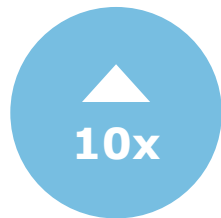


# Терапия длительного действия в лечении шизофрении

# Шизофрения — серьезное заболевание, обычно требующее пожизненного лечения.

У нелеченых пациентов по сравнению с пациентами, принимающими антипсихотики:<sup>1</sup>



Смертность в 10 раз выше



Более высокий риск повторной госпитализации



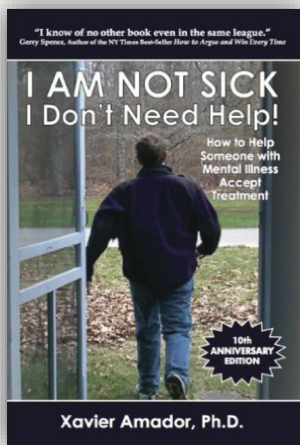
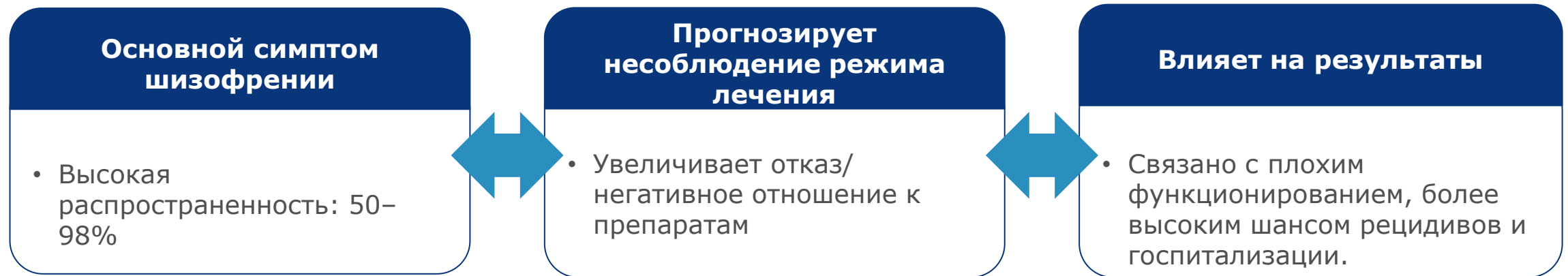
Повышенный риск самоубийства

**Смертность и заболеваемость выше** у нелеченых пациентов по сравнению с теми, кто принимает антипсихотики<sup>1</sup>

При отсутствии лечения шизофрения связана с высокой заболеваемостью и смертностью

# Недостаток понимания пациента является ключевой проблемой, с которой сталкиваются при лечении шизофрении

## Недостаток понимания пациента:<sup>1-7</sup>

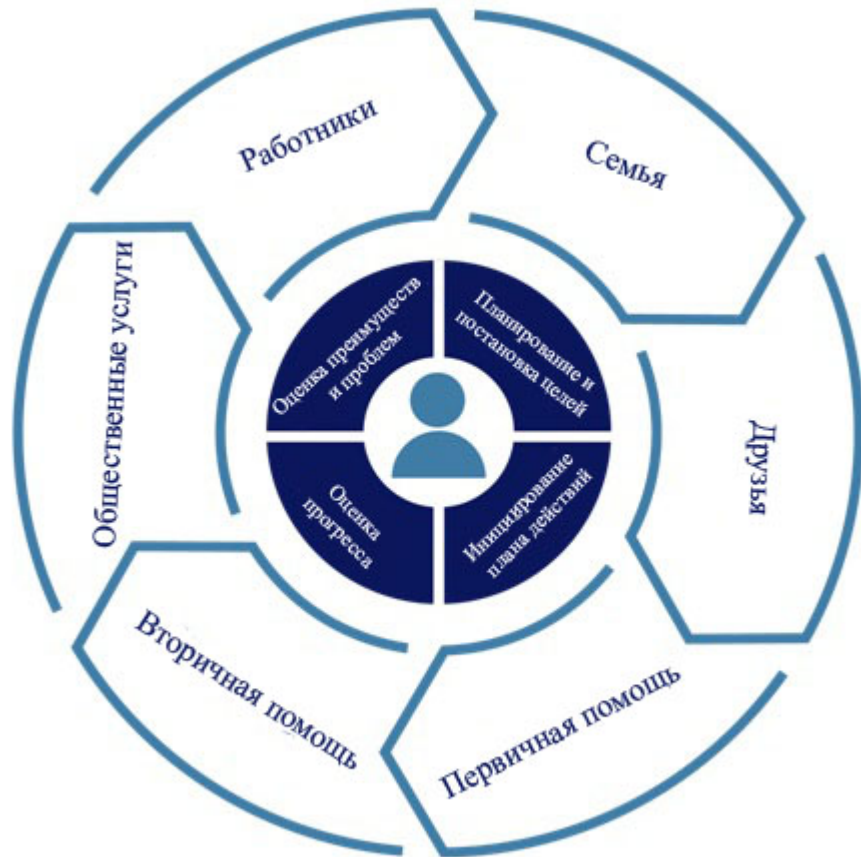


*«Большинство людей, страдающих шизофренией, плохо понимают, что у них психотическое заболевание. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что плохое понимание является проявлением самой болезни, а не стратегией преодоления... сравнимой с неосведомленностью о неврологических нарушениях, наблюдаемых при инсульте, называемых **анозогнозией**»<sup>4</sup>*

ПНП, продолжительность нелеченного психоза.

1. DSM-V, Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам. Пятое издание. Американская психиатрическая ассоциация 2013. 2. Узир М. и др. *Психиатрия и клинические нейронауки* 2012; 66: 167–179. 3. Хаманн Дж, Херес С. *Психиатрические услуги* 2014; 65: 1483–1486. 4. Амадор Х. Я не болен, помощь мне не нужна. Десятое издание. Вида Пресс. 2011. 5. Лисакер П.Х. и др. *Всемирная Психиатрия* 2018; 17: 12–23. 6. Лерер Д.С. и др. *Инновации в клинической неврологии* 2014; 11(5–6): 10–17. 7. Мисдрахи Д. и др. *Северный журнал психиатрии* 2012; 66(1): 49–54.

# Насколько важен лично-ориентированный уход для достижения долгосрочного выздоровления?



**Ключ к достижению краткосрочных и долгосрочных результатов**

**Необходим сильный терапевтический альянс.**  
-инициировать, а затем реализовать план лечения  
-способствовать долгосрочному выздоровлению

Успех лично-ориентированного ухода в конечном итоге зависит от совместного принятия решений, при котором медицинский работник помогает пациенту принимать соответствующие решения по лечению и ведению

# Многие психиатры полагают, что пациенты откажутся от LAT...

... но данные свидетельствуют о том, что многие пациенты действительно могут быть готовы рассмотреть возможность лечения с помощью LAT

**Из 33 пациентов, которым была предложена LAT, ни один пациент полностью не отказался от LAT как от терапевтического варианта<sup>1</sup>**

Реакция пациента на предложение LAT	Пациенты (%)
Благоприятно (предпочитают LAT)	36
Задумался, но готов	12
Нейтральный	18
Нет четкой реакции	18
Задумался	15
<b>Итого</b>	<b>100</b>

В отдельном исследовании людей, недавно диагностированных с шизофренией (n=100):<sup>2</sup>

- Большинство пациентов в выборке имели некоторую готовность попробовать LAT.
- Более половины (53%) оценили свою готовность на уровне более 50%.
- Среди пациентов, получавших LAT, 88,6% сообщили, что они предпочитают LAT, а среди пациентов, получавших пероральную терапию, 87,7% сообщили, что они предпочитают пероральную терапию

Таблица адаптирована из работ Вайдена П.Ф. 2015.

LAT, терапия длительного действия

1. Вайден П.Дж. и др. *Журнал клинической психиатрии*. 2015;76:684–90. 2. Бриджес Дж. Ф. и др. *Предпочтения и приверженность пациентов* 2018; 12: 63–70.

# Большинство пациентов с шизофренией чувствовали себя лучше после LAT\*



Пациенты, которые чувствовали себя лучше, чем раньше, сообщили о следующих основных преимуществах LAT:

- Чувствую себя менее тревожным/более спокоен (67%)
- Чувствую себя менее подавленным /имею хорошее настроение (30%)
- Чувствую себя более выносливым/энергичным (24%)
- Уменьшение количества галлюцинаций (15%)
- Стал более общительным/завел друзей (11%)

\*N=206 пациентов

LAT, терапия длительного действия.

Кэроли Ф и др. *Предпочтения и приверженность пациентов* 2011; 5: 165–71.

# Почему LAT не используется чаще при шизофрении?

## Потенциальные препятствия для использования LAT



### Пациент<sup>1-3</sup>

- Отсутствие полной информации
- Отсутствие контроля над принимаемыми препаратами
- Предпочтения
- Предубеждения и стигма
- Отсутствие ясности в клинических исследованиях
- Страх перед иглами или болью при инъекциях
- Цена и удобство



### Медицинский работник<sup>1,2</sup>

- Знания и опыт
- Ниши для использования на более поздних стадиях заболевания
- Личные взгляды и убеждения
- Восприятие варианта принуждения или наказания
- Восприятие ограниченной автономии пациента
- Затраты на приобретение и ведение

### Большинство из них являются псевдобарьерами

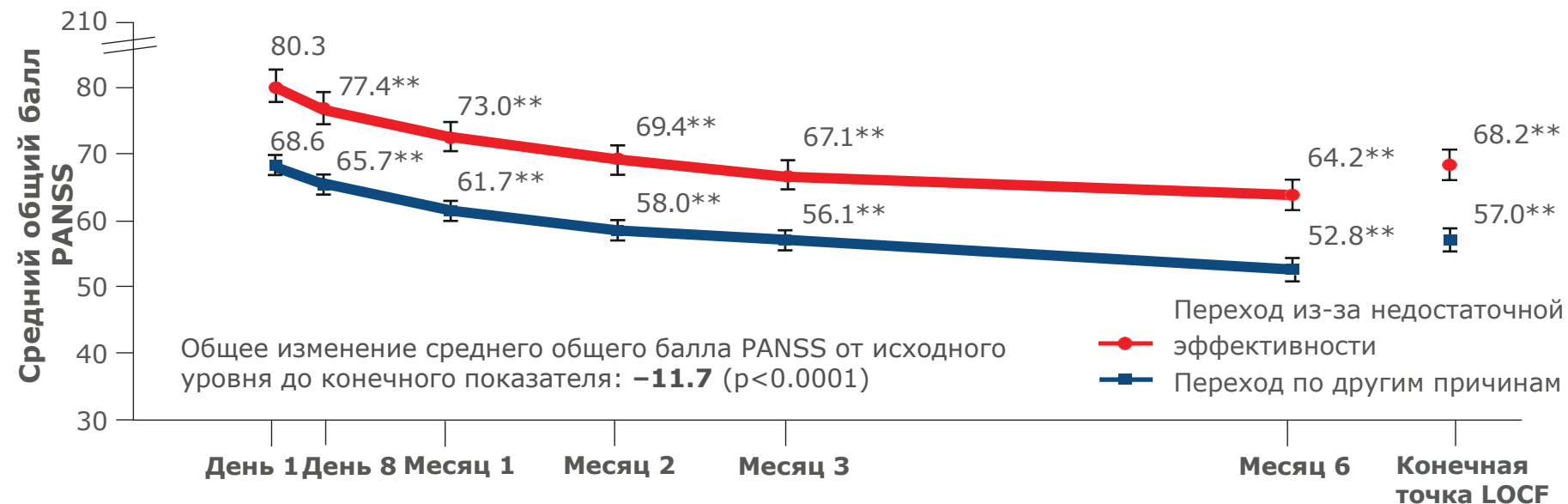
Согласно опубликованным исследованиям, эти факторы можно преодолеть посредством образования и эффективной коммуникации, адаптированной к индивидуальным потребностям<sup>4,5</sup>

LAT, терапия длительного действия.

1. Парельяда Э, Биоке М. *Препараты для ЦНС* 2016; 30: 689–701. 2. Босанак П., Касл Д.Дж. *Британский журнал достижений психиатрии* 2015; 21: 98–105. 3. Эмсли Р. *NPJ Шизофрения* 2017; 3: 4. 4. Вайден П.Дж. и др. *Журнал клинической психиатрии* 2015; 76: 684–90. 5. Коррелл К.Ю и др. *Журнал клинической психиатрии* 2016; 77(приложение 3): 1-24

# Пациентам необходимо быстрое разрешение симптомов: LAT может привести к значительному улучшению симптомов в течение нескольких дней

Изменение среднего общего балла PANSS по сравнению с исходным уровнем с течением времени при использовании PP1M



Проспективное исследование PP1M с гибкой дозой у неэкстренных, но симптоматических пациентов ( $n = 593$ ) с шизофренией, **перешедших на PP1M** после безуспешного лечения пероральными антипсихотиками

Число пациентов, перешедших на PP1M из-за:  
**Отсутствие эффективности**  
**Прочие причины†**

Время	Отсутствие эффективности	Прочие причины†
День 1 (ИУ)*	143	446
День 8	143	444
Месяц 1	137	425
Месяц 2	127	399
Месяц 3	117	383
Месяц 6	103	335
Конечная точка LOCF	143	446

Рисунок адаптирован из работ Шрайнера А., 2014.

\* Доза в 1-й день составляет эквивалент 150 мг в дельтовидной мышце; \*\* $p < 0,0001$  по сравнению с исходным уровнем; †Другие причины включали: желание пациента ( $n=259$  [43,7%]), несоблюдение режима лечения ( $n=138$  [23,3%]) и недостаточную переносимость ( $n=52$  [8,8%]) предыдущего перорального антипсихотика.

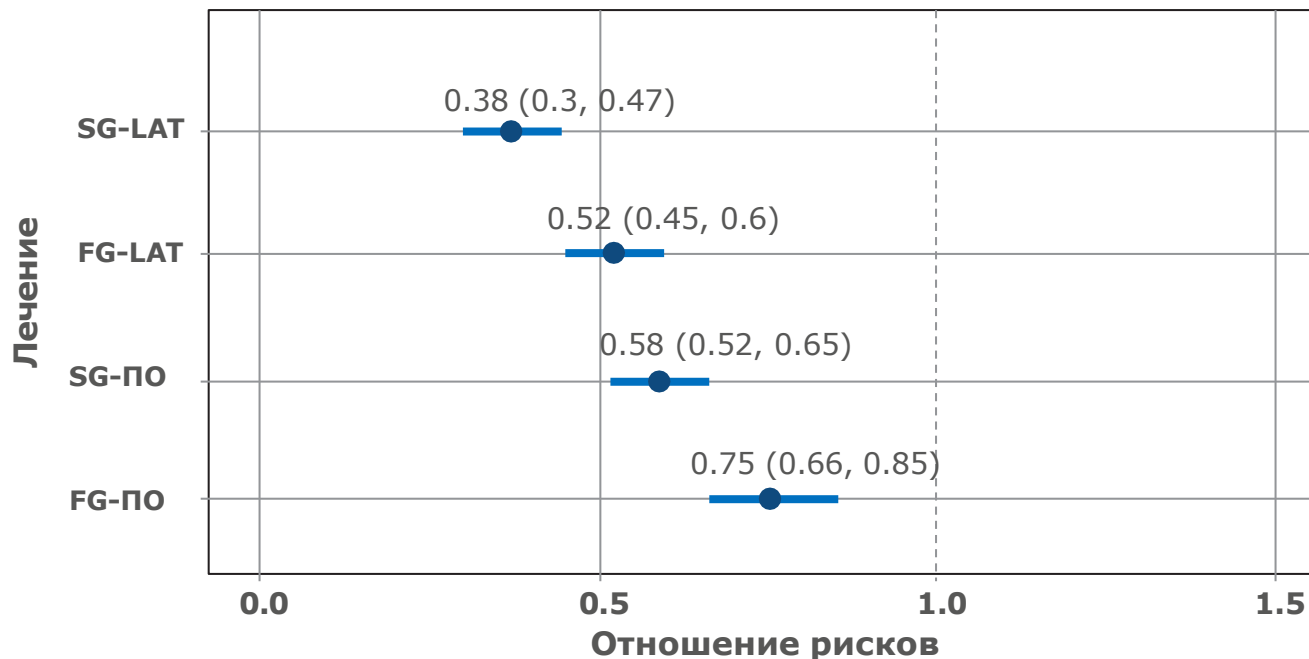
ИУ, исходный уровень; LAT, терапия длительного действия; LOCF, перенос последнего наблюдения; PANSS, оценка положительного и отрицательного синдрома; PP1M, палиперидона пальмитат 1 раз в месяц.

Шрайнер А. и др. *Клиническая терапия* 2014; 36(10): 1372–1388.



# LAT может улучшить выживаемость по сравнению с пероральными антипсихотиками

Скорректированные отношения рисков и 95% доверительные интервалы для лечения пероральными антипсихотическими препаратами FG и SG и длительного действия по сравнению с отсутствием антипсихотического лечения



В этом исследовании проспективно были собраны данные общенационального шведского реестра о пациентах\* с шизофренией (F20 и F25) с целью изучения влияния применения и состава антипсихотиков на смертность



В течение максимального периода наблюдения 7,5 лет самый низкий уровень кумулятивной смертности (7,5%) наблюдался для LAT второго поколения

Рисунок адаптирован из работ Тайпале Х. 2017.

\* n = 29 823 пациента в преобладающей когорте; n=4603 пациента в когорте инцидентов  
FG, первое поколение; LAT, терапия длительного действия; SG, второе поколение.  
Тайпале Х. и др Исследования шизофрении 2017; S0920-9964(17): 30762-4.

# Информирование пациента о преимуществах LAT



О клинических преимуществах LAT следует сообщать, **используя язык и термины, которые легко понятны пациенту:**

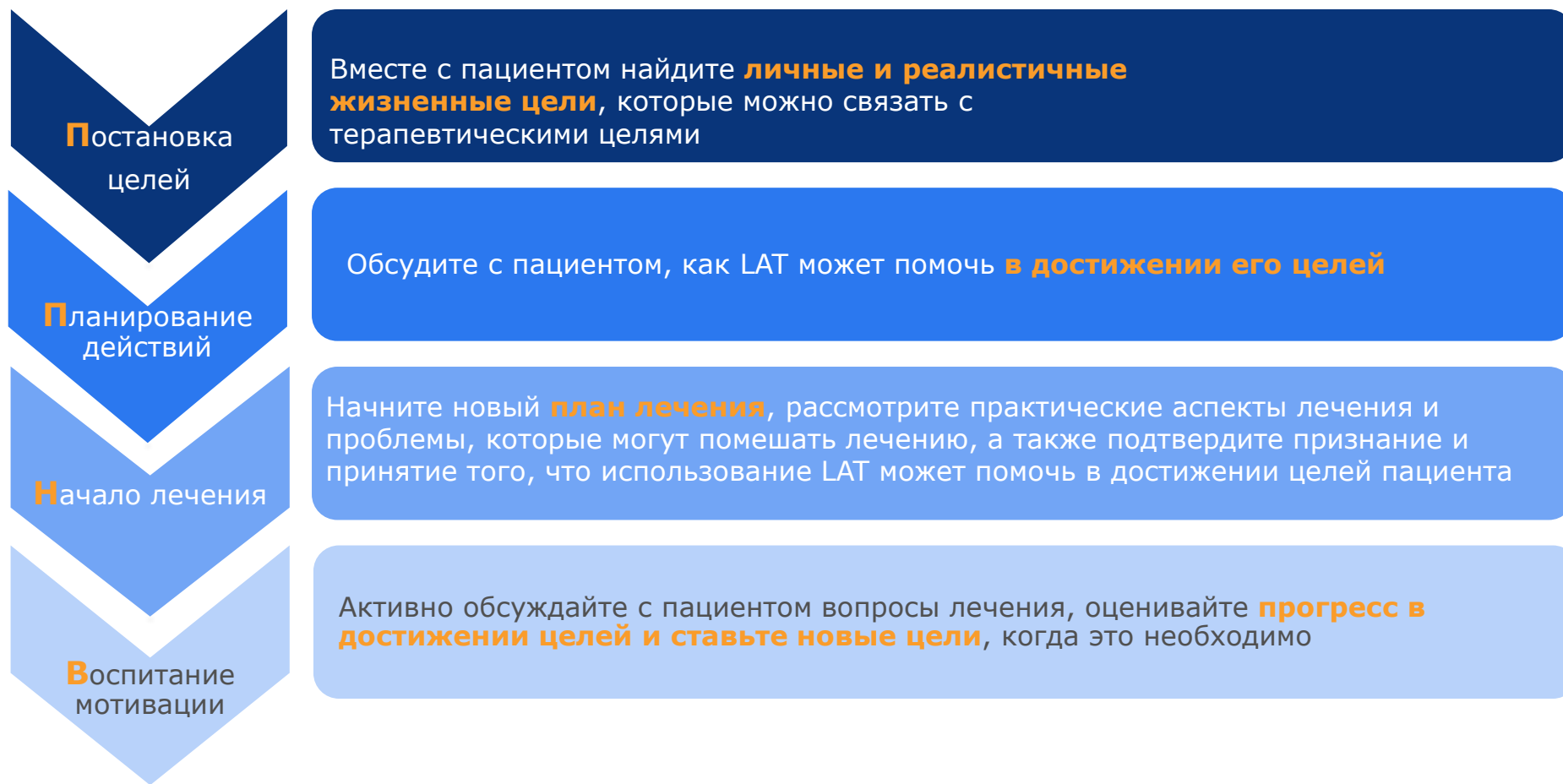
LAT может помочь вам быстро почувствовать себя лучше

Благодаря LAT вам не нужно помнить о приеме препаратов каждый день

LAT может помочь вам оставаться здоровым

LAT может помочь вам прожить дольше

# Конкретный пример техники общения: GAIN



# Позитивный и прагматичный подход может помочь пациентам принять LAT



## Поделитесь опытом других пациентов

У меня много пациентов, которые очень довольны переходом ...



## Подчеркните удобство

... менее частое введение может минимизировать нагрузку ...



## Подчеркните личную выгоду

... вам не придется беспокоиться о том, где находятся ваши таблетки, и принимать их...



## Вспомните прошлые рецидивы

... эти голоса, эти параноидальные мысли все вернуться. Это всего лишь вопрос времени... я могу гарантировать... что это произойдет



## Улучшение

... просто возьмите на себя обязательство принимать лекарство один месяц, вот и все, всего один прием. Вы все еще держите ситуацию под контролем. Мы будем работать вместе, чтобы сделать переход плавным

# Резюме



## Было доказано, что LAT удовлетворяет потребности пациентов с шизофренией

- Значительное улучшение симптомов<sup>1</sup>
- Снижение риска повторной госпитализации<sup>2</sup>
- Устойчивое улучшение функционирования пациента<sup>1,3,4</sup>
- Улучшенная выживаемость<sup>5</sup>
- Преимущества выживаемости и профилактика рецидивов при раннем вмешательстве у впервые диагностированных пациентов<sup>2,5,6</sup>



## Крепкий союз медицинских работников, пациента и лица, осуществляющего уход, является ключом к успеху в лечении людей, живущих с шизофренией, и может помочь облегчить бремя болезни<sup>7,8</sup>

- Недостаточное понимание пациента является ключевой проблемой, с которой сталкиваются психиатры при внедрении LAT<sup>9-15</sup>
- Общение между медицинским работником и пациентом имеет решающее значение для соблюдения режима терапии и, в свою очередь, для оптимизации результатов лечения шизофрении<sup>16-18</sup>
- Эффективное общение с позитивным и прагматичным подходом может помочь пациентам принять LAT<sup>19-22</sup>



## LAT не следует назначать пациентам с тяжелым профилем заболевания или пациентам, у которых предыдущее лечение оказалось неэффективным – их следует рассматривать на ранних стадиях заболевания, чтобы максимизировать результаты<sup>23,24</sup>

- Все пациенты должны быть осведомлены о возможности и потенциале выбора LAT

НСП, медицинский работник; LAT, терапия длительного действия.

1. Шрайнер А. и др. *Клиническая терапия* 2014; 36(10): 1372–1388. 2. Тиихонен Я. и др. *JAMA Психиатрия* 2017; 74(7): 686–693. 3. Харгартер Л. и др. *Экспертное мнение по фармакотерапии* 2016; 17(8): 1043–1053. 4. Савиц А.Дж. и др. *Международный журнал нейропсихиофармакологии* 2016; 19(7): 1–14. 5. Тайпале Х. и др. *Исследования шизофрении* 2017; S0920–9964(17): 30762–4. 6. Шрайнер А. и др. *Исследования шизофрении* 2015; 169(1-3): 393–399. 7. Голдсмит Л.П. и др. *Психологическая медицина* 2015; 45: 2365–2373. 8. Мюррей-Сюнн А.В., Диксон Л. *Спектры ЦНС* 2004; 9(12): 905–912. 9. DSM-V, Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам. Пятое издание. Американская психиатрическая ассоциация 2013. 10. Узир М. и др. *Психиатрия и клинические нейронауки* 2012; 66: 167–179. 11. Хаманн Дж., Херес С. *Психиатрические услуги* 2014; 65: 1483–1486. 12. Амадор Х. Я не болен, помощь мне не нужна. Десятое издание. Вида Пресс. 2011. 13. Лисакер П.Х. и др. *Всемирная Психиатрия* 2018; 17: 12–23. 14. Лерер Д.С. и др. *Инновации в клинической неврологии* 2014; 11(5–6): 10–17. 15. Мисдрахи Д. и др. *Северный журнал психиатрии* 2012; 66(1): 49–54. 16. Оливарес М. и др. *Предпочтения и приверженность пациентов* 2013; 7: 121–132. 17. Светтини А. и др. *Журнал сестринского дела в области психиатрии и психического здоровья* 2015; 22(7): 472–483. 18. Эмсли Р. и др. *Терапевтические достижения в психофармакологии* 2015; 5(6): 339–350. 19. Вайдэн П.Дж. и др. *Журнал клинической психиатрии* 2015; 76(6): 684–690. 20. Поткин С. и др. *ВМС Психиатрия* 2013; 13: 261. 21. Коррелл К.Ю. и др. *Журнал клинической психиатрии* 2016; 77(Suppl 3): 1–24. 22. Пареллада Э. и др. *Препараты для ЦНС* 2016; 30(8): 689–701. 23. Херес С. и др. *Прогресс нейропсихиофармакологии и биологической психиатрии* 2008; 32: 1987–93. 24. Шталь С.М. *Спектры ЦНС* 2014; 19: 3–5.