

НАО «Медицинский университет Астана»

УДК: 615.214:616.895.8-08-039.57

МПК: А61К31/496, К31/5513, А61Р25/18, А61Р25/24

РАХМАНҚҰЛОВА МЕЙРІМ ТАЛҒАТҚЫЗЫ

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОМ
ОБЕСПЕЧЕНИИ АНТИПСИХОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ
ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
(на уровне амбулаторного лечения)**

7М10104 – Фармация

Диссертация на соискание академической степени
магистра медицинских наук

Научный руководитель:
PhD, Ахелова Ш.Л.
Научный консультант:
PhD, Сыдыков С.С.

Астана, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	6
СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ	7
ВВЕДЕНИЕ	8
ГЛАВА 1. ТЕНДЕНЦИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЕНСА (Обзор литературы)	12
1.1 Проблема распространенности шизофрении в современных условиях... 13	
1.2 Динамика распространенности заболевания шизофренией в Республике Казахстан	15
1.3 Антипсихотическая фармакотерапия	20
1.4 Особенности комплаентности пациентов с шизофренией.....	24
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ	31
2.1 Дизайн исследования	31
2.2 Маркетинговый анализ антипсихотических средств	32
2.3 Оценка системного назначения антипсихотиков	41
2.4 Оценка комплаентности при амбулаторном лечении	49
2.5 Результаты и обсуждение исследования.....	50
ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА МЕТОДИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА.....	66
3.1 Концепция методического материала с учетом фармацевтической опеки	66
3.2 Разработка информационных материалов на психообразовательной платформе.....	68
3.3 Разработка информационной брошюры и методического материала	72
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	76
ВЫВОДЫ.....	78
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	79
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	81
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	86

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие нормативно-правовые документы:

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года.
2. Клинический протокол №99 «Диагностики и лечения шизофрении», принятый Министерством Здравоохранения Республик Казахстан от 18 июня 2020 года.
3. Приказ Министра здравоохранения РК от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-89 «Об утверждении правил обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, а также правил и методики формирования потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования».
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа № ҚР ДСМ-75 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)».
5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 февраля 2021 года № ҚР ДСМ-16 «Об утверждении правил государственной регистрации, перерегистрации лекарственного средства или медицинского изделия, внесения изменений в регистрационное досье лекарственного средства или медицинского изделия».
6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 4 февраля 2021 года № ҚР ДСМ-15 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик».

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Антипсихотические средства (антипсихотики) - психотропные препараты, действуют на центральную нервную систему, подавляя активность различных психических процессов, включая эмоциональное состояние и поведение, уменьшают симптомы психоза, таких как бред и галлюцинации;

Амбулаторное лечение – лечение, проводимое при посещении самими пациентами лечебного учреждения.

База данных – совокупность данных, организованных согласно концептуальной структуре, описывающей характеристики этих данных, а также взаимосвязей между их объектами;

Веб-портал – сайт в компьютерной сети, который предоставляет пользователю различные интерактивные интернет-сервисы, которые работают в рамках этого сайта;

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – объем медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджетных средств.

Динамическое наблюдение – систематическое наблюдение за состоянием здоровья пациента, а также оказание необходимой медицинской помощи по результатам данного наблюдения.

Клинический протокол - научно доказанные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определенном заболевании или состоянии пациента.

Комплаенс (комплаентность) – точное соблюдение инструкций по назначению пациентом.

Лекарственное обеспечение – это комплекс мероприятий, направленных на обеспечение населения лекарственными препаратами, включая их производство, распределение, рецептурное приготовление, контроль качества, информационную поддержку и регулирование.

Лекарственные средства – вещества или смесь веществ, вступающие в контакт с организмом, проникающие в органы и ткани с профилактической, диагностической и лечебной целью.

Маркетинговый анализ – это процесс изучения рынка с целью определения потребностей и предпочтений потребителей, оценки конкурентной среды, анализа тенденций и прогнозирования спроса на товар или услугу.

Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС) – этот пакет медицинской помощи оплачивается из средств фонда медицинского страхования.

Опекуны – это лица или организации, которые берут на себя заботу о правах, интересах и благополучии других людей, часто в случаях, когда эти

люди не в состоянии самостоятельно принимать решения или защищать свои интересы.

Побочное действие – это нежелательная реакция или эффект, возникающий в результате применения лекарственного препарата, который не связан с основным его терапевтическим действием.

Приверженность к лечению – это степень, в которой пациент следует рекомендациям и предписаниям своего лечащего врача или специалиста по медицинскому уходу. Она включает в себя соблюдение режима приема лекарств, выполнение медицинских процедур, следование диетическим рекомендациям и другим указаниям, необходимым для достижения оптимального результата лечения.

Психообразовательная программа – это специально разработанная серия мероприятий или занятий, направленных на обучение и информирование людей о психологических аспектах здоровья и благополучия.

Регоспитализация – это процесс повторного госпитализированных пациентов в медицинском учреждении после его выписки из первичной госпитализации. Это может быть вызвано необходимостью продолжения лечения, рецидивом заболевания или осложнениями, требующими медицинского вмешательства.

Риск-фактор – это условие, характеристика или поведение, которое увеличивает вероятность возникновения определенного неблагоприятного события или заболевания у человека.

Стационарная медицинская помощь – это уход за пациентами, состояние которых требует госпитализации.

Терапевтический альянс – это сотрудничество и взаимодействие между пациентом и терапевтом (врачом, психотерапевтом или другим специалистом), направленное на достижение целей лечения или терапии.

Фармацевтическая опека – это концепция и практика, направленная на обеспечение безопасного и эффективного использования лекарственных препаратов.

Шизофрения – тяжелое психическое расстройство, для которого характерны мыслительные нарушения, дезфункционации речи и поведения, галлюцинации, ведущие к эмоциональной и социальной отстраненности.

Эпидемиология – это наука, которая изучает объективные закономерности, которые лежат в основе распространения и прекращения инфекционной болезни в человеческом коллективе, а также изучает методы профилактики инфекционной болезни.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АА	Атипичные антипсихотики
АП	Антипсихотические препараты
АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация лекарственных средств
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГКП на ПХВ	Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения
ЛП	Лекарственные препараты
ЛС	Лекарственные средства
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МНН	Международное непатентованное наименование
МТ	Медицинская техника
НПА	Нормативно - правовой акт
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхование
ПД	Побочные действия
ПР	Побочные реакции
РГП на ПХВ	Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения
РК	Республика Казахстан
ТА	Терапевтический альянс
ТОО	Товарищество с ограниченной ответственностью

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Таблица 1	Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами
Таблица 2	Первичная заболеваемость шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами за 2018 – 2019 год
Таблица 3	Первичная заболеваемость шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами за 2019-2020 год
Таблица 4	Контингент лиц, состоящих на динамическом наблюдении по диагнозам F20-29
Таблица 5	Лекарственные препараты применяемые в лечении шизофрении
Таблица 6	Антипсихотические средства отечественного производства
Таблица 7	Перечень ЛС для бесплатного и льготного обеспечения пациентов с диагнозом F00-F99
Таблица 8	Количество (%) назначаемых лекарственных препаратов специалистами
Таблица 9	Количество (%) назначаемых лекарственных препаратов по уровню оказания медицинской помощи
Схема 1	План проведения исследования
Рисунок 1	Количественный показатель АП по странам-производителей
Рисунок 2	Показатель антипсихотических препаратов, в %
Рисунок 3	Основные отечественные производители АП
Рисунок 4	Показатели продаж АП за 2020-2021 год в рамках ГОБМП (РК)
Рисунок 5	Показатели продаж АП за 2022-2023 год в рамках ГОБМП, (Республика Казахстан)
Рисунок 6	Показатели продаж АП за 2020 – 2021 год в рамках ГОБМП, (г. Астана)
Рисунок 7	Показатели продаж АП за 2022 год - 2023 (полугодие) в рамках ГОБМП, (г. Астана)
Рисунок 8	Общее количество участвующих специалистов в опросе
Рисунок 9	Уровень оказания помощи специалистов
Рисунок 10	Количественное значение назначаемых лекарственных средств специалистами
Рисунок 11	Таблица сопряженности по критерию Хи-квадрата на вопрос «Выберите вашу специальность * Аминазин»
Рисунок 12	Таблица сопряженности по критерию Хи-квадрата на вопрос «На каком уровне оказания медицинской помощи Вы работаете?»
Рисунок 13	Характеристика влияния на выбор ЛП при шизофрении
Рисунок 14-18	Результаты анкетирования медицинских сотрудников
Рисунок 19-26	Результаты анкетирования пациентов
Рисунок 27-34	Результаты анкетирования опекунов, в том числе и

	родственников пациентов
Рисунок 35	Главная страница Mental-school.kz
Рисунок 36	Главная страница Mental-school.kz (Вкладка - О нас)
Рисунок 37	Главная страница Mental-school.kz (Вкладка – Статьи)
Рисунок 38	Главная страница Mental-school.kz (Вкладка – Статьи – видеоролик)
Рисунок 39	Главная страница Mental-school.kz (Вкладка – Статьи – скачивание)
Рисунок 40	Информационная брошюра (Страница 1)
Рисунок 41	Информационная брошюра (Страница 2)

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы:

В настоящее время одной из важной проблемы в области здравоохранения является увеличение распространённости психических расстройств. Наиболее активную распространённость имеет психическое заболевание – шизофрения. Шизофрения – тяжелое психическое расстройство, для которого характерны мыслительные нарушения, дезфункционирования речи и поведения, галлюцинации, ведущие к эмоциональной и социальной отстраненности.

По оценкам статистических данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), шизофренией страдает около 24 млн. человек или 1 из 300 человек во всем мире. Процентное отношение к взрослому населению составляет около 0,45%. В процентном расчёте на взрослое население Казахстана составляет около 0,23% с учетом общей статистики за 2022 год, где число взрослых составляет 13 832 000 человек (Статистический сборник Республиканский научно-практический центр психического здоровья «Психиатрическая помощь населению РК»).

В Казахстане шизофрения представляет актуальную проблему не только в психиатрии, но и общественного здравоохранения, являясь затратным для общества заболеванием. По последним статистическим данным первичная заболеваемость шизофренией – в Республике Казахстан (РК) составляет 3,4 на 100 тыс. населения. По динамическому учету пациентов, находящихся на амбулаторном лечении, составляет 47,2. Доля больных шизофренией в общей численности лиц с психическими расстройствами – 19%, а среди инвалидов по психическому заболеванию больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра составляют 33,3% (Статистический сборник Республиканский научно-практический центр психического здоровья «Психиатрическая помощь населению РК»).

Данная проблема актуальна во всем мире, изучается зарубежными и отечественными исследователями. В обзоре J. Cramer и R. Rosenheck приводятся данные о том, что у больных психозами комплаентность в среднем составляет 58% (имея разброс от 24 до 90%), а при депрессивных расстройствах среднее значение – 65% (разброс данных от 58 до 90%). Среди последствий нарушения режима приема предписанных лекарственных средств наиболее тяжелыми являются учащение обострений и регоспитализаций.

На сегодняшний день по РК проводились исследования по оптимизации психиатрической помощи больным шизофренией (Алтынбековым К.С., Незнановым Н.Г.), также фармакоэкономический анализ антипсихотиков пролонгированного действия (Абишев А.Е., Нуркатов Е.М.) и изучены современные подходы к лечению психических расстройств. Однако, комплексных исследований по комплаентности и лекарственного обеспечения антипсихотиками разного вида действия, пациентам с шизофренией по городу Астана не проводились. Таким образом, вышеизложенное позволяет утверждать, что тема диссертации является актуальной, теоретическая и

практическая значимость обуславливает важный вопрос для клинико-фармацевтической сферы деятельности и психиатрии в Казахстане.

Цель исследования: Разработка информационных ресурсов на основе результатов исследования для улучшения качества комплаентности и лекарственного обеспечения пациентов с шизофренией.

Задачи исследования:

1. Провести маркетинговый анализ лекарственных препаратов применяемые при терапии шизофрении на уровне амбулаторного лечения с целью оценки маркетинговой позиции в ассортименте антипсихотиков по городу Астана.

2. Провести анализ путем анкетирования с участием врачей, пациентов и родственников, находящихся на терапии антипсихотиками. Проанализировать факторы и причины некомплаентности.

3. Разработать практические рекомендации по улучшению приверженности к терапии пациентов с шизофренией с учетом антипсихотической терапии.

Объект исследования:

Объектом диссертационного исследования являются: система оказания психиатрической помощи населению Республики Казахстан; статистические материалы; анкетные данные от врачей, пациентов и в том числе родственников. База лекарственных препаратов применяемые для лечения пациентов с шизофренией. Государственный реестр лекарственных средств Республики Казахстан.

Предметом исследования является уровень комплаентности и лекарственное обеспечение пациентов с шизофренией на уровне амбулаторного лечения.

Методы исследования:

1) Экономико-статистические (статистика вариации, аналитическое выравнивание, графический, сравнительно-логический анализ);

2) Контент-анализ – социологическое анкетирование врачей, пациентов и опекунов в том числе на бумажном носителе;

3) Маркетинг (дифференциация, структурный анализ).

Научная новизна исследования:

Впервые проведен анализ пациентов, находящихся под антипсихотикотерапией на комплаентность путем анкетирования врачей, пациентов и в том числе опекунов;

Исследованы и проведены сравнительные анализы лекарственных препаратов, назначаемые врачами для лечения пациентов с шизофренией;

Дана оценка маркетинговой позиции ассортимента антипсихотических препаратов за 2020-2023 год;

Изучен вопрос комплаентности пациентов с шизофренией под амбулаторным лечением с предложением улучшения качества медико-социальной помощи.

Практическая значимость:

Разработанные методические рекомендации по комплаентности и эффективному лекарственному обеспечению антипсихотиками пациентов с шизофренией на амбулаторном лечении, могут быть использованы для увеличения степени приверженности лечению, организациями по оказанию психиатрической помощи населению в Казахстане.

Также практические рекомендации по улучшению рационального использования антипсихотиков в рамках государственной системы, позволит повысить качество амбулаторного лечения пациентов с шизофренией, сократит возможность повторной госпитализации, снизит показатель качества первичной инвалидности.

База проведения исследования:

ГКП на ПХВ «Городской центр психического здоровья» акимата города Астаны; Кафедра фармацевтических дисциплин НАО «Медицинский университет Астана»; РГП на ПХВ "Республиканский научно-практический центр психического здоровья" МЗ РК.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Маркетинговые показатели ассортимента антипсихотиков РК и города Астаны.
2. Результаты оценки системного назначения антипсихотических препаратов.
3. Результаты анкетирования пациентов, врачей и пациентов по определению причин некомплаентности.
4. Разработка методической рекомендации по комплаентности, информационной брошюры и материала на психообразовательном сайте разработанного совместно с РОО «Ассоциации специалистов, работающих в сфере психического здоровья».

Объем и структура диссертации:

Диссертационная работа состоит из введения, трёх взаимосвязанных глав, выводов, заключения, списка использованных источников и приложений. Диссертация изложена на 84 страницах, иллюстрирована 1 схемой, 9 таблицами, 41 рисунками и дополнена 10 приложениями. Библиографический список содержит 76 источников.

Апробация диссертации:

Основные положения и результаты диссертации доложены на:

- IX международной научной конференции молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации» 8-9 декабря 2022 года, Шымкент, устный доклад, публикация тезиса в материалах конференции, ВЕСТНИК ЮКМА, №4 (98);
- Международный Европейский журнал «ВІМСО», Украина. г. Черновцы 2022 г, публикация тезиса в материалах конференции;
- Международная научно - практическая конференция «Пациент. Врач. Лекарство» Республика Татарстан, г. Казань, 30-31 марта 2023 год, публикация статьи в журнале конференции;

- «Ғылым және жастар: ашылулар мен перспективалар» атты студенттер мен жас ғалымдарды халықаралық ғылыми-практикалық конференциясы, г.Астана, МУА 12-13 апрель 2023 год, устный доклад в секции: Безопасность пациентов. Публикация статьи в журнале конференции, (Диплом III степени);
- Научно-практическая конференция «НАУКА И ЗДОРОВЬЕ» посвященная 80-летию юбилею профессора, доктора медицинских наук, члена-корреспондента академии медицинских наук РК Каражановой Людмиллы Кусаиновны, 12-13 апреля 2023 года г. Семей, публикация тезиса в журнале материала конференции;
- Международная научно-практической конференции «Современная фармация: новые подходы в образовании и актуальные исследования», посвященной 70-летию Юбилею Лауреата Государственной премии РК, д.фарм.н., профессора кафедры фармацевтических дисциплин НАО «МУА» Арыстановой Танагуль Акимбаевны. РК, Астана, 27 октября 2023 г., устный доклад и публикация тезиса в сборнике конференции;
- X международной научной конференции молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации» 7-8 декабря 2023 года, Шымкент, устный доклад и публикация статьи в журнале материала конференции (Диплом II степени);

Публикации.

По результатам исследования опубликовано 8 научных работ:

- в изданиях, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан – 1 («Фармация Казахстана», № 2, апрель 2024 г.);
- в материалах международных конференций – 7.

Получено 1 авторское свидетельство.

Разработана методическая рекомендация «Методические подходы по определению комплаентности при лекарственном обеспечении антипсихотическими средствами пациентов, страдающих шизофренией (на амбулаторном уровне)» и внедрена в материалы деятельности РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК №07-07/751 от 18 апреля 2024 г., РОО РК «Ассоциация специалистов, работающих в сфере психического здоровья» №104 от 18 апреля 2024 г.

ГЛАВА 1. ТЕНДЕНЦИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЕНСА (Обзор литературы)

1.1 Проблема распространенности шизофрении в современных условиях

Шизофрения является наиболее распространенным заболеванием из многих психических расстройств. Шизофрения («шизо» – отделение, «френ» – разум) в переводе с греческого означает разделение психических функций, при этом память и другие приобретенные знания сохраняются, наблюдаются нарушения в психической деятельности. Концепция функционального разделения — это вмешательство и дезорганизация психических функций, дисгармония и проявление несвязанных действий пациентов в обществе. В частности, разделение психических функций объясняет особое клиническое проявление заболевания и характерные особенности вмешательства пациента, которые часто сочетаются исключительно с сохранением умственных способностей. Шизофрения является наиболее серьезным психическим расстройством и изучается на протяжении 100 лет [1].

Однако, на данный момент шизофрения считается одной из важнейшей проблемы в мировом здравоохранении XXI века по распространению. При проведении оценки распространения заболевания, необходимо иметь в виду, что на результаты данных могут воздействовать особенности организации психиатрической помощи, их развитие, методика оценивания показателей, способы оценки распространенности заболевания, скрининг среди населения или по обращению населения и подходы к диагностике. В зависимости от действующей классификации, диагностика может быть иметь некоторые различия. Данное различие может повлиять на результаты, полученные в различные интервальные периоды в несколько лет, могут отличаться. Однако, представить эпидемиологию заболевания могут сведения, основывающихся на крупных научных исследованиях с одинаковым методом, дизайном и единым критерием диагностики.

По данным Всемирной организации здравоохранения, отражающим положение дел в последней четверти XX в. (Sartorius N. et al., 1986; Jablensky A. et al., 1992), заболеваемость шизофренией с использованием относительно «широких» критериев Международной классификации болезней 9-го пересмотра составляет 16–40 случаев на 100 тыс. населения в год. Более «узкие» критерии диагностики шизофрении позволяют определить заболеваемость в рамках 7–14 случаев на 100 тыс. населения (Wing J.K. et al., 1974). По данным эпидемиологических исследований (Александровский Ю.А., Мартынов А.И., 2009) распространенность шизофрении в мире оценивается в пределах 0,8-1,0%. Шизофренией страдает 45 млн. чел. в мире, число новых случаев в год 4,5 млн. чел. Количество больных в 1985-2000 гг. увеличилось на 30%, соответственно росту населения планеты (данные ВОЗ).

Систематический обзор, основанный на 50 исследованиях исходов, показал, что средняя доля людей с шизофренией, отвечающих критериям клинического и социального выздоровления, составляла всего 13,5%. В дополнение к плохим результатам выздоровления, люди, живущие с шизофренией, имеют значительно более низкую ожидаемую продолжительность жизни. Высокая избыточная смертность наблюдается во всех возрастных группах, и этот дифференциальный разрыв в смертности между людьми с шизофренией и без нее, возможно, увеличился в последние десятилетия. Шизофрения также связана с более высокими показателями сопутствующих заболеваний, и большинство избыточных смертей связано с основными соматическими заболеваниями, особенно хронические заболевания, такие как ишемическая болезнь сердца, инсульт, диабет II типа, респираторные заболевания и некоторые виды рака. Неестественные причины, включая самоубийства, составляют менее 15% дополнительных смертей [2].

Проанализируем эпидемиологию распространения заболеваемости шизофренией в разных странах. По оценкам, шизофрения поражает от 0,25% до 0,64% людей в Соединенных Штатах (США) и является одной из пятнадцати основных причин инвалидности во всем мире [3].

Заболеваемость шизофренией в Российской Федерации в 2011 г. составила 12,2 на 100 000 населения (женщины 46%, мужчины 54%), болезненность – 397,3 на 100 000 населения (мужчины 50%, женщины 50%) (Творогова Н.А. с соавт., 2013).

Согласно имеющим официальным данным отчетности по Республике Казахстан первичная заболеваемость шизофренией в 2010 г. составила 6,3 на 100 тыс. населения, а общая – 245,8 на 100 тыс. населения. В г. Алматы на 100 тыс. населения больные шизофренией составили в 2010 г. – 12,8, в 2014 г. – 6,0 [4,5]

По оценкам этого исследования, 21 миллион человек живут с шизофренией во всем мире, и эта цифра будет продолжать расти по мере старения и роста населения. Большинство из них живут в странах с низким и средним уровнем дохода, что совпадает с самыми высокими пробелами в лечении около 90% в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода [6]. Наибольшие показатели заболеваемости имеют Швеция – 1,7%; Ирландия – 1,2%; Россия – 0,82%; США – 0,72%; наименьшие: Гана, Ботсвана, Тайвань – менее 0,5%. По общемировым показателям шизофренией в возрастных группах распределяется следующим образом: в возрасте 25-44 лет – 11%; 18-24 лет – 0,8%; дети до 12 лет – 0,02-0,04%. Соотношение шизофренией у мужчин и женщин проявляется следующим образом: 0,77% - мужчины, 0,82% - женщины [7.]

Сравнив данные о первичной и общей заболеваемости шизофренией в Республике Казахстан с аналогичными показателями, представленными в мировой литературе, можно сделать вывод, что выявляемость впервые заболевших шизофренией в РК является удовлетворительной. Однако, этот анализ также подчеркивает необходимость дальнейшей работы с целью более

активного выявления данной группы пациентов. Это позволит проводить комплексные лечебно-восстановительные мероприятия с ними на более ранних этапах развития процессуального заболевания.

Несмотря на стремительное развитие психофармакологии и расширение возможностей терапии, шизофрения остается часто рецидивирующим заболеванием, требующим повторных госпитализаций. Каждый рецидив сопряжен нередко с ухудшением функционального статуса и комплаенса пациента. Помощь больным шизофренией в настоящее время включает, в частности, обеспечение приверженности к долгосрочной терапии, предотвращение рецидивов заболевания, достижение максимально возможного и устойчивого уровня функционирования больных, что связано, в свою очередь, с улучшением переносимости нейрорепетитивной терапии [8]. Больные на этапе хронического течения шизофрении занимают довольно значительное место в амбулаторной психиатрической практике. Так, доля больных с длительностью заболевания свыше 10 лет в группе диспансерного наблюдения составляет более 70% [9].

Причины развития шизофрении не полностью понятны. Это многопричинное расстройство, в котором существует взаимодействие генетических, окружающих и биологических факторов. Семейная предрасположенность играет важную роль, так как риск заболеть шизофренией увеличивается, если у кого-то из близких родственников уже есть это заболевание. Однако генетика не является единственной причиной, поскольку не все люди с родственными связями по шизофрении становятся больными.

Среди других факторов риска можно выделить:

- использование наркотиков в раннем возрасте,
- воздействие вредных окружающих условий,
- социальная изоляция, травмы в раннем детстве,
- инфекции, а также некоторые биохимические аномалии в мозге.

Опираясь на научную статью Simona A. Stilo и Robin M. Murray, шизофрения может развиваться не только генетическими факторами. Этиология шизофрении является многофакторной и отражает взаимодействие между генетической уязвимостью и влиянием окружающей среды [10].

1.2 Динамика распространенности заболевания шизофренией в Республике Казахстан

В настоящее время, проблемы психического здоровья являются одними из самых серьезных вызовов для общества. Эксперты ВОЗ выделяют увеличение населения, процессы урбанизации, неблагоприятные экологические условия, сложности в производственных и образовательных технологиях, информационное напряжение, увеличение чрезвычайных ситуаций и техногенных катастроф, ухудшение физического, включая репродуктивное, здоровья, увеличение травм головного мозга и родовых травм, старение населения и миграцию населения как основные факторы роста психических

расстройств (ВОЗ, 2001). Для улучшения качества психиатрической помощи и эффективности психиатрических служб важно иметь данные о распространенности и динамике психических заболеваний.

Проведен анализ состояния психического здоровья по региональным особенностям, в том числе и города Астана. Были изучены основные показатели психического здоровья населения РК в разные периоды с 2018 года до полуугодового показателя 2023 года.

Таблица 1 - Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами

Регион	Число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств			
	абсолютные числа		на 100 000 человек населения	
	2018	2019	2018	2019
Республика Казахстан	10028	9783	54,5	52,5
Акмолинская	347	357	47,0	48,5
Актюбинская	694	712	79,8	80,8
Алматинская	669	585	32,8	28,5
Атырауская	127	179	20,0	27,7
З-Казахстанская	216	235	33,1	35,8
Жамбылская	383	268	34,0	23,7
Карагандинская	1174	1026	85,2	74,5
Костанайская	549	540	62,9	62,2
Кызылординская	544	500	68,5	62,2
Мангистауская	295	399	43,5	57,1
Туркестанская	1641	1456	82,7	72,2
Павлодарская	522	408	69,2	54,2
С-Казахстанская	214	167	38,2	30,4
В-Казахстанская	719	851	52,2	62,1
г.Астана	556	676	51,6	59,5
г.Алматы	379	552	20,4	28,8
г.Шымкент	999	872	99,0	84,0

По статистическим данным, видно, что в 2019 году, по сравнению с 2018 годом, количество зарегистрированных лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств (далее ППР) сократилось с 10028 случаев в 2018 году до 9783 в 2019 году, соответственно показатель первичной заболеваемости на 100 000 человек населения составил 52,5 (54,5 - в 2018 г.). Высокая выявляемость первичных больных отмечена в г.Шымкент (84,0), Актюбинской (80,8), Карагандинской (74,5) и Туркестанской (72,2) областях.

Таблица 2 - Первичная заболеваемость шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами за 2018 – 2019 год.

Регион	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства			
	абсолютные числа		на 100 000 человек населения	
	2018	2019	2018	2019
Республика Казахстан	1314	1287	7,1	6,9
Акмолинская	44	37	6,0	5,0
Актюбинская	140	118	16,1	13,4
Алматинская	127	96	6,2	4,7
Атырауская	16	20	2,5	3,1
З-Казахстанская	35	34	5,4	5,2
Жамбылская	74	59	6,6	5,2
Карагандинская	113	84	8,2	6,1
Костанайская	65	84	7,4	9,7
Кызылординская	77	65	9,7	8,1
Мангистауская	32	43	4,7	6,2
Туркестанская	90	102	4,5	5,1
Павлодарская	146	95	19,4	12,6
С-Казахстанская	33	25	6,0	4,6
В-Казахстанская	115	135	8,3	9,9
г.Астана	89	123	8,3	10,8
г.Алматы	67	92	3,6	4,8
г.Шымкент	51	75	2,6	7,2

За 2018-2019 период возросло число общего контингента лиц, состоящих под динамическим наблюдением, с ППР без употребления психоактивных веществ с 188667 до 190066, что составил 1020,1 на 100 000 человек населения (1025,6- в 2017 г.). Показатель болезненности выше среднереспубликанского отмечается в Карагандинской (1516,8) Костанайской (1458,1), и Восточно-Казахстанской (1352,9) областях. Данные о первичной заболеваемости шизофренией в Республике Казахстан представлены в таблице 2.

Как видно из табл. 2, первичная заболеваемость шизофренией в Республике Казахстан с 2018 по 2019 годы уменьшилась 1314 до 1287 человек или с 7,1 до 6,9 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости в 2018 году отмечались в Павлодарской области - 19,4, Актюбинской области – 16,1, Кызылординской области – 9,7, Восточно-Казахстанской и в г. Астана– 8,3 на 100 тысяч населения. К 2019 году отмечается увеличение первичной заболеваемости шизофренией в Восточно-Казахстанской области (17,3%), Костанайской области (на 29,2 %), г. Астана (на 38,2 %), г. Алматы (на 37,3 %), г. Шымкент (47%).

В остальных областях и городах произошло снижение показателя, наиболее высокие темпы снижения зарегистрированы в Алматинской области

(на 24,4%), Павлодарской области (на 34,4 %), Актюбинской (на 15,7 %) и Карагандинской (на 25,6%) областях.

Данные о первичной заболеваемости шизофренией за 2020 год представлены в таблице 3. [11,12]

Таблица 3 – Первичная заболеваемость шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами за 2019 – 2020 год

Регион	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства			
	абсолютные числа		на 100 000 человек населения	
	2019	2020	2019	2020
Республика Казахстан	1287	1184	7,0	6,3
Акмолинская	37	62	5,0	8,4
Актюбинская	118	94	13,5	10,5
Алматинская	96	88	4,7	4,2
Атырауская	20	20	3,1	3,0
З-Казахстанская	34	55	5,2	8,3
Жамбылская	59	57	5,2	5,0
Карагандинская	84	115	6,1	8,4
Костанайская	84	61	9,6	7,1
Кызылординская	65	58	8,1	7,1
Мангистауская	43	34	6,2	4,7
Павлодарская	95	82	12,6	10,9
С-Казахстанская	25	35	4,5	6,4
Туркестанская	102	80	5,1	3,9
В-Казахстанская	135	88	9,8	6,5
г.Астана	123	119	11,1	10,0
г.Алматы	92	84	4,9	4,2
г.Шымкент	75	52	7,3	4,8

По представленным данным, были сравнены значения первичной заболеваемости шизофренией за прошлый 2019 год. Исходя из данным можем заметить, что первичная заболеваемость по Республике Казахстан с 2019 по 2020 годы уменьшилась 1287 до 1184 человек или с 7,0 до 6,3 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее высокие показатели в 2020 году отмечались в Павлодарской области – 10,9, Актюбинской – 10,5 и в г. Астана – 10,0 на 100 тыс. населения.

К 2020 году отмечается увеличение первичной заболеваемости шизофренией в Акмолинской области (на 67,5 %), Западно-Казахстанской области (на 61,7 %), Карагандинской области (на 36,9 %) и Северо-Казахстанской области (на 40 %).

В остальных областях и городах произошло снижение показателя в сравнении 2019 годом, наиболее высокие темпы снижения зарегистрированы в

Восточно-Казахстанской области (на 34,8 %), г. Шымкент (на 30,67 %), Актюбинской (на 20,34 %) и Костанайской (на 27,38 %) областях.

По данным указанных в таблице 4, был проведен сравнительный анализ пациентов, находящихся на динамическом наблюдении в промежутке с 2020 года по первого полугодия 2023 года [13].

Таблица 4 - Контингент лиц, состоящих на динамическом наблюдении по диагнозам F20-29

Регионы	2020 г	2021 г	2022 г	6 месяцев 2023 г
Акмолинская	1910	1846	1830	1814
Актюбинская	2160	2141	2136	2143
Алматинская	3956	3889	3925	2315
Атырауская	1178	1172	1171	1154
Восточно-Казахстанская	4498	4358	4230	2511
Жамбылская	2815	2779	2785	2763
Западно-Казахстанская	1711	1714	1736	1744
Карагандинская	3928	3829	3838	3252
Костанайская	3075	3036	2991	2979
Кызылординская	1872	1855	1802	1792
Мангистауская	1315	1303	1300	1306
Область Абай*				1745
Область Жетису*				1593
Область Улытау*				567
Павлодарская	3112	3006	3027	3003
Северо-Казахстанская	1960	2035	1997	1996
Туркестанская	3459	3403	3368	3399
г. Алматы	4214	4130	4163	4163
г. Астана	1956	2078	2108	2160
г. Шымкент	1966	1968	1959	1955
РК	45085	44542	44366	44354

* - Эти области были образованы с 8 июня 2022 года.

Исходя официальных статистических данных показателя психического здоровья и поведенческого расстройства населения РК за 2020 составило 45085 случаев, за 2021 год составило 44542 случаев, количество лиц находящиеся на динамическом наблюдении сокращается на 1,2 % ежегодно.

Из 2021 в 2022 год зарегистрировано уменьшение на приблизительно 0.39% (44542 случая в 2021 году и 44366 случаев в 2022 году). Из 2022 в 2023 год отмечено небольшое уменьшение на примерно 0.03% (44366 случаев в 2022 году и 44354 случая в 2023 году). Общий анализ указывает на постепенное снижение числа зарегистрированных случаев каждый год. Но снижении наблюдается в маленьком процентном содержании.

Если рассмотреть данный показатель и провести анализ по регионам, то можем заметить, что в 2020 году высокое количество лиц, находящихся под динамическим наблюдением отмечена в Восточно-Казахстанской области (4498 лиц). В сравнении с 2021 - 2022 годом, в Восточно-Казахстанской области наблюдается снижение на 3,1 % ежегодно. К 2023 году наблюдается максимальное убывания на 40,6% лиц, находящихся на динамическом наблюдении (2511 человек). Высокое количество за 2023 год по регионам отмечено в г. Алматы, зарегистрирована 4163 человек.

Низкое количество лиц, находящихся под динамическим наблюдением за 2020 по 2022 год отмечена в Атырауской области, ежегодно наблюдается стабильное убывание на 2%. За 2023 год низкое количество лиц зарегистрированных под наблюдением отмечено в области Улытау (567 лиц).

По городу Астана зарегистрировано увеличение количество людей, находящихся под динамическим наблюдением. Из 2020 в 2021 отмечено небольшое увеличение на 6,3% (1956 случаев 2020 году и 2078 случаев за 2021 год). Из 2021 на 2022 год отмечено небольшое увеличение на 1,3% (2078 случаев 2020 году и 2108 случаев за 2021 год). Из 2021 на 2023 год отмечено увеличение на 2,46 % (2078 случаев 2020 году и 2108 случаев за 2021 год).

Таким образом, общий анализ по регионам и в г. Астана указывает на постепенное увеличение и/или снижение числа зарегистрированных случаев каждый год. Важно провести дополнительный анализ и рассмотреть возможные факторы, влияющие на данный анализ, и принять общие меры по эффективному снижению количество лиц, находящихся под динамическим наблюдением.

1.3 Антипсихотическая фармакотерапия

На сегодняшний день одним из путей развития заботы о психическом здоровье населения Республики Казахстан, заключается в улучшении методов психофармакотерапии, проводимой в стационарных и амбулаторных условиях. Здесь основное внимание уделяется облегчению острых психотических расстройств с использованием психотропных препаратов [14]. Главной целью терапии шизофрении является уменьшение выраженности симптомов, снижение вероятности обострений и возвращение пациента к исходному уровню функционирования [15]. Антипсихотические средства (агенты, действующие как антагонисты или частичные агонисты дофаминовых D2-рецепторов, помимо наличия других средств к рецепторам) использовались в качестве основного фармакологического лечения шизофрении [16]. Антипсихотические препараты являются препаратами

первой линии лечения шизофрении [17]. Антипсихотические препараты эффективны для лечения основных симптомов шизофрении, таких как слуховые галлюцинации и бред. Эти препараты можно разделить на два основных класса: антипсихотики первого поколения (АПП или типичные антипсихотики), такие как галоперидол, и антипсихотики второго поколения (АВП или атипичные), такие как рисперидон, оланзапин и кветиапин. Типичные антипсихотические средства являются антагонистами дофамина, действующими на трех основных путях этого нейротрансмиттера, в то время как атипичные антипсихотические средства, как правило, обладают сродством как к рецепторам дофамина, так и к 5HT₂-рецепторам и считаются более селективными в сторону мезолимбической системы [18].

Антипсихотические препараты стали доступны с середины 1950-х годов; более старые типы называются типичными антипсихотиками или антипсихотиками первого поколения (например, хлорпромазин, галоперидол). В 1990-х годах были разработаны новые антипсихотические препараты, называемые «атипичными» антипсихотиками второго поколения (АВП). Первым из этих АПП был клозапин, за которым последовали рисперидон, оланзапин, zipразидон, кветиапин, амисульприд, сертиндол, луразидон, палиперидон, илоперидон, аzenапин, арипипразол и, совсем недавно, брекспипразол, карипразин и зотепин. Некоторые из этих АВП (например, палиперидон, арипипразол, оланзапин и рисперидон) также доступны в инъекционных формах длительного действия. Основные рекомендации рекомендуют АВП в качестве первого выбора как при первом эпизоде, так и при обострениях. Рекомендации по использованию АВП подкреплены меньшей частотой нежелательных явлений [19] и, как следствие, низкой частотой прекращения терапии [20]. Однако АВП могут вызывать увеличение веса и значительные изменения в обмене веществ, что может увеличить риск развития диабета и повысить уровень циркулирующего холестерина.

Поскольку доступно множество АВП, важно понимать, как эти вещества соотносятся друг с другом. Лишь немногие исследования были сосредоточены на сравнении антипсихотиков с плацебо с точки зрения ответа или на рассмотрении реальной эффективности в предотвращении рецидивов [21]. Эти исследования показали, что состояние пациентов при приеме антипсихотиков улучшилось по сравнению с плацебо, и что клозапин и инъекционные антипсихотические препараты длительного действия были методами лечения с самым высоким уровнем предотвращения рецидива шизофрении. В более недавнем исследовании не было выявлено устойчивого превосходства какого-либо АВП по показателям эффективности [22]. В настоящее время, амбулаторное лечение является ключевым этапом по оказанию психиатрической помощи. Стратегической целью амбулаторного лечения является превенция регоспитализаций, трудовая и социальная компенсация (реконвалесценция). Общими принципами лечения предусматривает монотерапию антипсихотиком, удобство применения и непрерывность терапии для пациента, мониторинг эффективности и безопасности терапии,

превенция госпитализаций, психобразование и психореабилитация. Существует также немедикаментозное лечение, заключается на основе терапевтического альянса и комплаенса со стороны пациента, различные виды психотерапии, трудотерапия. Медикаментозная терапия осуществляется по клиническому протоколу № 99 диагностики и лечения шизофрении, принятого Министерством Здравоохранения Республик Казахстан от 18 июня 2020 года [23]. На амбулаторном лечении применяются следующие лекарственные средства, указанные в таблице 5.

Таблица 5. Лекарственные препараты применяемые в лечении шизофрении

Антипсихотики пролонгированного действия		Антипсихотики для ежедневного применения	
МНН ЛС	Способ применение	МНН ЛС	Способ применения
Палиперидон	1-й день 150мг. в\м, 8-й день-100мг. в\м, далее поддерживающее лечение 100 мг. (или 150мг) в\м ежемесячно	Палиперидон	Индивидуальный подбор доз. 3-9мг\сутки внутр
Палиперидон	Индивидуальный подбор доз. 350 мг. или 525 мг. 1 раз в 3 мес. в\м	Карипразин	1,5 мг/6 мг внутрь один раз в сутки
Рисперидон	Индивидуальный подбор доз. 25мг или 37,5 мг в\м 1 раз в 2-4 недели	Рисперидон	0,5-4 мг\сутки внутрь за 1-3 приема
Галоперидол	Индивидуальный подбор доз. 25-75 мг в\м 1-2 раза в месяц в\м	Арипипразол	До 10-15 мг\сутки внутрь
Флуфеназин	Индивидуальный подбор доз. 25-50 мг\ 1 раз в\м в 2-4 недели.	Оланзапин	5-10мг.\сутки внутрь
		Амисульприд	50-400 мг.\сутки внутрь за 1-2 приема
		Хлорпромазин	25-100мг\сутки внутрь.
		Клозапин	25-100 мг\сутки внутрь 2 – 3 раза в день
		Трифлуоперазин	5 - 10мг\сутки внутрь за 1-3 приема
		Галоперидол	0,5-15 мг\сутки внутрь в 1-3 приема
		Левомепромазин	25- 100мг\сутки внутрь за 1-2 приема

Рассмотрим некоторые антипсихотические лекарственные средства, которые используются в настоящее время в РК по таблице 5.

Клозапин.

Клозапин, до сих пор являющийся основным препаратом атипичных нейролептиков, принадлежит к химическому классу дибензодиазепинов. Он имеет множество уникальных клинических преимуществ перед типичными нейролептиками, включая эффективность при резистентной к лечению шизофрении, низкую склонность индуцировать экстрапирамидные симптомы (ЭПС), особенно позднюю дискинезию, и не повышает уровень пролактина в сыворотке. Помимо эффективности против положительных симптомов, клозапин также может быть полезен при лечении отрицательных симптомов. Было продемонстрировано, что он предотвращает суицидальные тенденции и некоторые виды когнитивных нарушений, связанных с шизофренией [24].

У пациентов резистентные к лечению шизофренией, определяются как пациенты, которые не реагируют в достаточной степени на последовательные исследования по крайней мере двух различных антипсихотиков, назначаемых в соответствующих дозах, продолжительности и с адекватной приверженностью со стороны пациента [25]. Представляет собой серьезную клиническую проблему, которая может возникнуть на ранних этапах лечения или развиться позже у пациентов, первоначально реагирующих на антипсихотическое лечение [26]. Клозапин — единственный препарат, одобренный для лечения резис регулируемыми органами Северной Америки, Европы и многих других юрисдикций. Это производное трициклического дибензодиазепина, которое взаимодействует с множеством нейрорецепторов, включая дофаминовые, серотониновые и мускариновые рецепторы [27]. Клозапин более эффективен, чем другие антипсихотики и снижает частоту повторных госпитализаций и смертность от всех причин [28].

Рисперидон

Рисперидон — одобренный антипсихотик для лечения шизофрении и острой маниакальной фазы биполярного расстройства. Он эффективен как при краткосрочном, так и при долгосрочном лечении шизофрении, имеет быстрое начало действия и эффективен при лечении как положительных, так и отрицательных симптомов. Он имеет меньшую частоту острых побочных эффектов, чем галоперидол, по крайней мере, при терапевтических дозах 4-6 мг/день (23)

Палиперидон

Палиперидон — новый антипсихотический препарат, принадлежащий к классу производных бензизоксазола. Палиперидон является основным активным метаболитом рисперидона. Палиперидона пальмитат представляет собой инъекционную форму пролонгированного действия (LAI) одобренного перорального антипсихотика палиперидона для лечения шизофрении. Палиперидона пальмитат представляет собой сложный эфир в наносуспензии

на водной основе. Имеет очень низкую растворимость в воде. После инъекции палиперидона пальмитат медленно растворяется и гидролизуеться до палиперидона эстеразами в мышечной ткани. Он предназначен для внутримышечных инъекций один раз в месяц и не требует каких-либо пероральных добавок [29].

Оланзапин

Оланзапин представляет собой производное тиенобензодиазепина, структурно подобное клозапину, эффективное при лечении шизофрении и острых маниакальных эпизодов, а также в предотвращении рецидивов биполярных расстройств [30]. Он так же эффективен и безопасен, как и галоперидол, при остром снижении психопатологических симптомов психоза и, как было показано, имеет некоторые терапевтические преимущества перед другими классическими антипсихотиками с точки зрения уменьшения симптомов и профиля побочных эффектов. Он имеет низкую склонность вызывать экстрапирамидные эффекты или устойчивое повышение уровня пролактина [31]. Тем не менее, лечение Оланзапином (как и клозапином) связано с более высоким риском увеличения веса и, в большей степени, метаболического синдрома, чем лечение другими типичными и атипичными антипсихотиками [32].

Выбор лучшего антипсихотического лечения для отдельного пациента представляется сложным. Следует учитывать фармакологический анамнез пациентов, включая предыдущую историю терапевтического лечения и переносимости других препаратов. Лекарственные препараты в зависимости от индивидуальных предпочтений пациента. Пациенты также могут иметь специфическую чувствительность к определенным побочным эффектам лекарств, таким как акатизия, седативный эффект или увеличение веса. Желательно иметь различные варианты для оптимизации эффективности и переносимости для отдельного пациента.

Антипсихотическая полипрагмазия (АПП) определяется как одновременное назначение более чем одного антипсихотического препарата. Пациентам может быть назначено более одного антипсихотика, если они считаются резистентными к действию одного антипсихотика, у них имеется более одного психиатрического диагноза, врач совмещает один препарат во время титрования другого или если эффективная доза одного антипсихотика не может быть достигнута, поскольку отсутствия толерантности или побочных эффектов [33].

1.4 Особенности комплаентности пациентов с шизофренией

Актуальной проблемой в современной медицине является вопрос комплаентности пациентов или приверженности к лечению. С данным вопросом сталкиваются все врачи разных специальностей. Особое значение к вопросу комплаенса уделяет психиатрия. Это связано с длительностью лечения и абсолютного контроля приема лекарственного препарата

психически больным пациентам. Кроме того, необходимо учитывать клинические и социально-экономические последствия, которые обуславливает данная группа заболеваний.

Неприверженность к антипсихотикам — это больше, чем концептуальная проблема. Это очень негативно влияет на пациентов и общество в целом. Имеются убедительные эпидемиологические данные, свидетельствующие о том, что несоблюдение режима лечения значительно увеличивает риск рецидива и связано с ухудшением функциональных исходов. Кроме того, проблемы с соблюдением режима лечения особенно затрудняют для психиатра оценку ответа на лечение и внесение соответствующих корректировок в терапию, не говоря уже о долгосрочных последствиях, которые могут иметь последствия, лишая пациентов возможности получать пользу от длительных периодов симптоматической ремиссии.

Нон-комплаенс или несоблюдение режима лечения — это степень несоблюдения пациентом лечебных рекомендаций лечащего врача [34]. Другими словами, это несоблюдение больным назначенной схемы лечения [35]. Несоблюдение является значительной проблемой во всех возрастных группах, применяемая ко всем хроническим заболеваниям и состояниям; и имеет тенденцию к ухудшению, чем дольше пациент продолжает принимать лекарства. Несоблюдение режима лечения считается основной проблемой при лечении хронических заболеваний, включая шизофрению. Во всем мире из-за большой продолжительности и лечения, а также множества других сопутствующих факторов. Не существует общепринятого определения несоблюдения режима приема лекарственных средств [36].

По данным Лутова Н.Б., низкая комплаентность пациентов, страдающих психическими заболеваниями, обуславливает более тяжелое течение заболевания, инвалидизацию и оказывает негативное влияние на качество жизни [37]. Согласно данным многочисленных исследований, установлено, что 50–80% больных шизофренией в той или иной степени нарушают режим лечения, от 20 до 40% прекращают прием препаратов сразу же после первой госпитализации, более 40% пациентов самостоятельно отменяют прием лекарств, когда их самочувствие улучшается.

Прекращение приема лекарств обуславливает повышение риска рецидива в критический период раннего вмешательства (первые 2–5 лет болезни) в 5 раз [38].

По оценкам данных Н.Н. Петрова, К.А. Цыренова, 80 % пациентов с первым эпизодом шизофрении достигают симптоматической лекарственной ремиссии, но в течение ближайших двух лет большинство больных переносят рецидив из-за плохой приверженности лечению [39].

Takeuchi с соавт. (2019) показали, что исходы терапии различаются при применении одних и тех же антипсихотиков при первичном и повторном приступах с учетом более высоких дозировок при втором эпизоде (48,7 vs. 10,4 % на 7-й неделе; 88,2 vs. 27,8 % на 27-й неделе, соответственно). Результаты исследования позволили авторам высказать предположение, что

терапевтический ответ на антипсихотическое лечение или редуцирован, или отставлен при обострении, развившимся после эффективного купирования первого эпизода [40].

Кроме того, отмечено, что ответ на терапию при возобновлении приема антипсихотиков после самостоятельной отмены лечения хуже [41].

Плохая приверженность антипсихотическому лечению и отсутствие критики к болезни часто встречаются у пациентов с первым эпизодом расстройств шизофренического спектра [42].

Отмечено, что нарушение приверженности терапии в течение 1-го года лечения достигает 40–75 % случаев [43]. Известно, что число пациентов, самостоятельно прекращающих лечение на амбулаторном этапе, драматически и прогрессивно растет после этапа купирующей терапии первого эпизода [44].

Приверженность лечению и непрерывность приема антипсихотиков с самой ранней стадии заболевания может уменьшить риск рецидива и способствовать улучшению общих результатов лечения пациентов [45].

Причинами самовольного прекращения лечения считаются: побочные эффекты терапии, проблемы взаимодействия с врачом, субъективное улучшение состояния, «забывчивость» пациента, недостаточная критика к заболеванию и отсутствие поддержки со стороны семьи/социума [46].

На несоблюдение приверженности лечения, на данный момент влияет очень много факторов. В Непальском Национальном медицинском колледже было проведено исследование на комплаентность пациентов, в количестве участвовавших пациентов было около 100 человек с диагнозом шизофрении. Целью данного исследования было выявление пациентов с плохой приверженностью лечению и связанными с этим факторы шизофрении с точки зрения болезни и лечения. В ходе исследования было выявлено что, плохая комплаентность непосредственно связана с многочисленными прямыми или косвенными причинами, важными из которых были пациент и болезнь [47].

Повышенный риск рецидива и госпитализации является наиболее важным клиническим последствием несоблюдения пациентом предписанных лекарств от шизофрении. В исследовании 1646 пациентов с шизофренией, госпитализированных после рецидива, несоблюдение режима приема антипсихотических препаратов было наиболее частой причиной госпитализации (58,6%) [48].

При обследовании 876 пациентов с шизофренией 57,5% сообщили о неполной приверженности лечению; пациенты с полной приверженностью значительно реже были госпитализированы или обращались в отделение неотложной помощи по причине психического здоровья. психиатрические причины по сравнению с приверженными пациентами [49].

В исследовании 50 амбулаторных пациентов с шизофренией, которые ранее были госпитализированы, 52% прекратили прием лекарств во время болезни [50].

51% этих пациентов были повторно госпитализированы во время болезни; в качестве возможных причин рецидива у больных отмечались

несоблюдение режима назначенного лечения и злоупотребление психоактивными веществами [51].

У пациентов с шизофренией соблюдение режима лечения имеет решающее значение для оптимального функционирования пациента и общего состояния здоровья. Несоблюдение режима антипсихотической терапии связано с повышенным риском госпитализаций и затратами на лечение. Факторы, которые могут способствовать несоблюдению режима лечения, связаны с классом препарата и используемой лекарственной формой, факторами, связанными с пациентом (например, анозогнозия, доступ к медицинской помощи, сопутствующее злоупотребление психоактивными веществами) и поддержкой семьи/социума. Противоречивые данные об эффективности систем семейной/социальной поддержки пациентов в улучшении приверженности лечению позволяют предположить, что конструктивное участие медицинских работников важно для оптимизации приверженности.

Преодоление несоблюдения режима лечения у пациентов с шизофренией является сложной проблемой, требующей учета множества факторов, которые могут оказывать различные или аддитивные эффекты. Например, одно исследование показало, что лечение атипичным нейролептиком (по сравнению с типичным антипсихотиком) и присутствие опекуна пациента для облегчения приема препарата были связаны с четырехкратным и двукратным увеличением вероятности приверженности пациента, соответственно, но это комбинированный эффект наличия обоих факторов был синергетическим (почти десятикратное увеличение вероятности приверженности) [52]. Данный случай говорит нам о том, что простого назначения атипичного нейролептика недостаточно для реализации всех преимуществ, связанных с правильно выбранным вариантом.

В литературах отмечается, что от 11 до 80 процентов пациентов не соблюдают рекомендуемую схему приема антипсихотических препаратов. Исследования свидетельствуют о том, что в течение первого года терапии этот процент составляет 48, а в течение первых двух лет – 74. Даже при госпитализации до 19 процентов пациентов с психическими расстройствами употребляют лекарства нерегулярно, несмотря на регулярное выдачу медицинского персонала препаратов в соответствии с расписанием [53].

Было выявлено примерно 250 факторов, которые как-либо влияют на соблюдение режима лечения. Этот факт является одним из показателей сложности данной проблемы. Основные категории факторов, определяющих уровень соблюдения режима лечения, включают в себя аспекты, связанные с препаратами, пациентом, взаимоотношениями с врачом и внешней средой. Особое внимание уделяется переносимости психотропных препаратов и наличию разнообразных побочных эффектов при оценке их влияния на соблюдение режима лечения у пациентов с психическими расстройствами [54].

Личностные особенности больного играют значительную роль в формировании приверженности к соблюдению режима лечения. Это включает как общие модели поведения и эмоциональные реакции, так и более специализированные аспекты, включая внутреннее представление о болезни. Среди основных причин, по которым пациенты отказываются от лечения, могут быть неправильные представления о нем, опасения относительно зависимости, потери контроля или изменений личности, а также негативный опыт предыдущего лечения и побочные эффекты препаратов. Другие факторы включают стигматизацию и самостигматизацию, а также естественное стремление к прекращению приема лекарств при улучшении самочувствия [55].

Факторы внешней социальной среды имеют существенное влияние на соблюдение лечебного режима пациентами с психическими расстройствами. Они влияют на отношение к соблюдению режима лечения через уже упомянутые категории факторов. Особое значение имеет микросоциальное окружение больного, в частности семья. Важным фактором остается установление доверительных отношений, взаимопонимание и эффективный контакт с лечащим врачом, что способствует участию пациента в процессе терапии и снижает нарушения рекомендаций. Создание и поддержание терапевтического альянса играет ключевую роль в успешной терапии и является показателем врачебного профессионализма [56].

В последние годы в отечественной психиатрии наблюдается увеличение популярности психообразовательных программ. Они направлены на снижение частоты обострений заболевания, своевременную коррекцию лечения при появлении ранних признаков рецидива, улучшение взаимодействия между пациентами, их родственниками и медицинскими службами, а также повышение качества жизни пациентов и их семей [57].

Психообразовательная программа является одним из приоритетов Всемирной организации здравоохранения и Всемирной психиатрической ассоциации. Ее основная цель – борьба со стигматизацией психических заболеваний и психиатрической помощи, достижение общественной осведомленности о повседневных бытовых, материальных и духовных потребностях потребителей психиатрической помощи и членов их семей [58]. Это является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи, одним из наиболее часто используемых методов психосоциального вмешательства [59].

Выводы по главе 1.

Таким образом, современные методы психофармакотерапии, применяемые в стационарных и амбулаторных условиях в Республике Казахстан, ориентированы на облегчение острых психотических расстройств с использованием антипсихотических препаратов. Главная цель терапии шизофрении заключается в снижении выраженности симптомов и предотвращении обострений, а также в возвращении пациента к исходному уровню функционирования.

Антипсихотические препараты, являющиеся основным фармакологическим лечением шизофрении, делятся на типичные (первого поколения) и атипичные (второго поколения). Атипичные антипсихотики, такие как рисперидон, оланзапин и кветиапин, широко применяются и рекомендуются как препараты первой линии для лечения шизофрении, особенно в случаях первого эпизода или обострения.

Несмотря на преимущества атипичных антипсихотиков, таких как меньшая частота нежелательных явлений, они могут вызывать некоторые побочные эффекты, такие как увеличение веса и изменения в обмене веществ, что требует тщательного мониторинга и управления соответствующими рисками.

1. В период с 2018 по 2019 годы число лиц, состоящих под динамическим наблюдением, осталось высоким, но наблюдалось незначительное увеличение, особенно в Карагандинской, Костанайской и Восточно-Казахстанской областях.

2. Первичная заболеваемость шизофренией в Республике Казахстан в целом снизилась с 2018 по 2019 годы, что может указывать на эффективность мер по профилактике и лечению этого заболевания.

3. Однако отмечается увеличение первичной заболеваемости в некоторых регионах, таких как Восточно-Казахстанская область, Костанайская область, г. Астана, г. Алматы и г. Шымкент, что требует дополнительного внимания и мер по контролю и предотвращению распространения шизофрении в этих регионах.

4. В то же время в некоторых областях и городах, таких как Алматинская, Павлодарская, Актюбинская и Карагандинская области, наблюдается снижение показателей первичной заболеваемости, что может свидетельствовать об успешности мер по контролю за распространением шизофрении в этих регионах.

5. Данные о первичной заболеваемости шизофренией за 2020 год требуют дальнейшего анализа и могут дать дополнительную информацию о тенденциях распространения этого заболевания в регионах Казахстана.

Таким образом, можем заметить, что комплаентность пациентов, особенно в психиатрии, является критически важным аспектом эффективного лечения. Неприверженность к антипсихотической терапии не только увеличивает риск рецидивов и ухудшает функциональные исходы, но и затрудняет врачам оценку эффективности лечения и корректировку терапии. Это особенно важно в контексте хронических заболеваний, таких как шизофрения, где несоблюдение режима лечения является широко распространенной проблемой. Исследования показывают, что значительный процент пациентов с шизофренией нарушает режим лечения, что приводит к повышенному риску рецидивов и ухудшению качества жизни. Таким образом, повышение уровня комплаентности должно быть приоритетной задачей для медицинских специалистов, чтобы улучшить исходы лечения и качество жизни пациентов.

Основные категории факторов, влияющих на приверженность лечению, включают характеристики препаратов, личностные особенности пациентов, качество взаимодействия с врачами и влияние социальной среды. Важное значение имеют переносимость препаратов, побочные эффекты, стигматизация и семейная поддержка. Эффективное взаимодействие с медицинским персоналом и доверительные отношения с лечащим врачом способствуют улучшению приверженности к лечению.

Современные подходы к решению проблемы включают психообразовательные программы, направленные на повышение осведомленности о заболевании, улучшение взаимодействия между пациентами, их родственниками и медицинскими службами, а также на борьбу со стигматизацией психических заболеваний. Эти программы признаны важным компонентом комплексной психиатрической помощи, способствуя снижению частоты рецидивов и улучшению качества жизни пациентов.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

2.1 Дизайн исследования

На основе анализа научных публикаций по вопросам маркетинговых исследований и системного анализа на фармацевтическом рынке нами сформирована концепция комплексного социологического и маркетингового исследования обеспечения лекарственными препаратами пациентов, страдающих шизофренией и психическими расстройствами в условиях амбулаторного лечения. Данный план включает социологическое исследование пациентов, врачей, а также родственников и опекунов, в виде бумажного анкетирования. Концепция исследования представлена на схеме №1.

На схеме 1 представлен план проведения исследования.

Схема 1 – План проведения исследования



Разработка

Разработка информационных материалов на психообразовательной программе для пациентов с шизофренией с целью повышения уровня комплаентности

В ходе научных исследований использовались материалы и методы, соответствующие требованиям Государственного реестра Республики Казахстан и других нормативных документов, действующих на территории Республики Казахстан.

Методы, использованные в нашем исследовании:

1. Анкетирование - вопросно-ответная форма организации текста. В данном методе опроса респонденты в присутствии или без присутствия исследователя заполняют данные [60].
2. Контент – анализ - социологическое анкетирование врачей, пациентов и опекунов в том числе на бумажном носителе, их обработка, оценка и интерпретирование.

Для проведения анкетирования с респондентами, были разработаны информированные согласия для анонимного проведения исследования, также была подготовлена информация для участников исследования. Данная информация для участников была подготовлена на доступном и понятном языке, в краткой форме, чтобы участники информации были ознакомлены о проведении анкетирования, о целях и задачах поставленного исследования. Дизайн и протокол исследования были одобрены Локальной - Этической комиссией НАО «Медицинский университет Астана» (Выписки из протокола №7 от 29.11.2023 г. и №2 от 21.12. 2023 г).

2.2 Маркетинговый анализ антипсихотических средств

В настоящее время фармацевтический рынок Казахстана является одним из самых высокодоходных и быстрорастущих секторов экономики.

По данным МЗ РК в Государственном реестре 2024 года количество антипсихотических препаратов, зарегистрированных под АТХ кодом N05A (по системе - Антипсихотические средства), составляет 106 наименований с соответствующими лекарственными формами и дозировками [61].

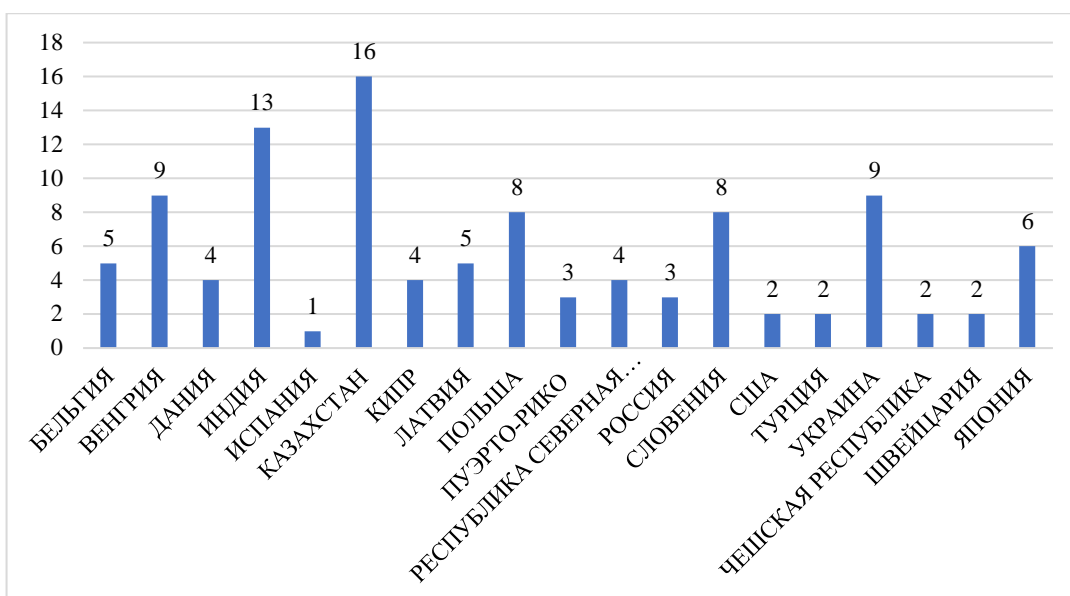


Рисунок 1 – Количественный показатель АП по странам-производителей

Анализ антипсихотических препаратов по странам и фирмам-производителям показал, что на рынке преобладают зарубежные производители 85%, которые представлены 18 странами (рис. 1). Наибольшая доля среди поставляемых на Казахстанский рынок импортных препаратов составляет 12% и приходится на 13 лекарственных препаратов производства Индии (рис.2).

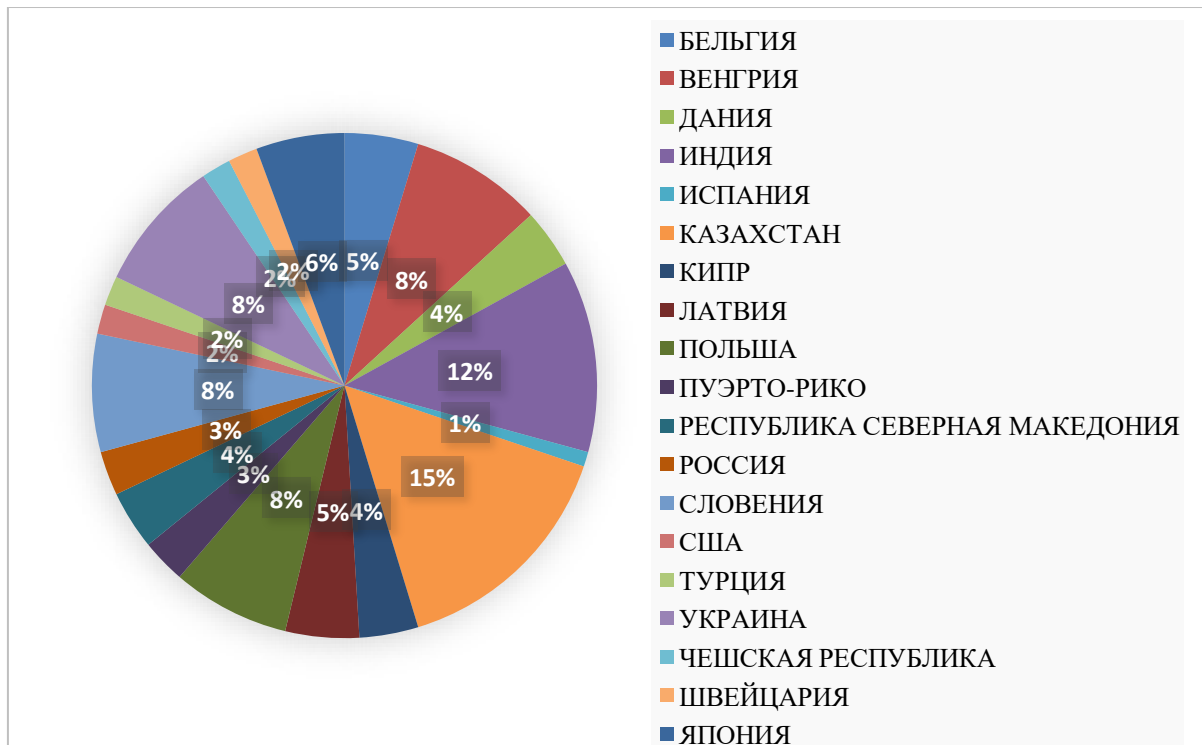


Рисунок 2 - Показатель антипсихотических препаратов, в %

Антипсихотические средства из Венгрии, Польши, Словении, Украины находятся на третьем месте составляет 8%. Одним из лидеров также является Япония, поставляя на фармацевтический рынок РК 4 торговых наименований АП, которые составляют 6% импортных препаратов. Наименьшая доля приходится на препараты производства США, Турции, Швейцарии, Чешской Республики и Испании.

Согласно данным рисунка 2, значительную часть препаратов группы антипсихотических препаратов на фармацевтическом рынке Республики Казахстан занимают иностранные производители, которые составляют 85%, а отечественные производители составляют 15%. Отечественные препараты преобладают Индию по производству лишь на 3%.

На фармацевтическом рынке Республики Казахстан отечественные антипсихотические препараты выпускают четыре основных производителей (таблица 6):

- АО «Алматинская фармацевтическая фабрика Нобель» г. Алматы;
- ТОО «Глобал-Фарм», г. Алматы (Abdi Ibrahim);
- «ВИВА Фарм» г. Алматы;
- АО «Химфарм» г. Шымкент (рисунок 1).

Таблица 6. Антипсихотические средства отечественного производства

Рег. номер	Торговое название	Дата рег.	Производитель	Страна	Дозировка и концентрация
РК-ЛС-0№025882	Оланзапин Вива Фарм	16.06.2022	ВИВА ФАРМ	КАЗАХСТАН	10 Миллиграмм
РК-ЛС-5№025052	Палиперидон-АИГФ	09.06.2021	Абди Ибрахим Глобал Фарм	КАЗАХСТАН	6 Миллиграмм
РК-ЛС-5№025053	Палиперидон-АИГФ	09.06.2021	Абди Ибрахим Глобал Фарм	КАЗАХСТАН	3 Миллиграмм
РК-ЛС-5№022153	ОЛФРЕКС	01.06.2021	Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика	КАЗАХСТАН	10 Миллиграмм
РК-ЛС-5№022141	ОЛФРЕКС	01.06.2021	Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика	КАЗАХСТАН	5 Миллиграмм
РК-ЛС-5№024975	АМИСУЛЬПРИД-САНТО®	03.04.2021	АО Химфарм	КАЗАХСТАН	
РК-ЛС-5№019617	Рисперидон	15.09.2020	АО Химфарм	КАЗАХСТАН	
РК-ЛС-5№022151	ОЛФРЕКС	29.06.2020	Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика	КАЗАХСТАН	10 Миллиграмм
РК-ЛС-5№022140	ОЛФРЕКС	29.06.2020	Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика	КАЗАХСТАН	5 Миллиграмм
РК-ЛС-	Рисперидон	06.06.2018	Химфарм	КАЗАХСТАН	2

5№014726					Миллиграмм
РК-ЛС-5№014727	Рисперидон	06.06.2018	Химфарм	КАЗАХСТАН	4 Миллиграмм
РК-ЛС-3№021038	АБИЗОЛ®	18.01.2018	Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика	КАЗАХСТАН	5 Миллиграмм
РК-ЛС-3№021039	АБИЗОЛ®	18.01.2018	Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика	КАЗАХСТАН	10 Миллиграмм
РК-ЛС-3№021040	АБИЗОЛ®	18.01.2018	Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика	КАЗАХСТАН	15 Миллиграмм
РК-ЛС-3№021041	АБИЗОЛ®	18.01.2018	Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика	КАЗАХСТАН	20 Миллиграмм

Продолжение таблицы 6

РК-ЛС-3№021042	АБИЗОЛ®	18.01.2018	Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика	КАЗАХСТАН	30 Миллиграмм
----------------	---------	------------	--	-----------	---------------

Доля зарегистрированных из торговых наименований отечественных производителей от 48 общего количества лекарственных препаратов с торговым наименованием, применяемых для лечения шизофрении, составляет 14,6%. Лидирующий казахстанский производителем является Nobel Алматинская Фармацевтическая Фабрика, поставляет на фармацевтических рынок 2 торговых наименований препаратов, с разной дозировкой, что составляет 56% от АП отечественного производства (рис. 3).

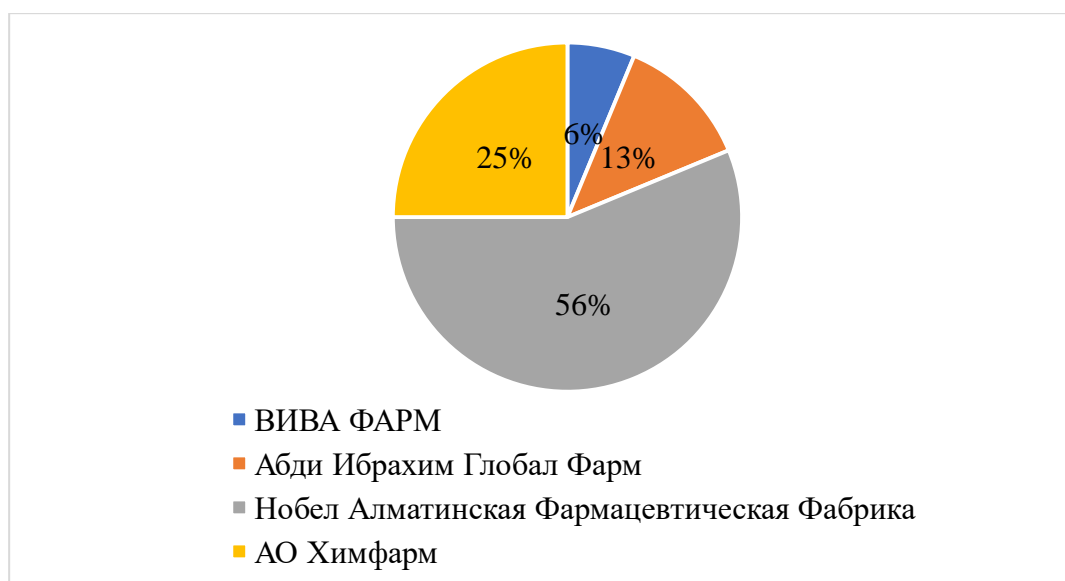


Рисунок 3 - Основные отечественные производители АП

Компании АО «Химфарм» и «Абди Ибрахим Глобал Фарм» занимают 2 и 3-е места на казахстанском рынке антипсихотических препаратов, выпуская 3 торговых наименований для лечения шизофрении и психических заболеваний.

Кроме того, для людей с психическими и поведенческими расстройствами находящиеся на динамическом наблюдении, при амбулаторном лечении лекарственные препараты предоставляются бесплатно, по приложению 1 указанного в Приказе Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-75 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)» [62].

Таблица 7. Перечень ЛС для бесплатного и льготного обеспечения пациентов с диагнозом F00-F99

Психические расстройства и расстройства поведения						
46	F00-F99	Психические заболевания	Все категории, состоящие на динамическом наблюдении	Все стадии и степени тяжести	Тригексифенидил, таблетка	N04AA01
					Хлорпромазин, таблетка	N05AA01
					Левомепромазин, таблетка	N05AA02
					Трифлуоперазин, таблетка	N05AB06
					Галоперидол, таблетка, масляный раствор для инъекций	N05AD01
					Клозапин, таблетка	N05AH02
					Оланзапин, таблетка	N05AH03
					Рisperидон, таблетка, порошок для приготовления суспензий для внутримышечного введения пролонгированного действия, раствор для приема внутрь	N05AX08
					Палиперидон, таблетка, суспензия для инъекций внутримышечного	N05AX13

					введения продолженного действия	
					Диазепам, таблетка	N05BA01
					Амитриптилин, таблетка	N06AA09
					Венлафаксин, таблетка, капсула	N06AX16
					Амисульприд, таблетка, раствор для приема внутрь	N05AL05
					Арипипразол, таблетка	N05AX12
					Карипразин, капсула	N05AX15

В таблице 7 указаны лекарственные средства с АТХ кодом N05A относящиеся к антипсихотическим препаратам. На данный момент по Казахстану действует приказ № ҚР ДСМ-75 МЗ РК, по которому осуществляется бесплатное обеспечение лекарственными средствами. В документе перечислены заболевания, при которых предусмотрено льготное обеспечение.

Таким образом, по полученным данным фармацевтической компании был проведен маркетинговый анализ. Данный анализ был проведен по результатам продаж компании в период с 2020 до полугода 2023 года по всему Казахстану. (Приложение Г). В исследовании даны показатели государственного финансирования в рамках ГОБМП за количественную продажу в упаковке. На рисунке 4, показаны данные, по количествам продаж антипсихотических средств (по МНН) за 2020 и 2021 год.

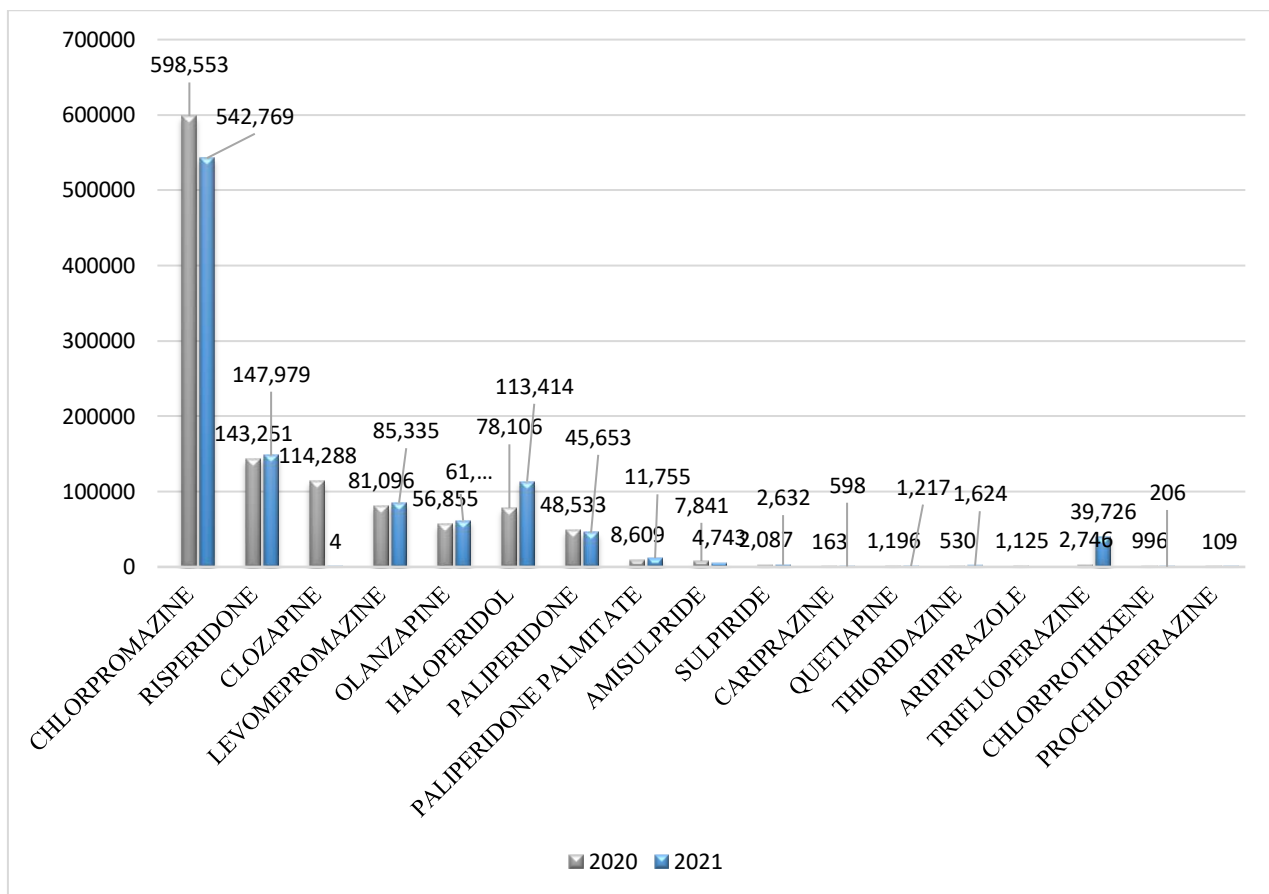


Рисунок 4 – Показатели продаж АП за 2020-2021 год в рамках ГОБМП (Республика Казахстан)

Исходя из полученных данных, за 2020-2021 год актуальны на фармацевтическом рынке 17 видов антипсихотических средств. Из них большую распространенность имеет Хлопромазин. Назначаемость и закуп за 2020 год Хлопромазина составляет около 52% от общего количества. Далее по рисунку 4, в порядке убывания количества упаковок и назначаемости можем указать данные следующих АП: 13% - Рисперидон, 10% - Клозапин, 7% - Левопромазин и Галоперидол, 5% - Оланзапин, 4% - Палиперидол.

Назначаемость и закуп за 2021 год Хлопромазина снизилась до 51% от общего количества АП. Далее по рисунку 4, в порядке убывания количества упаковок и назначаемости можем указать данные следующих АП: 14% - Рисперидон, 11% - Галоперидол, 8% - Левопромазин, 6% - Оланзапин, 4% - Палиперидол, 0% - Клозапин. Заметно увеличилась продажа Трифлуоперазина на 4%.

Проанализировав полученные результаты, можем заметить, что Хлопромазин и Рисперидон являются наиболее часто назначаемым антипсихотиком за 2020-2021 год. Также следует заметить резкое снижение количества назначаемости Клозапина за 2021 год и высокий спрос на Галоперидол.

Для сравнения с вышеперечисленными результатами, провели маркетинговый анализ по количеству упаковок за 2022 и 2023 полугодие (рис. 5).

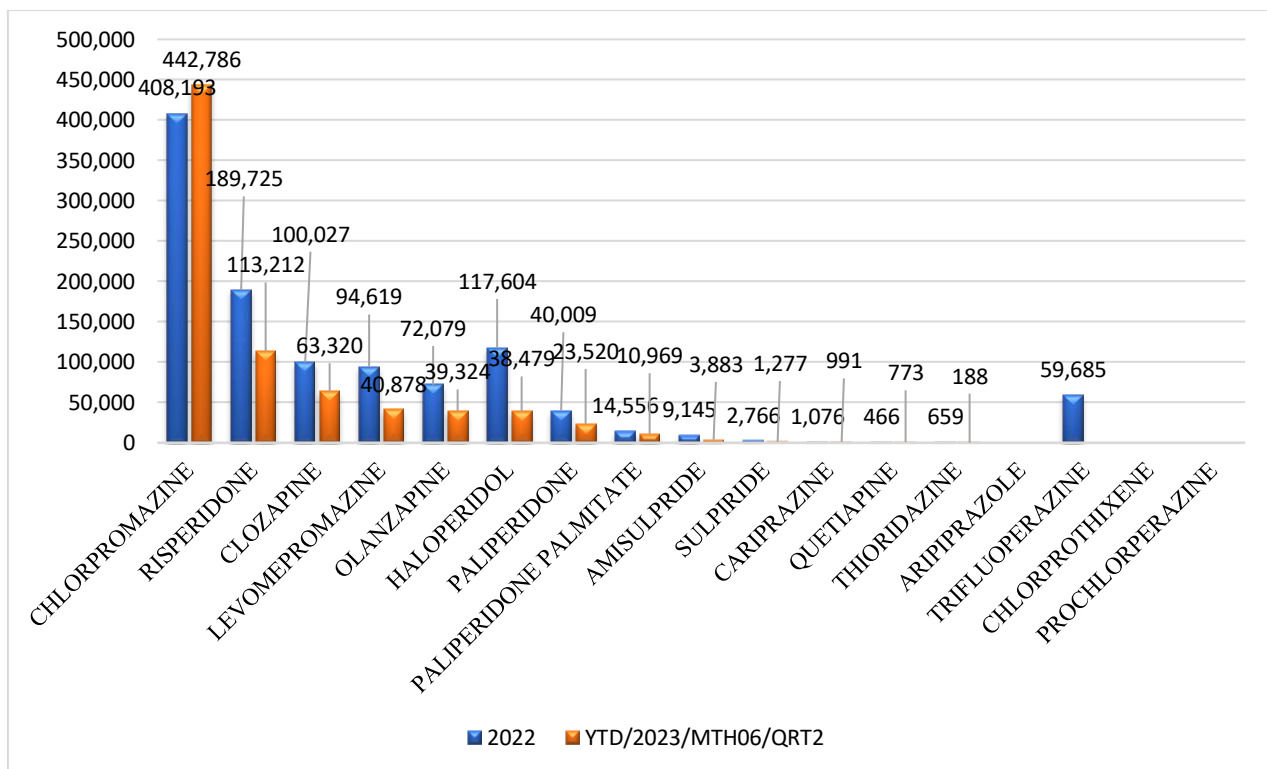


Рисунок 5 – Показатели продаж АП за 2022-2023 год в рамках ГОБМП, (Республика Казахстан)

Исходя из полученных данных, за 2022 год актуальны на фармацевтическом рынке 14 видов антипсихотических средств, за 2023 год список был сокращен до 13 антипсихотических средств.

Анализ за 2022 год: Хлопромазин также занимает лидирующее положение на фармацевтическом рынке - 37%, далее Рисперидон - 17%, Галоперидол - 11%, Клозапин, Левопромазин - 9%, Оланзапин - 6%, Трифлуоперазин - 5%, Палиперидон - 4%, Палиперидон пальмитат, Амисульприд, Карипразин, Кветиапин составляют 1% от общего количества упаковок.

Анализ за полугодие 2023 года: Хлопромазин - 58%, Рисперидон - 12%, Левопромазин - 8%, Оланзапин - 7%, Галоперидол, Палиперидон - 5%, Клозапин - 3%, остальные АП занимают - 2% от общего количества упаковок.

По результатам проведенного анализа, на фармацевтическом рынке Республики Казахстан за период 2020-2023 год, замечается рост продаж Хлопромазина от 37 до 57%, Рисперидон от 13 до 17%, Левопромазин в среднем от 5 до 9%, Клозапин не использовался в 2021 году, тем не менее с 2022-2023 год наблюдается константная продаж около 8-10% (приложение Г).

Был проведен также сравнительный анализ с данными по городу Астана. На рисунке 6 и 7 получены данные по количествам продаж АП с 2020 по 2023 год в рамках ГОБМП.

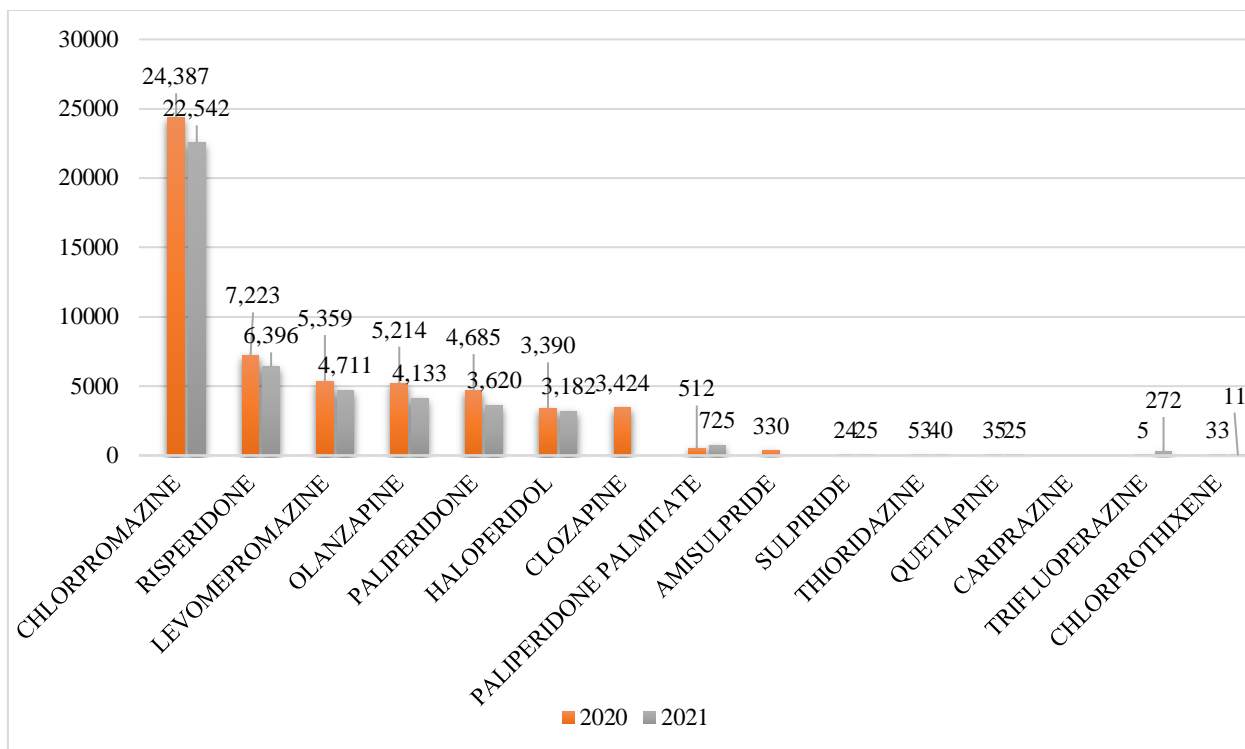


Рисунок 6 – Показатели продаж АП за 2020 – 2021 год в рамках ГОБМП, (г. Астана)

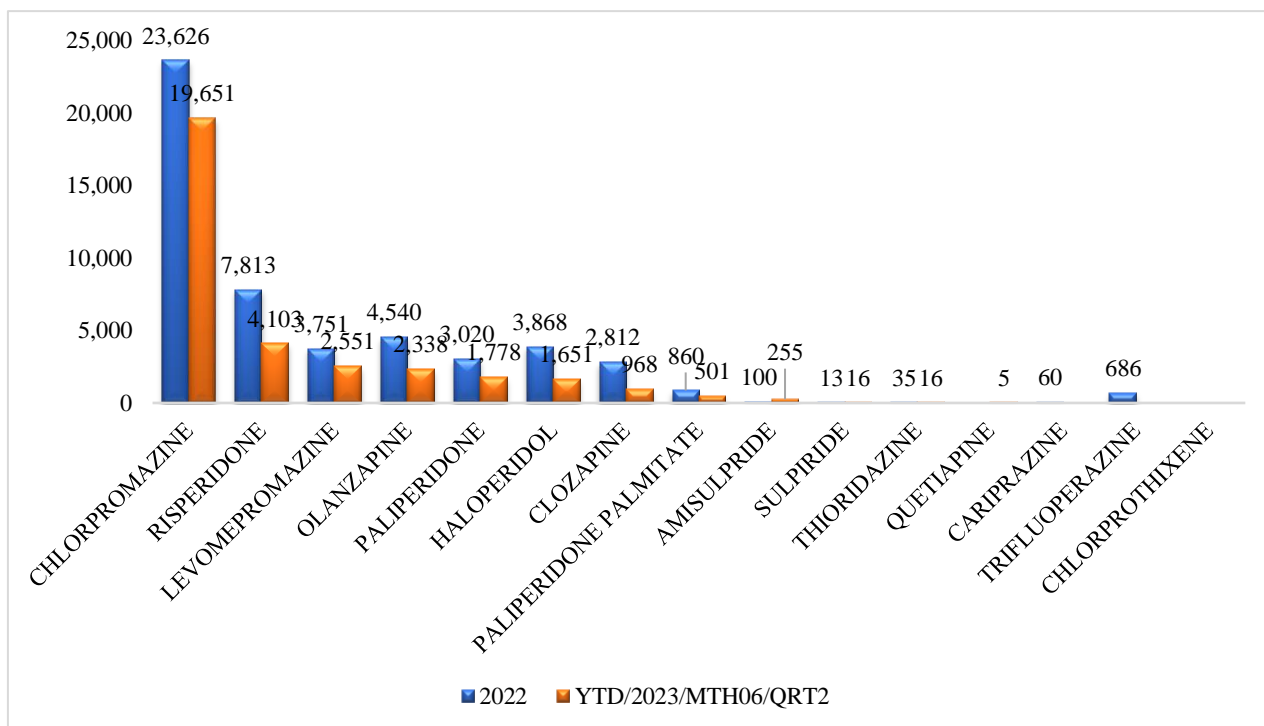


Рисунок 7 – Показатели продаж АП за 2022 год - 2023 (полугодие) в рамках ГОБМП, (г. Астана)

На локальном фармацевтическом рынке города Астана в сравнении с Республиканскими данными, в период с 2020-2023 года преобладает использование основного антипсихотического средства Хлопромазина от 45 до 58%. Далее по мере убывания замечается рост продаж Рисперидона от 13 до 15%, Левопромазин в среднем от 7 до 10%, Оланзапин 7 - 9%, Палиперидон 5-9%, Галоперидол 5 - 8%, Палиперидон пальмитат 2%. Клозапин не использовался в 2021 году, тем не менее с 2022-2023 год наблюдается константная продаж около 6% (Приложение Д).

2.3 Оценка системного назначения антипсихотиков

В целях изучения системного назначения антипсихотических препаратов среди врачей, ведущие непосредственно лечение для пациентов с диагнозом шизофрения, было проведено анкетирование. В исследовании, которое проводилась в период с 02.01-31.03.2023 год, участвовали 94 респондентов, разной специальности. В анализе данных специальность врачей в области лечения шизофрении были закодированы. Данные приведены в процентах от общего количества опрошенных специалистов. В зависимости от специальности респондентов разделили на группы.

Для исследования была разработана анкета для медицинских сотрудников (Приложение Е), с 5 вопросами, позволяющими оценить системное назначение и эффективность АП по ключевым вопросам. С целью обработки результатов анкетирования была сформирована электронная база, в которую вносились сведения из анкет. Проведено исследование методом онлайн опроса с использованием Google forms для специалистов в области лечения шизофрении в Республики Казахстан. Статистический анализ проводился с использованием программы SPSS и анализ результатов опроса проводился с использованием методов описательной статистики и применением пакета программ Microsoft Excel 2021, с использованием средств Google Forms файлового хостинга Google Диск. Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. При формировании вопросов анкеты был соблюден принцип однозначности и краткости.

Результаты анкетирования респондентов

Большую часть опрошенных специалистов составили врачи психиатры 71 (75%), врачи наркологи 10 (11%). Доля опрошенных медицинских сестер составило – 13 (14%). Респонденты также были разделены по категории, уровня оказания помощи. Среди респондентов 57 (60%) составили врачи работающие на стационарном уровне, остальные 37 (40%) - врачи оказывающие помощь на амбулаторном уровне (рис. 8,9).

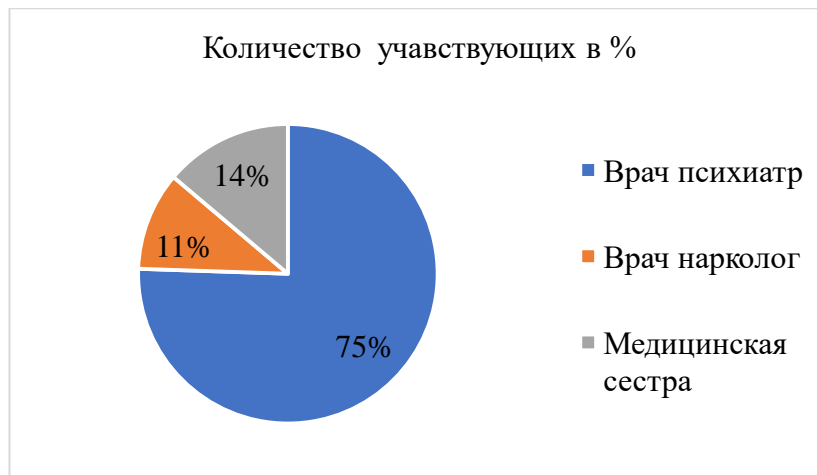


Рисунок 8 – Общее количество участвующих специалистов в опросе

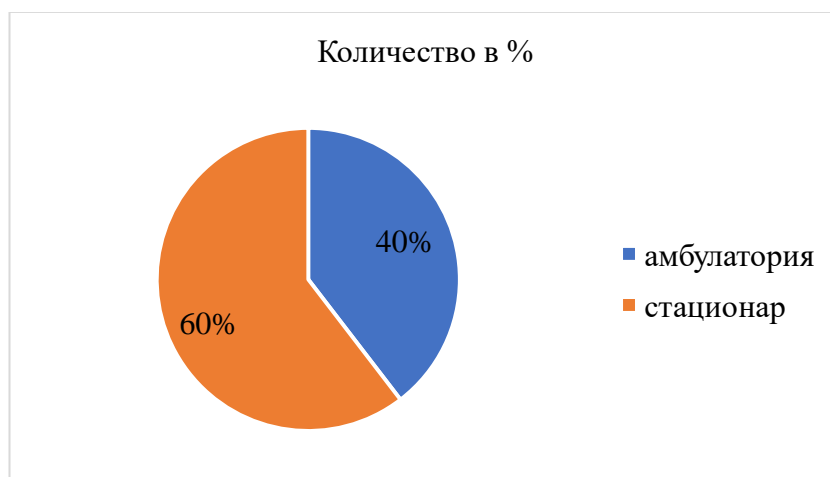


Рисунок 9 – Уровень оказания помощи специалистов

Далее, для определения каких нейролептических препаратов назначаемость больше при лечении шизофрении провели анализ результатов на вопрос «Какие лекарственные препараты Вы чаще используете в своей практике при терапии Шизофрении?». В данном вопросе была возможность выбрать несколько вариантов ответа.



Рисунок 10 – количественное значение назначаемых лекарственных средств специалистами

Исходя из ответов выбранными 94 респондентами, был сделан анализ назначаемых на практике лекарственных препаратов: Рисперидон пероральный раствор\таблетированный назначается - 69 (71,87%), Хлопромазин – 67 (69,79%), Клозапин – 66 (68,75%), Палиперидон таблетированный – 61(63,54%), Галоперидол таблетированный – 57 (59,37%), Галоперидол инъекционный – 55 (57,29%), Оланзапин - 50 (52,08%), Палиперидон пальмитат пролонгированного действия, один раз в месяц) – 46 (47,91%), Левомепромазин - 44 (45,8%), Рисперидон инъекционный пролонгированного действия, - 41 (42,7%), Амисульприд - 22 (22,91%), Палиперидон пальмитат пролонгированного действия, раз в три месяца) - 12 (12,5%), Карипразин - 9 (9,37%). Из процентных показателей видно, что назначаемость Рисперидона перорального в виде раствора / таблетированный высокая. Также в тройку чаще назначаемых препаратов среди врачей является, Хлопромазин, Клозапин и Палиперидон таблетированный.

Далее, по данному опросу было проанализировано назначаемость нейрорепрессивных препаратов специалистами по группам. Данный анализ по процентным результатам выбранных антипсихотиков каждым специалистом, был проведен с помощью функции статистического анализа программы SPSS с использованием таблицы сопряженности (рис.11). Данные таблицы сопряженности были получены для каждого лекарственного препарата.

Таблица сопряженности Выберите Вашу специальность * Аминазин (хлопромазин)

			Аминазин (хлопромазин)		Итого
			0	1	
Выберите Вашу специальность	врач нарколог	Частота % в Аминазин (хлопромазин)	21 77,8%	50 74,6%	71 75,5%
	врач психиатр	Частота % в Аминазин (хлопромазин)	6 22,2%	4 6,0%	10 10,6%
	мед сестра	Частота % в Аминазин (хлопромазин)	0 0,0%	13 19,4%	13 13,8%
Итого		Частота % в Аминазин (хлопромазин)	27 100,0%	67 100,0%	94 100,0%

0 – не используют в практике, 1 – используется в практике

Рисунок 11 – Таблица сопряженности по критерию Хи-квадрата на вопрос «Выберите вашу специальность * Аминазин»

Получены результаты виде таблицы для каждого лекарственного препарата. С помощью сводки анализа данных, результаты данных были внесены в общую таблицу 8 для получения корректных результатов.

Таблица 8 – количество (%) назначаемых лекарственных препаратов специалистами

Название ЛП	Специалисты					
	Врач психиатр		Врач нарколог		Мед.сестра	
	нет	да	нет	да	нет	да
Хлопромазин	6 (20,7%)	4 (6,0%)	21 (72,4%)	50 (74,6%)	0 (0%)	13 (19,54%)
Клозапин	7 (23,3%)	3 (4,5%)	20 (66,7%)	51 (77,3%)	1 (3,3%)	12 (18,2%)

Продолжение таблицы 8

Галоперидол инъекционный	5 (12,5%)	5 (8,9%)	33 (82,5%)	38 (67,9%)	1 (2,5%)	12 (21,4%)
Галоперидол таблетированный	6 (15,4%)	4 (7,0%)	30 (76,9%)	41 (71,9%)	1 (2,6%)	12 (21,1%)
Палиперидон пальмитат пролонгированного действия, один раз в месяц	5 (10,2%)	5 (10,6%)	37 (75,5%)	34 (72,3%)	6 (12,6%)	7 (14,9%)
Оланзапин	6 (13,0%)	4 (8,0%)	27 (58,7%)	44 (88,0%)	11 (23,9%)	2 (4,0%)
Палиперидон таблетированный	6 (17,1%)	4 (6,6%)	23 (65,7%)	48 (78,7%)	4 (11,4%)	9 (14,8%)
Карипразин	10 (11,5%)	0 (0%)	62 (71,3%)	9 (100%)	13 (14,9%)	0 (0%)
Амисульприд	9 (12,2%)	1 (4,5%)	50 (67,6%)	21 (95,5%)	13 (17,6%)	0 (0%)
Рisperидон пероральный раствор\таблетированный	3 (11,1%)	7 (10,1%)	18 (66,7%)	53 (76,8%)	4 (14,8%)	9 (13,0%)
Рisperидон инъекционный пролонгированного действия	3 (5,5%)	7 (17,1%)	39 (70,9%)	32 (78,0%)	11 (20,0%)	2 (4,9%)
Левомепромазин	7 (13,5%)	3 (6,8%)	39 (75,0%)	32 (72,7%)	4 (7,7%)	9 (20,5%)
Палиперидон пальмитат, пролонгированного действия, раз в три месяца	8 (9,5%)	2 (16,7%)	62 (73,8%)	9 (75,0%)	12 (14,3%)	1 (8,3%)

Нет – не используют в практике, Да – используется в практике

Исходя из результатов полученных в таблице, интерпретировали данные назначаемости нейролептических препаратов специалистами по лечению шизофрении. В практике используют Хлопромазин 6,0% - врачей психиатров, врачи наркологи – 74,6%, медицинские сестра 19,54%. Клозапин используют в практике 4,5% врачей психиатров, врачи наркологов – 77,3%, медицинские сестра – 18,2%. Галоперидол инъекционный в практике используют врачи психиатры – 8,9%, врачи наркологи – 67,9%, медицинские сестра – 21,4%. В практике Галоперидол таблетированный используют 7,0% врачей психиатров, 71,9% - врачей наркологов. Палиперидон пальмитат, пролонгированного действия, один раз в месяц используют 10,6% врачей психиатров, врачей наркологов 72,3%. Оланзапин в практике используют врачи психиатры 8,0%, врачи наркологи – 88%. Из всех специалистов препарат: Палиперидон таблетированный назначают 6,6% врачей психиатров и 78,7% врачей наркологов. Антипсихотик Карипразин используется врачами наркологами в процентном отношении на 100%, Амисульприд 95,5%, Рisperидон пероральный 76,8 %, Рisperидон инъекционный – 78,0%, врачей психиатров 17,1%. Левомепромазин использует в практике 32 врача нарколога это 75,0% из всех врачей наркологов. Палиперидон пальмитат, раз в три месяца назначают лишь 16,7% врачей психиатров, 75% врачей наркологов.

Большинство используемые лекарственные препараты для лечения среди врачей психиатров является Рисперидон пероральный и Рисперидон инъекционный. Среди врачей наркологов большим спросом пользуются нейрорепитические препараты такие как, Рисперидон пероральный, Клозапин и Хлопромазин. Мнения по выбору лечения Медицинских сестер различаются, используют в практике лишь: Хлопромазин, Клозапин, Галоперидол инъекционный и Галоперидол таблетированный.

Далее, по данному опросу было проанализировано назначаемость нейрорепитических препаратов по категории: уровни оказания помощи. Данный анализ по процентным результатом выбранных антипсихотиков каждого уровня, был проведен с помощью функции статистического анализа программы SPSS с использованием таблицы сопряженности (рис.12).

Таблица сопряженности На каком уровне оказания медицинской помощи Вы работаете? * Аминазин (хлопромазин)

			Аминазин (хлопромазин)		Итого
			0	1	
На каком уровне оказания медицинской помощи Вы работаете?	амбулатория	Частота % в Аминазин (хлопромазин)	15 55,6%	22 32,8%	37 39,4%
	стационар	Частота % в Аминазин (хлопромазин)	12 44,4%	45 67,2%	57 60,6%
Итого		Частота % в Аминазин (хлопромазин)	27 100,0%	67 100,0%	94 100,0%

0 – не используют в практике, 1 – используется в практике

Рисунок 12 – Таблица сопряженности по критерию Хи-квадрата на вопрос «На каком уровне оказания медицинской помощи Вы работаете?»

Данные таблицы сопряженности были получены отдельно для каждого лекарственного препарата и уровня оказания помощи.

Таблица 9 – Количество (%) назначаемых лекарственных препаратов по уровню оказания медицинской помощи

Название ЛП	Уровень оказания помощи			
	Амбулатория		Стационар	
	нет	да	нет	да
Хлопромазин	16 (55,2%)	22 (32,8%)	11 (44,8%)	45 (67,2%)
Клозапин	16 (53,3%)	22 (33,3%)	14 (46,7%)	44(66,7%)
Галоперидол инъекционный	18 (45%)	20 (35,7%)	22 (55%)	36 (34,3%)
Галоперидол таблетированный	19 (48,7%)	19 (33,3%)	20 (51,3%)	38 (66,7%)

Продолжение таблицы 9

Палиперидон пальмитат, пролонгированного действия	18 (36,7%)	20 (42,6%)	31 (63,3 %)	27 (57,4%)
Оланзапин	14 (30,4%)	24 (48%)	32 (69,6%)	26 (52,0%)
Палиперидон таблетированный	14 (40,0%)	24 (39,3%)	21 (60,0%)	37 (60,7%)
Карипразин	36 (41,4%)	2 (22,2%)	51 (58,6%)	7 (77,3%)
Амисульприд	34 (45,9%)	4(18,2%)	40 (54,1%)	18 (81,8%)
Рisperидон пероральный раствор таблетированный	12 (44,4%)	26 (37,7%)	15 (55,6%)	43 (62,3%)
Рisperидон инъекционный пролонгированного действия	19 (34,5%)	19 (46,3%)	36 (65,5%)	22 (53,7%)
Левомепромазин	23 (42,2%)	15 (34,1%)	29 (55,8%)	29 (65,9%)
Палиперидон пальмитат пролонгированного действия, раз в три месяца	31 (36,9%)	7(58,3%)	53 (63,1%)	5 (41,7%)

Нет – не используют в практике; Да – используется в практике

По полученным данным из таблицы 9, сделали анализ результатов назначаемости нейролептических препаратов по уровни оказания помощи. Расположили полученные данные на амбулаторном уровне назначаемости по убыванию. Чаще используемым препаратом является, Рисперидон пероральный (26) > Оланзапин, Палиперидон таблетированный (24) > Хлопромазин, Клозапин (22) > Палиперидон пальмитат , Галоперидол инъекционный (20) > Галоперидол таблетированный и Рисперидон инъекционный (19) > Левомепромазин (15) > Палиперидон пальмитат, пролонгированного действия (7) > Амисульприд (4) > Карипразин (2).

По назначаемости нейролептических препаратов на стационарном уровне расположили по возрастанию: Палиперидон пальмитат раз в три месяца (5) < Карипразин (7) < Амисульприд (18) < Рисперидон инъекционный (22) < Оланзапин (26) < Палиперидон пальмитат, раз в месяц (27) < Левомепромазин (29) < Галоперидол инъекционный (36) < Палиперидон таблетированный (37) Галоперидол таблетированный (38) < Рисперидон пероральный (43) < Клозапин (44) < Хлопромазин (45).

Проанализировав полученные данные, можем сделать выводы о том, что Рисперидон пероральный, Клозапин и Хлопромазин являются эффективными, чаще назначаемыми препаратами среди стационарных и амбулаторных врачей.

Также при проведении анкетирования, на вопрос «Какие характеристики влияют на выбор лекарственного препарата при Шизофрении ?», был проведен анализ результатов ответа.



Рисунок 13 – Характеристика влияния на выбор ЛП при Шизофрении

Мнение респондентов о том, что влияет при назначении лекарственных препаратов разделилась следующим образом: 62,5% отметили, удобный способ применения; 52,08% респондентов ответили, что рекомендован ведущими специалистами; 51,04% ответили что, хороший профиль безопасности препарата; 48,95% выбрали вариант ответа, снижение случаев госпитализации; 43,75% ответили о большом личном опыте назначения препарата. 42,7% респондентов доверяют обширной доказательной базе. 31,25% респондентов выбрали характеристику, быстрое наступления эффекта и возможность ресоциализации пациентов. 25% респондентов за широкий спектр дозировок препарата; 20,83% назначают препарат из предпочтения пациента и за улучшения когнитивных функции. 18,75% респондентов выбирают по рекомендации старших коллег по опыту.

Исходя из полученных результатов вопроса видно, что чаще специалисты назначают лекарственные препараты по удобному способу применения ЛП, так как данная характеристика играет важную роль непосредственно в приверженности пациентов лечением.

Следует подчеркнуть, что при назначении лечения, специалисты назначают антипсихотические препараты. Впервостепенная вещь при выборе лекарственного препарата, преимущество берет депо инъекции, позволяющие пролонгированное действие препарата. Кроме того, мировая литература и рекомендации ведущих специалистов, обеспечивает эффективное улучшение

состояние пациента, по применению антипсихотиков второго поколения. При принятии решения о назначении фармакотерапии отдается предпочтение лекарственным препаратам с высоким профилем безопасности. Антипсихотические средства второго поколения, применяемые в терапии на протяжении продолжительного времени, проявляют неизменную эффективность, сопровождаемую снижением частоты регоспитализации.

Выбор лучшего антипсихотического лечения для отдельного пациента представляется сложным. Следует учитывать фармакологический анамнестический анамнез пациентов, включая предыдущую историю терапевтического ответа и переносимости других препаратов, а также индивидуальные предпочтения пациента.

2.4 Оценка комплаентности при амбулаторном лечении

Проблема комплаентности в лечении был актуален еще в древности, в своих письменностях Гиппократ призывал врачей назначать необходимое лечение, а также настроить пациента на совместное усилие в лечении [63]. Подтвержденным риск-фактором, снижающим эффективность лечения, увеличивающим вероятность осложнений основного заболевания, повышающим затраты на терапию и ухудшающим прогноз заболевания и качество жизни, признана недостаточная приверженность лечению. В докладе Всемирной организации здравоохранения предложена классификация факторов, влияющих на приверженность, они подразделяются на пять групп:

- факторы, относящиеся к пациентам;
- факторы, связанные с медицинским персоналом и организацией здравоохранения;
- факторы, связанные с лекарственной терапией;
- факторы, связанные с характеристиками заболевания и социально-экономические факторы [64].

Для оценки комплаентности пациентов с шизофренией было проведено анкетирование врачей, пациентов и опекунов. Анкетирование проводилось в ГКП на ПХВ «Городском центре психического здоровья» управления здравоохранения г. Астана и РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК в очном формате, на бумажном носителе. В исследовании приняли участие 144 респондентов: 70 пациентов, 51 опекунов и родственников, 23 врачей. Анкетирование проводилось анонимно, по которым определить личность человека невозможно. Для оценки приверженности пациентов к проводимому лечению был отобран тест Мориски-Грина. Анкетирование проводилось для пациентов, находящихся на амбулаторном лечении. При проведении анкетирования, была заполнена форма информированного согласия и была доступна в бумажном варианте информация для участников исследования.

Для исследования были разработаны анкеты для каждой группы отдельно. Для медицинских сотрудников анкета состоит из 4 вопросов, позволяющими оценить комплаентность пациентов по мнению врачей и мед.

сотрудников (приложение Ж). Для пациентов и опекунов, в том числе и родственников, анкетирование состоит из 5 основных вопросов, раскрывающие причины не приверженности лечения предписанных врачом, пациентов с шизофренией (приложение З).

С целью обработки результатов анкетирования была сформирована электронная база, в которую вносились сведения из анкет. Статистический анализ проводился с использованием методов описательной статистики и применением пакета программ Microsoft Excel 2021. При формировании вопросов анкеты был соблюден принцип однозначности и краткости.

2.5 Результаты и обсуждение исследования

Анкетирование медицинских сотрудников

В ходе проведения исследования, опрос прошли 23 врачей по городу Астана, ведущие наблюдение за амбулаторными пациентами с диагнозом шизофрения.

В результате обработки ответов респондентов на 1-ый вопрос анкеты «Укажите количество пациентов находящихся под вашим наблюдением», было выявлено примерное количество пациентов состоявших на учете по городу Астана на 2023-2024 год (рис. 14).

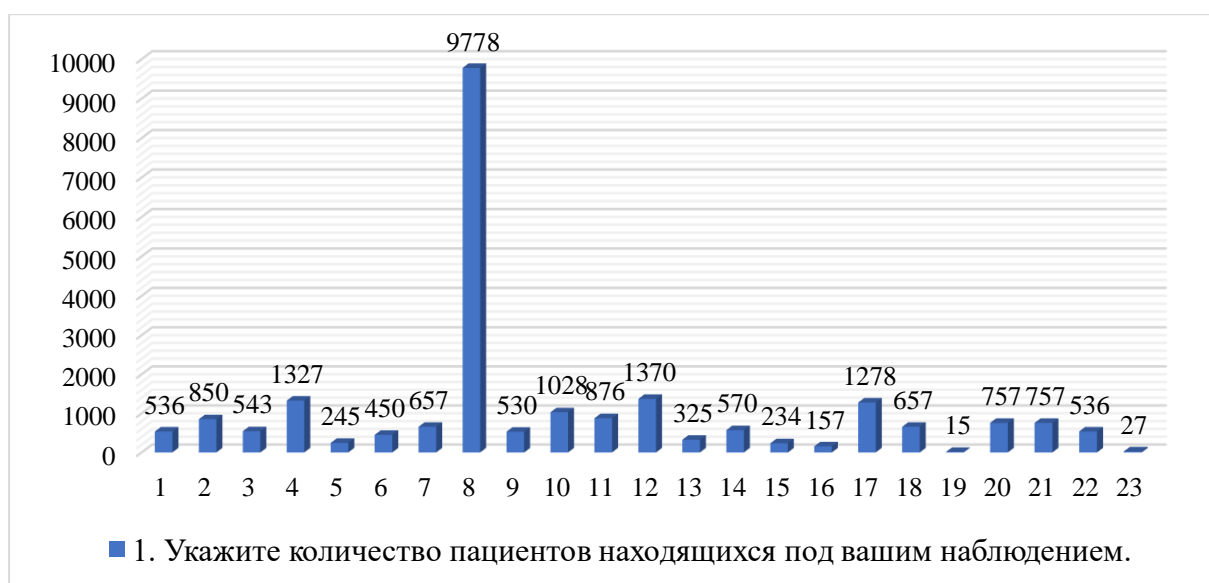


Рисунок 14 – Результаты анкетирования медицинских сотрудников

По результатам полученных входе анкетирования, было выявлено общее число пациентов находящихся на амбулаторном лечении по городу Астана. Всего пациентов с шизофренией, находящихся на амбулаторном лечении составило 23 503 человек.

Анализ ответов респондентов на вопрос «Все ли пациенты придерживаются лечения?» показал, что лишь 13% пациентов придерживаются предписанного лечения и являются комплаентными, остальные 87% некомплаенты (рис. 15).



Рисунок 15 – Результаты анкетирования медицинских сотрудников

Ответы респондентов исследуемой группы на следующий вопрос «Укажите процентное количество некомплаентных (непридерживающихся к лечению) пациентов» составило 30%, данная величина считается средним значением в процентном соотношении. Также следует выделить самое высокое и минимальное значение: Мах – 70%, min – 2% (Рис. 16).

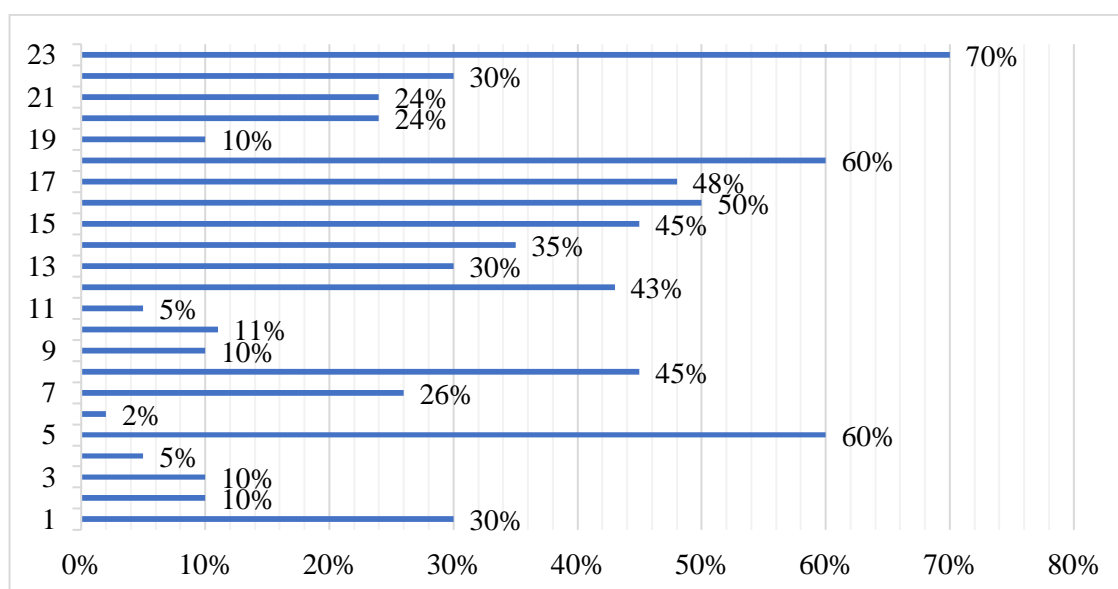


Рисунок 16 – Результаты анкетирования медицинских сотрудников

Анализ ответов респондентов на вопрос «Укажите возможные причины пропуска принятия лекарств (можно выбрать несколько вариантов ответа)»

Результат каждой выбранной причины будет указан и интерпретирован отдельно в рисунках 17 – 18.



Рисунок 17 – Результаты анкетирования медицинских сотрудников



Рисунок 18 – Результаты анкетирования медицинских сотрудников

По результатам выбранных причин некомплаентности по опросу врачей, наиболее актуальной является – «Чувствуют улучшения и намеренно пропускают прием лекарств» - 56.5 % выбранных ответов. Далее, «Забывают прием препаратов» составляет – 43.5%, «Беспокойствие, что станут привязанным(ой) к лекарствам» - 39.1%, «Думают лекарства не нужны в лечении» - 35%, «Отсутствие мотивации в лечении и ждут напоминание от опекуна/родственника», составляет 30,4%. Причина «Часто забывают, проблемы с памятью» составляет - 26%.

Причины касательно органолептических свойств лекарственного препарата – «Не устраивает лекарственная форма и не нравится вкус, запах, цвет лекарств» составляет 8% и 13%, «Боязнь побочных действий» - 17%.

Причины, связанные с компетенции врачей как, «Недостаточно проинформирован(а) о приеме лекарств» и «Недоверие к врачу в назначенных лекарствах» – составляет 0%, так как информирование о лекарственном препарате входит в обязанности медицинского персонала.

Факторы, появившиеся под влиянием окружающей среды такие как, «На прием лекарств часто влияют обстоятельства в окружении (стеснение, смущение)» и «Принимают лекарства в зависимости от обстоятельства и настроения», составляют 8 и 21%. Другая причина или пациент не считает себя больным составляет 4%.

Выводы по анкетированию медицинских сотрудников.

1. Таким образом, общее количество пациентов, состоящих на учете у врачей, ведущих наблюдение за амбулаторными пациентами с диагнозом шизофрения в городе Астана на 2023-2024 годы, составляет 23 503 человека.

2. Анализ ответов респондентов показал, что только 13% пациентов считаются комплаентными, то есть придерживающимися предписанного лечения, в то время как остальные 87% являются некомплаентами.

3. Средний процент некомплаентных пациентов, указанный респондентами, составил 30%, с минимальным значением в 2% и максимальным в 70%.

4. Причины некомплаентности, выделенные в ходе анкетирования, включают чувство улучшения и намеренное пропускание приема лекарств (56.5%), забывание приема препаратов (43.5%), беспокойство о привязанности к лекарствам (39.1%), сомнение в необходимости лекарств (35%), отсутствие мотивации и ожидание напоминания от опекуна или родственника (30.4%), проблемы с памятью (26%), неудовлетворительные органолептические свойства препарата (8-17%), боязнь побочных действий (17%), влияние обстоятельств и настроения на прием лекарств (21%), а также недоверие к врачу и недостаточная информированность о приеме лекарств (0%).

5. Факторы, связанные с окружающей средой, такие как стеснение или смущение, а также восприятие себя больным, также оказывают влияние на некомплаентность пациентов.

Анкетирование пациентов с диагнозом шизофрения

Результаты ответов респондентов на вопрос: «Вы когда-нибудь забывали принять лекарства?» показал, что, 63% опрошенных забывают принять лекарства, из них 44 отметили – да, остальные 26 – нет (рис. 19)

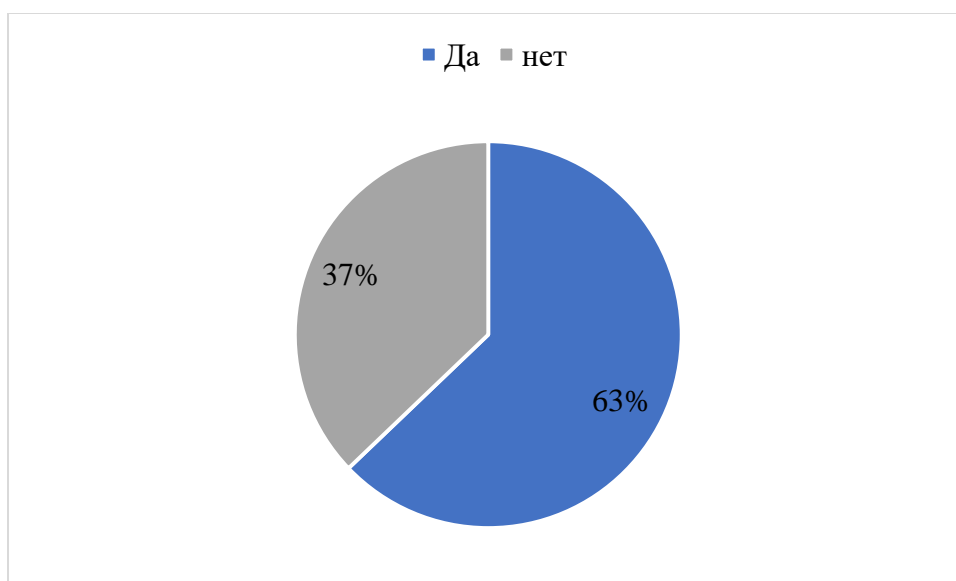


Рисунок 19 – Результаты анкетирования пациентов

Анализ результатов респондентов на вопрос «Если выбрали «Да», укажите причины пропуска принятия лекарств (можно выбрать несколько вариантов ответа)», выбранные причины будут указаны и интерпретированы отдельно в рисунках 20 - 23.



Рисунок 20 – Результаты анкетирования пациентов



Рисунок 21 – Результаты анкетирования пациентов

По результатам анкетирования пациентов с шизофренией находящихся на амбулаторном лечении, актуальными причинами некомплаентности являются: «Часто забываю, проблемы с памятью» - 28,5%, «Жду напоминание от опекуна/родственника» - 25,7%, «Думаю лекарства не нужны в лечении» - 21,4 %, «Чувствую улучшения, намеренно пропускаю дальнейшее лечение» и «Бескопийствие, что стану(т) привязанным(ой) к лекарствам» - 15,7 %.

Причины касательно органолептических и токсических свойств составляет: «Не устраивает лекарственная форма» - 0%, «Не нравится вкус, запах, цвет лекарств» - 5,7 %. Касательно причины эффективности лекарственного препарата – «Вижу неэффективность лекарств» составляет 0%, причины входящие в компетентность врачей - «Недостаточно проинформирован(а) о приеме лекарств» - 0%, «Недоверие к врачу в назначенных лекарствах» - 0%.



Рисунок 22 – Результаты анкетирования пациентов



Рисунок 23 – Результаты анкетирования пациентов

Окружающая среда также оказывает непосредственное влияние на комплаентность пациента: «На прием лекарств часто влияет обстоятельства в окружении (стеснение, смущение)» - 10 % и «Принимаю лекарства в зависимости от обстоятельства и настроения» - 11 %, «Другая причина (считают себя здоровыми)» – 3 % (рис.23).

Ответы на вопрос «Относитесь ли Вы внимательно к часам приема лекарств?» показало, что, 32 респондентов (46%), придерживаются часа приема лекарств, остальные 38 ответа (54%), не относятся внимательно к часам приема лекарств (рис. 24).

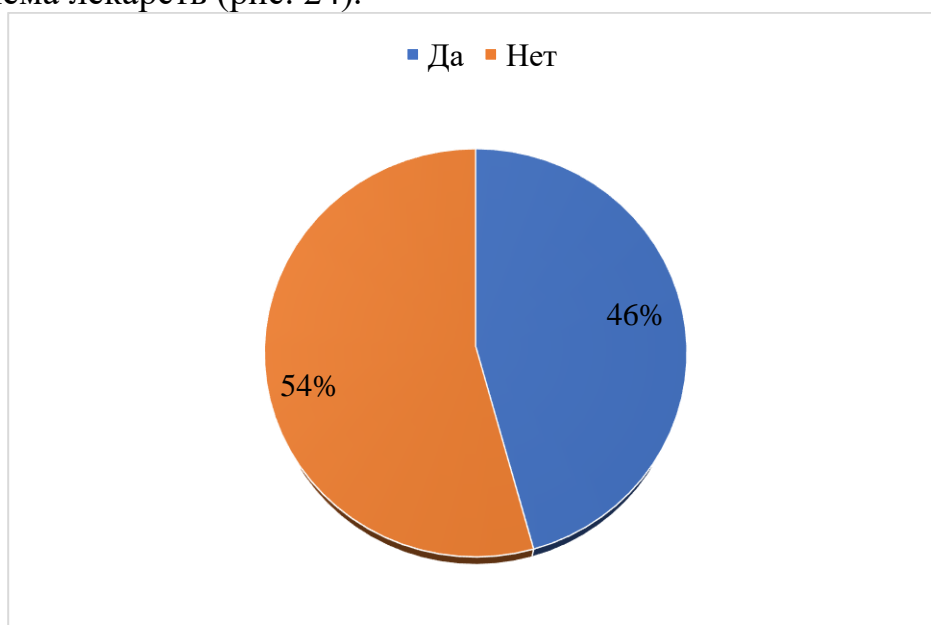


Рисунок 24 – Результаты анкетирования пациентов

Анализ ответов респондентов на вопрос «Пропускали ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?» свидетельствуют о том, что 34 респондентов (49%) пропускают прием препаратов, почти половина 36 респондентов (51%) не пропускают прием препаратов (рис. 25).

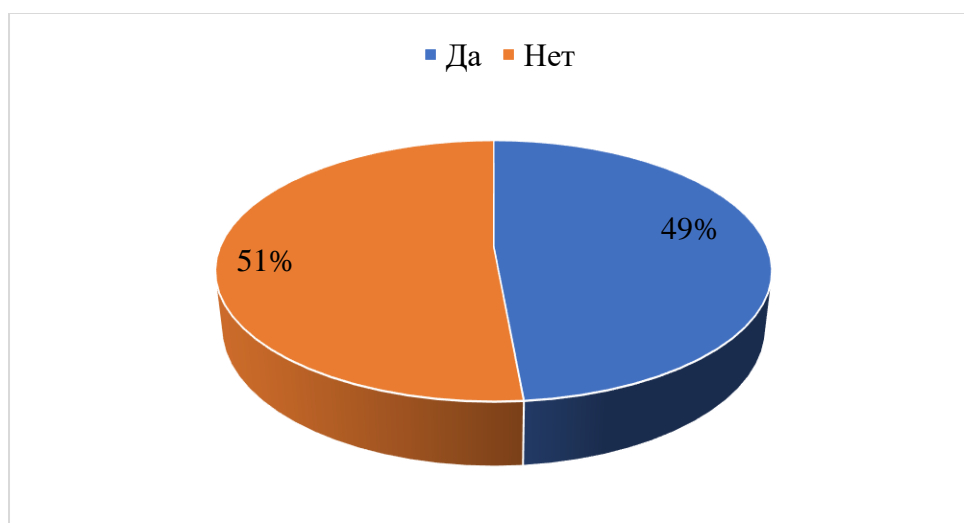


Рисунок 25 – Результаты анкетирования пациентов

Анализ ответов респондентов на вопрос «Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, пропускаете ли Вы следующий прием?» свидетельствуют о том, что 34 респондентов (49%) пропускают прием препаратов, почти половина 36 респондентов (51%) не пропускают прием препаратов (рис. 26)

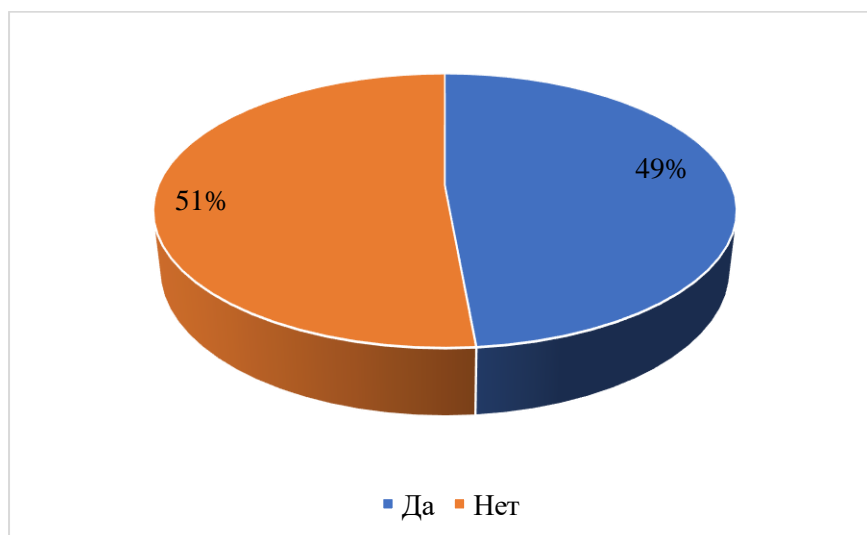


Рисунок 26 – Результаты анкетирования пациентов

При обработке данных бумажных анкет, было выявлено что из 70 пациентов лишь 15 (21%) пациентов являются - 100 % комплаентными,

соблюдающие все требования по лечению от врача. Комплаентность пациентов отмечалась по выбранным ответам на вопросы анкет.

Выводы по анкетированию пациентов:

1. Анализ ответов респондентов показал, что большинство пациентов (63%) забывают принимать лекарства, что может негативно сказываться на эффективности лечения.

2. Среди причин пропуска приема лекарств наиболее распространенными являются частые забывания и проблемы с памятью (28.5%), ожидание напоминания от опекуна или родственника (25.7%), а также убеждение в необходимости лекарств (21.4%).

3. Органолептические и токсические свойства препарата, а также его эффективность, не играют такой важной роли в некомплаентности пациентов.

4. Окружающая среда также оказывает влияние на соблюдение режима лечения, причем чувство стеснения или смущения может влиять на прием лекарств у 10% респондентов.

5. Почти половина респондентов (46%) придерживается установленного часа приема лекарств, что свидетельствует о некоторой систематичности в их подходе к лечению.

6. Примерно половина пациентов (49%) пропускает прием препаратов, если чувствует себя хорошо, что может привести к снижению эффективности терапии.

7. Только 21% пациентов считаются 100% комплаентными, то есть соблюдающими все требования по лечению от врача. Это может свидетельствовать о необходимости более эффективных мер по мотивации и поддержке пациентов в соблюдении лечения.

Анкетирование опекунов, в том числе и родственников пациентов

Ответ опекунов на 1-ый вопрос «Забывал ли Ваш опекаемый (родственник) принять лекарства? (1 Да ;0 нет)», составило, что 61% опекаемых пациентов забывают принять лекарства, лишь 20 респондентов (39%) ответило, нет опекаемый не забывал принять лекарства (Рис. 27)

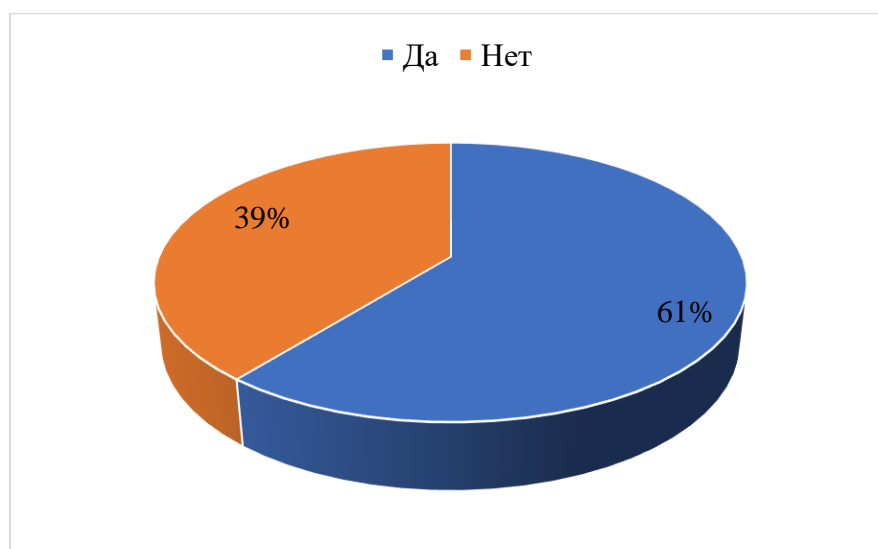


Рисунок 27 – Результаты анкетирования опекунов, в том числе и родственников пациентов

Анализ ответов на вопрос «Если выбрали «Да», укажите причины пропуска принятия лекарств (можно выбрать несколько вариантов ответа)», будет показан в нескольких рисунках 28-31.



Рисунок 28 – Результаты анкетирования опекунов, в том числе и родственников пациентов

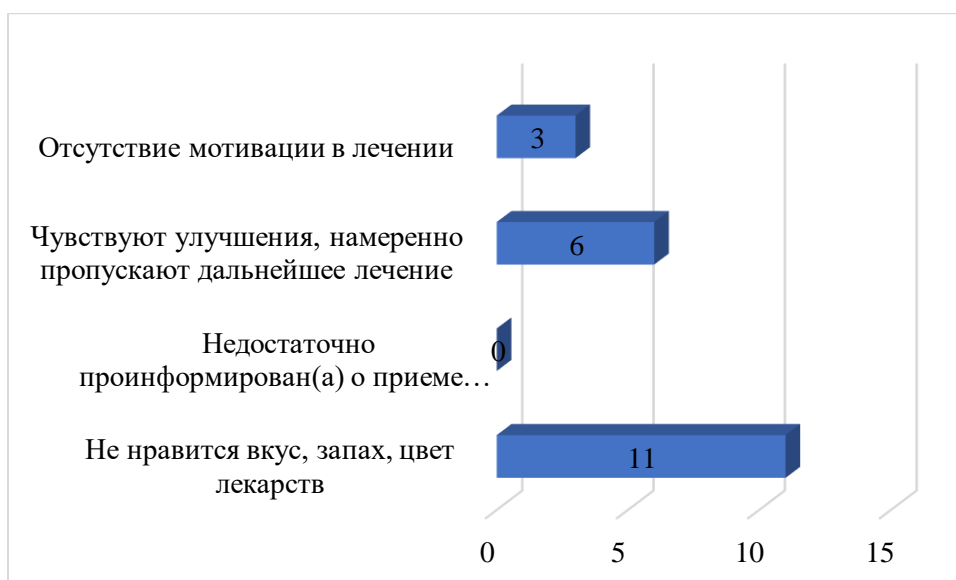


Рисунок 29 – Результаты анкетирования опекунов, в том числе и родственников пациентов

В ходе исследования и анкетирования опекунов пациентов, наиболее актуальными причинами пропуска принятия лекарств являются: «Часто забывают, проблемы с памятью» - 39,2 %, «Ждут напоминание от опекуна/родственника» - 29,4 %, «Думают лекарства не нужны в лечении» и «Не нравится вкус, запах, цвет лекарств составило» - 21,5%. Далее причины касательно эффективности ЛП: «Чувствуют улучшения, намеренно пропускают дальнейшее лечение» - 11,7%, «Видят неэффективность лекарств» - 0 %, тем самым пропускают прием лекарств, «Беспокойствие, что станут привязанным(ой) к лекарствам» составило 8%.



Рисунок 30 – Результаты анкетирования опекунов, в том числе и родственников пациентов

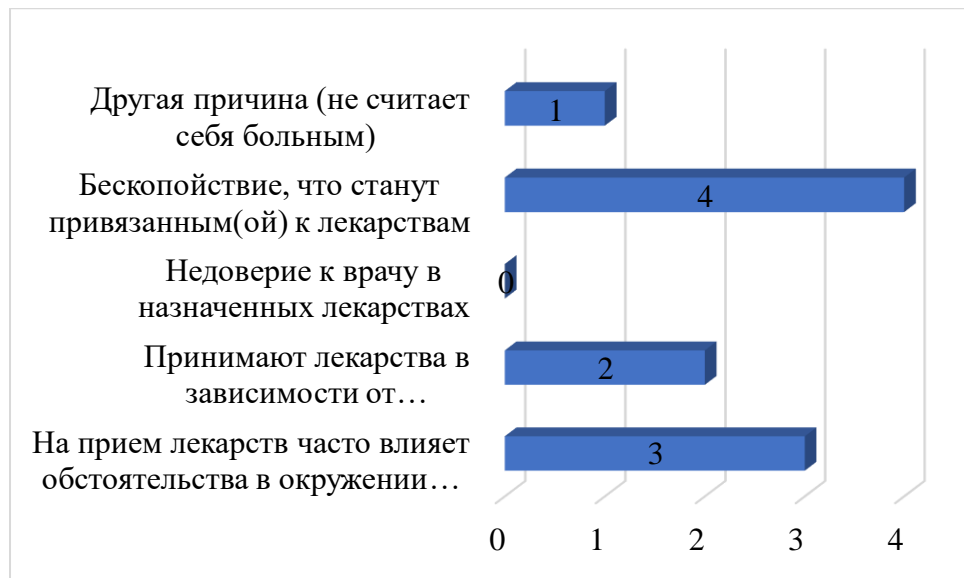


Рисунок 31 – Результаты анкетирования опекунов, в том числе и родственников пациентов

Причины касательно окружающей среды такие как, «Отсутствие мотивации в лечении» и «На прием лекарств часто влияет обстоятельства в окружении (стеснение, смущение)» составило - 5,9 %. «Принимают лекарства в зависимости от обстоятельства и настроения» составило - 4% пациентов, «Другая причина (не считает себя больным)» составило 2% от всех опрашиваемых опекунов (Рис. 31).

Ответы на вопрос «Относится ли Ваш опекаемый (родственник) внимательно к часам приема лекарств?» », продемонстрировал о том что, 61% опекаемых относятся внимательно к часам приема, благодаря опекунам. Тем не менее остальные 39% не обращают внимания на часы приема лекарственного препарата (Рис.32).

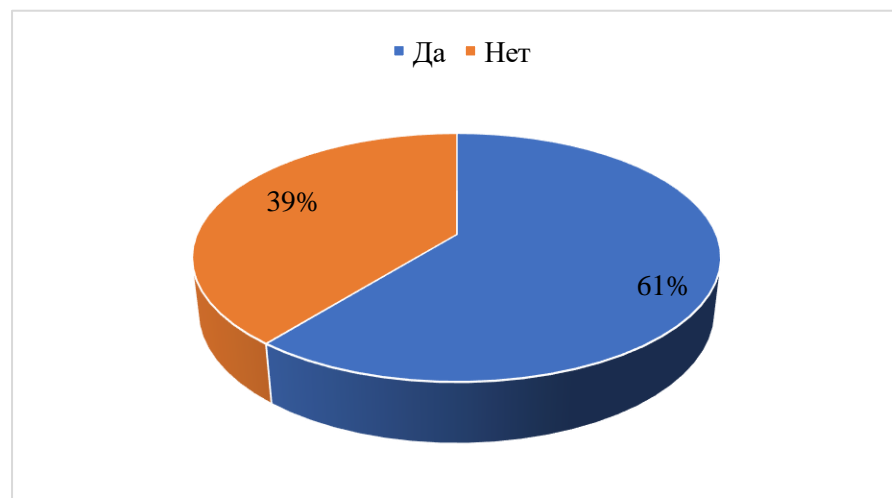


Рисунок 32 – Результаты анкетирования опекунов, в том числе и родственников пациентов

Ответ на вопрос «Пропускал ли Ваш опекаемый (родственник) прием препаратов, если он чувствовал себя хорошо?», составил 55% того, что опекаемый пропускает прием АП, когда чувствует себя хорошо. Остальные 45% придерживаются лечения (Рис.33).

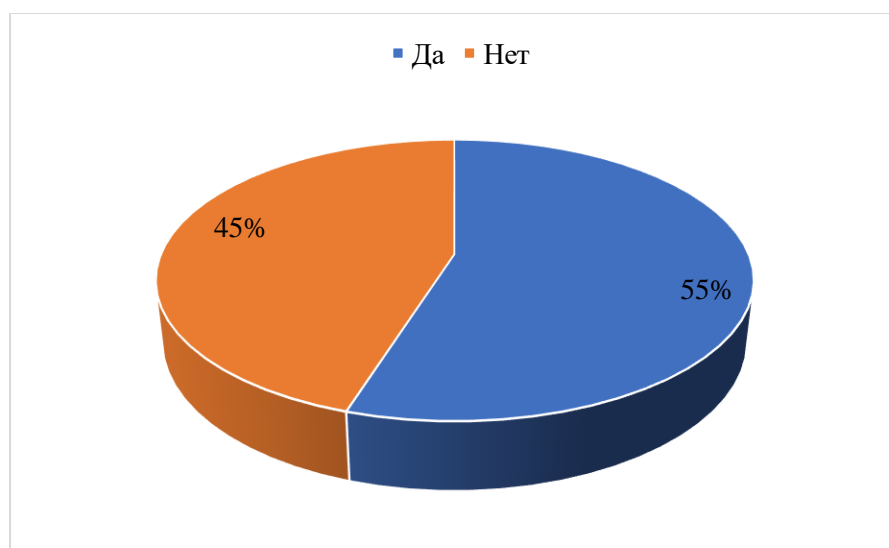


Рисунок 33 – Результаты анкетирования опекунов, в том числе и родственников пациентов

Анализ результата ответов на вопрос «Если Ваш опекун (родственник) чувствует себя плохо после приема лекарств, пропускает ли он следующий прием препаратов?», составил что 29 пациентов (57 %) пропускает прием ЛП, остальные 22 (43 %), придерживаются лечения (Рис.34).

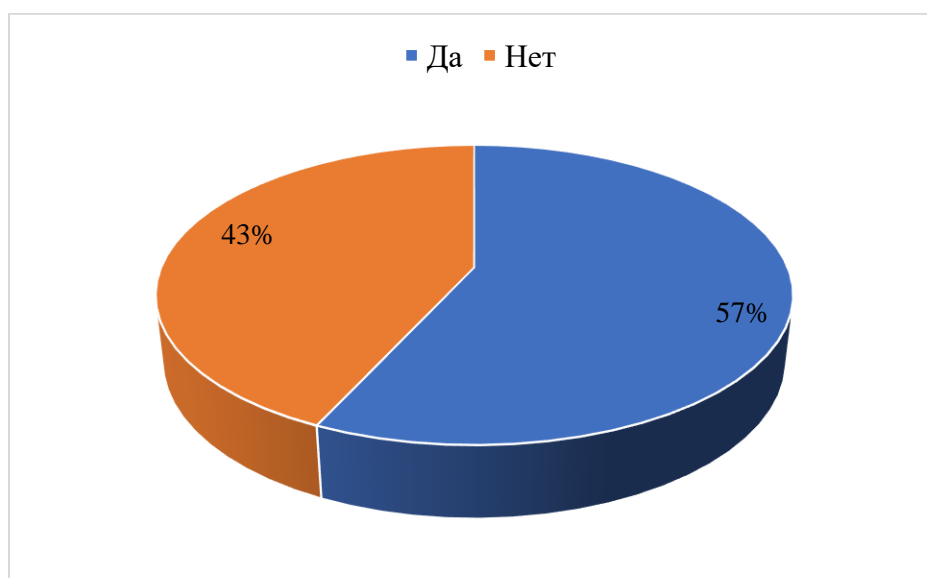


Рисунок 34 – Результаты анкетирования опекунов, в том числе и родственников пациентов

При обработке данных анкетирования опекунов и в том числе родственников, было выявлено, что лишь 35% (18) пациентов являются -100 % комплаентными, соблюдающие все требования по лечению от врача.

Выводы по анкетированию опекунов, в том числе и родственников

1. Большинство опекаемых пациентов (61%) забывают принимать лекарства, что подчеркивает необходимость постоянного контроля и напоминания со стороны опекунов.

2. Наиболее распространенными причинами пропуска приема лекарств среди опекаемых являются частые забывания и проблемы с памятью (39.2%), ожидание напоминания от опекуна или родственника (29.4%), а также убеждение в ненужности лекарств (21.5%).

3. Эффективность лекарств не считается основной причиной пропуска приема у большинства опекаемых.

4. Большинство опекаемых (61%) относятся внимательно к часам приема лекарств, что может быть следствием контроля и напоминаний со стороны опекунов.

5. При этом более половины опекаемых (55%) пропускают прием препаратов, если чувствуют себя хорошо, что может ухудшить эффективность лечения.

6. Также значительная часть опекаемых (57%) пропускает прием лекарств, если чувствуют себя плохо после приема, что может ухудшить состояние здоровья и требует дополнительного внимания и поддержки со стороны опекунов.

7. Только 35% опекаемых пациентов считаются 100% комплаентными, что подчеркивает важность роли опекунов в поддержании регулярного и правильного приема лекарств.

Таким образом, по результатам анкетирования, выявлены следующие выводы по исследованию:

1. По опросу медицинских сотрудников, лишь 13% пациентов придерживаются предписанного лечения.
2. Наиболее актуальными причинами пропуска принятия лекарственного препарата, выбранными врачами, пациентами и опекунами являются:
 - «Чувствую улучшения и намеренно пропускают прием лекарств»;
 - «Забываю прием препаратов»;
 - «Беспокойство, что станут привязанным(ой) к лекарствам»;
 - «Думают лекарства не нужны в лечении»;
 - «Жду напоминание от опекуна/родственника»;
 - На прием лекарств часто влияет обстоятельства в окружении (стеснение, смущение)» ;
 - «Принимают лекарства в зависимости от обстоятельства и настроения».

3. 63% опрошенных пациентов с шизофренией, находящихся на амбулаторном лечении, отметили, что, забывали принять лекарства, это 44 пациентов из всего опрошенных респондентов.
4. По результатам анкетирования пациентов лишь 32 респондента (46%) относятся внимательно к часам приема лекарств. По результатам анкетирования опекунов, 39 % не обращают внимания на часы приема.
5. По ответам пациентов, 34 респондентов (49%) пропускают прием препаратов, по результатам опекунов 55% пациентов пропускает прием АП, если чувствует себя хорошо.
6. Ответы пациентов: 34 респондентов (49%) пропускают следующий прием препаратов если чувствуют себя плохо. Ответы опекунов: 29 пациентов (57 %) пропускают следующий прием АП, если чувствуют себя плохо после последнего приема.
7. Среди опрошенных пациентов, полностью комплаентными являются лишь 21% респондентов (15), а среди опекунов и в том числе родственников, комплаентными являются лишь 35% респондентов (18). Если считать в отношении всех пациентов, находящихся на амбулаторном лечении по городу Астана, данный процент составляет лишь 4,1 часть.

ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА МЕТОДИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

3.1 Концепция методического материала с учетом фармацевтической опеки

Все основные направления психотерапии признают высокую значимость активного участия пациента в психотерапевтическом процессе. Терапевтический альянс (ТА) представляет собой активное взаимодействие между клиентом и терапевтом [65]. Уровень доверия пациента к лечащему врачу в рамках терапевтического альянса зависит от согласованности их представлений о целях терапии [66]. В этой связи важно выделить основные препятствия на пути достижения согласия между пациентом и терапевтом относительно целей лечения: различные взгляды на роль системы здравоохранения, разные уровни самокритики у пациента и стигматизирующие представления [67].

Согласно мнению большинства исследователей, уровень отношений в рамках установленного терапевтического альянса является одним из наиболее значимых предикторов успешного исхода терапии. Эффективное взаимодействие между врачом и пациентом способствует уменьшению числа повторных госпитализаций, повышению приверженности к лечению и самооценке пациентов [68, 69].

В рамках терапевтического альянса третьим участником является лекарственное средство. Во-первых, с психологической точки зрения, некоторые аспекты препарата, такие как стоимость, новизна, дизайн упаковки и таблеток и другие, могут способствовать формированию у пациента позитивного отношения к предлагаемому лечению [70]. Во-вторых, препарат может укреплять врачебный альянс благодаря своим фармакологическим и терапевтическим свойствам [71]. В-третьих, успех долгосрочной терапии шизофрении зависит не только от эффективности антипсихотического действия, но и от реабилитационного потенциала антипсихотика, то есть его способности улучшать качество жизни и социальное функционирование пациентов [72, 73]. Фармацевтическая опека играет ключевую роль в успешном повышении комплаентности при лечении шизофренией. Функции фармацевта, которые могут помочь придерживаться лечения пациентов, страдающих шизофренией:

1. Предоставление информации о лекарствах: Фармацевты помогают пациентам понять назначенные им лекарства, их дозировки, режимы приема и возможные побочные эффекты.

2. Обеспечение доступности лекарств: Фармацевты убеждаются, что пациенты имеют доступ к необходимым лекарствам, и помогают решить любые проблемы с их получением.

3. Мониторинг соблюдения режима приема: Фармацевты следят за соблюдением пациентами режима приема лекарств и предлагают поддержку и советы в случае возникновения проблем.

4. Консультации и рекомендации: Фармацевты консультируют пациентов о правильном использовании лекарств, предоставляют рекомендации по совместимости с другими препаратами и пищей, а также по управлению побочными эффектами.

Дополнительные ресурсы и поддержка:

- Консультации с фармацевтом: обратится к местному аптекарю для получения дополнительной информации и консультаций о лекарствах, используемых для лечения шизофрении.

- Онлайн-ресурсы: веб-сайты аптечных сетей или организаций, специализирующихся на психическом здоровье, для доступа к информационным материалам и поддержке.

- Группы поддержки: группам поддержки для пациентов с шизофренией и их семей, где вы можете обсудить ваши вопросы и получить эмоциональную поддержку.

Важность фармацевтической опеки для пациентов с шизофренией не может быть переоценена. Вот несколько ключевых причин, почему фармацевтическая опека играет критическую роль в управлении этим психическим расстройством:

1. Правильное использование лекарств: Пациенты с шизофренией часто принимают медикаменты для контроля симптомов. Фармацевты помогают им понять правильное использование лекарств, следовать рекомендованным дозировкам и режимам приема.

2. Мониторинг побочных эффектов: Лекарства, применяемые для лечения шизофрении, могут вызывать различные побочные эффекты. Фармацевты следят за возможными побочными эффектами и помогают пациентам управлять ими.

3. Обеспечение доступности лекарств: Фармацевты убеждаются, что пациенты имеют доступ к необходимым лекарствам, предоставляют информацию о возможности получения рецептов и организуют доставку лекарств по месту пребывания пациента.

4. Поддержка соблюдения режима лечения: Фармацевты помогают пациентам соблюдать режим приема лекарств, предоставляют напоминания о приеме лекарств и помогают разрешить проблемы, которые могут возникнуть при их использовании.

5. Предоставление информации и консультаций: Фармацевты являются источником ценной информации о лекарствах, их действии, побочных эффектах и взаимодействии с другими препаратами. Они также предоставляют консультации по всем вопросам, связанным с лечением шизофрении.

В целом, фармацевтическая опека играет важную роль в обеспечении эффективного поддержания шизофренией, улучшении качества жизни пациентов и помощи им в достижении максимального благополучия.

Концепция методического материала с учетом фармацевтической опеки для пациентов с шизофренией может включать следующие основные элементы:

1. Введение и общая информация:

- Обзор шизофрении как психического расстройства.
- Значение соблюдения лечебного режима для эффективного контроля симптомов и улучшения качества жизни пациентов.
- Роль фармацевта в поддержании пациентов с шизофренией и обеспечении правильного использования лекарств.

2. Основные аспекты лекарственной терапии:

- Обзор основных классов психотропных препаратов, используемых для лечения шизофрении.
- Пояснение о дозировках, режимах приема и побочных эффектах каждого препарата.
- Важность регулярного приема лекарств и последовательности лечебного курса.

3. Практические навыки и рекомендации:

- Инструкции по правильному хранению лекарств и соблюдению режима приема.
- Техники помощи пациентам в осознании необходимости лечения и преодолении препятствий, мешающих соблюдению режима.
- Рекомендации по контролю побочных эффектов и своевременной связи с врачом при их возникновении.

4. Поддержка и информационные ресурсы:

- Предоставление пациентам и их семьям информационных материалов о шизофрении, ее лечении и поддержке.
- Предложение контактов специализированных организаций и сообществ для поддержки пациентов с психическими расстройствами.

5. Мониторинг и оценка:

- Разработка системы мониторинга соблюдения лечебного режима и оценки эффективности терапии.
- Проведение регулярных встреч и обзоров с пациентами для обсуждения прогресса и решения возникающих проблем.

Разработанный методический материал должен быть доступен, понятен и индивидуально адаптирован к потребностям конкретного пациента с шизофренией и его окружения. Он должен также учитывать факторы, влияющие на соблюдение лечения, и предоставлять практические инструменты для его улучшения.

3.2 Разработка информационных материалов на психообразовательной платформе

Когда речь идет о поддержке и информационных ресурсах для пациентов с шизофренией, важно предоставить им доступ к разнообразным и достоверным источникам информации о своем заболевании, лечении и

доступных ресурсах поддержки. Существует несколько аспектов включенные в часть методического материала:

1. Информационные брошюры и памятки:

- Разработка и распространение информационных брошюр и памяток о шизофрении, ее симптомах, методах лечения и поддержке.
- Включение понятной и доступной информации о психотерапии, медикаментозном лечении, изменениях образа жизни и других аспектах управления заболеванием.

2. Онлайн-ресурсы и веб-сайты:

- Создание специализированных веб-сайтов или разделов на сайтах медицинских учреждений, где пациенты могут получить информацию о шизофрении, прочесть отзывы других пациентов, задать вопросы экспертам и найти ресурсы поддержки.
- Обновление ресурсов с новой информацией и статьями о последних достижениях в области лечения шизофрении.

3. Группы поддержки и форумы:

- Организация групп поддержки для пациентов с шизофренией, где они могут общаться с другими людьми, столкнувшимися с подобными проблемами, делиться опытом и получать эмоциональную поддержку.
- Участие в онлайн-форумах и социальных сетях, где пациенты могут задавать вопросы и обсуждать свои заботы с другими участниками сообщества.

4. Консультации и психологическая поддержка:

- Предоставление возможности для консультаций с психологами или психиатрами по вопросам, связанным с заболеванием, симптомами, лечением и адаптацией к повседневной жизни.
- Поддержка семейных участников и близких пациентов через консультации и групповые сессии.

5. Информационные мероприятия и образовательные программы:

- Проведение информационных мероприятий и образовательных программ для пациентов и их семей о шизофрении, ее лечении и поддержке.
- Включение специалистов из разных областей, таких как психиатры, психологи, социальные работники и представители общественных организаций, для обеспечения разнообразной и полезной информации.

Так, при поддержке РОО «Ассоциация специалистов, работающих в сфере психического здоровья», был создан Веб-портал: <https://www.mental-school.kz/> [74].

Mental-school.kz - это образовательный ресурс для людей, живущих с психическими расстройствами, и их близких. На данном сайте, можно найти общую информацию о заболевании шизофрения, о причинах, течении и прогнозе заболевания, проявлениях/симптомах обострения болезни, методах лечения психических расстройств, роли членов семьи (опекунов), окружения и вклад в формировании приверженности к терапии, будет так же представлена

информация в отношении прав пациентов с ментальными расстройствами и психологическую поддержку (рис. 35).

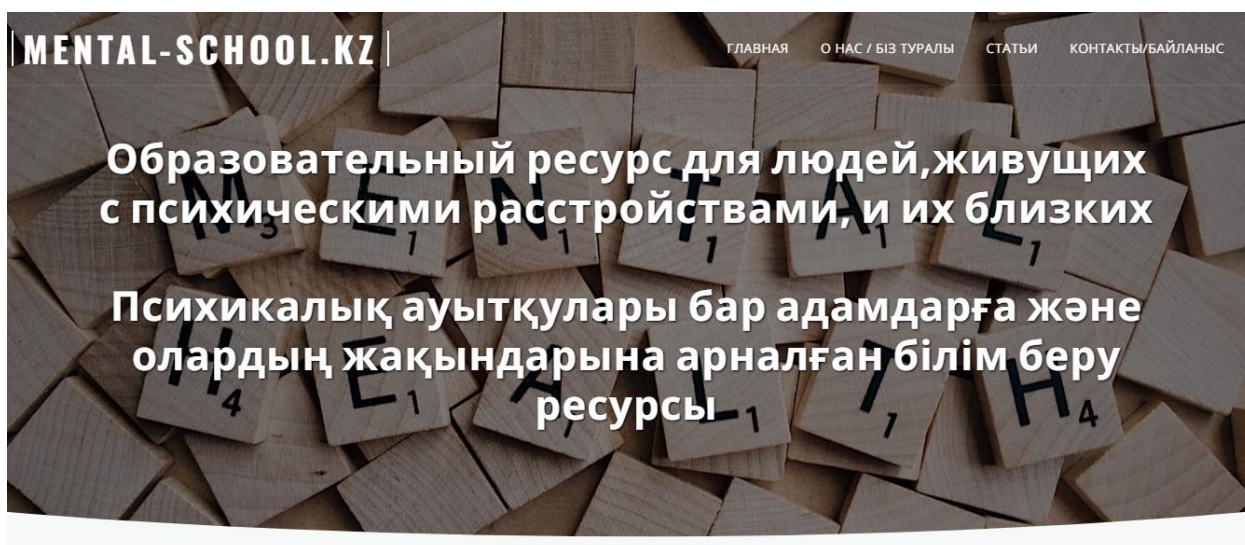


Рисунок 35 – Главная страница Mental-school.kz



Рисунок 36 – Главная страница Mental-school.kz (Вкладка - О нас)

Одним из важных инструментов информирования людей и привлечения потенциальных пользователей является веб-портал. Веб-портал - Mental-school.kz, включает медицинские образовательные материалы для профессионалов сферы здравоохранения, пациентов и опекунов. Так как целевая аудитория веб-портала, являются пациенты и опекуны страдающих шизофренией. При разработке веб - портала главной работой являлось создание информационного блока в разделе – “Статьи” (Рис.37).



Рисунок 37 – главная страница Mental-school.kz (Вкладка - Статьи)

В данном разделе имеется информационная, психообразовательная программа. В программу входит иллюстративный материал в формате видеоролика. При создании видеоролика были использованы литературные источники из указанного списка литературы и по рекомендации по применению антипсихотиков в лечении шизофрении (карманный справочник) 2022 г., Авторы: Алтынбеков К.С. и Логачева Н.Н. Видеоролики были созданы с помощью приложения для редактирования создана на онлайн платформе графического дизайна – Canva [75].

Так же, есть возможность скачать видеоролик в формате pdf. В таком формате видеоролик изложен виде иллюстративной презентации на казахском и русском языке(рис.38-39).

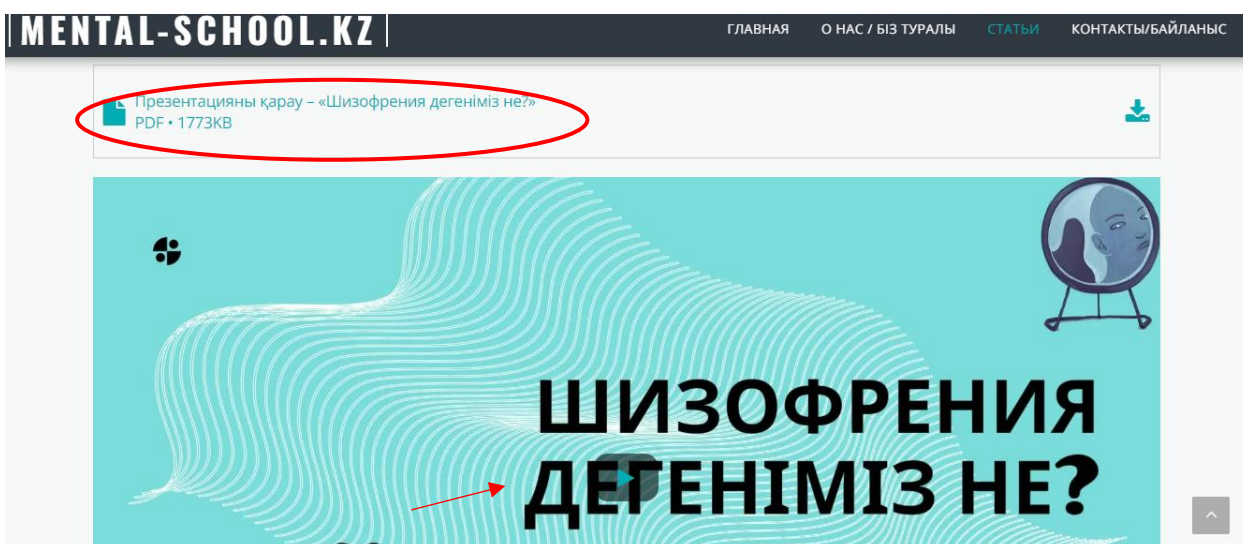


Рисунок 38 – Главная страница Mental-school.kz (Вкладка – Статьи – видеоролик)

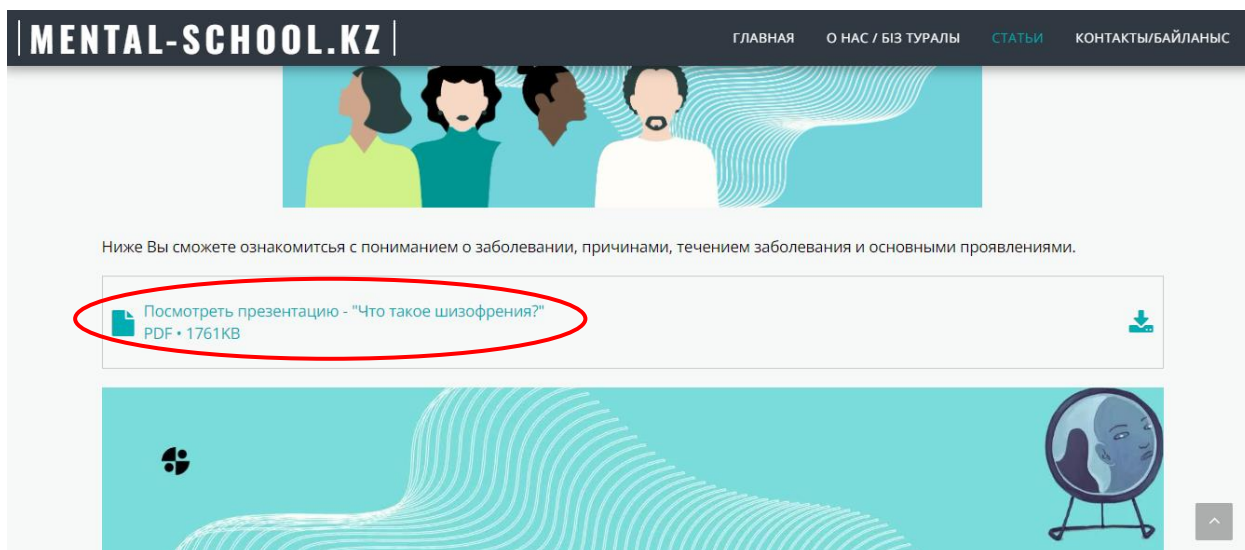


Рисунок 39 – Главная страница Mental-school.kz (Вкладка – Статьи – скачивание)

Дополнительно с информационным материалом, на казахском и русском языке можно ознакомиться на сайте и в приложении И.

3.3 Разработка информационной брошюры и методического материала

Информационная брошюра может играть значительную роль в поддержке приверженности лечению шизофрении. Она может предоставить пациентам и их близким понятную информацию о болезни, методах лечения, побочных эффектах лекарств и стратегиях справления с ними. Это может помочь улучшить понимание и осведомленность о состоянии, что, в свою очередь, может повысить соблюдение рекомендаций врача и улучшить результаты лечения.

Разработка информационной брошюры о шизофрении должна быть основана на понятном и доступном языке, учитывая специфику аудитории.

Алгоритм создания информационной брошюры:

1. Определение целей: Определите основные цели брошюры, например, предоставить информацию о симптомах, диагностике, лечении и поддерживающих ресурсах.
2. Использование простого языка: Избегайте медицинских терминов и используйте простой, понятный язык, чтобы сделать информацию доступной для широкой аудитории.
3. Иллюстрации и графики: Включите иллюстрации, графики или диаграммы, чтобы визуально объяснить ключевые концепции, такие как механизм действия лекарств или типичные симптомы.

4. Ресурсы и ссылки: Включите ссылки на надежные источники информации о шизофрении, организации поддержки пациентов и справочные материалы для дальнейшего чтения

5. Поддержка со стороны специалистов: Обратитесь к психиатрам или другим специалистам в области психического здоровья, чтобы получить экспертные советы и уточнения по содержанию брошюры.

6. Тестирование: Проведите тестирование брошюры с представителями целевой аудитории, чтобы убедиться, что информация понятна и полезна.

7. Обратная связь: Предоставьте контактную информацию для обратной связи, чтобы читатели могли задавать вопросы или оставлять отзывы.

Цель брошюры состоит не только в предоставлении информации, но и в поддержке пациентов и их близких на пути к пониманию и успешному поддержанию комплаентности лечения шизофренией.

По данному алгоритму был создан образец информационной брошюры, с учетом психообразовательной программы для пациентов с диагнозом шизофрения и опекунов, в том числе и родственников. При создании данной информационной брошюры были учтены причины некомплаентности пациентов, которые были выявлены в ходе исследования (Рис. 40-41).

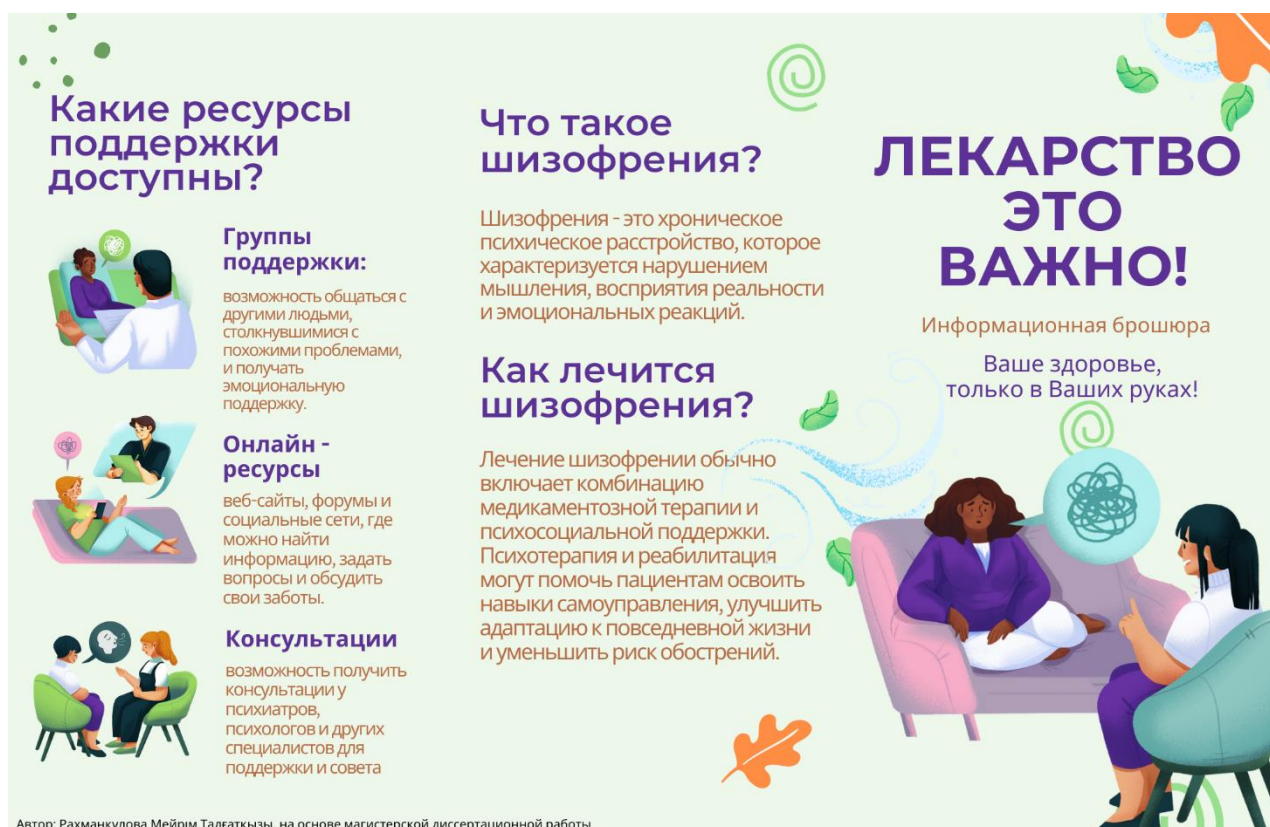


Рисунок 40 - Информационная брошюра (Страница 1)

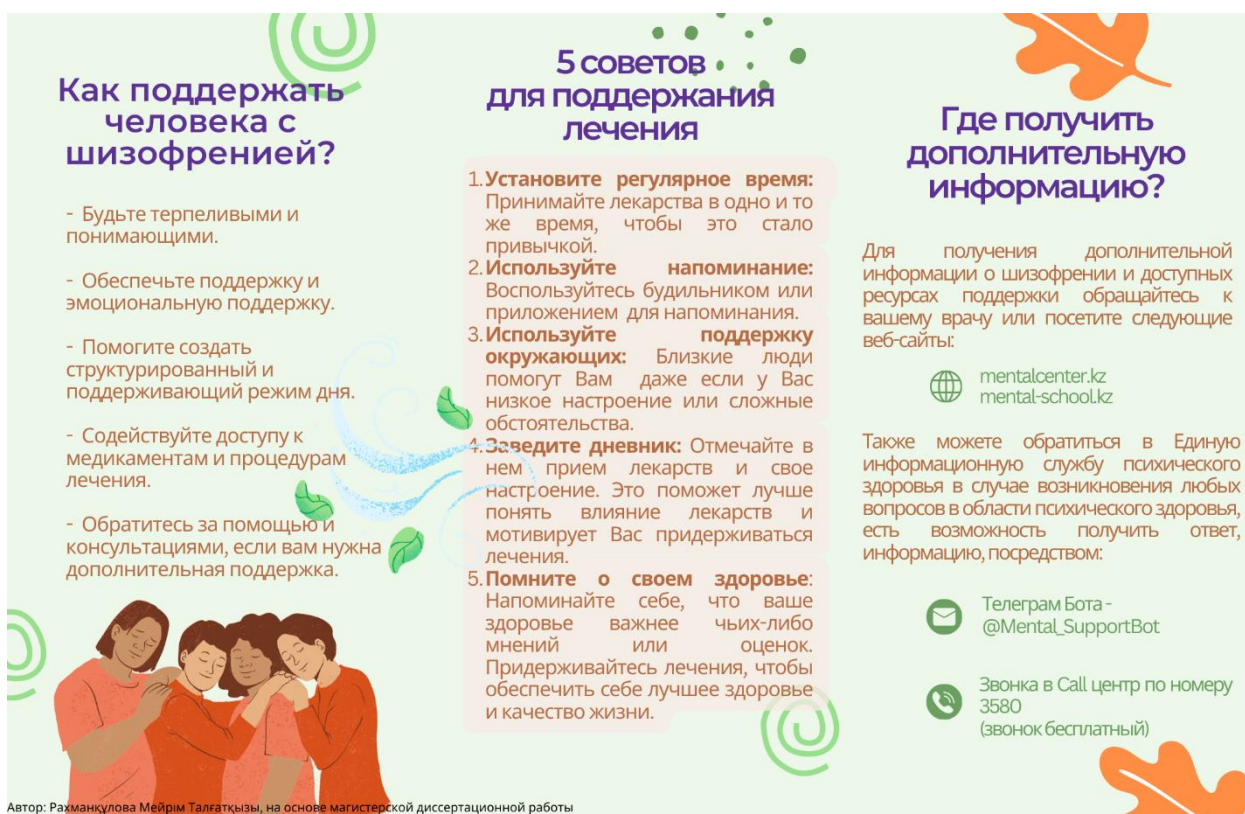


Рисунок 41 - Информационная брошюра (Страница 2)

Брошюра была создана на онлайн платформе графического дизайна <https://www.canva.com/> – это онлайн-сервис для создания элементов графического дизайна, начиная с иллюстраций для соцсетей и заканчивая макетами для полиграфии. Основан в 2012 году в Австралии [76]. Данный сайт позволяет создать брошюры, постеры разных вариантов, представляет собой широкий спектр выбора дизайна брошюр.

Отличие работы на бесплатной онлайн – платформе:

- 1) Большой выбор шаблонов для различных типов проектов;
- 2) Инструменты для редактирования текста, рамок, цвета и размера элементов;
- 3) Библиотека шрифтов, изображений и иконок;
- 4) Возможность создавать и редактировать векторные изображения;
- 5) Интуитивно понятный интерфейс с подсказками;
- 6) Возможность сохранения и экспорта результатов в различных форматах, в том числе в формате PDF.

Поскольку Canva сервис для дизайна, то эта онлайн-платформа позволяет совместно работать над одним и тем же проектом совместно. Чтобы начать совместную работу в Canva, вам нужно создать аккаунт на сайте и войти в него.

Концепция брошюры заключается в доступной информации для пациентов и опекунов, в том числе и родственников. Начальным этапом создания брошюры было сбор и подготовка информации, создание структурированного и доступного материала. Следующим этапом создания информационной брошюры

является создание подходящего дизайна с подходящей цветовой гаммой, размера шрифта, иллюстрации, расположения текста.

Разработанная брошюра предназначена для пациентов с диагнозом шизофрения, также опекунам поможет повысить уровень комплаентности при применении лечения антипсихотическими средствами. Указанные в брошюре советы были разработаны согласно полученным данным и причинам некомплаентности в ходе исследования, при обработке анкетных данных. Кроме того, указаны актуальные вопросы интересующих опекунов и способы их решения.

На основе проведенного диссертационного исследования, нами была разработана методическая рекомендация. Данная методическая рекомендация, содержит результаты социологического опроса пациентов с диагнозом шизофрения, находящихся на амбулаторном лечении, врачей, а также опекунов и в том числе родственников. Данная методическая рекомендация позволит медицинским сотрудникам понять определение комплаентности пациентов с шизофренией и использовать предложенную анкету для дальнейших исследований и в практической деятельности.

Таким образом, разработанные информационные материалы, брошюры и методические рекомендации могут быть использованы в учебных заведениях, медицинских учреждениях для улучшения приверженности лечению и обеспечить высокую комплаентность пациентов с диагнозом шизофрения на амбулаторном уровне лечения.

Представленные формы брошюры и методических материалов, были внедрены в деятельность Республиканское Государственное предприятие на праве хозяйственного ведения “Республиканский научно-практический центр психического здоровья” Министерства здравоохранения Республики Казахстан и в деятельность Республиканского Общественного Объединения Ассоциации специалистов, работающих в сфере психического здоровья». В комплексе методического материала входят: информационная брошюра “Лекарство – это важно!”, а также методическая рекомендация “Методические подходы по определению комплаентности при лекарственном обеспечении антипсихотическими средствами пациентов, страдающих шизофренией (на амбулаторном уровне)” (Приложение В).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день проблема распространённости психических заболеваний является актуальной проблемой во всех странах мира, в том числе и Казахстана. Шансы регоспитализации становятся высокими, так как пациенты, страдающие психическими заболеваниями неприверженны к лечению, теряют интерес в лечении и нарушают комплаентность. Наше исследование дало возможность проанализировать и оценить комплаентность пациентов, состоящих на амбулаторном лечении по городу Астана. По Республики Казахстан пациентов, находящихся на амбулаторном лечении за 2020 год, составляет 45085 человек, за 2021 г. – 44542; 2022 г. – 44366 человек, за полугодие 2023 года состоит на учете 44354 человек.

В ходе исследования удалось проанализировать статистические данные заболеваемости шизофрении по Казахстану, выявить население большим количеством людей с психическим заболеванием. Кроме того, был проведен маркетинговый анализ по антипсихотическим средствам, по данным которым удалось выявить наиболее чаще используемые в практике лечения антипсихотиков для пациентов, страдающих шизофренией.

Также при выполнении поставленных задач были выявлены результаты сравнения производства отечественных и зарубежных производителей антипсихотических препаратов. На данный момент, согласно государственному реестру 2024 года на фармацевтическом рынке Республики Казахстан отечественные антипсихотические препараты выпускают четыре основных производителей: АО «Алматинская фармацевтическая фабрика Нобель» г. Алматы; ТОО «Глобал-Фарм», г. Алматы (с использованием турецкой компании Abdi Ibrahim); «ВИВА Фарм» г. Алматы; АО «Химфарм» г. Шымкент.

В экспериментальной части исследования, было проведено 2 вида анкетирования для медицинских сотрудников. В результате первого анкетирования медицинского персонала, нам удалось выявить группу системного назначения антипсихотических средств и наиболее чаще используемые ЛС. Второе анкетирование было направлено на выявление комплаентности пациентов, по полученным данным было проанализировано причинность неприверженности лечения пациентов, по мнению врачей.

По результатам выбранных причин некомплаентности по опросу врачей, наиболее актуальной является – «Чувствуют улучшения и намеренно пропускают прием лекарств», «Забывают прием препаратов», «Беспокойствие, что станут привязанным(ой) к лекарствам», «Думают лекарства не нужны в лечении» и «Отсутствие мотивации в лечении и ждут напоминание от опекуна/родственника».

При обработке данных бумажных анкет, было выявлено что из 70 пациентов лишь 15 (21%) пациентов являются - 100 % комплаентными, соблюдающие все требования по лечению от врача. Комплаентность пациентов отмечалось по выбранным ответам на вопросы анкет.

Также, для определения комплаентности пациентов и опекунов, было создано анкетирование (на примере теста Мориски-грин). По полученным данным было выявлено процентность приверженных к лечению пациентов. Получены причины и факторы некомплаентности пациентов, по мнению опекунов. При обработке данных анкетирования опекунов и в том числе родственников, было выявлено, что лишь 35% (18) пациентов являются -100 % комплаентными, соблюдающие все требования по лечению от врача.

Результаты нашего исследования были использованы для разработки методических рекомендаций, информационного материала на психообразовательной программе, а также информационной брошюры направленные на пациентов и опекунов, страдающих шизофренией.

Получены акты внедрения по методическим рекомендациям и созданным брошюрам в деятельность таких организации как, Республиканское Государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Казахстан и в деятельность Республиканского Общественного Объединения Ассоциации специалистов, работающих в сфере психического здоровья».

ВЫВОДЫ

1. Анализ отечественной и зарубежной литературы обосновал актуальность проблемы приверженности лечения пациентов с психическим заболеванием. По анализу динамики распространенности психических заболеваний по Республики Казахстан, было сформировано общее количество пациентов, находящихся на амбулаторном учете. в 2020 году высокое количество лиц, находящихся под динамическим наблюдением отмечена в Восточно-Казахстанской области (4498 лиц). В сравнении с 2021 - 2022 годом, в Восточно-Казахстанской области наблюдается снижение на 3,1 % ежегодно. К 2023 году наблюдается максимальное убывания на 40,6%. Высокое количество за 2023 год по регионам отмечено в г. Алматы, зарегистрирована 4163 человек. Антипсихотические препараты являются препаратами первой линии лечения шизофрении. Назначение проводят согласно клиническому протоколу №99 МЗ РК.
2. Маркетинговый анализ АП показал, что на фармацевтическом рынке РК представлено 106 зарегистрированных торговых наименований; на рынке преобладают зарубежные производители - 85%, из них 15% используемых АП являются отечественными. По результатам проведенного анализа, на фармацевтическом рынке РК за период 2020-2023 год, замечается рост продаж по количествам упаковок: Хлопромазина, Рисперидона, Леопромазина и Клозапина. В результате анкетирования мед.сотрудников (94), чаще назначаемым АП является – Рисперидон пероральный, Хлопромазин и Клозапин. Анкетирование врачей, пациентов и опекунов позволило выявить основные причины некомплаентности пациентов с диагнозом шизофрения.
3. Разработана концепция методического материала с использованием фармацевтической опеки. Разработан пошаговый алгоритм создания информационных материалов для психообразовательной платформе. Создание статей на веб-портале для пациентов с шизофренией и опекунов, с общей информацией о заболевании шизофрения, о причинах, течении и прогнозе заболевания, проявлениях/симптомах обострения болезни, методах лечения психических расстройств, роли членов семьи (опекунов), окружения и вклад в формировании приверженности к терапии, на казахском и русском языках. Разработана информационная брошюра и методический материал, будут использованы для увеличения степени приверженности лечения, организациями по оказанию психиатрической помощи населению в Казахстане. Использование в комплексе методических рекомендации и информационных материалов, даст возможность предотвратить регоспитализации и улучшить приверженность пациента к лечению.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Достигнутые результаты в рамках исследований по теме диссертации «Определение комплаентности при лекарственном обеспечении антипсихотическими средствами пациентов, страдающих шизофренией (на уровне амбулаторного лечения)», имеют прикладное значение и могут быть рекомендованы РГП на ПХВ «Республиканским научно-практическим центром психического здоровья» МЗ РК, РОО «Ассоциации специалистов работающих в сфере психического здоровья», медицинским организациям, в том числе оказывающим помощь в лечении пациентов, страдающих диагнозом шизофрения.

Внедрение и использование предложенных психообразовательных программ в виде комплекса образовательной интернет-платформы, бумажных носителях (брошюры и методических рекомендации), рекомендуется для своевременного предоставления пациентам информации о диагнозе и принципах его лечения, что позволит повысить уровень комплаентности пациентов, качество деятельности медицинского персонала, снизить уровень регоспитализации и смертности пациентов с диагнозом шизофрении.

Ниже будут указаны практические рекомендации, выявленные в ходе проведения диссертационной работы, которые, помогут улучшить приверженность к лечению и повысить качество жизни пациентов с психическими заболеваниями в Казахстане.

1. Мониторинг и анализирование динамики распространенности психических заболеваний по регионам Казахстана:
 - Поможет выявлять тенденции и корректировать стратегии лечения.
 - Создание централизованной базы данных для мониторинга состояния пациентов на амбулаторном учете, что позволит более оперативно реагировать на изменения в их состоянии.
2. Оптимизация ассортимента:
 - Разработка меры по поддержке отечественного производства антипсихотиков, чтобы снизить зависимость от импортных лекарств и уменьшить стоимость лечения.
 - Поддерживать ассортимент АП, наиболее часто назначаемых врачами (Рисперидон, Хлопромазин, Клозапин), чтобы обеспечить их наличие в аптеках.
 - Проводить регулярные опросы среди медицинских работников и пациентов для оценки удовлетворенности наличием и качеством лекарств.
3. Образование и информирование:
 - Обучение врачей и медицинских сотрудников по последним клиническим протоколам и рекомендациям по назначению антипсихотиков.

- Организовать образовательные мероприятия для пациентов и их опекунов о важности приверженности лечению и правильного использования лекарств.
 - Обеспечить доступ к информационным материалам через веб-портал, мобильные приложения и печатные брошюры.
4. Поддержка семей и опекунов:
- Организовывать регулярные семинары и тренинги для опекунов и членов семьи пациентов, чтобы обучать их навыкам поддержки и повышения приверженности лечению.
5. Фармацевтическая опека:
- Внедрение программы фармацевтической опеки, где фармацевты будут консультировать пациентов по вопросам лечения, побочных эффектов и взаимодействия лекарств.
 - Необходимо внести систему регулярных проверок и консультаций для пациентов с шизофренией, чтобы своевременно выявлять проблемы и корректировать терапию.
6. Комплексный подход:
- Применять комплексный подход, сочетая медицинскую и психосоциальную поддержку для повышения приверженности пациентов к лечению.
 - Использовать междисциплинарные команды (врачи, психологи, социальные работники) для разработки индивидуальных планов лечения и поддержки.
7. Оценка и адаптация методик:
- Проводить регулярные оценки эффективности используемых методик и информационных материалов, внося необходимые изменения и улучшения.
 - Сотрудничать с организациями по оказанию психиатрической помощи для обмена опытом и лучшими практиками.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Шмуклер А.Б. Шизофрения. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2021 г.-176 с.
2. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016, Fiona J. Charlson, doi:10.1093/schbul/sby058 Advance Access publication May 12, 2018
3. Nina VadielJasim El-AliJoss DelauneCecilia WildYi-Shao Liu. Patterns and predictors of oral antipsychotic prescribing in adult patientswith schizophrenia. Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy. Volume 6, June 2022, 100148.
4. Алтынбеков К. С. Современные подходы к оптимизации психиат-рической помощи больным шизофренией в Республике Казах-стан / К. С. Алтынбеков, Н. Г. Незнанов. – Алматы : издательство ТОО «Артикул», 2017. – 184 с.
5. Статистический сборник, Алматы 2015 год, / Психиатрическая помощь населению Республики Казахстан за 2014-2015 г./ Республиканский научно-практический центр психического здоровья
6. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al.; WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004;291:2581–2590
7. Fu Dj, Bossie CA, Sliwa JK, Ma YW, Alphs L. Paliperidone palmitate versus risperidone long-acting injection in markedly-to-severely ill schizophrenia subjects. – Clin Schizophr Relat Psychoses. – 2013. – V.27.-P.31
8. Н. Н. Петрова и др., Ксеплион в решении актуальных проблем лечения больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. - 2013. - т. 23, № 1
9. Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Худавердиев В.В. и соавт. Особен-ности клиники и социальной адаптации больных шизофренией на этапе стабилизации (по материалам амбулаторной практики) // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М.,1999. С. 77–96.
10. Non-Genetic Factors in Schizophrenia Simona A. Stilo^{1,2} & Robin M. Murray. 14 September 2019 DOI: [10.1007/s11920-019-1091-3](https://doi.org/10.1007/s11920-019-1091-3)
11. Статистический сборник, Алматы 2019 год, / Психиатрическая помощь населению Республики Казахстан за 2017-2018 г./ Республиканский научно-практический центр психического здоровья
12. Статистический сборник, Алматы 2020 год, / Психиатрическая помощь населению Республики Казахстан за 2018-2019 г./ Республиканский научно-практический центр психического здоровья
13. Статистические данные по сборнику 2022 г./ Психиатрическая помощь населению Республики Казахстан / Республиканский научно-практический центр психического здоровья
14. К.С. Алтынбеков Анализ назначения нейролептиков у больных с шизофренией с применением «индикаторов качества» в психиатрическом

- стационаре // Журнал. Практическая медицина. Психиатрия. - май 2017 г. / том 2./с.32
- 15.М.С. Зайцева и др. АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ КСЕПИОН БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ // Журнал. СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ 2018, т. 28 № 1 с.44
 - 16.Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. Lancet. 2016;388:86–97. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01121-6).
 - 17.7. NICE.: Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management. NICE Clinical Guideline 178. . In.: National Institute of Health and Care Excellence. 2014
 - 18.Brown MJ, Sharma P, Bennett PN: Clinical pharmacology: Elsevier Health Sciences; 2012
 - 19.Mauri MC, Paletta S, Maffini M, Colasanti A, Dragogna F, Di Pace C, et al. Clinical pharmacology of atypical antipsychotics: an update. *EXCLI J*. 2014;13:1163–1191
 - 20.Jones PB, Barnes TRE, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1) Arch Gen Psychiatry. 2006;63:1079–1087
 - 21.Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B, et al. Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *Am J Psychiatry*. 2017;174:927–942.
 - 22.Kishimoto T, Hagi K, Nitta M, Kane JM, Correll CU. Long-term effectiveness of oral second-generation antipsychotics in patients with schizophrenia and related disorders: a systematic review and meta-analysis of direct head-to-head comparisons. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. 2019;18:208–224.
 - 23.Клинический протокол лечения шизофрении. Одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «18» июня 2020 года, Протокол №99
 - 24.М.С. Mauri¹, S. Paletta¹, M. Maffini¹, A. Colasanti², F. Dragogna¹, C. Di Pace¹, A.C. Altamura¹, CLINICAL PHARMACOLOGY OF ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS: AN UPDATE, *EXCLI Journal* 2014;13:1163-1191)
 - 25.Kane JM, Agid O, Baldwin ML, Howes O, Lindenmayer J-P, Marder S, et al. Clinical guidance on the identification and management of treatment-resistant schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2019. <https://doi.org/10.4088/JCP.18com12123>
 - 26.Correll CU, Brevig T, Brain C. Exploration of treatment-resistant schizophrenia subtypes based on a survey of 204 US psychiatrists. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;15:3461–73
 - 27.Wagner E, Sifas S, Fernando P, Falkai P, Honer WG, Röh A, et al. Efficacy and safety of clozapine in psychotic disorders: a systematic quantitative meta-review. *Transl Psychiatry*. 2021;11:487

28. Mizuno Y, McCutcheon RA, Bruggner SP, Howes OD. Heterogeneity and efficacy of antipsychotic treatment for schizophrenia with or without treatment resistance: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacol.* 2020;45:622–31
29. Gilday E, Nasrallah HA. Clinical pharmacology of paliperidone palmitate a parenteral long-acting formulation for the treatment of schizophrenia. *Rev Rec Clin Trials.* 2012;7:2-9
30. McCormack PL, Wiseman LR. Olanzapine: a review of its use in the management of bipolar disorder. *Drugs.* 2004
31. Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M, Green AI, Gur RE, Kahn R, et al. Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus haloperidol. *Am J Psychiatry.* 2003; 160:1396-404
32. Lambert M, Haro JM, Novick D, Edgell ET, Kennedy L, Ratcliffe M, et al. Olanzapine vs. other antipsychotics in actual out-patient settings: six months tolerability results from the European Schizophrenia Out-patient Health Outcomes study. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;111:232-43
33. British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2011; 25(5):567–620
34. Sadock BJ and Sadock VA. “Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry”. Lippincott Williams and Wilkins (2007): 788-780
35. Gray R., et al. “From compliance to concordance: A review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9.3 (2002): 277-284
36. Lacombe PA., et al. “Causes and problems of non response or poor response to drugs”. *Drugs* 51.4 (1996): 552-570
37. Лутова Н.Б. Комплаенс в психиатрии и подходы к его улучшению // *Российский психиатрический журнал* № 2, 2012].
38. Chien W.T., Mui J., Gray R., Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial // *BMC Psychiatry.* – 2016. – Vol. 16, No. 3. – P. 42. – DOI: 10.1186/s12888-016-0744-6
39. Петрова Н.Н., Цыренова К.А. Оценка приверженности антипсихотической терапии у пациентов с первым эпизодом шизофрении // *Современная терапия психических расстройств.* – 2019. – № 3. – С. 2–12.
40. Takeuchi H., Siu C., Remington, G. et al. Does relapse contribute to treatment resistance? Antipsychotic response in first - vs. second-episode schizophrenia // *Neuropsychopharmacology.* – 2019. – Vol. 44, No. 6. – P. 1036–1042. – DOI: 10.1038/s41386-018-0278-3
41. Takeuchi H., Thiyanavadeivel S., Agid O., Remington G. Rapid vs. slow antipsychotic initiation in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis // *Schizophrenia Research.* – 2018. – No. 193. – P. 29–36.

42. Abdel-Baki A., Ouellet-Plamondon C., Malla A. Pharmacotherapy challenges in patients with first-episode psychosis // *J Affect Disord.* – 2012. – No. 138, Suppl. – P. 3–14. – DOI: 10.1016/j.jad.2012.02.029
43. Masand P.S., Roca M., Turner M.S., Kane J.M. Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: a review // *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* – 2009. – Vol. 11, No. 4. – P. 147–154. – DOI: 10.4088/PCC.08r00612
44. Weiden P.J., Schooler N.R., Weedon J.C., Elmouchtari A., Sunakawa-McMillan A. Maintenance treatment with long-acting injectable risperidone in first-episode schizophrenia: a randomized effectiveness study // *J Clin Psychiatry.* – 2012. – Vol. 73, No. 9. – P. 1224–1233. – DOI: 10.4088/JCP.11m06905
45. Perkins D., Hamer R.M., Johnson J.L., Zipursky R.B. Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode // *Schizophrenia Research.* – Vol. 83, No. 1. – P. 53–63. – DOI: 10.1016/j.schres.2005.10.016
46. Ochoa S., López-Carrilero R. Early psychological interventions for psychosis // *World J Psychiatry.* – 2015. – Vol. 5, No. 4. – P. 362–365. – DOI: 10.5498/wjp.v5.i4.362
47. Shree Ram Ghimire. “Poor Medication Compliance in Schizophrenia from an Illness and Treatment Perspective”. *EC Psychology and Psychiatry* 3.4 (2017): 131-141
48. San L, Bernardo M, Gómez A, Martínez P, González B, Peña M. Socio-demographic, clinical and treatment characteristics of relapsing schizophrenic patients. *Nord J Psychiatry.* 2013;67(1):22–29
49. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2004;161(4):692–699
50. Kotzè AM, van Delft WF, Roos JL. Continuity of care of outpatients with schizophrenia in Pretoria. *S Afr J Psychiatr.* 2010;16(3):80–83
51. Approaches to improve adherence to pharmacotherapy in patients with schizophrenia Kimberly M. Shuler Counseling and Consulting, Fayetteville, AR, USA
52. Farabee D, Shen H, Sanchez S. Program-level predictors of antipsychotic medication adherence among parolees. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2004;48(5):561–571
53. Weiden P.J. Causes of neuroleptic non-compliance / P.J. Weiden, E. Shaw, J.J. Mann // *Psychiatric Annals.* – Vol. 16. – P. 571-575.
54. Мосолов С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии / С.Н. Мосолов // *Рус. мед. журн.* – 2002. – Т. 10, № 12/13. – С. 45-49.].
55. Литтрел К. Соблюдение режима лечения в психиатрии: что должен знать каждый врач, лечащий больных шизофренией (реферат) / Литтрел К., Джонс-Ван Д.Е., Мак-Фрайн Д. (Littrell K., Jones-Vaughn J.E., MacFarlane J.) // *Психиатрия и психофармакология.* – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 238-24

56. Незнанов Н.Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психиатрия и психофармакология. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159-162.].
57. Р.К. Сандыбаева, Современный подход к лечению психических заболеваний/ Фармация Казахстана/ октябрь 2015г. 37- 38 стр
58. Mapruta NO. State of population psychic health and perspectives of psychiatric aid in Ukraine// Health of Ukraine.-2012. -№3 (22).-P.6-8.].
59. Kozhyuna A.M., et al. Psychoeducation in complex therapy of schizophrenia patients: VI Nat Congr “A human and drugs-Ukraine”. Abstarcts.-Kiev, 2013.-P.29
60. Социологическое исследование [Электронный ресурс]: учеб. пособие. – 2-е изд., стер.– М. : ФЛИНТА, 2014. - 250с. ISBN 978-5-9765-1899-5)
61. Қазақстан ұлттық дәрілік формуляры, knf.kz
62. Приказе Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-75 <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100023885>
63. Adams F. Melbourne, The genuine works of Hippocrates. FL: //- 1972
64. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO; - 2003
65. Fluckiger C., Del Re A.C., Wampold B.E. et al. The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis // Psychotherapy (Chic). – 2018. – Vol. 55 (4). – Pp. 316–340. – DOI: 10.1037/pst0000172
66. Goldsmith L.P., Lewis S.W., Dunn G., Bentall R.P. Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis // Psychol Med. – 2015. – Vol. 45 (11). – Pp. 2365–2373. –DOI: 10.1017/S003329171500032X
67. Hasson Ohayon I., Kravetz S., Lysaker P.H. The Special Challenges of Psychotherapy with Persons with Psychosis: Intersubjective Metacognitive Model of Agreement and Shared Meaning // Clin Psychol Psychother. – 2017. – Vol. 24 (2). – Pp. 428–440. – DOI: 10.1002/cpp.2012
68. (Browne J., Nagendra A., Kurtz M., Berry K., Penn D.L. The relationship between the therapeutic alliance and client variables in individual treatment for schizophrenia spectrum disorders and early psychosis: Narrative review // Clin Psychol Rev. – 2019. – Vol. 71. –Pp. 51–62. – DOI: 10.1016/j.cpr.2019.05.002..
69. Shattock L., Berry K., Degnan A., Edge D. Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review // Clin Psychol Psychother. – 2018. – Vol. 25. – Art. no. e60–e85. – DOI: 10.1002/cpp.2135)
70. Усов Г.М., Коломыщев Д.Ю. Терапевтический альянс врача и пациента и его роль в лечении шизофрении / / Современная терапия психических расстройств. - 2021. - № 4. - С. 14-21. - DOL 10.21265/PSYPH.2021.7434002
71. Stahl S.M. Stahl’s essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications (4th ed.). – Cambridge: Cambridge University Press, 2013
72. Swartz M.S., Perkins D.O., Stroup T.S. et al. Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: findings from

the NIMH CATIE study // Am J Psychiatry. – 2007. – Vol. 164 (3). – Pp. 428–436. – DOI: 10.1176/ajp.2007.164.3.428.

73. Javed A., Charles A. The Importance of Social Cognition in Improving Functional Outcomes in Schizophrenia // Front Psychiatry. – 2018. – Vol. 9. – P. 157. – DOI: 10.3389/fpsy.2018.00157

74. Электронный ресурс: Официальный сайт: <https://www.mental-school.kz/>.

75. Электронный ресурс: Официальный сайт: <https://www.canva.com/>

76. Электронный ресурс: <https://timeweb.com/ru/community/articles/kak-polzovatsya-canva>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Информационная брошюра

Какие ресурсы поддержки доступны?

Группы поддержки:
возможность общаться с другими людьми, столкнувшимися с похожими проблемами, и получать эмоциональную поддержку.

Онлайн - ресурсы
веб-сайты, форумы и социальные сети, где можно найти информацию, задать вопросы и обсудить свои заботы.

Консультации
возможность получить консультацию у психиатров, психологов и других специалистов для поддержки и совета

Что такое шизофрения?
Шизофрения - это хроническое психическое расстройство, которое характеризуется нарушением мышления, восприятия реальности и эмоциональных реакций.

Как лечится шизофрения?
Лечение шизофрении обычно включает комбинацию медикаментозной терапии и психосоциальной поддержки. Психотерапия и реабилитация могут помочь пациентам освоить навыки самоуправления, улучшить адаптацию к повседневной жизни и уменьшить риск обострений.

ЛЕКАРСТВО ЭТО ВАЖНО!

Информационная брошюра
Ваше здоровье, только в Ваших руках!

Автор: Рахманқұлова Мейрiм Талғатқызы, на основе магистерской диссертационной работы

Как поддержать человека с шизофренией?

- Будьте терпеливыми и понимающими.
- Обеспечьте поддержку и эмоциональную поддержку.
- Помогите создать структурированный и поддерживающий режим дня.
- Содействуйте доступу к медикаментам и процедурам лечения.
- Обратитесь за помощью и консультациями, если вам нужна дополнительная поддержка.

5 советов для поддержания лечения



- 1. Установите регулярное время:** Принимайте лекарства в одно и то же время, чтобы это стало привычкой.
- 2. Используйте напоминание:** Воспользуйтесь будильником или приложением для напоминания.
- 3. Используйте поддержку окружающих:** Близкие люди помогут Вам даже если у Вас низкое настроение или сложные обстоятельства.
- 4. Заведите дневник:** Отмечайте в нем прием лекарств и свое настроение. Это поможет лучше понять влияние лекарств и мотивирует Вас придерживаться лечения.
- 5. Помните о своем здоровье:** Напоминайте себе, что ваше здоровье важнее чьих-либо мнений или оценок. Придерживайтесь лечения, чтобы обеспечить себе лучшее здоровье и качество жизни.

Где получить дополнительную информацию?

Для получения дополнительной информации о шизофрении и доступных ресурсах поддержки обращайтесь к вашему врачу или посетите следующие веб-сайты:

-  mentalcenter.kz
- mental-school.kz

Также можете обратиться в Единую информационную службу психического здоровья в случае возникновения любых вопросов в области психического здоровья, есть возможность получить ответ, информацию, посредством:

-  Телеграм Бота - @Mental_SupportBot
-  Звонка в Call центр по номеру 3580 (звонок бесплатный)

Автор: Рахманкулова Мейрім Талгатқызы, на основе магистерской диссертационной работы

Приложение Б

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

Рахманкулова М.Т., Ахелова Ш.Л., Сыдыков С.С.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ
КОМПЛАЕНТНОСТИ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ
АНТИПСИХОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПАЦИЕНТОВ,
СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

(НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ)

Методические рекомендации

Алматы, 2024

Приложение В

Справки и акты о внедрении результатов диссертационной работы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігінің
«Республикалық психиатриялық
ғылыми-практикалық орталығы»
шаруашылық жүргізу
құқығындағы республикалық
емелікеттік кәсіпорны



Республикалық мемлекеттік
предприятиелік на правах хозяйственного
ведения «Республиканский
научно-практический центр
психического здоровья»
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан

090022, Алматы қаласы, Алашкөл даңылы, 88
телефоны: +7 (727) 272-48-32
e-mail: info@nppkz.kz

№04-04/351
18.04.2024

090022, Алматы қаласы, Алашкөл даңылы, 88
телефоны: +7 (727) 272-48-32
e-mail: info@nppkz.kz

Акт внедрения

Результатов диссертационной работы магистранта по специальности
7М10104 – «Фармация» ЦАО Медицинского университета Лёвана

Рахманқұловой Меірім Талғатқызы

Справка выдана Рахманқұловой М.Т. для предоставления в
Диссертационный совет по специальности 7М10104 – Фармация,
свидетельствующая о том, что в рамках диссертационного исследования была
разработана и будут внедрены методические материалы в деятельность РПН на
ЦХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ
РК. В комплексе методического материала входят: информационная брошюра
«Лекарство – это важно!», а также методическая рекомендация «Методические
подходы по определению комплементарности при лекарственном обеспечении
антипсихотическими средствами пациентов, страдающих психозами (на
амбулаторном уровне)».

И.о. генерального директора

Д. Байменов

05542



050022, Алматы қ-сы, Аманжолды к-сі, 88
тел.: 8 /727/ 338 70 90, 1 к. 7391
angrejo@mail.ru

050022, г. Алматы, ул. Аманжолды, 88,
тел.: 8 /727/ 338 70 90, кв. 7391
angrejo@mail.ru

№ 109
от 18.04.2014г.

Акт внедрения

Результатов диссертационной работы магистранта по специальности
7М10104 – «Фармация» НАО Медицинского университета Астана

Рахманкуловой Мейрім Талгатқызы

Справка выдана Рахманкуловой М.Т. для предоставления в Диссертационный совет по специальности 7М10104 – Фармация, свидетельствующая о том, что в рамках диссертационного исследования была разработана и будет внедрена методических материалов в деятельность Республиканского Общественного Объединения Ассоциации специалистов, работающих в сфере психического здоровья». В комплексе методического материала входят: информационная брошюра «Лекарство – это важно!», а так же методическая рекомендация «Методические подходы по определению комплаентности при лекарственном обеспечении антипсихотическими средствами пациентов, страдающих шизофренией (на амбулаторном уровне)».

Президент РОО
«Ассоциации специалистов, работающих
в сфере психического здоровья»



Алтынбеков С.А.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
Денсаулық сақтау министрінің медициналық және фармацевтикалық бақылау комитетінің «ДӘРИЛІК ЗАТТАР МЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ АУЫМДАРДЫ САРАЙЛАУ ҰЛТТЫҚ ОРТАЛЫҒЫ» ШАРУШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ БУЫМЫНДАҒЫ
РЕСПУБЛИКАЛЫҚ МЕМЛЕКЕТТІК КӨСПӨРМЫНІҢ АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ АУМАҚТЫҚ ФИЛИАЛЫ



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФИЛИАЛ
РЕСПУБЛИКАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ» КОМИТЕТА МЕДИЦИНСКОГО И
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В
ГОРОДЕ АЛМАТЫ

010004, Алматы қаласы, Айтеміл көшесі, 67
Тел.: 8 (727) 275-45 39, 8 (727) 275-44 66.
E-mail: Almaty-prion@dar.kz

050004, город Алматы, пр. Айтеміл көме, 67
Тел.: 8 (727) 275 45 39, 8 (727) 275 44 66.
E-mail: Almaty-prion@dar.kz

02.04.2024 ж.
39.2-08-357/21.

Рахманкуловой М.Т.,

Копия: Ахеловой Ш.Л.,
Есимову Н.Б.,
Есимовой А.Д.,
Измаиловой Н.Т.,
Қарсехову Е.Е.,
Асылбаевой Д.А.

ТФ РПІ на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» КМ и ФК МЗ РК в г.Алматы сообщает, что статья «Анализ системного назначения антипсихотиков для пациентов с шизофренией» принята в печать в журнал «Фармация Казахстана» №2 от 2024 года (Приказом Председателя Комитета по обеспечению качества образования и науки МОН РК (далее – КОКСОН) от 21 февраля 2022 года № 63 журнал «Фармация Казахстана» включен в Перечень изданий, рекомендуемых КОКСОН МОН РК для публикации основных результатов научной деятельности с ноября 2021 года).

Директор

Б.Абдиманова

Исполнитель:
Алмысбаты А.Т.
8 (727) 331-08-10

Приложение Г

Заключение об этической и нравственно-правовой оценке



«АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КеАҚ
Локальды Биотикалық комитет

Решение ЛКБ НАО МУА №2

Заседание № 16

Дата (Д/М/Г) 21.12.2023 г.

Название протокола: Определение комплаентности при лекарственном обеспечении антипсихотическими средствами пациентов, страдающих психозами (на уровне амбулаторного лечения)					
Основной исследователь:		Рахманкулова Мейрім Талғатқызы, магистрант 2 года обучения по специальности «Фармация» НАО «Медицинский Университет Астана» Руководитель: Ахелона Шолпан Лесбековна, доктор PhD, доцент кафедры фармацевтических дисциплин НАО «Медицинский Университет Астана»			
Институт:		НАО «Медицинский университет Астана»			
Рассмотренные элементы		Приложены		Не приложены	
Повторное рассмотрение да/нет		Дата предыдущего рассмотрения: 29.11.2023			
Решение:		Разрешено (Р)		Разрешено с рекомендациями (Рек) ✓	
		Повторная заявка (ПЗ)		Не разрешено (НР)	
№.	Голосование членов ЛЭК	решение			
		Р	Рек	ПЗ	НР
1	Рахметова Венера Саметовна		✓		
2	Камалбекова Гульмира Маратовна		✓		
3	Жусупова Гульмира Кенжеевна		✓		
4	Дербисалина Гульмира Ахмадиевна		✓		
5	Фурсов Роман Александрович		✓		
6	Мукатова Ирина Юрьевна		✓		
7	Базарова Анна Викентьевна		✓		
8	Сливкина Наталья Владимировна		✓		
9	Жусупова Гульмира Даргеревна		✓		
10	Базарова Гульмира Сейловна		✓		
11	Курмалаев Азамит Сайлович		✓		
12	Долгов Алексей Алексеевич		✓		
13	Кожометов Сакен Кайруллинович				
14	Шукирбекова Алма Боранбековна		✓		
15	Мудлахметов Мейрам Сейтжанович		✓		

Примечание: Р - Разрешено; Рек - Разрешено с рекомендациями; ПЗ - Повторная заявка; НР - Не разрешено

Обсуждение:

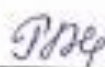
1. В анкете для пациентов и родственников рассмотрите возможность добавления вопроса про осмысление пациентом для чего принимает препарат (в качестве рекомендации исследователю);
2. Информированное согласие участника исследования – в пояснительном письме пишете «анонимность заполнения формы сохраняется, так как в данной форме не указывается персональная информация респондента. В случае форс-мажорных ситуаций при анкетировании под контролем лечащего врача, респондент может обратиться исследователю». Это

неправильно. Во-первых, у вас в форме согласия стоит подпись участника исследования. Во-вторых, в форме согласия должны быть данные участника, а вот само анкетирование должно быть анонимным.

Принятое решение:

Одобрить проведение исследования с рекомендациями внести в рабочий порядок изменения и дополнения в материалы исследования.

Подпись:



Председатель ЛКБ НАО МУА
д.м.н., проф. Рахметова В.С.

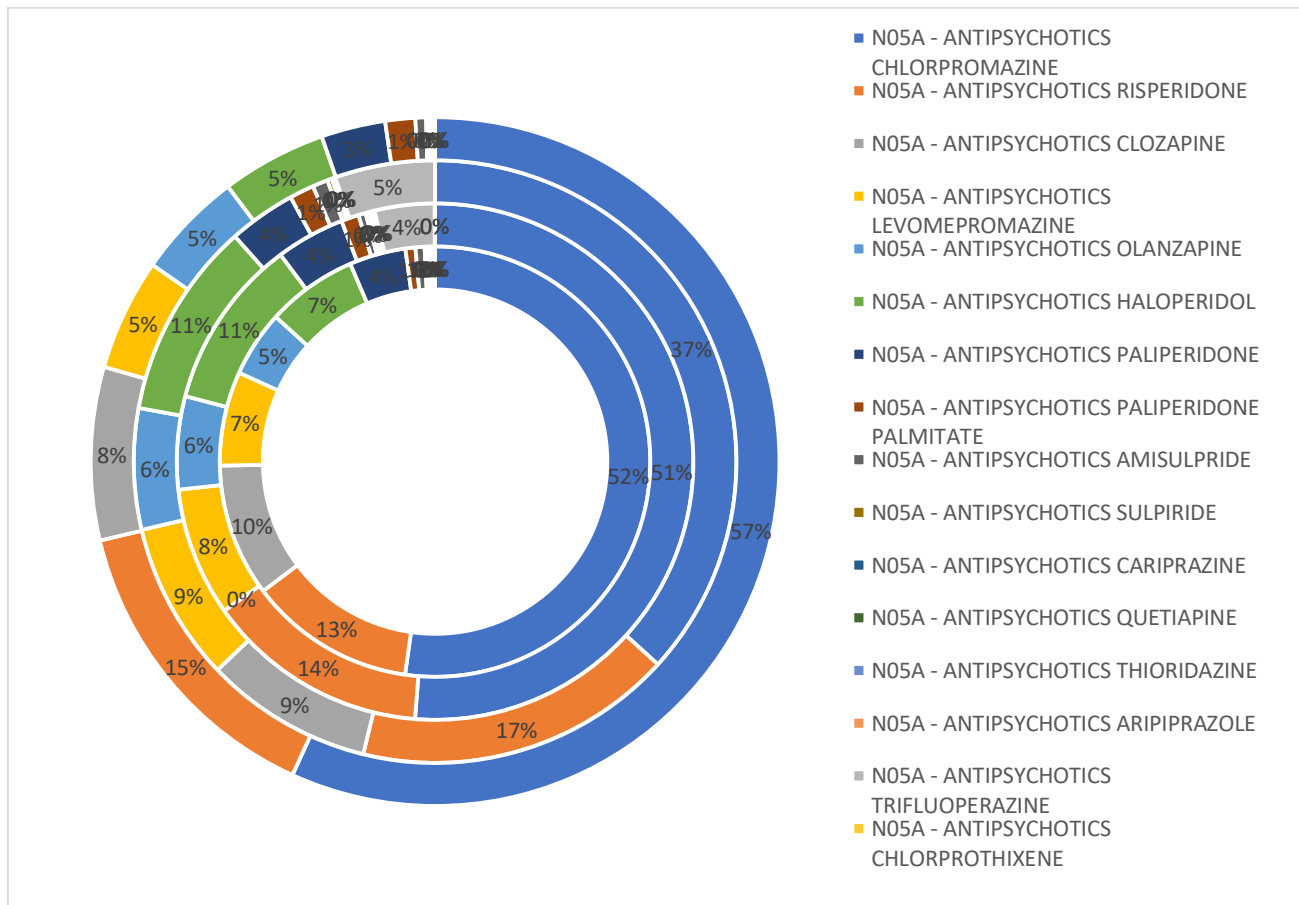


Секретарь ЛКБ НАО МУА
Дзюезханова Г.Н.

Приложение Д

Результаты продаж компании в период с 2020 до полугода 2023 года по всему Казахстану

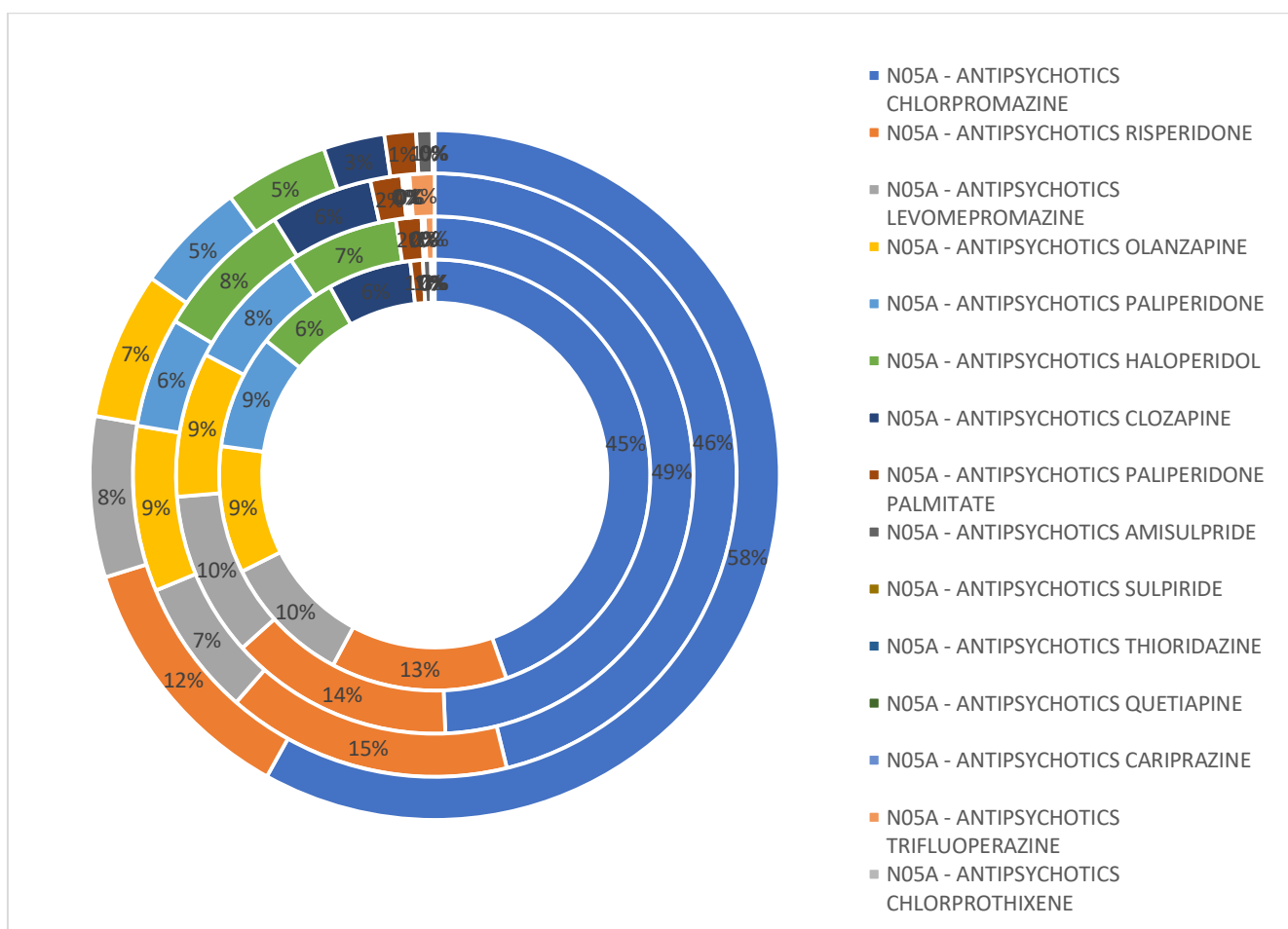
ATC3	Molecule	Time period			/2023 /QRT2
		2020	2021	2022	
N05A - ANTIPSYCHOTICS	CHLORPROMAZINE	598 553	542 769	408 193	442 786
N05A - ANTIPSYCHOTICS	RISPERIDONE	143 251	147 979	189 725	113 212
N05A - ANTIPSYCHOTICS	CLOZAPINE	114 288	4	100 027	63 320
N05A - ANTIPSYCHOTICS	LEVOMEPRMAZINE	81 096	85 335	94 619	40 878
N05A - ANTIPSYCHOTICS	OLANZAPINE	56 855	61 642	72 079	39 324
N05A - ANTIPSYCHOTICS	HALOPERIDOL	78 106	113 414	117 604	38 479
N05A - ANTIPSYCHOTICS	PALIPERIDONE	48 533	45 653	40 009	23 520
N05A - ANTIPSYCHOTICS	PALMITATE	8 609	11 755	14 556	10 969
N05A - ANTIPSYCHOTICS	AMISULPRIDE	7 841	4 743	9 145	3 883
N05A - ANTIPSYCHOTICS	SULPIRIDE	2 087	2 632	2 766	1 277
N05A - ANTIPSYCHOTICS	CARIPRAZINE	163	598	1 076	991
N05A - ANTIPSYCHOTICS	QUETIAPINE	1 196	1 217	466	773
N05A - ANTIPSYCHOTICS	THIORIDAZINE	530	1 624	659	188
N05A - ANTIPSYCHOTICS	ARIPIRAZOLE	1 125			
N05A - ANTIPSYCHOTICS	TRIFLUOPERAZINE	2 746	39 726	59 685	
N05A - ANTIPSYCHOTICS	CHLORPROTHIXENE	996	206		
N05A - ANTIPSYCHOTICS	PROCHLORPERAZINE	10	9		
Общий итог		1 145 985	1 059 306	1 110 609	779 600



Приложение Е

Результаты продаж компании в период с 2020 до полугода 2023 года по Астане

Sum of Units ATC3	Molecule	Time period			
		2020	2021	2022	2023 /QRT2
N05A - ANTIPSYCHOTICS	CHLORPROMAZINE	24 387	22 542	23 626	19 651
N05A - ANTIPSYCHOTICS	RISPERIDONE	7 223	6 396	7 813	4 103
N05A - ANTIPSYCHOTICS	LEVOMEPRMAZINE	5 359	4 711	3 751	2 551
N05A - ANTIPSYCHOTICS	OLANZAPINE	5 214	4 133	4 540	2 338
N05A - ANTIPSYCHOTICS	PALIPERIDONE	4 685	3 620	3 020	1 778
N05A - ANTIPSYCHOTICS	HALOPERIDOL	3 390	3 182	3 868	1 651
N05A - ANTIPSYCHOTICS	CLOZAPINE	3 424		2 812	968
N05A - ANTIPSYCHOTICS	PALIPERIDONE				
N05A - ANTIPSYCHOTICS	PALMITATE	512	725	860	501
N05A - ANTIPSYCHOTICS	AMISULPRIDE	330		100	255
N05A - ANTIPSYCHOTICS	SULPIRIDE	24	25	13	16
N05A - ANTIPSYCHOTICS	THIORIDAZINE	53	40	35	16
N05A - ANTIPSYCHOTICS	QUETIAPINE	35	25		5
N05A - ANTIPSYCHOTICS	CARIPRAZINE			60	
N05A - ANTIPSYCHOTICS	TRIFLUOPERAZINE	5	272	686	
N05A - ANTIPSYCHOTICS	CHLORPROTHIXENE	33	11		
Общий итог		54 674	45 682	51 184	33 833



Анкета для медицинских сотрудников

Уважаемые респонденты!

Кафедра фармацевтических дисциплин НАО «Медицинский университет Астана» проводит опрос медицинских сотрудников в рамках научно-исследовательской работы по теме «Определение комплаентности при лекарственном обеспечении антипсихотическими средствами пациентов, страдающих шизофренией (на уровне амбулаторного лечения). Просим Вас принять участие в опросе и ответить на вопросы анкеты. Внимательно прочтите каждый вопрос и возможные варианты ответов к нему.

Участие в исследовании является добровольным и анонимным. Анонимность и конфиденциальность гарантируем.

Инструкция. Для ответа на вопрос необходимо сделать пометку В некоторых вопросах просим указать свой ответ.

Для получения дополнительной информации Вы можете связаться с исследователем – Рахманқұловой Мейрім,

тел: 87756228169

Email: rmeyrim99@mail.ru

Благодарим Вас за сотрудничество!

1. Выберите Вашу специальность

- A. Врач психиатр
- B. Врач нарколог
- C. Медицинская сестра
- D. Резидент
- E. Другое (указать)

2. На каком уровне оказания медицинской помощи Вы работаете?

- A. Стационар
- B. Амбулатория
- C. Другое (указать)

3. Используете ли Вы в своей практике диагностические шкалы

- A. Да (укажите какие)
- B. Нет

4. Какие лекарственные препараты Вы чаще используете в своей практике? (можно выбрать несколько вариантов)

- A. Аминазин (хлопромазин)
- B. Азалептол (клозапин)
- C. Галоперидол деканоат (Галоперидол инъекционный)
- D. Галоприл (Галоперидол таблетированный)
- E. Ксеплион (Палиперидон пальмитат, раз в месяц)
- F. Олфрекс (оланзапин)

- G. Инвега или Палиперидон-АИГФ (палиперидон таблетированный)
- H. Реагила (карипразин)
- I. Ривокс или Солиан (Амисульприд)
- J. Рисперидон пероральный раствор\таблетированный
- K. Рисполепт Конста (Рисперидон инъекционный)
- L. Тицерцин (левомепромазин)
- M. Тревикта (Палиперидон пальмитат, раз в три месяца)
- N. Другое (указать)

5. Какие характеристики влияют на выбор лекарственного препарата? (можно выбрать несколько вариантов)

- A. Удобный способ применения (депо инъекция)
- B. Хороший профиль безопасности препарата
- C. Большой личный опыт назначения препарата
- D. Снижение случаев регоспитализации/Продолжительная ремиссия
- E. Рекомендации клиническими руководствами/ Рекомендован ведущими специалистами
- F. Предпочтения пациентов
- G. Улучшение когнитивных функций
- H. Обширная доказательная база (клинические исследования)
- I. Возможность ресоциализации пациентов
- J. Хорошая седация пациентов
- K. Рекомендации старших (опытных) коллег
- L. Широкий спектр дозировок препарата
- M. Быстрое наступление эффекта
- N. Другое (указать)

Анкета для медицинских сотрудников

Уважаемые респонденты!

Кафедра фармацевтических дисциплин НАО «Медицинский университет Астана» проводит опрос медицинских сотрудников в рамках научно-исследовательской работы по теме «Определение комплаентности при лекарственном обеспечении антипсихотическими средствами пациентов, страдающих шизофренией (на уровне амбулаторного лечения). Просим Вас принять участие в опросе и ответить на вопросы анкеты. Внимательно прочтите каждый вопрос и возможные варианты ответов к нему. **Участие в исследованиях является добровольным и анонимным. Анонимность и конфиденциальность гарантируем.**

Инструкция. Для ответа на вопрос необходимо сделать пометку В некоторых вопросах просим указать свой ответ.

Для получения дополнительной информации Вы можете связаться с исследователем – Рахманқұловой Мейрім,

тел: 87756228169

Email: rmeyrim99@mail.ru

Благодарим Вас за сотрудничество!

Анкета для медицинских сотрудников

1. Укажите количество пациентов находящихся под вашим наблюдением

2. Все ли пациенты придерживаются лечения?

- Да
- Нет

3. Укажите процентное количество некомплаентных (непридерживающихся к лечению) пациентов

4. Укажите возможные причины пропуска принятия лекарств (можно выбрать несколько вариантов ответа)

- Часто забывают, проблемы с памятью
- Боязнь побочных действий (головная боль, тошнота, бессоница и т.д.)
- Видят неэффективность лекарств
- Не устраивает лекарственная форма
- Не нравится вкус, запах, цвет лекарств
- Недостаточно проинформирован(а) о приеме лекарств
- Чувствуют улучшения, намеренно пропускают дальнейшее лечение
- Отсутствие мотивации в лечении
- Думают лекарства не нужны в лечении
- Находятся удаленно, есть проблемы с логистикой до медицинского учреждения
- Ждут напоминание от опекуна/родственника
- Забывают прием препарата
- На прием лекарств часто влияет обстоятельства в окружении (стеснение, смущение)
- Принимают лекарства в зависимости от обстоятельства и настроения
- Недоверие к врачу в назначенных лекарствах
- Беспокойствие, что станут привязанным(ой) к лекарствам
- Другая причина

Анкета предназначена для пациентов и их родственников, опекунов, находящихся на амбулаторном лечении с диагнозом шизофрении.

Уважаемые респонденты!

Кафедра фармацевтических дисциплин НАО «Медицинский университет Астана» проводит опрос пациентов, родственников и опекунов в рамках научно-исследовательской работы по теме «Определение комплаентности при лекарственном обеспечении антипсихотическими средствами пациентов, страдающих шизофренией (на уровне амбулаторного лечения). Мы приглашаем Вас принять участие в данном исследовании. **Для нас очень важно Ваше мнение, поэтому просим внимательно и обдуманно ответить на вопросы данной анкеты. Участие в исследовании является добровольным и анонимным. Анонимность и конфиденциальность гарантируем.**

Инструкция. Для ответа на вопрос необходимо сделать пометку, в открытых вопросах ответить более подробно.

Для получения дополнительной информации Вы можете связаться с исследователем – Рахманқұловой Мейрім, **тел: 87756228169**

Email: rmeyrim99@mail.ru

Благодарим Вас за сотрудничество!

Анкета для пациентов

1. Вы когда-нибудь забывали принять лекарства?
 - Да
 - Нет
2. Если выбрали «Да», укажите причины пропуска принятия лекарств (можно выбрать несколько вариантов ответа)
 - Часто забываю, проблемы с памятью
 - Боязнь побочных действий (головная боль, тошнота, бессоница и т.д.)
 - Вижу неэффективность лекарств
 - Не устраивает лекарственная форма
 - Не нравится вкус, запах, цвет лекарств
 - Недостаточно проинформирован(а) о приеме лекарств
 - Чувствую улучшения, намеренно пропускаю дальнейшее лечение
 - Отсутствие мотивации в лечении
 - Думаю лекарства не нужны в лечении
 - Нахожусь удаленно, есть проблемы с логистикой до медицинского учреждения
 - Жду напоминание от опекуна/родственника
 - Забываю прием препарата
 - На прием лекарств часто влияют обстоятельства в окружении (стеснение, смущение)
 - Принимаю лекарства в зависимости от обстоятельства и настроения
 - Недоверие к врачу в назначенных лекарствах
 - Беспокойствие, что стану(т) привязанным(ой) к лекарствам
 - Другая причина
3. Относитесь ли Вы внимательно к часам приема лекарств?
 - Да
 - Нет
4. Пропускали ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
 - Да
 - Нет
5. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, пропускаете ли Вы следующий прием?
 - Да
 - Нет

Анкета для родственников и опекунов

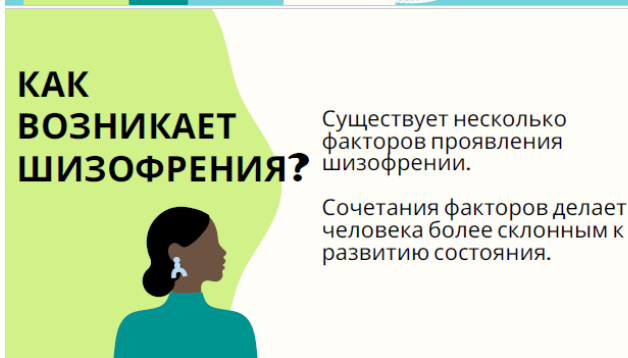
1. Забывал ли Ваш опекаемый (родственник) принять лекарства?
 - Да
 - Нет
2. Если выбрали «Да», укажите причины пропуска принятия лекарств (можно выбрать несколько вариантов ответа)
 - Часто забывают, проблемы с памятью
 - Боязнь побочных действий (головная боль, тошнота, бессоница и т.д.)
 - Видят неэффективность лекарств
 - Не устраивает лекарственная форма
 - Не нравится вкус, запах, цвет лекарств
 - Недостаточно проинформированы о приеме лекарств
 - Чувствуют улучшения, намеренно пропускаю(т) дальнейшее лечение
 - Отсутствие мотивации в лечении
 - Думают лекарства не нужны в лечении
 - Находятся удаленно, есть проблемы с логистикой до медицинского учреждения
 - Ждут напоминание от опекуна/родственника
 - Забываю) прием препарата
 - На прием лекарств часто влияет обстоятельства в окружении (стеснение, смущение)
 - Принимают лекарства в зависимости от обстоятельства и настроения
 - Недоверие к врачу в назначенных лекарствах
 - Беспокойствие, что станут привязанным(ой) к лекарствам
 - Другая причина
3. Относится ли Ваш опекаемый (родственник) внимательно к часам приема лекарств?)
 - Да
 - Нет
4. Пропускал ли Ваш опекаемый (родственник) прием препаратов, если он чувствовал себя хорошо?
 - Да
 - Нет
5. Если Ваш опекун (родственник) чувствует себя плохо после приема лекарств, пропускает ли он следующий прием препаратов?
 - Да
 - Нет

Кадры из первого видеоролика



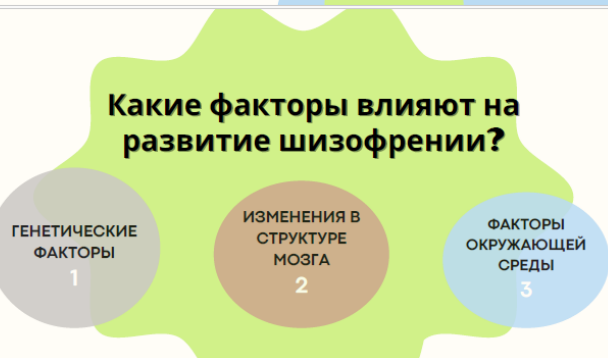
Шизофрения –

— это серьезное расстройство головного мозга, которое изменяет то, как человек думает, действует, выражает эмоции, воспринимает реальность и относится к другим. Симптомы шизофрении возникают, когда нормальная связь между нервными клетками головного мозга не работает должным образом.



Существует несколько факторов проявления шизофрении.

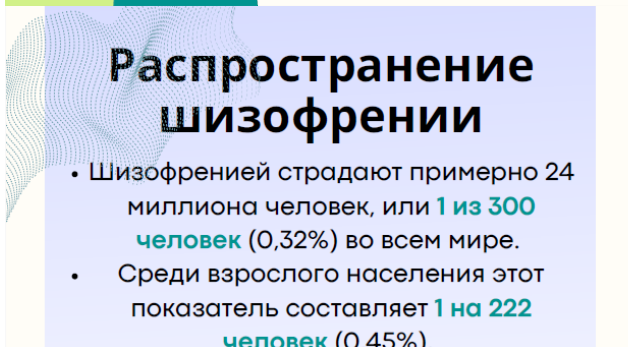
Сочетания факторов делает человека более склонным к развитию состояния.



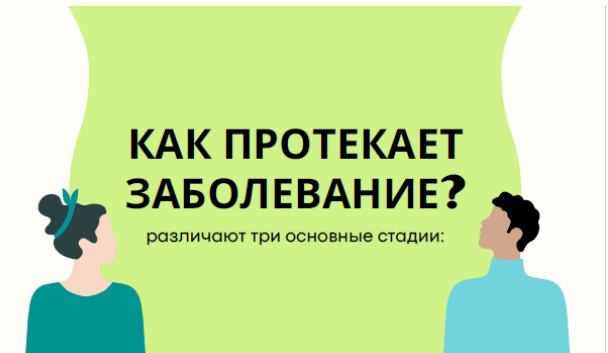
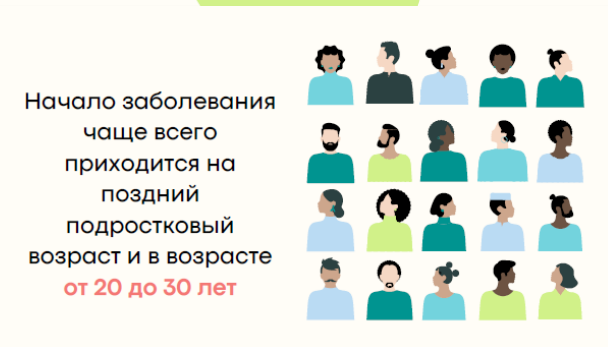
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
1

ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ МОЗГА
2

ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ
3



- Шизофренией страдают примерно 24 миллиона человек, или **1 из 300 человек** (0,32%) во всем мире.
- Среди взрослого населения этот показатель составляет **1 на 222 человек** (0,45%).





Кадры из второго видеоролика

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ?

краткий справочник вопрос-ответов

КАКОВЫ ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ?

Краткосрочные цели

- Снижение тяжести психоза и связанных с этим симптомов (например, бред, галлюцинации, возбуждение, агрессию);
- Не позволять пациенту причинять вред себе или другим;
- Контроль нарушенного поведения;
- Быстрый возврат к лучшему уровню функционирования;
- Выявление и устранение факторов, ведущих к психотическому эпизоду;
- Развитие отношений с пациентом и его семьей;

ЧТО ТАКОЕ АНТИПСИХОТИКИ?

- (НЕЙРОЛЕПТИКИ) ВОССТАНАВЛИВАЮТ НАРУШЕННЫЙ БАЛАНС НЕЙРОМЕДИАТОРОВ В МОЗГЕ. В РЕЗУЛЬТАТЕ К ПАЦИЕНТУ ВОЗВРАЩАЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ ОБРАБАТЫВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ ТАК ЖЕ, КАК ДО БОЛЕЗНИ.

Антипсихотики делят на две группы:

I поколения **II поколения**

ПО ФОРМЕ: КАПСУЛЫ, ИНЪЕКЦИОННЫЕ, ТАБЛЕТКИ

ПО ЧАСТОТЕ ПРИЕМА: 1 РАЗ В ДЕНЬ; 1 РАЗ В МЕСЯЦ; НЕСКОЛЬКО РАЗ В ДЕНЬ; 1 РАЗ В 3 МЕСЯЦА. 1 РАЗ В НЕДЕЛЮ;

ПОЧЕМУ ЛЕЧЕНИЕ ВАЖНО?

Для пациентов, живущих с шизофренией, рецидив может привести к ухудшению состояния и заболевания. Рецидив также может поставить под угрозу то, что наиболее важно для пациентов, включая их работу и их личные отношения.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛЬЯНС

Важным аспектом хорошего лечения является качество взаимоотношений между врачом и пациентом

ПОД ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ АЛЬЯНСОМ ПОНИМАЕТСЯ СИСТЕМА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ПСИХИАТРОМ И ПАЦИЕНТОМ, КОТОРАЯ ТЕСНО СВЯЗАНА С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ПАЦИЕНТА К ЛЕЧЕНИЮ.

Одним из условий достижения целей терапии является качество взаимоотношений между врачом и пациентом

ЗАПОМНИТЕ!

Чем лучше вы осведомлены о заболевании, имеющихся лекарственных средствах его лечения и возможностях их получения, чем больше Вы ощущаете себя партнером врача, тем лучше социальный прогноз заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ НЕ ОГРАНИЧИВАЕТСЯ ТОЛЬКО ЛЕКАРСТВАМИ

НЕ МЕНЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УЧАСТИЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ОПЕКУНОВ И ДРУГИХ ЛИЦ, ИГРАЮЩИХ КЛЮЧЕВУЮ РОЛЬ В ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА.

ПОЛЕЗНО ОБСУДИТЬ ТАКИЕ ТЕМЫ, КАК:

- ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ,
- ВИДЫ ДОСТУПНОЙ ПОДДЕРЖКИ,
- СПОСОБЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ДОСТУПА К ПОМОЩИ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СЕМЬИ:



1. Необходимо следовать всем предписаниям и рекомендациям лечащего врача — психиатра-психотерапевта.
2. Торопливость, желание «ускорить процесса лечения» приводят, чаще всего к обратным результатам. Перестаньте торопить события, временно снизьте ожидания.
3. Помните, что передышка необходима каждому. Давайте возможность отдыха друг другу.

4. Необходимо помнить, что у каждого индивидуума процесс выздоровления сугубо индивидуален и протекает так быстро, как это может быть у этого конкретного человека.

5. Главное, что могут сделать родственники для процесса терапии, это сохранять спокойствие.

6. С людьми с шизофренией желательно изъясняться просто и четко. Если хотите что-то сказать родственнику с расстройством, говорите ясно, спокойно и уверенно.

7. Решайте все возникающие проблемы постепенно, шаг за шагом. Если возникает необходимость внесения изменений, делайте это постепенно, шаг за шагом.

