

Опыт применения rispолепта в терапии шизофрении у детей

Малахова А.В.

Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург

Резюме. Эффективность и безопасность атипичных антипсихотиков, в частности rispолепта, обсуждается в многочисленных зарубежных и отечественных исследованиях. Отмечена низкая частота экстрапирамидных расстройств, оптимальность режима дозирования, влияние как на позитивные, так и негативные симптомы шизофрении, успешность применения rispеридона в детской психиатрии. Проводилось открытое несравнительное исследование препарата rispолепт в лечении шизофрении у 21 ребенка (4-13 лет). Через 2 мес с начала лечения зафиксирована тропность препарата к негативным процессуальным нарушениям и аутизму в 70%, в меньшей степени к позитивным (галлюцинации, параноидные идеи) и кататоническим расстройствам; низкая частота экстрапирамидных расстройств, которые купировались назначением циклодола. Вывод: rispолепт является достаточно безопасным и эффективно влияет на негативные процессуальные нарушения и аутизм.

Ключевые слова: rispолепт, шизофрения детского возраста, негативные и позитивные нарушения, экстрапирамидные расстройства

Эффективность и безопасность атипичных антипсихотиков подтверждается в многочисленных зарубежных и отечественных исследованиях. Одним из наиболее часто применяемых атипичных антипсихотиков является rispеридон, переносимость и эффективность которого при лечении психозов подтверждена большим количеством публикаций. Отмечено, что препараты второго поколения имеют явные преимущества, которые выражаются в снижении числа нежелательных эффектов (в частности, лекарственного паркинсонизма), акатизии и поздней дискинезии. Сообщается о преимуществах в облегчении рефрактерных симптомов, негативной симптоматики, депрессии и устранении суицидального поведения.

Основываясь на литературных данных, можно утверждать, что rispолепт эффективен в отношении позитивных и негативных симптомов, аффективных нарушений и когнитивного дефицита, при его применении отмечается низкая частота экстрапирамидных нарушений, оптимален и режим дозирования, в сравнении с типичными нейролептиками.

В исследованиях детских психиатров показано, что rispолепт может с успехом применяться в детской психиатрии, начиная с дошкольного возраста. В первую очередь, это относится к психическим нарушениям эндогенного круга: детский аутизм и детская шизофрения.

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности терапии rispолептом детей с шизофренией.

Материалы и методы

В 2004-2005гг в детских стационарных отделениях №16 и №7 СОКПБ проведено открытое несравнительное исследование, пролечен rispолептом 21 ребенок, 6 девочек и 15 мальчиков в возрасте от 4 до 13 лет, страдающих шизофренией. Терапия проводилась с письменного согласия родителей.

В исследование включены дети, состояние которых классифицировалось по МКБ-10 как шизофрения детского типа (F 20.8063) 90,5% детей (n=19) и параноидная шизофрения (F20.0) 9,5% детей (n=2). У всех пациентов течение заболевания было оценено как непрерывно-прогредиентное. Случаи с психоорганическим синдромом, умственной отсталостью, судорожными приступами, тяжелыми соматическими заболеваниями в исследование не включались.

Малахова Анна Владимировна - канд. мед. наук, зав. отделением №7 СОКПБ

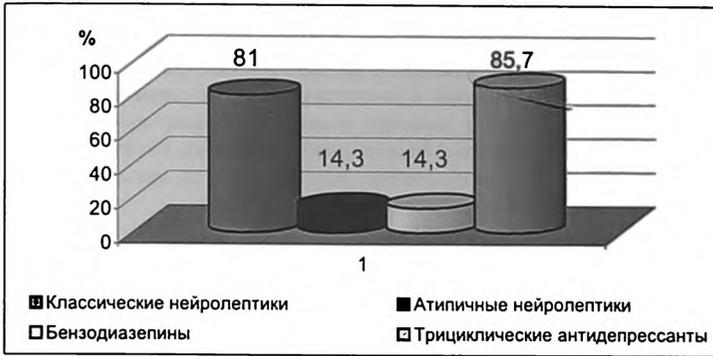


Рисунок 1. Предшествующая терапия

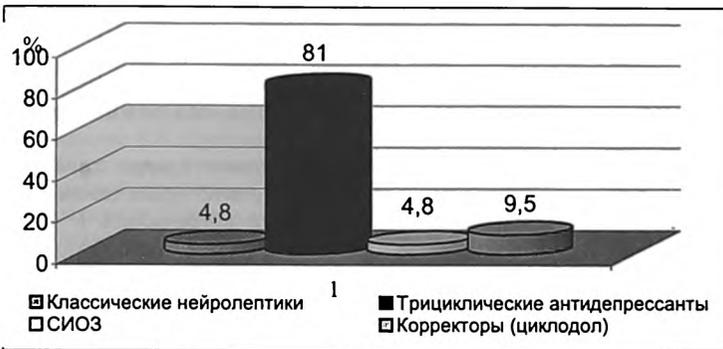


Рисунок 2. Сопутствующая терапия

71,4% пациентов (n=15), включенных в исследование, госпитализировались впервые, остальные 18,6% (n=6) - повторно.

Статистический анализ

При оценке симптоматики отмечено, что у большинства детей в клинической картине встречались проявления нескольких синдромов. У 47,6% детей (n=10) в клинической картине преобладающим являлась галлюцинозно-кататоническая симптоматика, изолированный кататонический синдром встречался в 4,8% (у 1 ребенка). Галлюцинозно-параноидные проявления отмечены в 23,8% (у 5 детей), депрессивно-параноидный синдром у 9,5% детей (n=2). Изолированный депрессивный синдром и аффективно-галлюцинозный синдром выявлен каждый в 14,3% (n=3), гебоидный - у 19,1% (n=4). Формирование олигофреноподобного дефекта отмечено в 14,3% случаев (n=3).

Практически все дети получали предшествующую терапию психотропными препаратами: 81% (n=17) классическими нейролептиками (галоперидол, трифтазин), 14,3% (n=3) атипичными нейролептиками (азалептин), в 14,3% (n=3) случаях в дополнении к нейролептической терапии применялись

бензодиазепины, у 85,7% детей (n=18) использовались трициклические антидепрессанты (амитриптилин). Лишь одному ребенку rispoleпт был назначен без предшествующей психотропной терапии.

До назначения rispoleпта у всех детей за 14 дней отменялись все психотропные средства с проведением дезинтоксикационной терапии в течение 5 дней. На фоне отмены психотропной терапии, как правило, отмечалось обострение симптоматики.

Лечение начинали с минимальной дозировки, постепенно увеличивая дозу до достижения эффекта. Средняя суточная доза составила 2,2 мг, у детей дошкольного возраста доза составляла 0,75-1 мг/сут, у детей 7-10 лет 2-2,5 мг/сут, у детей старше 10 лет - 2,5-4 мг/сут.

Помимо rispoleпта практически во всех случаях проводилась сопутствующая терапия трициклическими антидепрессантами (амитриптилин, мелипрамин) у 66,7% детей (n=14), анафранил (клофранил) в 14,3% случаев (n=3); селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (феварин) у 1 ребенка; в 4,8% (1 ребенок) использовался классический нейролептик (трифтазин) и лишь в 9,5% случаев (n=2) использовались корректоры (циклодол).



Рисунок 3. Сравнительная характеристика эффективности рisperидона

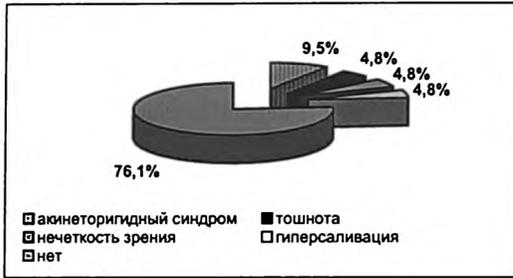


Рисунок 4. Побочные эффекты

Результаты

Через 2 мес (перед выпиской из стационара) оценивались результаты применения рисполепта на негативную и позитивную симптоматику. Незначительная положительная динамика негативных симптомов была отмечена в 14,3% ($n=3$), значительное улучшение контакта с окружающими, увеличение продуктивности игровой деятельности, попытки участвовать в общих играх, наблюдались у 71,4% ($n=15$) детей, отрицательной динамики при оценке данной категории симптомов отмечено не было. Улучшение когнитивных функций с увеличением активности на занятиях, концентрации и устойчивости внимания, продуктивности запоминания, целенаправленности мышления выявлены у 71,4% детей ($n=15$), незначительная положительная динамика отмечена у 4,8% ($n=1$) и в 4,8% (1 случай) субъективно родители отметили ухудшение памяти и внимания ребенка.

Среди 11 пациентов, в клинической картине которых отмечалась кататоническая симптоматика, незначительное улучшение в виде уменьшения количества эхопраксий и эхолоалий зафиксировано в 54,5% ($n=5$), улучшение состояния у 45,5% ($n=6$) проявлялось значительным снижением двигательных и речевых стереотипий, проявлений кататонического возбуждения или субступора. Редукции кататонической симптоматики ни в одном случае отмечено не было.

Из 18 пациентов с галлюцинаторной симптоматикой в клинической картине

шизофрении некоторое уменьшение галлюцинаторных переживаний отмечено у 38,9% ($n=7$), положительная динамика при галлюцинаторном синдроме в виде снижения выраженности, "притупления" обманов восприятия со снижением аффекта напряженности и страха встречалась в 55,6% ($n=10$), в 1 случае (5,5%) наблюдалась редукция галлюцинаций и бредовых идей.

Незначительная положительная динамика параноидного синдрома с некоторым снижением бредовой настроенности встречалась в 42,9% случаев ($n=3$) из 7 детей с параноидными проявлениями в клинической картине, уменьшение идей бредовой интерпретации окружающего, появление элементов критики к ним отмечено у 42,9% ($n=3$).

Практически во всех случаях использовались в качестве сопутствующей терапии антидепрессанты, на фоне их сочетания с рисполептом незначительное улучшение настроения выявлено у 28,6% ($n=6$), положительная динамика депрессивного синдрома отмечена у 66,7% детей ($n=14$).

Таким образом, выявлены положительные сдвиги как в случае позитивных, так и негативных процессуальных нарушений, а также аутизма. При терапии детей было выявлено отчетливое антинегативное действие с улучшением когнитивных функций в 70% случаев. Антипсихотический эффект через 2 мес терапии был выражен в меньшей степени с некоторым преобладанием антигаллюцинаторного действия. Антикатадонический эффект отмечен меньше, чем в половине случаев, и выражен менее отчетливо.

Среди побочных эффектов акинеторигидный синдром отмечен у 9,5% детей ($n=2$), в связи с чем назначался корректор (циклодол), тошнота, гиперсаливация и нечеткость зрения встречались каждый в 4,8% ($n=1$) и купировались снижением дозы препарата.

Выводы

На основе применения рисполепта в терапии детей, страдающих шизофренией, через 2 мес с начала лечения нами была

зафиксирована тропность препарата к негативным процессуальным нарушениям и аутизму, в меньшей степени к позитивным (галлюцинации, параноидные идеи) и кататоническим расстройствам. Таким образом, рисполепт является достаточно безопасным и эффективно влияет на негативные процессуальные

нарушения и аутизм. При выписке рекомендован дальнейший прием препарата с повторным обращением на консультацию через 4 мес (6 мес после начала лечения рисполептом) для оценки дальнейшей динамики заболевания и влияния на негативные и позитивные симптомы шизофрении при пролонгированном лечении.

Литература

1. Аведисова А.С. Научные обоснования и практические рекомендации перевода больных с типичных нейролептиков на рисполепт (обзор иностранной литературы). Психиатрия и психофармакотерапия. 2001; 6: 210-13.
2. Волошин В.М., Ким Л.В., Корень Е.В. Психофармакологическая эффективность рисполепта при терапии субпсихотических нарушений и расстройств пограничного уровня в подростковой психиатрической практике. Социальная и клиническая психиатрия. Прил. 2002: 33-40.
3. Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. Купирование острой психотической симптоматики у больных шизофренией атипичным нейролептиком рисполепт: сравнение с классическими нейролептиками. Психиатрия и психофармакотерапия" 2001; 3: 69-71.
4. Козлова И.А., Буреломова И.В., Горюнов А.В., Масихина С.Н. Опыт применения препарата рисполепт при шизофрении детского возраста. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2001; 7: 35-8.
5. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., Проселкова М.Е. Опыт применения рисполепта при лечении раннего детского аутизма и шизофрении у детей. Социальная и клиническая психиатрия. 2000; 1, 2, прил. 2.
6. Козловская Г.В., Калинина М.А. Отдаленные результаты применения рисполепта в лечении шизофрении и раннего детского аутизма у детей. Социальная и клиническая психиатрия. 2001; 3: 66-8.
7. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М. 1996: 288 с.
8. Точилев В.А., Снедков Е.В. Раствор рисполепта для перорального применения: новые возможности купирования острых психотических состояний у больных. Социальная и клиническая психиатрия. 2002; 2: 85-91.