

# КЛОЗАПИН И ШИЗОФРЕНИЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ АГРАНУЛОЦИТОЗА И ДРУГИХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

Кривонос Н. А.

Могилевская областная клиническая больница

Научный руководитель: Марковцова О. А.

**Актуальность.** В статье изложены результаты оценки безопасности применения клозапина при лечении шизофрении. Клозапин является очень эффективным средством лечения шизофрении и близких к ней психических расстройств, которые были рефрактерны к терапии другими антипсихотическими препаратами. Этот положительный аспект легко вступает в противоречие с побочным эффектом препарата, который считается наиболее опасным: агранулоцитозом. [1]. Многие источники указывают, что клозапин необходимо использовать только в качестве препарата резерва при неэффективности других антипсихотических средств в связи с риском развития агранулоцитоза [1, 2]. Основным риском применения клозапина при лечении шизофрении считается развитие агранулоцитоза. Частота возникновения агранулоцитоза при приеме клозапина составляет около 1-2% [2, 3]. Риск развития агранулоцитоза особенно увеличен между 4-й и 18-й неделями приема. Необходим обязательно мониторинг количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы один раз в неделю первые 18 месяцев, затем – 1 раз в 4 недели. При снижении уровня лейкоцитов менее  $3,0 \times 10^9/\text{л}$  или абсолютного количества нейтрофилов менее  $1,5 \times 10^9/\text{л}$  необходимо отменить прием клозапина.

**Цель.** Изучить риск развития агранулоцитоза у пациентов с шизофренией принимающих клозапин в УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия и наркология»», оценив динамику изменений показателей лейкоцитов, лейкоцитарной формулы и побочных эффектов после приема препарата.

**Методы исследования.** На основании ретроспективного анализа УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия и наркология»», было проанализировано 57 пациентов с шизофренией, проходивших стационарное лечение в период с 2023–2024г. Возрастной диапазон составил 21-68 лет. Среди обследованных пациентов были 27 (47,4%) мужчин и 30 (52,6%) женщин, заведомо здоровых по другим органам и системам. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США), непараметрическими методами.

**Результаты и их обсуждение.** При мониторинговании показателей крови в динамике (лейкоцитов и лейкоцитарной формулы) у 57 пациентов с шизофренией, которые принимали клозапин в УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия и наркология»» в период 2023-2024г., не отмечалось ни одного случая развития агранулоцитоза. Только при лабораторном обследовании был зарегистрирован один случай лейкопении (содержание лейкоцитов в крови –  $2.1 \times 10^9/\text{л}$ ), без проявления клинических признаков. Побочные эффекты, которые наблюдались у пациентов с шизофренией, принимающих клозапин: сонливость 50 пациентов (88%); прибавление массы тела 21 (37%); запоры 20 пациентов (35%); гиперсаливация 18 пациентов (32%); сухость во рту 12 пациентов (21%); дистония 3 пациента (5,2%).

**Выводы.** Проанализировав полученные данные, можно сделать вывод, что в настоящее время риск развития агранулоцитоза при терапии клозапином в отношении пациентов, страдающих шизофренией, относительно невелик и практически стремится к нулю. Но, несмотря на столь минимальный риск развития агранулоцитоза, необходимо тщательно проводить динамическое мониторингование показателей крови (лейкоцитов и лейкоцитарной формулы) один раз в неделю первые 18 месяцев, затем – 1 раз в 4 недели. При лечении клозапином чаще возникают другие побочные эффекты, такие как запоры, увеличение массы тела, сухость во рту, дистония, что может снижать приверженность к терапии и снижать качество жизни пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Каледа В.Г. Терапия эндогенных приступообразных психозов юношеского возраста – основные принципы и подходы // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2006. – Т. 106, № 9. – С. 4–11.
2. Arana G.W., Rosenbaum J.F. Фармакотерапия психических расстройств. – М.: Бином, 2004. – 415 с.
3. Baldessarini R.J., Tarazi F.I. Медикаментозное лечение психозов и маний // Клиническая фармакология по Гудману и Гилману. – М.: Практика, 2006. – С. 382–411.