

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ  
В МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СФЕРЕ  
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА  
ИНТЕРНАТА**

**Н.П. Жигарева, А.В. Мишин**

*Психоневрологический интернат № 30, Москва*

Психоневрологический интернат – это государственное медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного или временного (сроком до 6 месяцев) проживания граждан пожилого возраста и инвалидов, страдающих хроническими психическими заболеваниями, полностью или частично утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постороннем уходе. Основными задачами интерната является оказание медицинской помощи инвалидам, страдающим хроническими психическими заболеваниями, проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий, организация ухода и надзора за пациентами, сохранение или повышение уровня реабилитационного потенциала пациентов, восстановление их социального статуса с возможностью интеграции некоторых из них в общество.

Для создания достойного качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате, необходимо создание комплексной реабилитационной системы или так называемого реабилитационного пространства. Исходя из биопсихосоциального подхода, такая система должна охватывать как личность инвалида, так и ее социальные составляющие (рис. 1).

Для правильного реабилитационного воздействия на пациента необходимо в первую очередь установить функциональный диагноз, включающий в себя нозологическую принадлежность, форму и тип течения заболевания с указанием ведущего синдрома/симптома, уровня социального функционирования инвалида. В дальнейшем, в зависимости от клинических особенностей, психологических характеристик, уровня развития и запаса знаний, профмаршрута и сохранности профессиональных навыков, уровня толерантности к производственным нагрузкам, со-

хранности социально-бытовых навыков и умений пациента на него оказывают строго дифференцированное, индивидуальное и комплексное влияние медико-профилактическая, жилая, социально-трудовая, социально-культурная, физкультурно-оздоровительная, профессионально-образовательная среды. Данные направления реабилитационного сопровождения пациента осуществляют члены полипрофессиональных бригад (психиатры, психологи, методисты, терапевты, неврологи, логопеды, специалисты по социальной работе, юристы и др.), которые определяют оптимальный объем и последовательность этапов сопровождения инвалидов в процессе их реабилитации [3].



Рис. 1. Модель комплексной реабилитационной системы

Среди контингента инвалидов, проживающих в психоневрологическом интернате, основную группу составляют больные шизофренией и умственной отсталостью. В течение последнего времени нозологическая структура психических заболеваний и её соотношение практически не изменились (табл. 1).

На протяжении всего пребывания в интернате медицинское сопровождение инвалидов остается постоянным фоном всех реабилитационных мероприятий и проводится в соответствии с законом РФ от 02.07.1992 г. № 3185 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", стандартами РФ и на основе индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

Таблица 1

Распределение контингента психически больных инвалидов  
ПНИ №30 по нозологическим формам за 2005-2009 гг.

Нозология	2005		2006		2007		2008		2009	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего больных, из них:	991	100,0	996	100,0	995	100,0	1011	100	983	100
шизофрения	429	43,4	429	43,0	424	42,6	445	44,0	431	43,8
умственная отсталость	363	36,6	377	38,0	339	34,1	361	35,7	350	35,6
органическое заболевание головного мозга	127	12,8	124	12,4	159	16,0	140	13,8	137	13,9
деменция	48	4,8	41	4,1	48	4,8	45	4,5	46	4,7
эпилепсия	24	2,4	25	2,5	25	2,5	20	2,0	19	1,9

В целях совершенствования медикаментозной терапии необходимо применение новых инновационных подходов и техник. Современная психофармакотерапия является неотъемлемой частью биопсихосоциального лечения пациента с психическими расстройствами. Дифференцированное применение психофармакотерапии в зависимости от нозологии, характера течения заболевания, особенностей клинико-психопатологических проявлений у каждого пациента является одним из необходимых условий для успешного осуществления медикаментозной реабилитации. В процессе лекарственной терапии большое внимание уделяется не только выбору наиболее оптимального лекарственного препарата, но и формированию у пациента положительной установки на медикаментозное лечение, формированию эффективного взаимодействия в системе отношений "врач-пациент" (комплаенс).

Клиническая эффективность современных лекарственных средств складывается из взаимосвязанных показателей безопасности (индивидуальной переносимости), удовлетворенности лечением. Выбор того или иного препарата определен лучшим соотношением риск (ранние и отставленные нежелательные действия) – польза (клинический эффект) терапии и предпочтений пациента и его близких [1]. Широкое применение препаратов

нового поколения с модифицированным типом действия является актуальным в вопросе оптимизации медикаментозной реабилитации пациентов интерната, как одного из видов реабилитационного воздействия.

Антипсихотическая терапия всегда занимала ключевое место в системе лечения больных шизофренией. Открытие и широкое внедрение в практику нейролептической терапии позволили перенести центр тяжести терапевтического процесса и успешно сочетать его с социореабилитационными и психотерапевтическими методами, обеспечивая единство биологического и психосоциального воздействия. Однако развивающийся лекарственный патоморфоз требует введения в систему терапии новых препаратов. Другими недостатками традиционной нейролептической терапии являются ограниченная эффективность при лечении негативной симптоматики, высокая частота развития аффективных проявлений, развитие экстрапирамидных побочных эффектов, что вызывает дополнительную социальную стигматизацию больных. Нередко развиваются соматические побочные эффекты, плохая переносимость, что приводит к несоблюдению лечебного режима.

Применение нового поколения средств антипсихотической терапии (атипичных антипсихотиков), во многом свободных от перечисленных недостатков классических нейролептиков, является важным шагом вперед в лечении больных шизофренией [4].

В интернате накоплен практический опыт применения ряда атипичных нейролептиков и СИОЗСН: зуклопентиксола (клопиксола), рисперидона (рисполепта), оланзапина (зипрекса), сертиндола (сердолекта), имеющих выраженное антипсихотическое действие. Препараты, как правило, хорошо переносятся больными и удобны в применении за счёт наличия пероральной формы различных дозировок и депонированной формы в виде инъекции.

Для лечения пациентов, страдающих шизофренией с выраженными эмоционально-волевым и когнитивным дефектом, мы используем атипичный нейролептик сертиндол (сердолект). В ходе применения препарата было выявлено, что у данного препарата практически отсутствует седативный эффект и он не вы-

зывает побочных действий в форме экстрапирамидной симптоматики, что выгодно отличает его от других атипичных нейролептиков. Клиническая эффективность препарата связана преимущественно с позитивным воздействием на когнитивную сферу пациентов, что непосредственно способствует расширению сферы воздействия на другие реабилитационные сферы пациента.

Зуклопентиксол (клопиксол) в дозе 4-6 мг в сутки показал свою эффективность при купировании возбуждения, агрессивности и сопутствующей им бессонницы, а также галлюцинаторно-бредовой симптоматики у пациентов преимущественно пожилого возраста. У больных отмечалось улучшение ориентировки и запоминания, адаптации в окружающем за счет ослабления ажитации, растерянности и дезорганизации мышления.

В повседневную практику лечения пациентов интерната вошел атипичный нейролептик – рисперидон (рисполепт), активно применяющийся в дозах 4-6 мг при купировании психотической симптоматики, а также оказывающий выраженное влияние на негативную симптоматику. Препарат значительно выигрывает за счёт различных форм (это таблетки различных дозировок, раствор для приёма внутрь, сублингвальные растворимые таблетки, порошок для приготовления инъекционного раствора длительного действия). Отмечается выраженный эффект при применении пролонгированной формы данного лекарственного средства в дозе 25 мг 1 раз в 2 недели.

Профиль психотропной активности оланзапина (зипрекса) позволил использовать этот препарат при лечении практически всех клинических форм шизофрении с различной выраженностью продуктивной и негативной симптоматики, в том числе с грубыми дефицитарными расстройствами. Данный препарат активно применяется нами в дозе 10-15 мг в качестве поддерживающей терапии у больных шизофренией с длительным, многолетним течением. По мере применения препарата отмечалось улучшение нейрокогнитивных процессов у больных шизофренией, что проявлялось в нормализации деятельности функции памяти и коммуникационных способностей и способствовало более быстрой социализации больных.

На практике положительно зарекомендовали себя различные препараты в виде инъекций пролонгированного действия (клопиксол-депо, rispoleпт-конста). Применение дюрантных форм этих препаратов безопасно для больных, так как не повреждает ткани в месте инъекции, а побочные эффекты возникают редко и быстро проходят. Употребление таких форм лекарственных препаратов освобождает больного от необходимости частого приёма таблетированных форм. Это повышает его самооценку, даёт ощущение "независимости" от лекарства и, как следствие, значительно улучшает комплаенс пациента к терапии.

В интернате постепенно возрастает доля лиц пожилого и старческого возраста (женщин от 55 и мужчин от 60 лет и старше). За период с 2007 по 2009 гг. количество инвалидов в этом возрастном периоде увеличилось с 31,1 до 35,3 %. У этих пациентов часто выявляются различные степени мнестических, когнитивных и интеллектуальных нарушений в рамках органического поражения головного мозга различной этиологии, достигающие у ряда пациентов состояния деменции. Среди больных с клинически установленным диагнозом деменция в основном преобладают лица с умеренными и тяжелыми формами болезни. Это обусловлено тем, что при начальных и умеренных формах болезни люди еще способны вести самостоятельную жизнь в привычных для них домашних условиях.

Препаратами, официально рекомендованными для лечения деменции, являются препараты из группы ингибиторов ацетилхолинэстеразы (АХЭС-И): ривастигмин, галантамин, донепизил и антагонисты NMDA-рецепторов (мемантин) [5].

В интернате были исследованы два препарата, относящихся к классу АХЭС-И: галантамин (реминил) – селективный, конкурентный обратимый ингибитор АХЭ с двойным механизмом действия, которое включает ингибирование АХЭ и аллостерическую модуляцию никотиновых холинергических рецепторов, и ривастигмин (экселон), ингибирующий оба фермента, расщепляющие центральный ацетилхолин: ацетилхолинэстеразу и бутирилхолинэстеразу.

**Дизайн исследования.** Для исследования было отобрано 29 больных, страдающих сосудистой деменцией и болезнью Альц-

геймера (25 и 4 человека соответственно). Все диагнозы были поставлены клинически. По степени тяжести заболевания пациенты распределились следующим образом: легкая форма деменции – 2, умеренная – 16, глубокая – 11 человек. Возраст больных колебался от 60 до 82 лет. Пациенты были разбиты на две группы по 17 и 12 человек, принимавших реминил и экселон соответственно (табл. 2).

Таблица 2

Клинико-социальная характеристика обследуемых

Показатель	Препарат	
	Галантамин (реминил)	Ривастигмин (экселон)
Число больных	17	12
Средний возраст, лет	73,3	77,7
Стадии деменции		
Легкая	1	1
Умеренная	11	5
Тяжелая	5	6

В качестве основных критериев оценки тяжести когнитивных нарушений использовались показатели тестовых методов обследования. Для этого применялись шкалы Clinical Dementia Rating (CDR) и шкала минимальной оценки психического состояния (MMSE). В целях объективизации оценки состояния больных, проживающих в “депривационных” условиях психоневрологического интерната, и соответственно, эффективности лечения данными препаратами была разработана собственная шкала повседневной активности больных – DAP (Daily Activity Patient) применительно к пациентам интерната [2].

Реминил и экселон назначались по стандартной схеме. После каждого месяца лечения все пациенты осматривались лечащим врачом с обязательным тестированием по шкалам CDR, MMSE и DAP. Длительность приема препаратов составила 6 месяцев.

**Результаты.** В результате наблюдения по применению галантамина (реминила) у больных с умеренной и тяжелой формой деменции было установлено, что наибольший терапевтический эффект при применении реминила наступает после трёх ме-

сяцев его использования и связан с благоприятным влиянием препарата на улучшение когнитивных функций и повседневную активность данной группы больных. Отмечалось улучшение их общего функционирования, проявившееся в восстановлении гигиенических навыков, опрятности, самостоятельности в питании.

В ходе применения экселона была также выявлена его эффективность у пациентов с умеренной и тяжелой формами деменции. По общему клиническому впечатлению и психометрическим оценкам, улучшение состояния пациентов определялось повышением целенаправленности и мотивированности психической деятельности. Уменьшалась выраженность нарушений речи и гнозиса. В поведении пациентов появлялась большая адекватность, уменьшалась рассеянность. Лечение ривастигином (экселон) позволило поддерживать когнитивные функции больных с тяжелыми формами деменции на начальном уровне в течение всего периода терапии.

Как показывает анализ динамики когнитивного и повседневного функционирования больных за период исследования, отмечается очевидная эффективность двух препаратов. Стоит отметить, что галантамин (экселон) обладает более активирующим влиянием на уровень общего функционирования пациентов даже с тяжелыми формами деменции (восстановление гигиенических навыков, опрятности, самостоятельности в питании). Спектр действия ривастигина (экселона) был связан больше с замедлением дальнейшего прогрессирования деменции (рис. 2).

Для обеспечения дальнейшего улучшения и стабилизации состояния проживающих необходим длительный прием указанных препаратов. Одной из форм, которая позволит оптимизировать применение ривастигина (экселона), является трансдермальная терапевтическая система (пластырь), применяющаяся ежедневно один раз в сутки. В отношении галантамина (реминила) активно применяется пролонгированная форма препарата по 16 мг в капсулах, что упрощает контроль за ходом лечения пациентов и снижает лекарственную нагрузку у пожилых людей.

После шестимесячного курса приема реминила и экселона получены доказательства о благоприятном влиянии препаратов на улучшение когнитивных функций и повседневную актив-



ность данной группы больных. Их общее функционирование улучшилось, что повысило индивидуальный реабилитационный потенциал. Восстановление или "узнавание" ряда повседневных функций больных позитивно отразилось на их субъективной оценке самочувствия, степени комфортности, т.е. на качестве их жизни.

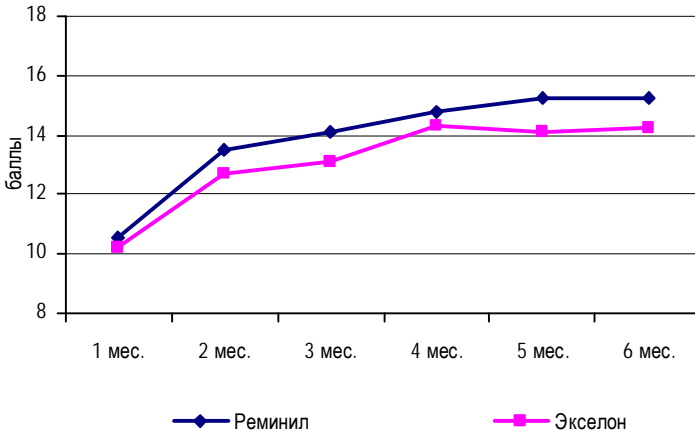


Рис. 2. Динамика функциональной активности больных (шкала DAP)

Таким образом, в рамках действия комплексной реабилитационной системы ПНИ медикаментозная терапия инвалидов вследствие психических заболеваний остается базовой. Ее адекватность является гарантом успешности всех психосоциальных воздействий, оказываемых на пациента.

#### Литература

1. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. М.: Медпрактика, 2003. 264 с.
2. Жигарева Н.П., Горн А.А. Опыт применения реминила в целях медико-социальной реабилитации дементных больных в условиях психоневрологического интерната / Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. № 5. Т. 7. С. 300-303.
3. Жигарева Н.П., Мишин А.В. Деятельность мультифункциональных бригад в реализации программ реабилитации. Концепция

этапных предпочтений интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья // Вестн. Всерос. о-ва специалистов по медико-соц. экспертизе, реабилитации и реабилитац. индустрии. 2009. № 3. С. 10-13.

4. *Мосолов С.Н.* Полвека нейролептической терапии: основные итоги и новые рубежи // Новые достижения в терапии психических заболеваний. М., 2002. С. 47-82.
5. *Andreasen N.* Новые подходы к терапии деменции // Болезнь Альцгеймера и когнитивные нарушения в пожилом возрасте: достижения в нейробиологии и терапии: материалы 4-й Рос. науч.-практ. конф. 4-5 июня 2008 г. М.: Пульс, 2008. С. 51.