

УДК 616.895.8–085:615.214

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: ПРИМЕНЕНИЕ СЕРДОЛЕКТА У БОЛЬНОЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Л. Э. Мазурова

*ГУЗ «Омская областная клиническая психиатрическая больница
им. Н.Н.Солодникова»*

Пациентка О., 25 лет. Наследственность психопатологически не отягощена, проживает с родителями, единственный ребенок в семье. Родилась недоношенной в 7 месяцев с массой 2 800 гр. В раннем детстве болела простудными заболеваниями, краснухой, ветряной оспой. Детский сад посещала с 3 лет, адаптировалась хорошо. В школу пошла с 7 лет. Первое время отказывалась идти в школу, плакала, считала, что учителя к ней плохо относятся, «не любят», затем привыкла. Училась всегда хорошо. В подростковом возрасте стала проявлять лидерские качества, была участницей детской организации «Альтаир», активно занималась танцами, любила рисовать. В 2000 году окончила школу с серебряной медалью, поступила в Омский государственный университет (ОмГУ) на психологический факультет, училась на повышенную стипендию. На 5 курсе участвовала в написании гранта по теме «Психологические аспекты оказания помощи детям-инвалидам», была номинирована на премию с последующей учебой в аспирантуре ОмГУ. После окончания ОмГУ в 2005 году устроилась в городской психологический образовательно-оздоровительный центр «Лад», где стала собирать материал для написания кандидатской диссертации. Родители характеризуют пациентку как спокойную, очень ответственную, впечатлительную. Отношения в семье хорошие, доверительные.

В 2006 году на работе познакомилась с молодым человеком, дружили недолго, сильно переживала разрыв отношений. Через 1,5–2 месяца, со слов родителей, они отметили у дочери снижение настроения, стала малоcontactной, нарушился сон, начала высказывать мысли об увольнении с работы якобы в связи с плохим отношением к ней, подолгу оставалась одна в комнате. По настоянию родителей обратилась к частнопрактикующему психотерапевту, проводились психотерапевтические сеансы, был назначен стимулотон 50 мг в сутки, феназепам 0, 5 мг в сутки. Медикаментозную терапию принимала непостоянно, родители не могли проконтролировать прием лекарств. Состояние не улучшилось,

стала подолгу оставаться в постели, укрывшись с головой, отказывалась от еды, просила умертвить ее, высказывала идеи отношения к коллегам по работе. В связи с отказом ходить на работу был оформлен отпуск.

С вышеперечисленными жалобами обратилась в психотерапевтическое отделение Омской областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н.Солодникова. При осмотре контакту малодоступна, периодически встает, ходит по кабинету, озирается по сторонам, прислушивается, по поведению можно судить о наличии обманов восприятия, подозрительно смотрит на врача, напряжена, на вопросы не отвечает, на лице эпизодически «гримасы», критика к своему состоянию отсутствует.

Диагноз: Шизоаффективное расстройство.

Категорически отказалась от госпитализации и лечения в условиях психиатрического стационара. Был назначен амисульприд в дозе 800 мг/сут в первые 3 дня, затем в связи с сохраняющимися переживаниями доза была увеличена до 1200 мг/сут. К 10–14 дню отмечалась отчетливая редукция психопатологических расстройств, но в связи с развитием в этот период экстрапирамидной симптоматики (ЭПС) в виде тремора рук, чувства скованности возникла необходимость снижения амисульприда до 800 мг/сут с добавлением к лечению циклодола 2 мг/сут. Через 2–3 дня исчезли проявления ЭПС, пациентка продолжала принимать циклодол в дозе 2 мг/сут. Бредовая симптоматика была купирована, нормализовался сон, выровнялось настроение. Появилось желание общаться, продолжать работать и учиться в аспирантуре.

Через 3 месяца приема амисульприда обратилась с жалобами на отсутствие менструаций, выделения из молочных желез. Анализ на пролактин: 692 mlu/u (при норме до 598 mlu/u). Отмечала невозможность сколько-нибудь длительный период заниматься работой, быстро утомлялась, не могла запомнить учебный материал, ощущала постоянную сонливость.

В этой связи и ввиду отсутствия активной галлюцинозно-бредовой симптоматики доза амисульприда была снижена до 400 мг/сут, однако после этого вновь актуализировались бредовые идеи отношения, виновности, критика к своему состоянию частичная, отказывалась от лечения из-за побочных действий амисульприда. При психологическом обследовании отмечался сниженный фон настроения, была фиксирована на своих переживаниях, замкнута, социальная сеть предельно сужена с одновременным снижением доверительности общения, повышенной потребностью в эмоциональной поддержке. Снижены критические способности, замедлен темп психической работоспособности. Испытывала трудности концентрации внимания, быстро истощалась, вследствие чего страдала динамическая сторона мыслительной деятельности. Самооценка и уровень притязаний снижены. Остро переживала ощущение своей несостоятельности.

После подробных разъяснений дала согласие на лечение сердолектом, который был назначен в последних числах сентября 2007 года, доза его постепенно была увеличена до 12 мг/сут. Улучшение состояния началось на 2 неделе приема препарата: уменьшилась астения, тревога, исчезли проявления ЭПС, в связи с чем был отменен циклодол. Убедившись в отсутствии побочных эффектов, пациентка охотно продолжила лечение. К 3 неделе заметно активизировалась, стала принимать участие в домашней работе. Бредовые идеи постепенно редуцировались вплоть до их полного исчезновения, выровнялось настроение, восстановился сон. На фоне улучшения состояния появилась критика к своему заболеванию. Через месяц терапии

сердолектом пациентка приступила к учебе в аспирантуре. За короткий период времени смогла усвоить пропущенный материал.

При повторном психологическом обследовании: фон настроения ровный, устойчивый, в контакт вступает охотно, общительна, адекватны самооценка и уровень притязаний, восстановлены коммуникативные навыки, встречается с друзьями, расширилась социальная сеть, повысился уровень доверительности общения, появилась способность оказывать эмоциональную поддержку. Отмечался достаточный темп психической работоспособности и тонус активного внимания. Нарушений интеллектуально-мнестической сферы не выявлено. С критикой относится к пережитому эпизоду и ситуации в целом.

Через 3 месяца приема сердолекта полностью восстановился менструальный цикл, цифры пролактина снизились до нормы.

В настоящее время пациентка регулярно, 1 раз в месяц, приходит на прием к врачу. Галлюцинозно-бредовой симптоматики не обнаруживает, настроение ровное, успешно учится в аспирантуре.

Согласно нашим наблюдениям, сердолект является препаратом выбора для женщин фертильного возраста ввиду отсутствия негативного влияния на женскую половую сферу, связанного, в частности, с повышением уровня пролактина, что может также приводить и к когнитивным нарушениям. Кроме того, ввиду позитивного влияния сердолекта на уровень социального функционирования пациентов, его целесообразно назначать учащимся и работающим пациентам, а также в случаях необходимости активной реабилитации больных шизофренией.

КОММЕНТАРИИ

Следует отметить некоторые особенности данного наблюдения.

У больной отмечалось, по-видимому, достаточно быстрое развертывание психотического приступа шизоаффективной структуры. Относительно быстрое обращение к психиатру позволило почти сразу назначить антипсихотическую терапию, которая уже через 2 недели привела к купированию симптоматики. Однако, несмотря на назначение атипичного антипсихотика (амисульприда), довольно быстро обнаружилась плохая переносимость этого препарата: возникли экстрапирамидные расстройства, что потребовало снижения дозы и назначения корректора, а затем (через 3 мес.) – проявления гиперпролактинемии (аменорея, галакторея), а также гиперседация, астения, ухудшение когнитивного функционирования.

Дальнейшее снижение дозировок (до 400 мг/сут), с одной стороны, привело к обострению психотической симптоматики, а с другой – сохранились

депрессивные переживания с идеаторными нарушениями и проблемами социального функционирования. Параллельно (и вполне предсказуемо в связи с плохой переносимостью лечения) ухудшилась и комплайентность больной, что потребовало дополнительных усилий со стороны врача для мотивирования пациентки в плане продолжения терапии.

В этой ситуации особое значение при выборе препарата приобретала не только его эффективность, но и хорошая переносимость, способствующая соблюдению лекарственного режима. Наряду с этим, учитывая наличие в клинической картине патологического депрессивного аффекта, предпочтительным являлось назначение нейролептика с дезингибирующим действием. Таким образом, выбор в данном случае сердолекта, обладающего перечисленными особенностями, оказался вполне оправданным.

Рассматривая обратную динамику отмечаемых у пациентки расстройств, обращает на себя вни-

мание достаточно равномерная редукция психопатологической симптоматики (как бредовой, так и депрессивной, что позволило избежать назначения антидепрессанта и вести больную на монотерапии) с параллельным восстановлением показателей социального функционирования, когнитивных возможностей и прежних жизненных достижений (продолжила обучение в аспирантуре уже после 1 месяца лечения). Была купирована и гиперпролактинемия. Терапия переносилась хорошо, каких-либо побочных эффектов (в том числе экстрапирамидных расстройств) не отмечалось.

Следует отметить, что данное наблюдение является достаточно показательным, отражая некоторые особенности, нередко встречающиеся у пациентов с впервые возникшими психотическими состояниями. В этих случаях чрезвычайно важным является создание «терапевтического альянса» с пациентом

и его родственниками. Их реакция на развитие тяжелого заболевания оказывается различной, однако во всех случаях существенное значение имеют не только быстрое купирование расстройств, но и хорошая переносимость лечения, а также отсутствие гиперседации, возникновения или усиления депрессивных переживаний, ухудшения когнитивных возможностей (опасения, что психотропные препараты «зомбируют»). Таким образом, препаратами выбора оказываются лекарственные средства, обладающие лучшей переносимостью, более сбалансированным спектром психотропного действия с одновременным купированием различных компонентов синдрома и способствующие восстановлению функционирования пациентов, то есть ресоциализирующему эффекту.

Профессор А.Б.Шмуклер
ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»