

Перший епізод психозу: можливості раннього втручання

За матеріалами Науково-практичної конференції
«Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація»
(24-25 травня 2023 р.)



Н.О. Марута

Зміцнення психічного здоров'я населення є одним із найважливіших завдань охорони здоров'я в усіх країнах світу. Особливого значення у стратегіях довгострокових наслідків надають ранньому втручанню в разі виявлення клінічного високого ризику психозу, що допомагає запобігти розвитку патологічного процесу, зберегти соціальне функціонування і якість життя пацієнтів. Зокрема, ці проблеми розглядали в межах Науково-практичної конференції «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація», що відбулася наприкінці травня у форматі онлайн. Пропонуємо до вашої уваги огляд доповіді про можливості раннього втручання у практиці лікаря-психіатра, із якою виступила під час цього заходу д.мед.н., заступниця директора з наукової роботи та завідувачка відділу пограничної психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», професорка Наталія Олександрівна Марута.

Як відомо, психози посідають 11-те місце серед захворювань за рівнем інвалідизації. Лише один із семи пацієнтів одужує після першого епізоду психозу і майже кожен другий не отримує належної допомоги. Рівень смертності серед цих хворих удвічі більший, ніж у загальній популяції (Fusar-Poli et al., 2017).

На жаль, за останні 70 років результати лікування та реабілітації осіб із психозом не поліпшилися. За висновками D.G. Robinson et al. (2004), одужання досі лишається недосяжною метою лікування цієї когорти пацієнтів. Повного відновлення в осіб із першим епізодом шизофренії через 5 років досягають лише 13,7%. У 47,2% настає симптоматична ремісія і 25,5% продовжують адекватне соціальне функціонування.

На думку професорки А. Riecher-Rössler (Швейцарія), для пацієнтів, у яких рано встановлено ризик щодо психічного стану, розвиток психозу можна передбачити з точністю до 80%. Зокрема, у третини цих пацієнтів розвинеться психоз, інші дві третини потребуватимуть підтримки для контролю симптомів.

Чинники ризику розвитку психозу

До чинників ризику виникнення психозу належать: акушерські ускладнення в анамнезі, вживання тютюну, брак фізичних навантажень, дитячі травми, відчутний стрес, погане функціонування в дитинстві та підлітковому віці, супутні афективні розлади, чоловіча стать, відсутність сім'ї, безробіття,

низький освітній рівень (Fusar-Poli et al., 2017).

Раннє втручання передбачає: керування справами; поліпшення відповідності поведінки; реінтеграцію в роботу та навчання; поліпшення розуміння; скорочення строку госпіталізації; пропаганду незалежності; моніторинг симптомів; виявлення залежностей (Lutgens et al., 2015).

За даними проведених досліджень, завдяки ранньому втручанню, оптимізації прихильності до терапії та профілактиці рецидивів можливо поліпшити довгострокові результати психозу (за два роки до і через три роки після прояву психозу) (Fusar-Poli et al., 2017).

У своєму дослідженні M. Kotlicka-Antczak et al. (2019) вивчали прогностичну

точність клінічних критеріїв психозу високого ризику щодо майбутнього розвитку розладу. За висновками авторів, дезорганізація мовлення і незвичайний зміст думок були суттєво пов'язані з трансформацією у психоз.

У таблиці представлено модель клінічних стадій психозу.

Підходу до лікування пацієнтів із психозом

Як зазначила доповідачка, раннє втручання на стадії високого ризику психозу допомагає відстрочити початок його першого епізоду; налагодити контакти зі службами охорони здоров'я та зменшити частоту супутніх захворювань; скоротити період нелікованого психозу; поліпшити ранню діагностику та знизити рівень виразності симптомів першого епізоду. Тож головною метою раннього втручання є скорочення тривалості нелікованого психозу і зменшення

Таблиця. Модель клінічних стадій психозу

Клінічна стадія	Визначення	Визначення в клінічній моделі	Втручання
0	Безсимптомний генетичний ризик	Преморбід	Первинна вибіркова профілактика: <ul style="list-style-type: none"> підвищення грамотності у сфері психічного здоров'я; сімейна психосвіта
1a	Негативні та когнітивні симптоми	Високий клінічний ризик психозу	Індивідуальна первинна профілактика Усі заходи стадії 0
1b	Легкі психотичні симптоми	Високий клінічний ризик психозу	Первинна профілактика: <ul style="list-style-type: none"> індивідуальна та сімейна психосвіта; редукція зловживань; професійна підтримка
1c	Короточасні ремісивні психотичні епізоди	Високий клінічний ризик психозу	Індивідуальна первинна профілактика Усі заходи стадії 1b і моніторинг симптомів
2	Повний перший епізод психозу	Раннє відновлення (6-12 міс.)	Раннє втручання та вторинна профілактика: <ul style="list-style-type: none"> індивідуальна та сімейна психосвіта; психологічні впливи; скорочення зловживань; атипові антипсихотики та інші ліки; професійна реабілітація
3a	Одноразове загострення першого епізоду психозу	Пізнє / неповне відновлення	Раннє втручання та третинна профілактика Усі заходи стадії 2, але з акцентом на запобігання загостренням
3b	Множинні рецидиви	Пізнє / неповне відновлення	Раннє втручання та третинна профілактика Усі заходи стадії 2, але з акцентом на довгострокову стабілізацію
3c	Неповне відновлення після першого епізоду психозу	Пізнє / неповне відновлення	Раннє втручання та третинна профілактика Усі заходи стадії 3a; клоzapін у разі резистентності
4	Тривалий перебіг без ремісії	Хронізація	Допоміжні заходи Усі заходи стадій 3a-3c, але з акцентом на соціальну активність, попри постійну непрацездатність

Адаптовано за P. Fusar-Poli et al. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. World Psychiatry. 2017 Oct; 16 (3): 251-265.

Шизофренія ламає долі... РЕАГІЛА повертає сенс життя

РЕАГІЛА
КАРИПРАЗИН



Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу РЕАГІЛА (REAGILA®)
Склад: діюча речовина: карипразин; допоміжні речовини: крохмаль кукурудзяний прежелатинізований, магнію стеарат, Лікарська форма. Капсули тверді, Фармакотерапевтична група. Психолептичні засоби, інші антипсихотичні засоби. Код АТХ N05A X15. Показання. Для лікування шизофренії у дорослих пацієнтів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин. Супутнє застосування потужного або помірної інгібітору СYP3A4 (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). Супутнє застосування потужного або помірної індуктора СYP3A4 (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). **Спосіб застосування та дози.** Рекомендована початкова доза карипразину становить 1,5 мг один раз на добу. Згодом дозу у разі потреби можна повільно підвищувати по 1,5 мг до максимальної дози 6 мг на добу. Найнижча ефективна доза має підтримуватися згідно з клінічною оцінкою лікаря. **Побічні реакції.** Побічними реакціями, про які найчастіше повідомлялося при застосуванні карипразину в діагностичній дозі (1,5-6 мг), були анорексія (19%) та паркінсонізм (17,5%). Більшість реакцій були легкого чи середнього ступеня тяжкості. Повний перелік побічних реакцій див. у повній інструкції для медичного застосування лікарського засобу. **Термін придатності.** 5 років. **Упаковка.** По 1,5 мг або по 3 мг по 7 капсул у блистері; по 1 або 4 блистери в картонній упаковці. По 4,5 мг або по 6 мг по 7 капсул у блистері; по 4 блистери в картонній упаковці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** БІАТ «Геден Ріхтер», Угорщина. Інструкція затверджена/зміни внесені Наказом МОЗ України № 1772 від 12.03.2019. Р. п. **МОЗ України:** № UA/17545/01/01; № UA/17545/01/02; № UA/17545/01/03; № UA/17545/01/04.

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Застосовується за призначенням лікаря. Перед застосуванням обов'язково ознайомтеся з повною інструкцією.



GEDEON RICHTER

Представництво «Ріхтер Геден Річтер» в Україні:
01054, м. Київ, вул. Турневецька, 17-Б. Тел.: (044) 389-39-50 (-51), факс: (044) 389-39-52.
E-mail: ukraine@richter.kiev.ua | www.richter.com.ua

виразності симптоматики, оскільки тривалість психотичного епізоду пропорційна до негативних і несприятливих наслідків психозу, тоді як зменшення часу до початку терапії пришвидшує відновлення функціональності пацієнта.

Підтвердженими предикторами першого епізоду психозу є: ранній вік початку; слабка преморбідна адаптація; невідповідність поведінки оточенню; тривалий період нелікованого психозу; чоловіча стать; зловживання наркотичними засобами.

М. Duarte et al. (2017) вважають, що програми раннього втручання в разі психозу продемонстрували ефективність щодо скорочення тривалості нелікованого психозу, запобігання рецидивам, соціально-професійної інтеграції та поліпшення прогнозу. Проте у клініцистів часто виникають труднощі з первинним встановленням конкретного діагнозу, диференціальною діагностикою та подальшим спостереженням.

Так, за даними здійсненого авторами дослідження, під час першої консультації в когорті пацієнтів виявлено психози без інших специфікацій у 79% випадків і залежність від канабіноїдів – у 35%. Через два роки спостереження підтвердилася наявність психозів у 46% пацієнтів, залежність від канабіноїдів – у 21%

та шизофренія – у 17%. Проте на початку дослідження лише 39% осіб не мали анамнезу вживання токсичних речовин. Дослідження результатів терапії впродовж 12 міс. у пацієнтів із першим епізодом шизофренії засвідчило, що лише 60% досягають повної ремісії (Chaliza et al., 2016). Кожен епізод рецидиву захворювання пов'язаний із погіршенням перебігу хвороби, за такої умови підвищується кількість персистувальних психотичних симптомів.

Наслідками рецидивів є низка порушень: психологічні (авто- та гетероагресія, ризик у міжособистісних стосунках, порушений професійний та освітній статус, знижена особиста автономія, підвищена стигматизація), біологічні (стабільний функціональний дефіцит, зменшення об'єму мозку, нейрохімічний дисбаланс) та психосоціальні (страждання пацієнтів та опікунів; ризик нівелювання важко здобутого прогресу в психосоціальному відновленні; порушення взаємин, отримання освіти чи зайнятості; самогубство та вбивство; стигматизація, економічний тягар) (Emsley, 2013; Kane et al., 2007, 2012).

Отже, дотримання режиму лікування є одним із ключових чинників. За даними G. Neiden (2004), пацієнти, які

перервали застосування ліків, мали підвищений ризик рецидивів і госпіталізації (10 втрачених днів приймання призводять до госпіталізації вдвічі частіше). Результати дослідження S. M. Malta Vacas et al. (2017) демонструють, що приблизно 30% осіб із першим епізодом психозу відмовляються від надання лікування.

Безперервність терапії має особливе значення для першого епізоду психозу, оскільки тривалий догляд може сприяти редукції симптомів, поліпшенню функціонування та зменшенню ризику рецидиву. Ефективність лікувальних заходів у процесі раннього втручання забезпечується застосуванням комбінації психосоціальних та психофармакологічних впливів.

Препаратом групи атипичних антипсихотиків для лікування психозів із відмінним профілем безпеки є **Реагіла** (виробництво компанії Gedeon Richter). Активна речовина препарату – карипразин – має низку переваг у застосуванні, адже не зумовлює гіперпролактинемії, значного подовження інтервалу QT, млявості. Карипразин є метаболічно інертним, тому частота розвитку гіперліпідемії, гіперглікемії та цукрового діабету під час терапії є такою самою, як за плацебо.

Порівняно з іншими антипсихотичними засобами лікування карипразином асоційоване з менш виразними сексуальною дисфункцією та збільшенням маси тіла. Реагіла чинить сприятливий вплив на когнітивну діяльність і пов'язане зі статистично значущим підвищенням показника функціонування пацієнта за шкалою PSP (починаючи з 10-го тижня приймання й надалі) (Gu, 2017).

Висновки

Підсумовуючи, пані Н.О. Марута зазначила, що психози загалом та шизофренія зокрема належать до інвалідизувальної патології з низькою результативністю лікування. Власне, підвищення результатів можливе за умов раннього втручання та тривалої підтримувальної терапії, яка забезпечує профілактику рецидивів. Для цього необхідне втручання держави для розроблення урядової програми раннього втручання, що допоможе забезпечити міжвідомчу взаємодію та фінансову підтримку для розв'язання проблеми подолання медичних і соціальних наслідків психозу.

Підготувала **Ольга Загора**

