

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУЛЬПИРИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАВЯЗЧИВОСТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Н. А. Тювина, С. В. Прохорова, Т. Н. Максимова

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова
Кафедра психиатрии и наркологии*

Выделение навязчивостей в самостоятельное расстройство относится к середине XIX века, хотя первые упоминания о них встречаются в трудах Ф.Пинеля (1829), Ж.Эскироля, включившего их в «мономании» (1838). В 1867 году Р.Крафт-Эбинг предложил для обозначения навязчивых явлений в форме представлений, идей, влечений и поступков термин *Zwangsvorstellungen*, который остался в германской литературе, в то время как во французской литературе закрепился преимущественно термин *obsessions*. В русской психиатрии термин «навязчивые представления» был введен И.Балинским [цит. по 8]. К.Вестфаль в 1871 году выделил агорафобию, а несколько позднее дал развернутое определение навязчивых состояний как психопатологического синдрома.

В отечественной психиатрии, наряду с неврастенией и истерией, был выделен невроз навязчивых состояний, включающий тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства: агорафобию с паническими атаками и без них, ипохондрические фобии (нозофобии), социальные и изолированные фобии, обсессивно-компульсивное расстройство [12]. В МКБ-10 тревожно-фобические расстройства и обсессивно-компульсивные диагностируются отдельно.

Навязчивости, как известно, являются не только неотъемлемой частью невротических расстройств, но и малопрогредиентной шизофрении наряду с другими неврозо- и психопатоподобными нарушениями [7]. Сложная структура самого синдрома навязчивостей, включающая навязчивые страхи, сомнения, представления, влечения, идеи, сопровождающиеся ограничительным поведением и ритуалами, а также сочетание этих расстройств с другими психическими и сомато-вегетативными (панические атаки, соматическая тревога) нарушениями создаёт определённые трудности в подборе психофармакотерапии. Известно, что антиобсессивной активностью обладают некоторые трициклические антидепрессанты (кломипрамин), применявшиеся в течение длительного времени для лечения навязчи-

востей. Последние годы к препаратам первой линии, рекомендуемым при обсессивно-фобических нарушениях, относят антидепрессанты с анксиолитической активностью из группы СИОЗС, однако многочисленные исследования свидетельствуют о том, что примерно в половине случаев их эффективность явно недостаточна. Приходится рекомендовать комплексную терапию с включением препаратов разной направленности действия: антидепрессантов, транквилизаторов, антипсихотиков. Использование в таких случаях психотропных средств, обладающих несколькими психотропными эффектами, упрощает задачу по подбору адекватной терапии.

Одним из таких препаратов является сульпирид, родоначальник группы бензамидов. Сульпирид обладает большой терапевтической широтой в связи с особенностями его психотропной активности. Помимо антипсихотического действия (в дозах 600–1200 мг/сутки), связанного с блокадой постсинаптических D2-рецепторов, сульпирид, применяемый в малых дозах (100–600 мг), блокирует пресинаптические D2-рецепторы, что вызывает продофаминэргический эффект, благодаря чему препарат оказывает воздействие на негативные симптомы шизофрении и аффективные расстройства [1, 10, 19, 20]. Сульпирид обладает активирующим (антиастеническим), антидепрессивным (тимоаналептическим) действием, а также может способствовать улучшению когнитивных функций, благодаря некоторому влиянию на глутаматные рецепторы [5, 10, 11, 19, 20]. В отличие от традиционных нейролептиков, сульпирид не взаимодействует с адрено-, гистаминовыми и холинорецепторами, что определяет его хорошую переносимость и безопасность применения у больных с сопутствующей соматической патологией [5, 9, 16, 17]. Фармакокинетическим преимуществом сульпирида является отсутствие активных метаболитов и его выведение почками, минуя метаболизацию в печени, и, следовательно – взаимодействие с другими препаратами [5, 10]. Для него также характерно благоприятное соматотропное действие, которое связывают как с централь-

ным (подавление дофаминэргических рецепторов в триггерной зоне рвотного центра), так и периферическим (нормализация моторики желудка, толстой и тонкой кишки, желчного пузыря) влиянием нейролептика [5, 18]. Благодаря уникальному сочетанию психотропных и соматотропных эффектов, сульпирид широко используется в соматической практике, особенно в гастроэнтерологии, неврологии, дерматологии [3, 4, 9, 17]. Так, купирование тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств у пациентов с дерматологическими заболеваниями способствовало положительной динамике кожной патологии и улучшению качества жизни пациентов [4]. В литературе имеется большое количество работ по эффективному использованию сульпирида в различных областях психиатрии: при лечении невротических и «маскированных» депрессий, ипохондрических расстройств, нарушений пищевого поведения, обсессивно-компульсивных расстройств [2, 3, 9, 11, 15, 17]. Несмотря на то, что доказана его антипсихотическая активность при назначении больших доз (более 600 мг/сутки), тем не менее применение сульпирида в лечении острых и хронических психозов ограничено [6]. С гораздо большим успехом он использовался в терапии малопрогрессирующей шизофрении с невротоподобной симптоматикой [13], а также для купирования депрессивных и негативных расстройств при других формах шизофрении [14]. Однако в последние годы не проводилось сравнительных исследований эффективности сульпирида при обсессиях в рамках различных психических заболеваний. В связи с этим, целью настоящей работы явилось изучение эффективности сульпирида при терапии обсессивно-компульсивного расстройства и малопрогрессирующей шизофрении с навязчивостями.

Материал и методы

Исследование проводилось в стационарных и амбулаторных условиях в первом мужском психиатрическом отделении клиники психиатрии им. С.С.Корсакова Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М.Сеченова.

До начала терапии сульпиридом осуществлялась постепенная отмена предшествующей терапии. Больные подвергались психическому и соматоневрологическому обследованию.

Исключались из исследования пациенты, страдающие тяжелыми соматическими заболеваниями, другими психическими расстройствами, злоупотребляющие психотропными веществами. Психическое состояние и его динамику в процессе терапии определяли традиционным клиническим методом с использованием психометрических шкал: — шкалы Yale-Brown для обсессий и компульсий (Y-BOCS), шкалы общего впечатления — CGI и шкалы побочных явлений UKU. Оценку психического и сомати-

ческого состояния пациента производили до назначения препарата и на 7, 14, 28, 42 день исследования. Помимо оценки витальных функций (артериальное давление, частота сердечных сокращений, общие клинические анализы крови и мочи), учитывались также показатели веса тела, данные других клинических и параклинических исследований (ЭКГ, биохимические анализы крови), необходимых при квалификации возникающих побочных эффектов.

Сульпирид¹ назначался индивидуально с учетом выраженности имеющихся расстройств, переносимости препарата и реакции пациента на лечение. Начальная доза составляла от 50–100 мг в день. При необходимости дозу повышали до 400–600 мг/сутки. Средние терапевтические дозы — 150–400 мг/сутки. Во время исследования не допускалось назначение антидепрессантов и нейролептиков. Разрешалось кратковременное использование транквилизаторов и гипнотиков (золпидем, зопиклон).

Статистическую обработку материала производили с помощью комплекса программ «Statistica 6.0».

Характеристика пациентов

В исследование были включены 47 мужчин в возрасте от 17 до 43 лет (средний возраст $27,5 \pm 1,5$ года). По результатам оценки психических расстройств согласно МКБ-10, пациенты были разделены на две группы. В одной группе 32 пациента с диагнозом малопрогрессирующая шизофрения (Ш) с невротоподобной симптоматикой (F21.3), в другой — 15 пациентов с диагнозом обсессивно-компульсивное расстройство — ОКР (F42.0).

В первой группе были пациенты в возрасте от 22 до 43 лет, средний возраст $29,3 \pm 2,6$ года. Впервые обратившихся к психиатру — 9 пациентов (28,1%). У 21 (65,7%) пациентов было постоянное место работы, 7 (21,9%) пациентов находились на инвалидности (II группа) по психическому заболеванию. Регулярно принимали терапию непосредственно перед обращением (небольшие дозы нейролептиков, как типичных так и атипичных, антидепрессанты, транквилизаторы) — 9 (28,1%) человек.

У всех обследованных пациентов наблюдалась сложная клиническая картина заболевания с полиморфной невротоподобной симптоматикой, включающей широкий круг различных навязчивостей, сопровождающихся избегающим и/или защитно-ритуальным поведением. Наблюдались как полиморфные абстрактные навязчивости, так и разнообразные, несущие эмоциональную окраску обсессии. Навязчивый страх внешней угрозы чаще всего имел неопределенный (боязнь грязи, каких-то бактерий) или нелепый характер (страх проникнове-

¹В исследовании использовался препарат сульпирид производства ОАО «Органика», Новокузнецк.

ния в глаза и различные участки тела иголок, гвоздей, экскрементов птиц, животных, «частиц плохих людей») и сопровождался сложными защитными действиями, повторяющимися определенное количество раз (тщательная обработка рук, тела, одежды, обуви и т. п.). Ритуалы часто занимали ведущее положение в клинической картине болезни, целиком определяя поведение больных, значительно нарушая их повседневную жизнь, мешая социальной адаптации, а иногда приводя их к полной изоляции от общества и инвалидизации. Обсессии обычно возникали аутохтонно, вне связи с психогенными факторами, носили необычный, вычурный характер, с отсутствием психологической понятности для окружающих. У всех пациентов наблюдалась негативная симптоматика в виде астении и аутизации, а также сопутствующая депрессивная симптоматика дистимического уровня.

Аффективные нарушения, как правило, имели астено-адинамическую окраску с отсутствием чувства тоски, жалобами на лень, ощущением собственной тупости, нежеланием что-либо делать, с кем-либо общаться, отсутствием желания читать художественную или учебную литературу.

У некоторых пациентов основная невротоподобная симптоматика развивалась на фоне неярко выраженных психопатоподобных истероформных включений.

Во второй группе средний возраст больных составлял $24,2 \pm 1,2$ года. Впервые обратившихся к психиатру было 11 пациентов (73,3%). У 12 пациентов (80,0%) было постоянное место работы или учебы. Трое (20,0%) потеряли работу в течение последних шести месяцев из-за болезни.

Регулярно принимали терапию непосредственно перед обращением (небольшие дозы нейролептиков, как типичных так и атипичных, антидепрессанты, транквилизаторы) 4 (26,6%) человека.

Расстройство развивалось у личностей преимущественно психастенического и шизоидного круга, начало заболевания было психогенно обусловлено, отсутствовали негативные волевые и эмоциональные изменения.

Наблюдались пациенты с различными типами обсессивных состояний: контрастные навязчивости (навязчивое желание совершить агрессивный поступок по отношению к близким, произнести неприличные слова в публичном месте и т. д.), навязчивые сомнения в завершенности (законченности) действия, сопровождающиеся многократными

перепроверками и повторными операциями. Нозофобии обычно возникали по психологически понятным механизмам, но, тем не менее, достаточно часто приводили к формированию навязчивой ипохондрии. Во всех случаях наблюдались неглубокие депрессивные состояния, которые имели вторичный по отношению к ОКР характер, возникали преимущественно при генерализации навязчивостей, постепенно редуцировались вместе со смягчением последних, никогда не сохранялись в клинической картине в течение длительного времени. В структуре депрессивных состояний доминировала тревога.

Оценка состояния по шкале общего впечатления соответствовала состоянию ремиссии при сохранении основного диагноза.

На протяжении всего исследования ни один из пациентов не отказался от приема сульпирида из-за побочного действия препарата или недостаточной его эффективности.

Результаты исследования

Перед началом терапии степень выраженности заболевания по шкале CGI у больных Ш была выше, чем у пациентов с ОКР. По тяжести состояния пациенты с Ш распределились следующим образом: легко болен 5 человек (15,6%), болезнь средней степени – 20 человек (62,5%), тяжелая степень – 7 (21,9%), а у пациентов с ОКР: легко болен 6 человек (40%), болезнь средней степени – 7 человек (46,7%), тяжелая степень – 2 человека (13,3%). Динамика улучшения состояния в ходе лечения, определяемая по шкале CGI, отражена на рис. 1. Как следует из полученных данных, улучшение в груп-



Рис. 1. Категории шкалы CGI-S на исходном этапе и в конечной точке

пе пациентов с ОКР наступало быстрее, чем в группе пациентов с Ш. Отчетливое улучшение психического состояния пациентов по шкале CGI у пациентов с Ш регистрировалось со 2-ой недели терапии, максимум улучшения приходился на 4-ю неделю лечения, в дальнейшем имела место тенденция к относительной стабилизации психического состояния пациентов. К концу 6-ой недели терапии 11 (34,4%) пациентов были практически здоровы, у 19 (59,4%) пациентов выраженность психических нарушений имела пограничный или легкий уровень и у 2 (6,25%) – симптоматика оставалась довольно выраженной (рис. 1).

В группе пациентов с ОКР отчетливое улучшение психического состояния пациентов по шкале CGI регистрировалось с 1-ой недели терапии, максимум улучшения приходился на 2-ю неделю лечения, в дальнейшем имела место тенденция к относительной стабилизации психического состояния. К концу 6-ой недели терапии 11 (73,3%) пациентов были практически здоровы, у 4 (26,6%) пациентов отмечалась легкая выраженность психических нарушений.

Достаточно высокий процент респондеров отражает высокую активность сульпирида в отношении ОКР, о чем свидетельствуют и данные динамики показателей шкалы Y-BOCS. Как известно, критериями эффективности для итоговой оценки результатов лечения считается 50% снижение показателей по Y-BOCS.

Можно видеть, что к моменту завершения лечения отмечено снижение среднего балла Y-BOCS больше чем на 50% в обеих группах. При сопоставлении результатов терапии в выделенных группах и анализе динамики показателей Y-BOCS были обнаружены существенные различия (рис. 2). Среди больных с ОКР отмечалась тенденция к быстрой

(снижение на 50% на 1–2-ой неделе) и выраженной (71,3% снижения баллов Y-BOCS к концу 6-ой недели) редукции обсессивно-компульсивных нарушений. Среди пациентов с Ш также отмечался относительно выраженный (снижение баллов Y-BOCS на 62,9% к концу наблюдения) эффект терапии, однако в отличие от предыдущей группы редукция психопатологических проявлений наступала в более поздние сроки (снижение среднего балла на 50% от исходного на 3–4-ой неделе терапии).

В клиническом плане динамика состояния больных Ш на фоне приема сульпирида характеризовалась прежде всего общим снижением выраженности неврозоподобных проявлений – ослаблением интенсивности как обсессивного, так и компульсивного компонента, улучшением настроения, повышением активности, стремлением к деятельности, а также упорядочиванием ассоциативных функций и поведения. Из ведущих продуктивных расстройств в большей степени поддавались терапии преимущественно обсессивно-компульсивные расстройства, субдепрессия. В меньшей степени реагировали на лечение пациенты с истероформными включениями, длительно протекающими мизофобиями (страх загрязнения), а также обсессиями, сопровождавшимися сложными, длительными ритуалами и не имевшими аффективной насыщенности.

Пациенты с преобладанием негативной симптоматики в виде замкнутости, бездеятельности, с обсессиями отвлеченного характера (бесплодное мудрствование, навязчивые воспоминания и т.д.) практически во всех случаях наблюдения отмечали выраженный стимулирующий эффект, сравнительно быстрое уменьшение адинамических проявлений практически с первой недели терапии, заметное повышение работоспособности, поведенческой активности и значительное ослабление навязчиво-

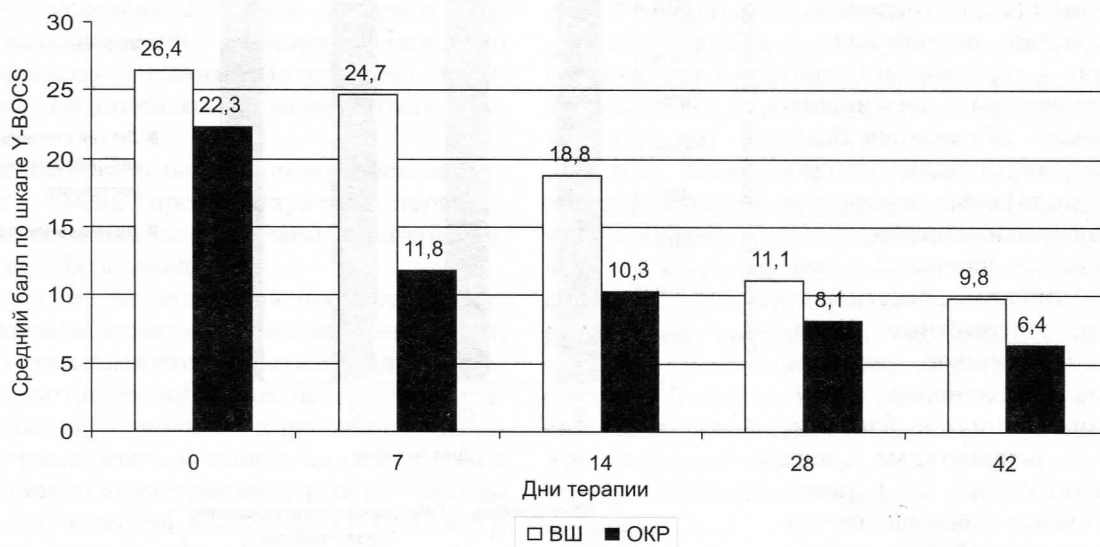


Рис. 2. Динамика показателей Y-BOCS по группам

стей. С 3–4-й недели лечения сульпиридом повышалась психическая активность пациентов, появлялись планы на ближайшее будущее, снижались эмоциональная отгороженность и аутизм. В процессе лечения пациенты становились более контактными, у них появлялись новые интересы, социальная активность, хотя и ограниченная узким кругом людей, возобновлялись прежние контакты с окружающими (обычно немногочисленные).

В группе пациентов с ОКР наблюдалась выраженная положительная динамика. Хорошо поддавались лечению как обсессии аффективно-нейтрального содержания (навязчивый счет, воспоминание нейтральных событий, терминов), так и аффективно-заряженные (упорные, неодолимые тягостные воспоминания, навязчивые влечения – побуждения к совершению того или иного жестокого или крайне опасного действия, сопровождаемые чувством ужаса, контрастные навязчивости). Также заметное улучшение наблюдалось у больных с навязчивыми сомнениями, изолированными фобиями (навязчивые страхи, ограниченные строго определенной ситуацией – боязнь высоты, грозы, домашних животных, лечения у зубного врача и т. п.). Несколько хуже поддавались терапии обсессии, сопровождавшиеся сложными защитными ритуалами. Однако и в этих случаях за счет смягчения обсессивных симптомов уменьшалась интенсивность и частота навязчивых действий, улучшалось настроение, лучше удавалось контролировать компульсии, что позволяло расширить круг общения, активно адаптироваться в социальной жизни: продолжать учебу, работу. Отдельно следует отметить благоприятное влияние сульпирида на вегетативную составляющую тревожно-фобических нарушений. При назначении сульпирида исчезали тахикардия, ощущение удушья, повышенное потоотделение, покраснение кожных покровов, дизурические явления.

Улучшению состояния в целом способствовало воздействие сульпирида не только на обсессивно-компульсивные расстройства, но и на коморбидную симптоматику. С первых дней приема сульпирида наблюдалась редукция депрессии, тревоги, аффективной неустойчивости, напряжения. Важно отметить, что большинство пациентов, имеющих опыт приема традиционных нейролептиков, в процессе терапии сульпиридом отмечали отсутствие ощущения «придавленности», «тупости». Видимо, это объясняется выраженным активирующим и одновременно анксиолитическим действием сульпирида. Это немаловажное отличие положительно сказывалось на желании пациента принимать в дальнейшем поддерживающее лечение сульпиридом. Опыт применения сульпирида, не только в рамках данного исследования, показывает его эффективность как при купирующей терапии, так и при длительном поддерживающем лечении. Поддерживаю-



Рис. 3. Нежелательные явления на фоне приема пищи

щая терапия в дозах до 200 мг показала высокую противорецидивную эффективность.

В нашем исследовании сульпирид продемонстрировал хорошую переносимость. Побочные эффекты (рис. 3) наблюдались в основном у пациентов, впервые обратившихся к психиатру и не принимавших других, подчас более «тяжелых» психотропных средств. Такие симптомы, как сонливость (7 чел. – 14,8%), излишняя седация, экстрапирамидные нарушения в виде тремора (1 чел. – 2,1%), болей в мышцах (2 чел. – 4,3%) наблюдались на первой неделе терапии, потом постепенно исчезали. Увеличение массы тела происходило постепенно и к концу курса терапии у 3 пациентов (6,4%) превысило 5 кг. В целом же, прибавка в весе была незначительной.

Часть пациентов (6 чел. – 12,8%) предъявляли жалобы сексуального характера (снижение либидо, эректильная дисфункция), что в принципе могло быть связано как с основным заболеванием, так и с предыдущим приемом психотропных средств.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о достаточно высокой эффективности сульпирида при лечении различных навязчивостей как невротического, так и эндогенного происхождения. Особенностью клинического эффекта препарата является относительно равномерный характер его воздействия практически на весь спектр как продуктивных, так и негативных расстройств. При терапии обсессивно-компульсивного расстройства положительный эффект достигается, по всей видимости, за счёт анксиолитического, антидепрессивного и вегетативностабилизирующего действия препарата. При шизофрении, наряду с вышеперечисленными свойствами и с учётом сопутствующей симптоматики, в большей степени задействованными представляются стимулирующий и антипсихотический эффект. Сочетание «легкого» антипсихотического с анксиолитическим, тимоаналептическим и антидепрессивным действием, при минимальных по сравнению с дру-

гими нейролептиками побочных явлениях, делает сульпирид привлекательным для его использования при лечении психических расстройств, богатых разными психопатологическими и соматове-

гетивными проявлениями. Препарат можно использовать не только для купирующей, но и для поддерживающей терапии на этапе реабилитации больных в целях повышения адаптации и качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Нисс А.И., Саболев Е.С. Особенности действия эглонила при психических заболеваниях // Сб. докладов симпозиума «Результаты клинического изучения лекарственного препарата Эглонил». М., 1975. С. 53–58.
2. Волель Б.А. Современные психофармакологические подходы в лечении обсессивно-компульсивных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4, № 3. С. 104–106.
3. Данилов Д.С. Возможности использования сульпирида для лечения психических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. Т. 112, № 6. С. 91–98.
4. Дороженко И.Ю., Терентьева М.А. Терапия тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств в дерматологической клинике: опыт применения эглека (сульпирид) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Т. 7, № 3. С. 152–154.
5. Дробижев М.Ю. Сульпирид: механизм действия и возможности клинического использования // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6, № 4. С. 173–179.
6. Костюкова Е.Г. Сульпирид (эглонил) в лечении острых и хронических психозов // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11. С. 97–101.
7. Наджаров Р.А. Формы течения шизофрении // Шизофрения / Под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1972. С. 16–76.
8. Овсянников С.А. История и эпистемология пограничной психиатрии. М.: Альпари, 1975. 205 с.
9. Овсянников С.А. Сульпирид – атипичный нейролептик широкого спектра действия // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Т. 5, № 2. С. 72–73.
10. Пантелеева Г.П., Пекунова Л.Г., Козлова И.А., Ризлейцев В.А. О психотропных свойствах сульпирида // Сб. докл. симпозиума «Результаты клинического изучения лекарственного препарата Эглонил». М., 1975. С. 18–28.
11. Смирнова М.Л., Мунчаева Э.Р., Тихонов В.В. Применение эглонила в психиатрической практике // Клинический вестник. 1994. С. 35–37.
12. Смулевич А.Б. Вялотекущая шизофрения. Невротические расстройства // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. М., 1999. Т. 1. С. 437–446, 527–557.
13. Тювина Н.А., Прохорова С.В., Максимова Т.Н. Эффективность и особенности действия сульпирида при вялотекущей шизофрении // Психические расстройства в общей медицине. 2011. № 1. С. 51–56.
14. Тювина Н.А., Прохорова С.В., Максимова Т.Н. Эффективность сульпирида при лечении непсихотических расстройств в рамках шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. Т. 13, № 1. С. 28–31.
15. Тювина Н.А., Балабанова В.В. Патокинез эндогенных депрессивно-ипохондрических нарушений непсихотического регистра на фоне терапии сульпиридом // Современная терапия психических расстройств. 2012. № 4. С. 22–26.
16. Caley F.C., Weber S.S. Sulpiride: an antipsychotic with selective dopaminergic antagonist properties // Ann. Pharmacother. 1995. Vol. 29. P. 152–160.
17. Kawakami K., Sasaki D., Sohna M. et al. Experience with Dogmatyl (sulpiride), a psychosomatic disease and neuroses. II. Results of a double blind study (in Japanese) // Med. Treatment. 1974. Vol. 7. P. 69–78.
18. Mucci A., Nolf G., Maj M. Levosulpiride: a review of its clinical use in psychiatry // Pharmacol. Res. 1995. Vol. 31, N 2. P. 95–101.
19. Petit M., Zann M., Lesieur P. et al. The effect of sulpiride on negative symptoms of schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 1987. Vol. 150. P. 270–271.
20. Serra G., Forgione A., D'Aquila P.S. et al. Possible mechanism of antidepressant effect of L-sulpiride // Clin. Neuropharmacol. 1990. Vol. 13, N 1. P. 76–83.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУЛЬПИРИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАВЯЗЧИВОСТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Н. А. Тювина, С. В. Прохорова, Т. Н. Максимова

Цель исследования – изучение эффективности сульпирида при лечении больных с обсессивно-компульсивным расстройством и малопрогредиентной шизофренией с навязчивостями.

Обследовано 47 мужчин, в том числе 32 пациента с диагнозом малопрогредиентная шизофрения (Ш) (F21.3) и 15 пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) (F42.0). Состояние больных оценивали до лечения, на 7, 14, 28 и 42 день клиническим методом с применением психометрических шкал: шкалы общего клинического впечатления (CGI), шкалы Yale-Brown для обсессий и компульсий (Y-BOCS) и шкалы побочных явлений (UKU). Начальная доза сульпирида – 50–100 мг/сутки, при необходимости дозу повышали до 400–600 мг/сутки.

Через 6 недель терапии сульпиридом 73,3% больных ОКР и 34,4% пациентов Ш были практически здоровы. Средний балл по шкале Y-BOCS у больных ОКР снизился с 22,3 до 6,4 балла (на 71,3%), у больных Ш – с 26,4 до 9,8 (на 62,9%).

Сульпирид показал более высокую эффективность у больных ОКР преимущественно за счёт анксиолитического, антидепрессивного и вегетостабилизирующего действия. При Ш, наряду с выше перечисленными свойствами и с учётом сопутствующей симптоматики, в большей степени задействованными представляются стимулирующий и антипсихотический эффекты.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, малопрогредиентная шизофрения, сульпирид, терапия.

COMPARATIVE EFFECTS OF SULPIRIDE IN THE TREATMENT OF OBSESSIONS OF DIFFERENT ORIGIN

N. A. Tyuvina, S. V. Prokhorova, T. N. Maximova

The goal of this investigation was to study the effects of sulpiride in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and patients with slow-progressive schizophrenia (SPS) with obsessions.

47 male patients; 32 of them diagnosed as slow-progressive schizophrenia (F21.3) and 15 patients with obsessive-compulsive disorder (F42.0). The patients' condition was evaluated prior to medication and then on day 7, 14, 28 and 42, using clinical method as well as measurements of a number of psychometric scales, specifically, the CGI, the Y-BOCS, and the side effects scale UKU. Initial dose of sulpiride was 50 to 100 mg/day and if necessary, the dose increased to 400–600 mg/day.

After 6 weeks of treatment with sulpiride, 73,3% of patients with OCD and 34.3% of patients with SPS were actually healthy. The average Y-BOCS score in patients with OCD dropped from 22.3 to 6.4 (by 71,3%), and in patients with SPS from 26.4 to 9.8 (by 62,9%).

Sulpiride happened to be more effective in patients with OCD primarily because of its anxiolytic, antidepressive and vegetostabilizing properties. In SPS, along with the mentioned properties and with regard for accompanying symptoms, stimulating and antipsychotic effects seem to be more obvious.

Key words: obsessive-compulsive disorder, slow-progressive schizophrenia, sulpiride, medication.

Тювина Нина Аркадьевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова; e-mail: natuvina@yandex.ru

Прохорова Светлана Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Первого МГМУ им.И.М.Сеченова; e-mail: mmasvetlana@yandex.ru

Максимова Татьяна Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Первого МГМУ им.И.М.Сеченова; e-mail: maksimova_tatiana@inbox.ru