

Винахід відноситься до медицини, а саме, до психіатрії і може бути використаний для оцінки ефективності психофармакотерапії.

Як прототип способу контролю психофармакотерапії (Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. - ИМИС-НПФ. " Движение". -1994. -С.123-145), який полягає в тому, що в динаміці захворювання хворих вивчають характерні для окремих психічних розладів елементи невербальної поведінки і проводять їхню кількісну оцінку.

Ознаками, що збігаються з істотними ознаками запропонованого способу, є: вивчення невербальних поведінкових елементів з наступною їх кількісною оцінкою.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення точності контролю терапії), є: відсутність зв'язку з лікуванням психічного розладу та урахування між кількістю специфічних невербальних елементів і ефективністю терапії захворювання.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу-прототипу шляхом дослідження та урахування специфічних невербальних поведінкових елементів, що залежать від проведеної психофармакотерапії і міняються з появою нейрохімічних змін у структурах мозку, зв'язаних з терапією, тяжкість яких наростає під впливом традиційних нейролептичних засобів.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі контролю психофармакотерапії, що включає вивчення невербальних поведінкових елементів з наступною їхньою кількісною оцінкою, відповідно до винаходу, виявляють специфічні невербальні поведінкові елементи: міміки - дисоціацію мімічних виражень верха і низу, правої і лівої частини обличчя, розташування зморщок в області чола, парамімії, тип посмішки; пози - гротескність, агресивно-попереджувальні елементи, стереотипії пози у вигляді уклонів, яктації, акатизію, тахікінезії; жести - гру пальцями, стереотипні перебори пальцями, розчісування, грумінг, маніпуляції предметами, одягом і при їхній редукції чи повному вгасанні констатують тропність до терапії, а при їхньому наростанні констатують резистентність.

Між сукупністю істотних ознак запропонованого способу та очікуваним технічним результатом, що може бути досягнутий, виявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: дослідження специфічних невербальних поведінкових елементів, збільшення чи зміна проявів яких свідчить про появу дефіцитарної симптоматики і побічних екстрапірамідних ефектів психотропних препаратів, дозволяє оцінити ефективність проведеної психотропної терапії, порівняти якість терапії препаратами різних хімічних груп, індивідуально підбирати необхідну терапію.

Спосіб оцінки ефективності психофармакотерапії здійснюють у такий спосіб.

Ефективність і якість психофармакотерапії ґрунтуються на аналізі динаміки проявів специфічних невербальних поведінкових маркерів.

Під час кожного огляду хворого психічним захворюванням лікар-психіатр звертає увагу на особливості поведінки хворого, фіксує наявність специфічних невербальних поведінкових елементів в історії хвороби: міміки - дисоціацію мімічних виражень верха і низу, правої і лівої частини обличчя, розташування зморщок в області чола, парамімії, тип посмішки; пози - гротескність, агресивно-попереджувальні елементи, стереотипії пози у вигляді уклонів, яктації, акатизію, тахікінезії; жести - гру пальцями, стереотипні перебори пальцями, розчісування, грумінг, маніпуляції предметами та одягом. Збільшення кількості цих специфічних невербальних поведінкових елементів свідчить про дефектний стан психіки хворого і негативному ефекті психофармакотерапії. Раннє виявлення цих елементів дозволяє змінити тактику лікування і попередити можливість переходу захворювання в необоротний дефектний стан. Зменшення кількості невербальних елементів, що виявляються, свідчить про ефективність та якість проведеної терапії.

Відомості, що підтверджують можливість використання способу.

Було обстежено 50 хворих із установленим діагнозом шизофренії, рандомізованих за статтю, віком, клінічним проявом негативної і позитивної симптоматики. Середня тривалість захворювання 3,2 роки, вік хворих від 24 до 32 років. 35 хворих - 70%, одержували лікування конвенційними нейролептиками: аміназином, трифазиним, галоперидолом, 15-30% одержували лікування атипovими нейролептиками: рисперидоном.

У всіх хворих оцінювали динаміку невербальних поведінкових елементів та ефективність терапії по запропонованому способу. Позитивні і негативні прояви захворювання оцінювалися по клініко-статистичній шкалі PANSS, що є необхідною умовою науково-практичних досліджень у сучасній психіатрії з погляду світових стандартів якісної клінічної практики. Загальний час спостереження склав 6 місяців.

У таблиці 1 представлені результати дослідження динаміки позитивної і негативної симптоматики.

Динаміка редукції позитивної і негативної симптоматики в досліджуваних групах була подібною. Відзначали зменшення симптомів захворювання від обстеження до обстеження. Виявили більший вплив атипovих нейролептиків на негативні симптоми. Різниця в балах - 9 для атипovих нейролептиків і 3, 7 для конвенційних нейролептиків. У динаміку лікування оцінювали специфічні невербальні елементи, що корелюють з негативної і дефіцитарною симптоматикою - 27 елементів, тому що переважно ці маркери змінюються під впливом психофармакотерапії і є найбільш значимими при оцінці ефективності та якості лікування. Враховували елементи області чола, брів, погляду, зоровий контакт, дисоціації і жвавість міміки, стереотипії пози, стереотипії рук - гру пальцями, грумінг, маніпулювання.

У таблиці 2 наведена динаміка невербальної поведінки в обстежених хворих при лікуванні конвенційними нейролептиками.

У таблиці 3 представлена динаміка невербальної поведінки в обстежених хворих при лікуванні атипovими нейролептиками

Аналіз таблиць 2, 3 показав істотні розходження невербального поведінки при лікуванні різними психотропними препаратами. У випадку терапії конвенційними нейролептиками відзначається прогресуюче наростання специфічних невербальних маркерів, що корелюють з наростанням негативної симптоматики, тобто, на тлі удаваного поліпшення і редукції продуктивної симптоматики наростає психічний дефект. У групі хворих, що одержували атипovі нейролептики, відзначено зниження кількості поведінкових маркерів, що корелюють з негативною симптоматикою.

Запропонований спосіб ілюстрований наступним клінічним прикладом:

Приклад 1

Хворий У., 32 років, страждає на параноїдну форму шизофренії протягом останніх 5 років. Рецидиви 2 рази на рік з наявністю гострої продуктивної симптоматики у вигляді галюцинаторно-параноїдного синдрому. Під час загострень госпіталізується в психіатричну лікарню. Загострення захворювання купірується протягом 45-50 днів, застосовується галоперидол 30мг/дб, аміназин 100мг/дб, циклодол 4мг/дб. Підтримуюча терапія в міжприступній період - галоперидол деканоат 2,0в/м 1 раз у 4 тижні. Має другу групу інвалідності. Надійшов у психіатричне відділення в зв'язку з загостренням захворювання. Призначено терапію - галоперидол 15мг/дб, трифтазин 30мг/дб, тизерцин 50мг/дб. Оцінку ефективності терапії в динаміці лікування проводили по запропонованому способу. На момент надходження провели етологічне обстеження, виявили високий рівень специфічних невербальних поведінкових маркерів, зокрема, дисоціації міміки - 5,3 елементи в одиницю часу, частоти зміни мімічних елементів 7,1, стереотипій пози - 0,62, грумінга - 1,16, маніпулювання обривками паперу - 2,15 елементи за одиницю часу. Один раз у 2 тижні реєстрували особливості невербальної поведінки пацієнта. Через 4 тижні терапії редукувалася продуктивна симптоматика, зникли галюцинаторні переживання. При етологічному обстеженні виявили збільшення кількості невербальних поведінкових маркерів, зокрема, дисоціації міміки - 9,5 елементів в одиницю часу, частоти зміни мімічних елементів 8,2 стереотипій пози - 0,92, грумінга - 2,1 маніпулювання предметами і стереотипними рухами пальцями рук - 3,6 елементи в одиницю часу. Це дозволило оцінити ефективність проведеної психотропної терапії як дуже низьку. На підставі даних етологічного обстеження прийняли рішення про зміну проведеного лікування. Як основний препарат обрано рисполепт 6мг/дб. Через два тижні зміни терапії при клінічному огляді не відзначили істотних змін стану пацієнта. Однак, етологічне обстеження знайшло істотне зменшення числа специфічних невербальних поведінкових елементів захворювання: дисоціації міміки - 3,1 елементи в одиницю часу, частоти зміни мімічних елементів 4,3, стереотипій пози - 0, грумінга - 0,2, маніпулювання предметами і стереотипними рухами пальцями рук - 1,2 елементи в одиницю часу, на цій підставі було прийнято рішення продовжити лікування без змін. Через тиждень стало помітним клінічне поліпшення, що проявилася редукцією негативної симптоматики, критикою до окремих проявів хвороби. Етологічне обстеження показало подальше зменшення виявлених у даного пацієнта специфічних невербальних маркерів захворювання. Через 6 тижнів терапії в пацієнта сформувалася стійка ремісія.

Таким чином, завдяки використанню запропонованого способу контролю психофармакотерапії, заснованого на виявленні невербальних елементів психозу, вдалося досягти стійкої ремісії захворювання. При наступному диспансерному спостереженні за хворим протягом 6 місяців стан хворого був задовільним, рецидивів захворювання не виникало. Продовжувалася підтримуюча терапія рисполептом 2мг/дб.

Отримані дані свідчать про ефективність запропонованого способу контролю психофармакотерапії, тому що дозволяють оцінювати ефективність, якість терапії і дають можливість порівнювати психотропні препарати різних хімічних груп. Використання способу контролю, що заявляється, психофармакотерапії сприяє підвищенню якості терапії і дозволяє уникнути формування дефектного стану психіки хворого, що призводить до повної непрацездатності під впливом великих доз конвенційних нейролептиків. Вплив психотропних препаратів на поведінкові елементи, асоційовані з негативною симптоматикою, має дозозалежний ефект, що дозволяє використовувати заявлений спосіб і для підбору оптимальної для кожного хворого дози психотропного препарату.

Динамічне спостереження за хворими з виявленням специфічних невербальних елементів є простим і достовірним способом контролю психофармакотерапії.

Заявлений спосіб контролю психофармакотерапії не вимагає додаткового устаткування і великих витрат часу, корисний і перспективний для використання в клінічній практиці.

Таблиця 1

Тижні дослідження		1	3	6	10	18	26
Конвенційні нейролептики	Негативні симптоми	33,3	29,6	28,6	29,3	29,0	29,6
	Позитивні симптоми	22,6	20,0	19,0	17,0	15,4	14,3
Атипові нейролептики	Негативні симптоми	24,6	21,6	20,3	19,0	17,6	15,6
	Позитивні симптоми	14,6	15,3	14,0	14,0	12,3	9,6

Таблиця 2

	Поведінкові елементи	1	2	3	4	5	6
1	Гладкий лоб	0,4	0,51	0,09	0,21	0,19	0,28
2	Горизонтальні зморшки	0,8	0,25	0,7	0,75	0,36	0,32
3	Вертикальні зморшки	0,12	0,13	0,12	0,13	3,15	0,21
4	Брови рівно	0,52	0,32	0,24	0,22	0,32	0,05
5	Припіднято (флаш)	0,27	0,36	0,32	0,17	0,15	0,26
6	Похмурення	0,05	0,07	0,04	0,06	0,08	0,07
7	Брови П'єро	0	0,01	0,01	0	0,02	0,01
8	Складка Верагута	0,17	0,19	0,23	0,27	0,36	0,54
9	Часте кліпання	0,21	0,08	0,06	0,02	0	0
10	Рідке кліпання	0,90	2,5	2,74	3,52	4,12	5,26
11	Нестямний погляд	2,75	2,70	2,83	3,17	4,27	4,17
12	Уникнення зорового контакту	3,6	4,2	4,70	5,27	5,25	4,32

13	Примусовий погляд	0,13	0,04	0,03	0,08	0,12	0,19
14	Погляд в очі	0,25	0,09	0,07	0,02	0,01	0,03
15	Гармонічна посмішка	0,04	0,03	0	0	0	0
16	Скривлена посмішка (Вольтера)	0,76	0,52	0,21	0,12	0,08	0,05
17	Квадратний рот	0,010	0,04	0,02	0,07	0,05	0,07
18	Оскал	0	0,02	0,06	0,02	0,07	0,09
19	Хоботок (в.т.ч. рот риби)	0,02	0,08	0,17	0,21	0,54	0,46
20	Дисоційована міміка	6,40	7,56	8,01	8,17	9,32	8,52
21	Гармонічна міміка	0,01	0,01	0	0	0	0
22	Тулуб повернуто до співбесідника прямо	5,40	5,2	5,4	5,24	6,27	6,51
23	-"-збоку	2,75	2,81	2,62	2,12	0,92	0,63
24	-"- позаду	0,140	0,12	0,14	0,08	0,01	0,0
25	Стереотипні рухи тулубом, яктції	0,46	0,52	0,51	0,58	0,64	0,51
26	Стереотипні рухи пальцями рук, маніпулювання предметами, одягом	1,78	1,83	2,21	3,06	5,62	4,18
27	Грумінг	0,52	0,36	0,21	0,24	0,17	0,15
28	Жвавість поведінки за одиницю часу	1,05	1,13	1,17	1,25	1,55	1,36

Таблиця 3

	Поведінкові елементи	1	2	3	4	5	6
1	Гладкий лоб	0,37	0,38	0,12	0,09	0	0,01
2	Горизонтальні зморшки	0,82	0,84	0,76	0,32	0,15	0,07
3	Вертикальні зморшки	0,12	0,13	0,09	0,09	0,03	0,02
4	Брови рівно	0,51	0,50	0,50	0,52	0,51	0,43
5	Припіднято (флаш)	0,24	0,24	0,21	0,18	0,09	0,07
6	Похмурення	0,04	0,07	0,03	0	0	0
7	Брови П'єро	0	0	0,01	0	0	0
8	Складка Верагута	0,15	0,19	0,12	0,06	0	0
9	Часте кліпання	0,24	0,20	0,31	0,29	0,26	0,14
10	Рідке кліпання	0,96	0,80	0,62	0,28	0,12	0,12
11	Нестямний погляд	2,71	2,59	2,08	1,54	1,36	1,15
12	Уникнення зорового контакту	3,46	1,49	0,86	0,70	0,68	0,61
13	Примусовий погляд	0,15	0,13	0,09	0,07	0,02	0,02
14	Погляд в очі	0,23	0,20	0,56	1,12	1,12	1,07
15	Гармонічна посмішка	0,03	0,08	0,42	0,43	0,59	0,65
16	Скривлена посмішка (Вольтера)	0,78	0,92	0,93	0,95	1,01	0,94
17	Квадратний рот	0,02	0,01	0,01	0	0	0
18	Оскал	0	0	0	0	0	0
19	Хоботок (в.т.ч. рот риби)	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03
20	Дисоційована міміка	5,98	6,07	5,59	3,25	3,14	2,86
21	Гармонічна міміка	0,02	0,03	0,45	0,58	1,34	1,27
22	Тулуб повернуто до співбесідника прямо	5,44	5,39	5,81	6,02	6,09	6,28
23	-"-збоку	2,1	1,69	1,56	1,51	1,53	1,49
24	-"- позаду	0,07	0,03	0,01	0,0	0,0	0,0
25	Стереотипні рухи тулубом, яктції	0,38	0,40	0,32	0,28	0,15	0,08
26	Стереотипні рухи пальцями рук, маніпулювання предметами, одягом	1,62	1,65	1,14	0,96	0,44	0,12
27	Грумінг	0,60	0,71	0,99	1,52	1,63	1,60
28	Жвавість поведінки за одиницю часу	1,01	0,91	0,79	0,64	0,75	0,70