди с ожирением без приступообразного переедания и люди с нормальным весом. Выбор немедленного вознаграждения вместо отсроченного, основанный на эмоциональном состоянии, чаще встречается у людей с приступообразным перееданием, чем у здоровых людей или у пациентов с нервной анорексией (НА). Таким образом, в основе приступообразного переедания могут лежать дисфункции по всему спектру импульсивности, включая изменения, связанные с обработкой вознаграждения, тормозным контролем и регуляцией эмоций.

Приступообразное переедание необходимо дифференцировать от других психических расстройств, которые могут быть связаны с увеличением потребления пищи, таких как рекуррентное депрессивное расстройство или биполярное аффективное расстройство. Дифференциальная диагностика проводится с пограничным расстройством личности, которое может быть связано с импульсивным поведением, включая переедание. Также необходимо исключать злоупотребление алкоголем или каннабисом или употребление других веществ, повышающих аппетит. В неясных случаях необходимо рассматривать эндокринные нарушения (синдром Кушинга, гипотиреоз и инсулиномы), неврологические нарушения (поражение нейронов медиального гипоталамуса и краниофа-

рингиома) и редкие генетические синдромы (например, синдром Прадера-Вилли). Значительная подгруппа пациентов с приступообразным перееданием имеет другие модели дезадаптивного питания и переедания, такие как неконтролируемое потребление небольших объемов пищи в течение длительного времени.

Цели лечения приступообразного переедания включают снижение или прекращение переедания, улучшение настроения и других сопутствующих симптомов, улучшение метаболических показателей (гликированный гемоглобин, уровень глюкозы натощак, триглицеридов, холестерина ЛПНП) и улучшение качества жизни. Приоритет отдается модификации поведенческих стратегий нежели целям снижения веса. В качестве первой линии терапии рекомендуется психотерапевтическое лечение. Психотерапевтическими методами, имеющими доказанную эффективность, являются когнитивно-поведенческая терапия, межличностная психотерапия и диалектическая поведенческая терапия. Мета-анализы исследований фармакологического лечения показали, что антидепрессанты второго поколения или стимулятор ЦНС оказывают значительный краткосрочный эффект на уменьшение или прекращение эпизодов переедания по сравнению с плацебо у пациентов с приступообразным перееданием. Однако фармакологические средства имеют противоречивый результат относительно иных проявлений и не оценивались в долгосрочном наблюдении.

Автор перевода: Долина А. А.

Редактура: Касьянов Е. Д.

Источники: Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, Schmidt U, Zipfel S. Binge eating disorder. Nat Rev Dis Primers. 2022;8(1):16. doi: 10.1038/s41572-022-00344-y.

ОТВЕТ НА ЛЕЧЕНИЕ ОКР МОЖНО ПРЕДСКАЗАТЬ ПОСЛЕ 4 НЕДЕЛЬ ТЕРАПИИ

<https://psyandneuro.ru/>

Адекватной продолжительностью лечения обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) для оценки его эффективности считается 12 недель. Учитывая влияние ОКР на качество жизни, крайне актуальным является определение рекомендуемой минимальной продолжительности терапии, после которой можно принимать решение об изменении стратегии лечения.

В новом исследовании Brar J. et al. хотели выявить может ли ранний ответ на фармакологическое лечение достоверно указывать на будущий успех полного курса терапии. В ходе исследования сравнивались два препарата, час-

то используемых для лечения ОКР: сертралин и флувоксамин. Было выявлено, что по раннему ответу на антидепрессанты через 4 недели можно судить об эффективности полного курса лечения ОКР. Кроме того, в группе принимавших флувоксамин было больше пациентов, ответивших на лечение, чем в группе принимавших сертралин. Работа опубликована в журнале Primary Care Companion for CNS Disorders.

Исследование проводилось в 2019-20 гг. в амбулаторных условиях, в больнице Северной Индии. Участниками исследования были ранее

не принимавшие психотропные средства 50 пациентов с ОКР в возрасте 18-55. Участники были случайным образом распределены в группу сертралина или в группу флувоксамина. В обеих группах начальная доза составляла 50 мг/сут.

Первые две недели длился вводный период, в течение которого доза увеличивалась до терапевтической. Участники наблюдались в течение следующих четырех недель и их состояние оценивалось на предмет "раннего ответа", определенного как снижение показателя YBOCS (Обсессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна) на $\geq 20\%$. Сопутствующее лечение тревоги (этизолам 0,25–0,5 мг/сут) проводилось, если это было необходимо, только в начальном периоде, и к моменту оценки раннего ответа доза постепенно снижалась.

После этой оценки на шестой неделе дозу препарата увеличивали еще на 50 мг каждые 4-7 дней, ориентируясь на переносимость, до максимально допустимой дозы на восьмой неделе. После этого состояние участников проверяли в конце восьмой и двенадцатой недели. Окончательная оценка на двенадцатой неделе проводилась на основании следующих определений: ответ на лечение – снижение баллов YBOCS на 35% или более; частичный ответ – снижение баллов YBOCS $\geq 25\%$, но $< 35\%$; отсутствие ответа – снижение баллов YBOCS $< 25\%$.

Средний исходный показатель YBOCS у участников обеих групп равнялся $23,48 \pm 6,29$, что соответствует умеренной тяжести заболевания. Количество пациентов, давших ранний ответ, в обеих группах препаратов было приблизительно одинаковым. Средняя минимальная доза сертралина и флувоксамина, достигнутая в конце вводного периода, составляла 95 мг/сут и 102 мг/сут соответственно.

Количество ответивших на лечение через 12 недель было значительно выше в группе флувоксамина по сравнению с группой сертралина. Средние максимально переносимые терапевтические дозы сертралина и флувоксамина

составляли 196 мг/сут и 284 мг/сут соответственно. Ранний ответ через 4 недели дали 60% пациентов. Из тех, кто дал ранний ответ, у $93,3\%$ показатель YBOCS в конце 12 недель снизился на $\geq 35\%$. Ранний ответ на антидепрессивную терапию предсказывал значимое улучшение через 12 недель с чувствительностью $77,8\%$ и специфичностью $85,7\%$.

40% ($n=20$) всех пациентов не дали раннего ответа. Из этих пациентов у 8 наблюдался ответ к концу 12 недель. Не было обнаружено существенной разницы в отношении социально-демографических и клинических характеристик между давшими ранний ответ и теми, кто не дал ответа. Результаты регрессионного анализа выявили значительную взаимосвязь между ранним ответом на лечение и ответом через 12 недель.

Средний балл YBOCS после 12 недель лечения составил $12,88$, что свидетельствует о статистически значимом снижении показателя тяжести заболевания. Различия в среднем снижении баллов YBOCS между двумя группами были статистически незначимыми.

Таким образом, вопреки существующему мнению о том, что ответ на лечение ОКР нужно ждать довольно долго, ранний ответ наблюдается спустя четыре недели лечения после достижения минимальной терапевтической дозы. При этом по раннему ответу можно судить об ответе на лечение ОКР.

Результаты исследования показывают, что сертралин и флувоксамин одинаково эффективны в снижении тяжести симптомов и одинаково хорошо переносятся. Однако в группе принимавших флувоксамин было больше пациентов, ответивших на лечение, чем в группе принимавших сертралин. Из этого можно сделать вывод о том, что в начале лечения ОКР у пациентов, ранее никогда не принимавших психотропные препараты, флувоксамин имеет приоритет по сравнению с сертралином.

Автор перевода: Филиппов Д. С.

Редактура: Касьянов Е. Д.

Источники: Brar J, Sidana A, Chauhan N, et al. Early improvement as a predictor of treatment response in patients with obsessive-compulsive disorder: a 12-week randomized trial of sertraline and fluvoxamine. Prim Care Companion CNS Disord. 2022;24(2):21m03065

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.

2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.

3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».

4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).

5. Перед названием статьи указывается УДК.

6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.

7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.

8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.

Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.