

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ПРИМЕНЕНИЯ КВЕТИАПИНА ЗАМЕДЛЕННОГО ВЫСВОБОЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.М. Кирьянова

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –  
филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

В последние годы в журнальных публикациях стали уделять больше внимания клиническим случаям, что отражает рост интереса, особенно со стороны практических врачей, не только к рандомизированным клиническим исследованиям, но и к отдельным наблюдениям, отражающим повседневный клинический опыт. Ниже приводится 2 клинических случая успешного применения кветиапина замедленного высвобождения у больных шизофренией, в структуре клинической картины у которых существенное место занимала аффективная симптоматика.

*Больной N., 28 лет.* Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в Москве от нормально протекающей беременности и родов. По характеру рос домашним, малообщительным, застенчивым, капризным ребенком. Близких друзей не имел. С детства увлекался шахматами, делал успехи, стал кандидатом в мастера спорта. Детские дошкольные учреждения не посещал, воспитывался дома, поскольку плохо приспособился в детском коллективе, был пуглив, одинок. В школу пошел своевременно, учился охотно, до 7 класса на отлично, однако оставался малообщительным, застенчивым, с одноклассниками контактировал по необходимости, близких друзей не приобрел. Состояние постепенно изменилось в 13 лет, когда нарушились отношения с одноклассниками. Стал заявлять, что они к нему предвзято относятся, специально обижают, обзывают, замечал насмешки в свой адрес, из-за чего боялся посещать школу. Перестал справляться с учебой из-за трудностей концентрации внимания и быстрой интеллектуальной истощаемости, пропал к ней интерес. С 9 класса начал категорически отказываться от посещения школы, соглашался идти туда только в сопровождении матери, после ее ухода убегал домой, испытывал страх. Был переведен на домашнее обучение. Однако дома был малопродуктивен, бездеятелен, много лежал, задернув в комнате шторы. Практически ни с кем не разговаривал, замкнулся в себе. Был подавлен,

настроение снижено. Стал груб по отношению к близким. При этом был подозрительным, постоянно предполагал, что к нему плохо относятся, во всем видел намерение обидеть его. Одновременно пытался вызвать к себе сочувствие и жалость, появилось шантажное поведение. По поводу данного состояния в 16 лет дважды лечился в психиатрической больнице. Последовательно получал лечение этаперазином до 10 мг/сут, трифтазином до 15 мг/сут, флюанксолом 1 мг/сут, далее рисполептом до 4 мг/сут. На фоне лечения отмечалось некоторое послабление симптоматики, смог экстерном закончить 11 классов. Периодически продолжал проявлять подозрительность в отношении бабушки и мамы, полагал, что они к нему плохо относятся, несправедливо ущемляют его в правах и материальном благополучии, из-за чего устраивал дома скандалы, требовал деньги, которые тратил на сладости или прятал. Запрещал посещать его комнату, обвинял в пропаже личных вещей.

После окончания школы поступил на платное отделение философского факультета, однако учиться там не смог из-за трудностей концентрации внимания, быстрой интеллектуальной истощаемости, неспособности к структурированию и целенаправленной деятельности. Был отчислен из-за неуспеваемости после первого семестра. Через год предпринял повторную попытку учебы на историческом факультете, но по тем же причинам также не справился с обучением. С 17 лет, наряду с периодически возникающей подозрительностью, в состоянии нарастали изменения личности в эмоционально-волевой сфере, трудности общения, идеаторные нарушения. Отмечалась неспособность к работе и учебе. С 17 лет находился на поддерживающей терапии рисполептом 2 мг/сут. При попытке повышения дозы отмечались жалобы на сонливость, заторможенность. С 19 лет был переведен на лечение сертиндолом до 8 мг/сут, от повышения дозы отказывался, ссылаясь на возможные побочные эффекты. Оставался подозрительным к людям, замкнутым, испытывал труд-

ности общения с окружающими, друзей не имел. Был не способен поддерживать социальные контакты.

В 19 лет перенес острое психотическое состояние, когда беспричинно стал крайне подозрительным, чувствовал изменение вкуса пищи, физического самочувствия в виде слабости, головных болей, подозревал, что мать и дед подмешивают ему в пищу какие-то лекарства, прекратил прием терапии, отказывался есть и пить дома, боялся, что близкие хотят его отравить. Стал питаться только самостоятельно купленными продуктами в магазине, сильно похудел. Был возбужден, тревожен, испытывал страх за свою жизнь, бесцельно метался по городу, отмечалась дезорганизация мышления. Неожиданно для близких исчез из дома, тайно уехал в другой город, не подавал о себе вестей, родственниками был объявлен в розыск. В поездках оставался подозрительным, настороженным, продолжал испытывать страх, высказывал идеи преследования.

В таком состоянии самостоятельно вернулся в Москву. Состояние было купировано амбулаторно в течение 1 месяца (принимал 20 мг/сут оланзапина). В связи с недостаточной комплаентностью и отказом от приема поддерживающей терапии, в дальнейшем продолжал лечение сертиндолом до 12 мг/сут; с 21 года вновь переведен на поддерживающее лечение rispипептом 2 мг/сут.

С 20 лет в состоянии пациента развернутая психотическая симптоматика больше не выявлялась, однако периодически возникала подозрительность в отношении матери, полагал, что она специально лишает его материальных благ, ущемляет в правах, настраивает против него своих знакомых. При этом становился возбужденным, злобным, высказывал словесные угрозы в ее адрес. Время от времени отмечались относительно непродолжительные эпизоды идей преследования со стороны незнакомых людей на улице, полагал, что его специально вовлекают в конфликты, провоцируют, предполагал, что это связано с его политическими убеждениями.

Во время бесед с врачом в контакт вступал настороженно, временами проявлял подозрительность, придирался к сказанному, легко раздражался, вскакивал, ходил по кабинету, неоднократно проверял закрыта ли дверь, не могут ли подслушать беседу. Мыслительная деятельность характеризовалась склонностью к резонерству, пространному мудрствованию с элементами расплывчатости и паралогичности. Нередко был склонен говорить монологом, не давал перебить себя, с трудом переключался на другую тему. Внешне выглядел неопрятным, гигиенически запущенным, не испытывал потребности в общении, не имел каких-либо планов на будущее, не тяготился существующей социальной ситуацией. Полностью отсутствовала критика к состоянию.

Наряду с регрессионной динамикой бредовой симптоматики, более отчетливо стали выявляться

аффективные расстройства. Периодически становился вялым, подавленным; настроение при этом характеризовалось злобно-раздражительным оттенком. При смене аффекта, субъективно повышенного настроения не отмечалось, а гипомания проявлялась, главным образом, на поведенческом уровне. Становился говорливым, причем речь не носила коммуникативной направленности и, скорее, отражала взбудораженность пациента. Несколько увеличивалась активность, которая, однако, приобретала оттенок суетливости и, по существу, не имела продуктивного характера (бесцельно ездил по городу, делал ненужные покупки, строил планы, которые даже не пытался реализовать).

В целом, не мог работать и продуктивно учиться, стремился проводить время дома в одиночестве, полностью утратил социальные контакты, не тяготился этим. Круг общения ограничивался только матерью, к которой не испытывал особой эмоциональной привязанности, перестал справляться с повседневными обязанностями, следить за собой и соблюдать необходимую гигиену. В 24 года больному была оформлена группа инвалидности по психическому заболеванию.

С 22 лет пациент был переведен на лечение сероквелом 400 мг/сут, а с 26 лет получает в той же дозе сероквел пролонг (что способствовало улучшению комплаентности). С этого времени стал значительно спокойнее, более стабильным в аффективном отношении (нивелировались аффективные колебания), что положительно отразилось на общении с окружающими. Значительно редуцировалась подозрительность, агрессивность в отношении матери, улучшился контакт с ней. Стал проводить с ней больше времени, посещать вместе общественные мероприятия, общаться с ее знакомыми, проявлять инициативу в подборе совместных развлечений.

Появилась потребность в общении со сверстниками, за последние 2 года впервые в жизни приобрел приятеля, с которым периодически проводит совместные шахматные турниры, самостоятельно инициирует контакты, ездит к нему в гости, приглашает к себе. Стал больше интересоваться своей внешностью и соблюдать гигиену, делал попытки поиска работы, посещал занятия по шахматам, планировал трудоустройство в этой области.

Выглядит эмоционально адекватнее, мышление стало несколько более структурированным, способен вести диалог. Проявляет интерес к походам в театр, на концерты, появилась потребность быть среди людей, строит более реальные планы на будущее. Внешне выглядит более опрятным. Появились элементы критики к болезни и социальному поведению.

*Анализ случая.* Заболевание развилось исподволь в подростковом возрасте у личности в преморбиде с сензитивно шизоидными чертами характера. В этот период отмечались неразвернутые и несистематизированные бредовые идеи отношения, преследо-

вания, сопровождающиеся защитным поведением избегания. Наряду с этим отчетливо выявлялись снижение психической продуктивности и депрессивная симптоматика. Наличие последней обусловило определенные особенности дальнейшего течения болезни, привнеся в него элементы приступообразности. Следует также обратить внимание на отмечающиеся уже на начальном этапе заболевания негативные расстройства, а также выраженную редукцию энергетического потенциала, не позволившие пациенту получить образование и трудоустроиться.

В 19-летнем возрасте перенес острый бредовый психоз (отмечались бред преследования, отравления, обонятельные галлюцинации, бредовое поведение вплоть до миграции по бредовым мотивам), который был купирован амбулаторно. В дальнейшем, несмотря на проводимую антипсихотическую терапию (преимущественно небольшими дозами антипсихотиков, что в значительной степени было связано с недостаточной комплаентностью пациента), сохранялась бредовая готовность с периодически возникающей транзиторной бредовой симптоматикой в виде отдельных редуцированных и несистематизированных идей отношения, направленных на ближайшее окружение, с элементами бредового поведения. Наряду с продуктивными расстройствами, в клинической картине заболевания значительное место занимают постепенно усиливающиеся негативные расстройства в виде эмоционального оскудения, нарастания аутизма, нецеленаправленности мышления и снижения психической продуктивности. Кроме того, обнаруживалась отчетливая атипичная аффективная симптоматика обоих полюсов, характерной особенностью которой были тусклость собственно эмоциональной составляющей, дисфорический оттенок, наиболее отчетливо проявляющийся при депрессиях, и преобладание непродуктивной взбудораженности в случаях развития гипоманий. В целом, симптоматика носила полиморфный характер с выраженной дезорганизацией мышления, что позволяло остановиться на диагнозе недифференцированной шизофрении с элементами регрессионной динамики.

Следует отметить, что в 22 года на фоне смены нейролептической терапии и переходом на сероквель (400 мг в сутки), а с 26 лет на сероквель пролонг в той же дозе (что способствовало лучшей комплаентности пациента) значительно редуцировалась бредовая симптоматика в виде подозрительности, идей отношения. Сгладились аффективные колебания. Отмечается оживление эмоциональной сферы пациента, появление элементов социальной активности, с более адекватным и социально приемлемым поведением, попыткой расширения своих социальных сетей, а также значительное упорядочение мыслительной деятельности и ее целенаправленности.

*Больная N., 35 лет.*

Дядя по линии отца перенес психотический эпизод с императивным галлюцинозом. Мать по характеру стеничная, властная, директивная, эмоционально неустойчивая, вспыльчивая. Отец малообщительный, ведомый. Родилась вторым ребенком в семье от нормально протекающей беременности и родов. Имеет старшего брата – здоров.

В детстве по характеру росла малообщительной, спокойной, послушной. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо. Увлекалась литературой, посещала музыкальную школу. Успешно закончила 11 классов, в том же году поступила на заочное отделение, факультет социологии. Одновременно, при поддержке отца, устроилась на работу, работала в должности методиста. Однако отношения с начальником не сложились. Полагала, что он плохо к ней относится, «загружает работой, не создает нормальных условий труда», из-за чего через некоторое время уволилась.

В 18 лет познакомилась с молодым человеком, с которым возникли «бурные отношения». Испытывала восторг, мало спала. При этом перестала справляться с работой; стало казаться, что начальник «строит против нее козни», в связи с чем уволилась. После увольнения снизилось настроение, плакала, не спала, винила себя, что не удержалась на работе, перестала выходить из дома.

Обратилась за помощью к психиатру, была предложена госпитализация, от которой отказалась. В дальнейшем, нарастали расстройства сна, стала беспокойна, ночью убежала из дома, звонила в милицию. В 18 лет в недобровольном порядке госпитализирована в психиатрическую больницу. В отделении была растерянной, тревожной, казалось, что находится в театре, что проходящий к ней отец – другой человек, видела знакомые лица. Говорила, что в голове много чужих мыслей, звучали мысли известного певца, который, как ей казалось, отрицательно на нее влиял, а также чужие мысли о том, что она должна умереть. Слышала внутри головы голос брата и его знакомого. Ощущала на себе постороннее воздействие то ли гипноза, то ли космоса, уверяла, что с ней что-то происходит, чувствовала измененность, раздвоенность. Не могла объяснить свое состояние, стереотипно повторяла, что она «ничего не понимает». Испытывала страх, опасение, что она умирает, что у нее возможно онкологическое заболевание. Отмечала сумбур в голове, путаницу мыслей. Предполагала, что в отделении «разыгрываются сцены» специально для нее. Жаловалась на боли в сердце, как у «Кая и Герды». К состоянию была не критична. Получала лечение: галоперидол до 15 мг в/м, аминазин до 75 мг в/м, стелазин до 9 мг в сутки, корректоры. Находилась на стационарном лечении в течение 4 месяцев. Плохо переносила нейролептическую терапию, на фоне которой возникла экстрапирамидная симпто-

матика. Была переведена на лечение этаперазином 8 мг в сутки, сонapakсом 30 мг в сутки.

На фоне проводимой терапии состояние было полностью купировано. Продолжила учебу в институте. В течение года продолжала принимать поддерживающую терапию нейролептиками, однако в 19 лет прием лекарств прекратила, поскольку считала, что «таблетки вызывали заторможенность, трудности концентрации внимания, мешали учебе».

В 20 лет перенесла повторный психотический эпизод: когда была возбуждена, конфликтна, агрессивна к матери, совершала неадекватные поступки, по нескольку часов немотивированно не выходила из ванной комнаты, приводила домой незнакомых людей из церкви, была подозрительна к матери, заявляла, что она родила ее от другого мужчины, называла ее «душевнобольной». Отмечались колебания настроения, была манерна, нелепа, дурашлива, негативистична, не критична, отмечалась дезорганизация мышления. Через месяц повторно недобровольно госпитализирована в психиатрическую больницу, где лечилась около 4 месяцев. Получала терапию галоперидолом 15 мг в сутки, аминазином 100 мг в сутки, азалептином 125 мг в сутки. Как и прежде, отмечалась плохая переносимость лекарств, наблюдалась скованность, акатизия, слюнотечение. Постепенно состояние улучшилось. Выписана из стационара. В дальнейшем состояние оставалось стабильным, закончила институт, устроилась на работу менеджером по продажам, была успешной в работе. Появился новый круг общения. Ухудшение состояния с 25 лет, когда стала высказывать идеи отношения в адрес начальника, заявляла, что он «состоит в сговоре с ее матерью». Появилась рассеянность, было трудно сосредоточиться, перестала справляться с работой, плакала, считала, что «против нее вокруг разыгрывают спектакли». В 26 лет уволилась с работы, бесцельно сидела дома, нарушился сон, не могла заснуть до середины ночи. Такое состояние длилось в течение нескольких месяцев, лечение не получала, постепенно состояние нормализовалось самостоятельно. В 27 лет познакомилась с будущим мужем, вскоре вышла за него замуж, мечтала о «красивой жизни», при этом оба супруга не работали, жили на деньги от сдачи квартиры мужем. Вскоре отношения стали конфликтными, на этом фоне у пациентки нарушился ритм сна-бодрствования, вела бесцельный образ жизни, ночью смотрела телевизор, днем спала. Делала попытки устроиться на работу, но нигде не удерживалась. Через полгода развелась с мужем. Стало казаться, что родители ведут себя странно, подают ей «специальные знаки», удалила из телефона их номера, перестала с ними встречаться, заявляла, что «выйдет замуж за знаменитость», стала раздражительной, то смеялась, то плакала, была агрессивной и враждебно настроенной по отношению к близким. Через 2 месяца после развода вновь была госпита-

лизирована в психиатрическую больницу в недобровольном порядке. В отделении называла себя «писательницей», придумывала сюжеты, считала, что находится в тюрьме, что вокруг заключенные, а она надзирательница. Получала лечение клопиксол-акуфаз 50 мг в/м № 3 один раз в три дня, галоперидол до 15 мг в/м, тизерцин до 100 мг в сутки, сердолект 16 мг в сутки, хлорпротиксен 100 мг в сутки, азалептин 50 мг в сутки. Состояние нормализовалось. Вернулась к бывшему мужу, наладились отношения с близкими. В дальнейшем сохранялись неглубокие аффективные колебания обоих полюсов, в течение многих лет не могла наладить режим сна – бодрствования, периодически отмечались снижения психической, физической активности, идеаторные нарушения в виде расплывчивости и нецеленаправленности. Поддерживающую терапию принимала нерегулярно, ссылаясь на плохую переносимость. Окончательно разошлась с мужем, проживала совместно с матерью, с которой были конфликтные отношения. Много лет не работала, ссылаясь на плохое самочувствие. В 30 лет вновь возник острый психотический эпизод, стала высказывать идеи преследования, испытывала страх, заявляла, что за ней наблюдают из соседнего здания, телефон прослушивается, что она должна взорвать свой дом, ее телефон – взрывное устройство, из-за чего опасалась ездить в метро, боясь взорваться. Заявляла, что про нее снимается фильм, что на нее направлены камеры. Отмечалась дезорганизация мышления, снижение критики, аффективные колебания. Вновь была госпитализирована в психиатрическую больницу. Получала лечение галоперидолом до 15 мг в сутки, амитриптилином до 50 мг в сутки, респолептом до 6 мг в сутки, корректорами. На фоне лечения отмечалась выраженная акатизия, акинето-ригидный синдром, гиперпролактинемия. Острые психические нарушения были купированы. Выписана на поддерживающей терапии респолептом 6 мг в сутки с корректорами. При этом сохранялись прежние побочные нейролептические нарушения. Отмечалось неустойчивое настроение (временами была многоречива, нецеленаправленно деятельна, в другое время – вяла, пассивна, ничем не занята). Мышление характеризовалось расплывчатостью с элементами соскальзывания, была склонна к резонерству, жаловалась на трудности концентрации внимания. Отмечалось отсутствие интересов в жизни, не было достаточной критики к болезни и своему социальному статусу.

В 31 год была переведена на поддерживающую терапию сероквелем пролонг в дозе 600 мг в сутки, который получает до настоящего времени. На фоне данной терапии появилась приверженность к лечению, стала охотно соблюдать режим терапии, улучшился терапевтический альянс с врачом. Отмечала хорошую переносимость лечения, исчезли прежние нейролептические расстройства. Психотических эпизодов не отмечалось. Колебания настро-

ения проявляются на непродолжительное время и характеризуются непродолжительным ощущением снижения психического тонуса или, в другие периоды, повышенной говорливостью и расширением жизненных планов. Наладился сон. Улучшились отношения с близкими, появились знакомые, расширился круг интересов. Появилось желание трудоустроиться. В настоящее время работает по договору, планирует найти более стабильную работу. Стала проживать независимо от родителей, в отдельной квартире, с бытовыми проблемами справляется успешно.

*Анализ случая.* Заболевание возникло у личности с наследственной отягощенностью и сензитивно-шизоидными чертами в преморбиде. За 13 лет (с 18 до 31 года) перенесла 5 острых психотических эпизодов. Симптоматика носила полиморфный характер с преобладанием аффективно-бредовых расстройств и включением в отдельных приступах псевдогаллюцинаций, идей воздействия и психических автоматизмов. По поводу данных состояний получала разнообразную нейролептическую терапию, однако отмечалась плохая ее переносимость с выраженными нейролептическими расстройствами, в связи с чем пациентка была недостаточно

комплаентна. В ремиссии сохранялись относительно неглубокие аффективные колебания обоих полюсов, а также негативная симптоматика в виде эмоциональной нивелировки, снижения психической продуктивности и нарушений мышления. Отмечалось социально-трудовое снижение. Учитывая описанную картину заболевания, можно остановиться на диагнозе «Шизофрения недифференцированная».

С 31 года пациентка переведена на поддерживающее лечение сероквелом пролонг в стабильной дозе (600 мг в сутки). На фоне данного лечения и улучшения комплаентности (что в значительной степени связано с хорошей переносимостью терапии), на протяжении 4 лет психотических эпизодов не отмечалось. Течение болезни перешло на амбулаторный уровень с тенденцией к улучшению социального функционирования, что указывает на формирование длительной терапевтической ремиссии.

Таким образом, в описанных случаях сероквел пролонг оказался обоснованным выбором для лечения больных шизофренией с тенденцией к приступообразному течению заболевания и наличием в структуре расстройств аффективной симптоматики.

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ПРИМЕНЕНИЯ КВЕТИАПИНА ЗАМЕДЛЕННОГО ВЫСВОБОЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Е.М. Кирьянова**

Приводятся клинические наблюдения успешного лечения препаратом сероквел пролонг больных шизофренией, в структуре заболевания у которых существенный удельный вес занимала аффективная

симптоматика.

**Ключевые слова:** шизофрения, аффективная симптоматика, сероквел пролонг.

## CLINICAL CASES USING OF EXTENDED RELEASE QUETIAPINE FUMARATE IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

**E.M. Kiryanova**

Author presents clinical cases of successful treatment with Seroquel Prolong in schizophrenia patients with affective symptoms.

**Key words:** schizophrenia, affective symptoms, Seroquel Prolong.

---

**Кирьянова Елена Михайловна** – старший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: lenakiryanova@yandex.ru