

Социальные предикторы резистентности к терапии у больных шизофренией

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Проведён поиск социальных предикторов терапевтической резистентности у больных шизофренией. Обследовано 50 больных шизофренией. Сделано предположение о том, что социальная неустроенность в виде трудовой незанятости и, как следствие, отсутствие возможностей для самореализации, могут являться важным предиктором терапевтической резистентности у больных шизофренией. Высокий уровень психотравматизации и стрессированности может негативным образом влиять на эффективность терапии больных шизофренией.

Ключевые слова: терапевтическая резистентность, социальные предикторы, шизофрения

Под терапевтической резистентностью подразумевается отсутствие ожидаемого лечебного эффекта при применении адекватной психофармакотерапии. Несмотря на появление большого количества новых препаратов и значительный прогресс в области понимания механизмов действия психотропных средств, число терапевтически резистентных среди больных шизофренией не уменьшается и стабильно составляет около 30% [3]. В этой связи причины возникновения и развития терапевтической резистентности у больных шизофренией требуют дальнейшего изучения. К предикторам, влияющим на возникновение и развитие терапевтической резистентности у больных шизофренией, принято относить некоторые клинические характеристики болезни: раннее начало, непрерывное течение, хронизацию патологического процесса, блёклость в структуре симптомокомплекса аффективного компонента [3]. Существуют данные о влиянии генетических факторов на развитие устойчивости к антипсихотической терапии [4, 5]. Социальные предикторы развития резистентности к психофармакотерапии у больных шизофренией изучены недостаточно.

Цель исследования: поиск социальных предикторов развития резистентности к терапии у больных шизофренией.

Материал и методы

Было обследовано 50 больных шизофренией (в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10), находящихся на стационарном лечении в психиатрических отделениях МУЗ 2 ГКБ г. Саратов.

У группы из 34 человек наблюдалась резистентность к терапии (15 мужчин и 19 женщин), а так же у группы из 16 человек ответ на терапию был достаточным, признаки терапевтической резистентности отсутствовали (8 мужчин и 8 женщин). Возраст всех испытуемых укладывался в диапазон от 15 до 66 лет. Возраст начала заболевания испытуемых находился в пределах от 6 до 54 лет. Длительность течения заболевания пациентов обеих групп от полугода до 35 лет. Пациенты с признаками резистентности к терапии составили основную группу, в контрольную группу были отнесены пациенты с адекватным ответом на психофармакотерапию. Социальные аспекты выяснялись в ходе клинического интервьюирования.

В ходе эмпирического исследования для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта использовался статистический показатель - угловое преобразование Фишера. Данный критерий может применяться на небольших выборках. Достоверными считали различия при значении $p < 0,01$, что означало, что полученное эмпирическое значение ϕ^* находится в зоне значимости. Нулевая гипотеза H_0 отвергается.

Результаты

На первом этапе исследования сравнивали уровень психотравматизации в течение жизни в двух группах пациентов. В ходе исследования было установлено, что те или иные психотравмы в жизни отмечались у 52,9% пациентов, относящихся к основной группе больных с терапевтической резистентностью. Тогда, как у пациентов, относящихся ко второй группе больных без терапевтической резистентности, всего 12,5% пациентов переживали какие-либо психотравмы. Различия по критерию «психотравматизация» в группах больных с наличием и отсутствием терапевтической резистентности были статистически значимыми ($\phi^*_{эмп} = 6,406$; $p < 0,01$). Наличие сильных переживаний, или сильных стрессов может существенно повлиять на возникновение резистентности у больных и стать причиной дальнейшего её развития.

На следующем этапе сравнивали группы пациентов по критерию трудовой занятости. 94,1% пациентов, резистентных к антипсихотической терапии, не работали в течение какого-либо срока, или же не работали вообще никогда. В группе с отсутствием терапевтической резистентности неработающие пациенты составляли 43,75%. Остальные 56,25%, относящихся ко второй группе пациентов, на момент опроса имели работу. Различия по критерию «трудовая занятость» в исследуемых группах были значимы ($\phi^*_{эмп} = 8,52$; $p < 0,01$). Таким образом, можно предположить, что отсутствие трудовой занятости пациентов и невозможность их самореализации может стать одной из причин возникновения резистентности к терапии у пациентов.

Важнейшими показателями для формирования и развития терапевтической резистентности, казалось, должны были стать такие социальные аспекты, как отсутствие семьи и детей, а так же отсутствие образования на базе высших учебных заведений [1; 2]. Однако эти предположения не подтвердились, так как из полученных результатов следует, что обе исследуемые группы имеют приблизительно одинаковые показатели по вышеперечисленным критериям. Большинство пациентов основной группы никогда не состояли в браке — это 92,2%, бездетны — 73,5% и только 26,5% имеют детей. И, наконец, было выявлено, что только 17,6% пациентов основной группы имели высшее образование, остальные же 82,4% имели средне-специальное образование. Похожие показатели удалось увидеть и по результатам исследования у контрольной группы пациентов. В браке здесь не состояло 87,5% пациентов, 75% не имели детей, в то время как дети были лишь у 25% пациентов. Высшее образование имелось у 43,7% пациентов, тогда как 56,3% имели средне-специальное образование. Соответственно, появилась возможность предположить, что именно

такие аспекты как наличие образования, семьи и детей не играют важной роли в возникновении и развитии резистентности у больных шизофренией.

Вывод

Социальная неустроенность в виде трудовой незанятости, отсутствия возможностей для самореализации, может являться важным предиктором терапевтической резистентности у больных шизофренией. Высокий уровень психотравматизации и стрессированности может негативным образом влиять на эффективность терапии больных шизофренией.

Литература

1. Беляков А. В. Клиника и лечение состояний, резистентных к терапии, у больных параноидной шизофренией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1985.
2. Морозова М. А. Резистентность к антипсихотикам и возможности оланзапина в рефрактерных к терапии случаях шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия, 2002. - Т.4., № 3. - С. 113 - 118.
3. Мосолов С.Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы её преодоления // Психиатрия и психофармакотерапия, 2002. - Т.4., № 4. - С.132 - 136.
4. Колесниченко Е.В., Барыльник Ю.Б., Голимбет В.Е. Эффективность краткосрочной купирующей терапии у больных параноидной шизофренией с ранним началом с учётом полиморфизма гена BDNF // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - № 6; URL: www.science-education.ru/113-11406 (дата обращения: 19.08.2015).
5. Колесниченко Е.В., Барыльник Ю.Б., Голимбет В.Е. Исследование влияния полиморфизма C939T гена DRD2 на эффективность психофармакотерапии больных параноидной шизофренией с ранним началом // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 10-1. - С. 89-92.