

являлись, свищи отсутствовали. Рентгенологически почти во всех случаях патологические очаги в периапикальных тканях уменьшились, отмечалась тенденция к частичной или полной оссификации очага деструкции костной ткани. Через 1–2 года после лечения в 11,3% случаев наблюдалось обострение хронического гранулирующего периодонтита.

Таким образом, комплекс клинических и бактериологических исследований позволяет считать целесообразным применение ТМП/СМК и их комбинации с метронидазолом как средств антианаэробной терапии при периодонтите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Будзинский Н. Э., Сирак С. В., Максимова Е. М., Сирак А. Г. Определение антимикробной активности мирамистина, иммобилизованного на композиционном полисорбе, на микрофлору корневых каналов при остром и обострившемся хроническом периодонтите и процесс оссификации в эксперименте на животных // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 7–3. – С. 518–522.
2. Будзинский Н. Э., Сирак С. В. Особенности лечения хронического верхушечного периодонтита с использованием мирамистина, иммобилизованного на композиционном полисорбе // *Современные проблемы науки и образования*. – 2013. – № 3. – С. 133.
3. Григорьянц Л. А., Сирак С. В., Зекерьяев Р. С., Арутюнян К. Э. Показания и эффективность использования различных хирургических вмешательств при лечении больных с одонтогенным гайморитом, вызванным выведением пломбировочного материала в верхнечелюстной синус // *Стоматология*. – 2007. – Т. 86. № 3. – С. 42–46.
4. Сирак С. В., Шаповалова И. А., Пугина Ю. Н., Лолаева А. К., Афанасьева О. В., Локтионова М. В. Особенности выбора антимикробных препаратов для местного лечения воспалительных заболеваний пародонта у детей и подростков // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2008. – Т. 7. № 4. – С. 61–63.
5. Сирак С. В., Копылова И. А. Использование результатов анкетирования врачей-стоматологов для профилактики осложнений, возникающих на этапах эндодонтического лечения зубов // *Эндодонтия Today*. – 2010. – № 1. – С. 47–51.
6. Сирак С. В., Шаповалова И. А., Копылова И. А. Осложнения, возникающие на этапе пломбирования корневых кана-

лов зубов, их прогнозирование и профилактика // *Эндодонтия Today*. – 2009. – № 1. – С. 23–25.

7. Сирак С. В., Сирак А. Г., Копылова И. А., Бирагова А. К. Изучение морфологических изменений в пульпе зубов экспериментальных животных при лечении глубокого кариеса и острого очагового пульпита // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2011. – Т. 23. № 3. – С. 29–33.

8. Сирак С. В., Копылова И. А. Вопросы повышения качества эндодонтических вмешательств по данным анкетирования врачей-стоматологов // *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. – 2010. – № 2. – С. 127–129.

9. Сирак С. В., Быков И. М., Сирак А. Г., Аколова Л. В. Профилактика кариеса и воспалительных заболеваний пародонта с использованием зубных эликсиров // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2013. – № 6 (141). – С. 166–169.

10. Сирак С. В., Зекерьяева М. В. Изучение противовоспалительных и регенераторных свойств стоматологического геля на основе растительных компонентов, глюкозамина гидрохлорида и димексида в эксперименте // *Пародонтология*. – 2010. – Т. 15. № 1. – С. 46–50.

11. Сирак С. В., Коробкеев А. А., Шаповалова И. А., Михайленко А. А. Оценка риска осложнений эндодонтических манипуляций на основе показателей анатомо-топографического строения нижней челюсти // *Эндодонтия Today*. – 2008. – № 2. – С. 55–60.

12. Страчунский Л. С., Решедько Г. К., Эйдельштейн М. В., Стецюк О. У., Рябкова Е. Л., Тихонов Ю. Г., Богомолова Н. С., Большаков Л. В., Александрова И. А., Ритчик Л. А., Гуцуцидзе Е. Н., Поликарпова С. В., Строганов В. М., Курчаев В. А., Вострикова Т. Ю., Фурлетова Н. М., Афиногенов Г. Е., Суборова Т. Н., Тец В. В., Кречикова О. И. и др. Сравнительная активность цефепима и других антибиотиков в отношении нозокомальных грамотрицательных возбудителей инфекций в России // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. – 2003. – Т. 5. № 3. – С. 259–274.

13. Stratchounski L. S., Dekhnic A. V., Kretchikov V. A., Edelstain I. A., Narezkina A. D., Afinogenov G. E., Akhmetova L. I., Boronina L. G., Gugutcidze E. N., Gudkova L. V., Zdzitovetcki D. E., Ilyina V. N., Kretchikova O. I., Marusina N. E., Multih I. G., Pylaeva S. I., Smirnov I. V., Suborova T. N., Taraban V. K., Furletova N. M. et al. Antimicrobial resistance of nosocomial strains of staphylococcus aureus in Russia: results of a prospective study // *Journal of chemotherapy*. – 2005. – Т. 17. № 1. – С. 54–60.

Поступила 28.11.2014

В. Г. КАЛЕДА, С. А. ГОЛУБЕВ, М. А. ОМЕЛЬЧЕНКО

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ПРИНЦИПЫ В ТЕРАПИИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, МАНИФЕСТИРУЮЩЕЙ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН,

Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34; тел. 89038006448. E-mail: color1982@bk.ru

На основании анализа терапии в процессе клинико-катамнестического обследования 347 больных юношеского возраста (16–25 лет), страдающих приступообразной формой шизофрении (F20 по МКБ-10), госпитализированных с первыми психотическими приступами в клинику НЦПЗ РАМН в период с 2000 г. по 2013 г., был сформулирован ряд ключевых положений, позволяющих структурировать подходы к организации и проведению терапевтических мероприятий. Описаны основные тактики назначения нейролептической терапии на различных этапах течения шизофренического процесса. Кроме того, обоснована необходимость использования психокоррекционных и социореабилитационных методик в составе комплексного лечения пациентов юношеского возраста.

Ключевые слова: шизофрения, юношеский возраст, психоз, терапия.

V. G. KALEDA, S. A. GOLUBEV, M. A. OMELCHENKO

THE BASIC MODERN PRINCIPLES AND APPROACHES TO THERAPY OF THE ENDOGENOUS PSYCHOSES WITH THE FIRST ATTACK AT YOUTHFUL AGE

Mental health research center of the Russian academy of medical science Russia, Russia, 115522, Moscow, 34, Kashirskoye shosse; tel. 89038006448. E-mail: color1982@bk.ru

It was carried out detailed clinical and follow-up examination of 347 patients of youthful age (16–25 years), with the episodic type of schizophrenia (F20 in ICD-10), hospitalized with manifest psychotic attacks in clinic of MHRC of the RAMS during the period from 2000 to 2013.

A number of the key provisions, allowing to structure approaches to the organization and carrying out therapeutic actions at patients with first attacks of the youthful schizophrenia was formulated. The main tactics of purpose of antipsychotic therapy at various stages of a course of schizophrenia was described, besides, need of use of methods of mental correction and social rehabilitation as a part of complex treatment of patients of youthful age was proved.

Key words: schizophrenia, youthful age, psychosis, therapy.

Введение

Шизофрения является тяжёлым хроническим психическим заболеванием, распространённость которого является сходной в различных популяциях и в среднем достигает около 1% взрослого населения. В настоящее время, согласно официальным статистическим данным, эти пациенты занимают 50–60% коечного фонда психиатрических стационаров в Российской Федерации [15].

Тяжёлое экономическое бремя данной болезни связано с высокой частотой развития обострений состояния – практически половина этих больных вынуждена ежегодно проходить курс лечения в условиях психиатрического стационара. При этом в случае отсутствия лечения у 40–60% пациентов возникает повторное обострение состояния в течение 6 месяцев. В ряде исследований было выявлено, что при применении плацебо риск развития обострений достигает 10% в месяц, а при использовании нейролептиков снижается до 1% в месяц [10].

Согласно эпидемиологическим данным [14, 24], наибольшая частота манифестации шизофренического процесса приходится на возрастной период 16–25 лет, то есть на юношеский возраст, что связывается с патогенетической ролью пубертатного кризисного периода.

При этом всё шире бытует представление о том, что лишь своевременность и адекватность

ранней диагностики и терапии в этих случаях могут обеспечить скорейшее купирование продуктивной симптоматики, наиболее качественный выход из психоза и профилактику рецидивов, способствовать минимизации альтернирующего влияния болезни на личность пациентов, достижение оптимального уровня их ресоциализации и реадaptации [17, 24, 27].

Анализируя данные современной литературы, можно говорить о том, что в работах различных авторов происходит некоторая унификация терапевтических методик, обобщающая особенности лечебных тактик у больных разных возрастных периодов, в том числе юношеского. При этом не учитывается влияние существующих в период юношеского возраста особых нейро-, иммуно-, морфологических и психологических особенностей на безопасность и эффективность проводимых терапевтических мероприятий.

Материалы и методы исследования

Принципы и подходы к терапевтическим мероприятиям были разработаны нами на основании клинико-психопатологического и клинико-катамнестического наблюдения когорты, состоявшей из 347 больных юношеского возраста (16–25 лет), страдающих приступообразной формой шизофрении (F20 по МКБ-10), госпитализированных с первыми приступами аффективно-бредовой,

галлюцинаторно-бредовой и кататоно-бредовой структур в клинику НЦПЗ РАМН в период с 2000 г. по 2013 г. Помимо клинических методов также использовался ряд формализованных оценочных шкал для объективизированной оценки степени выраженности психопатологической симптоматики различных регистров в динамике и структуре изученных состояний: PANSS (Positive and negative syndrome scale for schizophrenia), CGI (Clinical global impression), UKU (Udvalg for kliniske undersøgelser scale).

Основные результаты клинико-психопатологического, клинико-катамнестического и клинико-биологического изучения указанных пациентов ранее описывались в публикациях различных лет, созданных в том числе в соавторстве с коллегами из НЦПЗ РАМН [5, 7, 9, 13].

Результаты исследования и их обсуждение

В целом можно говорить о том, что основной целью медикаментозного лечения больных приступообразной шизофренией юношеского возраста являются скорейшее достижение и удержание стойкой ремиссии максимально высокого качества [20, 27], близкого к уровню выздоровления (recovery) [3, 22]. Согласно различным исследованиям, а также руководствуясь данными клинической практики, можно сделать вывод, что при адекватно подобранном лечении продуктивная психопатологическая симптоматика у большинства больных (до 83%) [25] с первым приступом психоза практически полностью исчезает. Следовательно, конечной целью терапии должна быть максимально полная редукция психопатологической симптоматики, а не приспособление к ней.

Однако, поскольку облегчение болезненной симптоматики не всегда в полной мере может гарантировать хороший социальный исход [8, 27], пациентам помимо медикаментозной помощи также необходимо создать максимально благоприятные возможности для восстановления и дальнейшего развития жизненных навыков, повышения уровня социальной адаптации и интеграции в окружающее их общество [6, 19].

Эти положения особенно актуальны в юношеском возрасте, проявления которого обусловлены происходящими в организме бурными нейробиологическими изменениями и морфофункциональными перестройками, общей незавершённостью онтогенетического развития и, как следствие, недостаточной сформированностью личности в эмоциональной и интеллектуальной сферах [11, 13].

Нами были сформулированы основные принципы, касающиеся подходов к организации и проведению терапевтических мероприятий у больных с первыми приступами юношеской шизофрении:

достижение терапевтического альянса;
своевременное назначение нейролептической терапии;
персонализированный подход к терапии каждого пациента;
ориентация на длительную поддерживающую терапию и преодоление рецидивов;
сочетание психофармакотерапии с реабилитационными мероприятиями.

Как было установлено в проведённых исследованиях, приверженность данным принципам терапии обеспечивает достижение ремиссий высокого качества, а также существенно улучшает социальную адаптацию пациентов.

Крайне важными являются скорейшее достижение терапевтического альянса с пациентами, их вовлечение в терапевтический процесс. В зависимости от особенностей состояния конкретного пациента лечащий врач должен избирать соответствующую терапевтическую тактику. В соответствии с современными тенденциями приоритетным является формирование у пациента собственной ответственности за процесс лечения и своё поведение в социуме.

Неукоснительное соблюдение режима и схемы приёма препаратов являются определяющими для установления полноценного комплайенса. При этом именно в юношеском возрасте терапевтический альянс особенно трудно достижим, так как пациенты сомневаются в необходимости медикаментозного лечения или же со свойственным данному возрастному периоду негативизмом относятся к нему отрицательно [27].

Таким образом, для вовлечения пациентов юношеского возраста в терапевтический процесс необходимы индивидуальный подход к каждому из них, тщательный поиск лечащим врачом точек соприкосновения с каждым больным и членами его семьи [6].

Следующим важнейшим принципом является своевременное назначение нейролептической терапии. В настоящее время общепризнанным является тот факт, что ранняя стадия развития психотического состояния являются периодом наиболее бурного течения заболевания. Существуют мнения относительно того, что начальные этапы психоза является предиктором, предсказывающим особенности его развития в более отдалённом периоде. Практика показывает, что терапевтическому вмешательству зачастую предшествует продолжительное течение заболевания без лечения.

Основными причинами позднего обращения за помощью являются недостаточная критика пациентов, а также их родственников развивающегося состояния, страх последствий выявления психического расстройства, недостаточная осведомлённость врачей общей практики в вопросах

психиатрии, неверная диагностика при обращении за психиатрической помощью.

Нередко врачи, избирая тактику «подождём и посмотрим», занимают выжидательную позицию в отношении терапии заболевания до развития выраженных продуктивных психопатологических симптомов или социально опасного поведения или, наоборот, при выявлении первых манифестных проявлений болезни избыточно применяют антипсихотические препараты с мощным инцизивным и седативным действием, не принимая во внимание психологические и биологические особенности юношеского возраста, а также поведенческую токсичность данных лекарственных средств, радикально нарушающую привычное социальное функционирование пациентов, а также широкий спектр экстрапирамидных, нейроэндокринных и метаболических побочных эффектов, отмечающийся при бессистемном применении массивной антипсихотической терапии.

Персонализированный подход к терапии каждого пациента является третьим принципом терапии больных юношеской приступообразной шизофренией. Клиническая практика показывает, что, несмотря на результаты многочисленных психофармакологических исследований, индивидуальный подбор схемы лечения производится. В любом случае при выборе нейролептика следует руководствоваться установкой «лечить не болезнь, а больного», что означает наибольший эффект от лечения у конкретного пациента при наименьшем риске побочных эффектов лечения.

В процессе терапии больных ведущая роль отводится психофармакологическому воздействию на нейробиологические причины развития пси-

хотического состояния. При этом до настоящего времени не существует «идеального нейролептика», который бы гарантировал полную редукцию симптоматики, хороший спектр переносимости и отсутствие рецидивов в дальнейшем.

На этапе купирующей терапии выбор препаратов определяется степенью выраженности тех или иных продуктивных психопатологических расстройств – степенью систематизации и завершённости бредовых построений, интенсивностью галлюцинаторной симптоматики, а также ролью и представленностью симптоматики аффективного и кататонического регистров в картине психоза. Вследствие этого на этапе купирования приступа предпочтение отдаётся препаратам с мощным инцизивным действием из группы как атипичных, так и конвенциональных нейролептиков, в том числе в парентеральной форме. В настоящее время оптимальным считается приоритетное назначение современных атипичных антипсихотиков в качестве препаратов первой линии выбора при лечении манифестных психотических состояний [12, 21].

Основным показанием для назначения классических нейролептиков остаются острые психотические состояния с выраженным психомоторным возбуждением, отказом больных от лечения в связи с широкой представленностью их в инъекционных формах. При купировании остроты состояния на этапе его перехода к стабилизации производятся постепенное уменьшение дозировок антипсихотиков с мощным инцизивным и седативным действием и постепенная их замена на препараты, обладающие наряду с широким антипсихотическим действием большей дезингибирующей активностью и когнитотропным действием.

Спектр действия атипичных антипсихотиков

Побочные эффекты	Азенапин	Амисульприд	Арипипразол	Зипрасидон	Кветиапин	Клозапин	Оланзапин	Палиперидон	Рисперидон	Сертиндол
Инцизивное	++	++	++	++	++	++++	+++	++	+++	++
Седативное	+	-/+	-/+	-/+	+	++++	+++	+	++	++
Антиманиакальное	++	-/+	-/+	+	++	++	++	++	++	+
Антибредовое	++	+	+	++	++	++++	++++	+++	++++	+++
Антигаллюцинаторное	++	+	+	++	++	-/+	++	+++	++++	+++
Антикататоническое	+	-/+	-/+	+	+	+++	++++	++	+++	++
Дезингибирующее (антинегативное)	++	+	+++	+	++	+	++	++	+	+
Когнитотропное	+	+	+++	+	++	+	++	++	++	-/+

Примечание: ++++ – очень сильная выраженность; +++ – сильная; ++ – умеренная; + – слабая; -/+ – минимальная.

Не менее важным является селективное антипсихотическое воздействие на различные симптомы-мишени в структуре психоза, которое существенно различается у нейролептиков. Выбор конкретного препарата проводят в зависимости от психопатологической структуры приступа (обострения). Кроме того, необходимо учитывать дезингибирующее, когнитотропное и седативное действие препаратов.

Выраженность общего инцизивного антипсихотического действия, проявляющегося в способности недифференцированно редуцировать проявления психоза, в наибольшей степени выражена у клозапина, несколько ниже у рисперидона, оланзапина и сертиндола. У кветиапина, палиперидона, азенапина и зипрасидона общее антипсихотическое действие выражено умеренно. В наименьшей степени оно присутствует у арипипразола и амисульприда.

Среди мощных типичных нейролептиков наибольшей антипсихотической и купирующей активностью обладают галоперидол и зуклопентиксол, однако применение данных препаратов, особенно в юношеском возрасте, влечёт за собой намного более высокий риск развития экстрапирамидных симптомов, чем при применении атипичных нейролептиков.

Если в картине психоза преобладают психомоторное возбуждение, агрессивность, враждебность, используют нейролептики с преобладанием седативного действия, в том числе парентерально – тизерцин, хлорпромазин, оланзапин, галоперидол. У рисперидона выраженность седативного действия зависит от способа введения препарата: у таблетированных форм оно менее выражено, чем у быстрорастворимых таблеток (рисполепт квиклет) и жидкой формы. Клозапин оказывает существенное влияние на редукцию импульсивной агрессии, склонности к насилию. У кветиапина, арипипразола и зипрасидона седативное действие минимально.

Имеются данные относительно выраженности антиманиакального действия азенапина [23]. Антиманиакальное действие у рисперидона, палиперидона, оланзапина, зипрасидона и клозапина имеет умеренную степень выраженности, возможно назначение оланзапина в инъекционной форме для лечения мании с ажитацией. Кветиапин также умеренно эффективен при маниакальных состояниях. Применение арипипразола для купирования мании, несмотря на ряд положительных отзывов и результатов испытаний, на наш взгляд, нежелательно, так как данный препарат, особенно в небольших дозах, может оказывать стимулирующий эффект и потенцировать ухудшение состояния. В случае преобладания галлюцинаторно-параноидной симптоматики предпочтение отдают атипичным

антипсихотикам с селективным антибредовым и антигаллюцинаторным действием – рисперидону, палиперидону, клозапину, оланзапину, сертиндолу или «сильным» типичным нейролептикам с выраженным антибредовым и антигаллюцинаторным действием: галоперидолу, зуклопентиксолу, трифлуоперазину. Антибредовое и антигаллюцинаторное действие у кветиапина, зипрасидона и азенапина выражено умеренно, в наименьшей степени здесь эффективны амисульприд и арипипразол.

Кроме того, в процессе анализа эффективности воздействия различных препаратов на галлюцинаторно-бредовый симптомокомплекс установлено, что наилучшим воздействием на галлюцинаторную симптоматику обладает рисперидон, в то время как применение оланзапина и клозапина в большей степени способствует редукции бредового синдрома, что подтверждается рядом авторов в различных исследованиях [2].

Полиморфизм психотических расстройств, свойственный приступам юношеского возраста, с наличием кататонической и гебефренической симптоматики требует использования атипичных нейролептиков, в первую очередь оланзапина, клозапина или рисперидона в сочетании с высокими дозировками хлорпромазина и возможностью присоединения электросудорожной терапии. Типичные нейролептики малоэффективны для лечения кататонии.

В ряде исследований доказано, что атипичные антипсихотики (в противоположность традиционным нейролептикам) уменьшают выраженность нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией. В наибольшей степени улучшают когнитивные функции оланзапин, арипипразол, кветиапин и палиперидон, в несколько меньшей – клозапин, рисперидон и амисульприд.

В результате многочисленных исследований было доказано, что атипичные антипсихотики существенно превосходят конвенциональные нейролептики по степени воздействия на негативную симптоматику [26]. Наиболее эффективными из атипичных нейролептиков в данном отношении являются арипипразол, оланзапин, азенапин и палиперидон, в несколько меньшей степени – клозапин, сертиндол, рисперидон, амисульприд, кветиапин и зипрасидон.

Отчасти лучшее нейрокогнитивное функционирование и меньшая степень представленности негативных расстройств объясняются тем, что на фоне терапии атипичными нейролептиками не происходит столь выраженного развития вторичной негативной симптоматики, как на фоне терапии конвенциональными антипсихотиками.

Следует помнить о том, что терапевтический эффект от применения большинства

антипсихотиков развивается отсроченно, в результате чего врачи зачастую стремятся неоправданно повышать дозировки на начальных этапах терапии, что приводит к резкому усилению степени выраженности побочных эффектов. По результатам наших наблюдений, подтверждаемых данными различных исследований, можно говорить о том, что развёрнутый клинический эффект при правильной титрации доз и адекватном выборе антипсихотика наступает в среднем через 1–6 недель после начала терапии.

Во всех случаях стратегия терапии с первых шагов купирования психотической симптоматики должна выстраиваться с учетом последующего длительного этапа поддерживающей профилактической терапии.

Четвёртый принцип – ориентация на длительную поддерживающую терапию и преодоление рецидивов. В настоящее время не существует однозначных рекомендаций относительно продолжительности антипсихотической терапии после купирования первого психотического эпизода. По имеющимся данным, повторные рецидивы психотической структуры после первых 5 лет отмечаются у 81,9% пациентов [1, 5]. В связи с особенностями юношеского возрастного периода рекомендуется приём поддерживающей терапии на протяжении 5 лет после первого психотического эпизода и пожизненно – после повторного приступа. Тем не менее в силу специфики юношеского контингента больных (высокий процент нон-комплаенса или частичного комплаенса) зачастую пациенты самостоятельно прерывают приём поддерживающей терапии. В связи с этим возрастает роль психообразовательной работы с пациентами [6, 16].

Препаратами первого выбора при проведении длительной поддерживающей терапии также остаются атипичные нейролептики. Необходимо подбирать препараты и дозы так, чтобы постепенно уменьшать седативный и увеличивать антинегативный эффект лечения.

Для профилактики рецидивов болезни часто используют тот же препарат, что и для купирования приступа, но в более низких дозах. Его дозировка по мере формирования ремиссии постепенно снижается до уровня, необходимого для поддержания стабильного состояния.

При сохраняющейся лабильности качества ремиссии, тенденции к частым обострениям, а также наличии у больных отрицательного отношения к длительному лечению целесообразными являются назначение инъекционных пролонгированных форм антипсихотических препаратов и присоединение активной психокоррекционной и реабилитационной работы, направленной на формирование у больного положительной установки на лечение.

Пятый принцип терапии больных юношеского возраста – сочетание психофармакотерапии с реабилитационными мероприятиями. Речь идёт о системе скоординированных медицинских, психотерапевтических и социальных воздействий, которые призваны обеспечить адаптацию больных и возможность их социальной реинтеграции. В качестве комплексного психотерапевтического воздействия у изученных больных применяются следующие методики: психокоррекционная (групповая и индивидуальная); семейная психотерапия, арт-терапия.

Задачей подобной комплексной терапии является как улучшение комплаентности, так и выработка у пациентов адекватного отношения к своей болезни, обретение пациентом чувства «господства над болезнью». Речь идёт об умении жить с резидуальными продуктивными психическими расстройствами и вовремя обращаться к врачу при ухудшении психического состояния.

Как показывают наблюдения, в связи с психологическими особенностями юношеского возраста именно групповая работа, которая ставит целью восстановление и развитие жизненных навыков в поддерживающем окружении, является приоритетной разновидностью психотерапии у данного возрастного контингента лиц [4, 6].

Таким образом, можно говорить о применении комплексного подхода в курации больных, что, на наш взгляд, существенно повышает эффективность терапевтической помощи больным, не только приводя к купированию симптоматики в остром периоде, но и обеспечивая профилактику рецидивов, а также социальную, учебную и трудовую адаптацию пациентов. Социально-трудовые рекомендации, тесно связанные с вопросами прогноза, также должны даваться дифференцированно, с учетом особенностей перенесенного приступа и определения вектора возможностей дальнейшего функционирования каждого конкретного больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубев С. А. Психопатологические особенности первого приступа юношеского эндогенного психоза, протекающего с доминированием галлюцинаторных расстройств // Психиатрия (научно-практический журнал). – 2010. – № 2. – С. 16–24.
2. Голубев С. А. Психофармакологические аспекты терапии первых приступов с доминированием галлюцинаторных расстройств при юношеских эндогенных психозах // В сб. научно-практической конференции молодых ученых и специалистов в области психического здоровья Центрального федерального округа «Психиатрия глазами молодых учёных». – Тула, 2008. – С. 63–68.
3. Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожакова Я. А. Выздоровление при шизофрении: Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18. № 2. – С. 7–14.

4. Казьмина О. Ю., Каледа В. Г. Значение групповой психокоррекционной терапии для профилактики социальной дезадаптации при аффективных и шизоаффективных расстройствах юношеского возраста. – Хабаровск, 1995. – Т. 1. – С. 44–45.
5. Каледа В. Г. Приступообразные эндогенные психозы, манифестирующие в юношеском возрасте: закономерности течения и исхода (клинико-катамнестическое исследование) // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 9. – С. 11–23.
6. Каледа В. Г., Маричева М. А., Бархатова А. Н., Полович У. О. Субъективное отношение к болезни и психотерапевтические стратегии при первом психотическом приступе у юношей // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 10. – С. 23–28.
7. Каледа В. Г., Лебедева И. С., Якимов А. О., Бархатова А. Н., Ахадов Т. А., Семенова Н. А., Петрайкин А. В. Структурно-функциональные характеристики головного мозга у больных юношеского возраста в ремиссии после первого приступа эндогенного психоза // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – Т. 111. № 10. – С. 18–22.
8. Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. – СПб: Гиппократ, 2004. – 336 с.
9. Лебедева И. С., Каледа В. Г., Бархатова А. Н. Нейрофизиологические характеристики когнитивных функций у больных с первым приступом эндогенного психоза юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107. № 2. – С. 12–20.
10. Любов Е. Б., Чапурин С. А., Чурилин Ю. Ю. Фармакоэкономический анализ пятилетней поддерживающей терапии больных шизофренией зелдоксом, rispолептом, сероквелем и солианом // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17. Вып. 1. – С. 33–40.
11. Мелешко Т. К., Критская В. П., Сергеева О. Е., Каледа В. Г. Первый психотический приступ в юношеском возрасте: особенности личности и когнитивной деятельности больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113. № 11. – С. 10–16.
12. Мосолов С. Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 6. – С. 4–11.
13. Плужников И. В., Омельченко М. А., Крылова Е. С., Каледа В. Г. Нейропсихологическая синдромология непсихотических психических расстройств юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113. № 12. – С. 19–25.
14. Ротштейн В. Г. Шизофрения: возраст начала заболевания (клинико-эпидемиологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 12. – С. 37–42.
15. Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. – М.: «Медицина», 2012. – Т. 1. – 807 с.
16. Свиридов И. Г. Проблема психообразования при оказании психиатрической помощи // Психическое здоровье. – 2012. – № 4. – С. 59–67.
17. Шацберг А. Ф., Коул Д. О., ДеБаттиста Ч. Руководство по клинической психофармакологии. – МЕДпресс, 2013. – 608 с.
18. Цуцельковская М. Я., Каледа В. Г., Олейчик И. В., Колейко Г. И., Изнак А. Ф., Коляскина Г. И., Корсаков Н. К., Мельниченко Г. А., Михайлова Е. С. О необходимости специальных подходов к психофармакотерапии эндогенных расстройств юношеского возраста // Материалы IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – Москва, 2002. – С. 491.
19. Ястребов В. С., Митихин В. Г., Солохина Т. А., Михайлова И. И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – Т. 108. № 6. – С. 4–10.
20. Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus // Am. j. psychiat. – 2005. – № 162. – P. 441–449.
21. Dixon S., Peters J. R. Evaluating the 'real' cost-effectiveness of health technology: reconciling the public interest with patients' interests // Current. medical. research and opinion. – 2007. – № 23. – P. 1–6.
22. Harrow M., Jobe T. H. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? // Schizophrenia bulletin. – 2013. – № 39. – P. 962–965.
23. Kane J. M., Mackle M. Snow-Adami L. et al. A randomized placebo-controlled trial of asenapine for the prevention of relapse of schizophrenia after long-term treatment // J. clin. psychiat. – 2011. – Vol. 72. – P. 349–355.
24. Lauronen E. Course of illness, outcome and their predictors in schizophrenia (The Northern Finland 1966 Birth Cohort study) // Acta universitatis Oulunsis D medica 910, Oulun Yliopisto, Oulu. – 2007. – 115 p.
25. Lieberman J. A., Stroup T. S., McEvoy J. P. et al. Clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE) investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia // N. engl. j. med. – 2005. – № 353. – P. 1209–1223.
26. Tandon R., Keshavan M. S., Nasrallah H. A. Schizophrenia «Just the Facts»: what we know in 2008 part 1: overview // Schizophr res. – 2008. – Т. 100. № 1–3. – P. 4–19.
27. Wobrock T., Hasan A., Falkai P. Innovative treatment approaches in schizophrenia enhancing neuroplasticity: aerobic exercise, erythropoietin and repetitive transcranial magnetic stimulation // Current pharmaceutical biotechnology. – 2012. – № 13 (8). – P. 1595–1605.

Поступила 06.10.2014