# КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИПСИХОТИКА ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ПАЛИПЕРИДОНА ПАЛЬМИТАТ У ПАЦИЕНТКИ С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

**И.В. Олейчик**

*Научный центр психического здоровья, Москва*

При анализе данного случая следует отметить следующее. Настоящее заболевание развилось у личности мозаичного склада с сочетанием психастенических (стеснительность, застенчивость, обидчивость) и истеро-гипертимных черт (демонстративность, легкость установления контактов, разнообразие увлечений, склонность к лидерству). С пятнадцатилетнего возраста у больной появляются фазные биполярные колебания аффекта в виде чередования гипоманий и субдепрессий, а с 17 лет – у больной отмечается, по сути, хроническое гипоманиакальное состояние, фактически ставшее ее «вторым Я». На фоне данной гипомании, которая протекала с расторможенностью влечений, избыточными тратами денег, известной продуктивностью, стали возникать периодические маниакальные состояния, достигавшие уже психотического уровня, а с 28 лет – маниакально-бредовые психозы, которые можно квалифицировать как острые маниакально-парафренные с сочетанием выраженных аффективных расстройств с бредовыми и галлюцинаторными нарушениями, отвечающими критериям симптомов I ранга по К.Шнайдеру: идентификация себя с Богоматерью, вербальные псевдогаллюцинации – «голос Бога, говорящего в ней», психические автоматизмы – наплывы мыслей, неуправляемый поток мыслей, ощущение «распада мыслей», идеи воздействия – «вещи в магазине упрашивают ее купить себя», «окружающие узнают с помощью интернета ее мысли и воздействуют на нее». Кроме того, у пациентки наблюдались бредовые феномены, не входящие в группу симптомов I ранга, такие как: инсценировка, бредовые идеи персекуторного содержания, ущерба, идеи величия без мегаломанической фабулы. Нельзя исключить и наличие в структуре данных состояний эпизодов кататонической симптоматики с импульсивными двигательными актами (внезапно разделась догола перед окружающими).

Данные маниакально-бредовые состояния возникали у больной по типу клише практически ежегодно до 2013 года, как правило, после самовольной отмены лекарственной терапии, что было связано с некомплаентностью пациентки. Ремиссии имели тимопатическую структуру и были представлены, в основном, гипоманиакальной симптоматикой. В течение многих лет у больной не отмечалось очерченных депрессивных эпизодов, что является особенностью данного случая. Исключение составляют несколько кратковременных постпсихотических субдепрессий апатической структуры. Существенных данных о личностной трансформации больной на протяжении длительного катамнестического наблюдения выявить не удается. Отдельные находки в виде признаков расстройств мышления, обнаруженные при экспериментально-психологическом исследовании, не являются вполне достоверными, так как исследование проводилось на фоне сохранявшейся аффективной симптоматики, что подтверждается улучшением результатов экспериментально-психологического исследования на фоне терапии атипичным антипсихотиком и нормотимиком. Следует отметить, что для подобных случаев с резким преобладанием маниакальной симптоматики длительное лечение пролонгом палиперидона вполне адекватно, учитывая антиманиакальный потенциал препарата. Кроме того, это позволило обеспечить комплаенс и, как результат, следование пероральному приему лития. В то же время, представляется, что для случаев с истинным биполярным течением длительная терапия палиперидоном не вполне адекватна и требует комбинации нормотимика с другими атипичными антипсихотиками.

Таким образом, у пациентки можно диагностировать непрогредиентное эндогенное заболевание с преобладанием аффективных расстройств и эпизодическим возникновением на их фоне симптомов I ранга по К.Шнайдеру, что позволяет квалифицировать данное заболевание как «Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип».

Биполярное расстройство не может быть диагностировано ввиду наличия вышеописанных симптомов I ранга. В то же время диагноз «Шизофрения» также должен быть отвергнут, так как отсутствует прогредиентность заболевания, не выявлены специфические изменения личности процессуального характера, симптомы I ранга наблюдались лишь эпизодически, на фоне резкого усиления интенсивности аффективных расстройств и всегда сочетались с последними.

---

**Олейчик Игорь Валентинович** – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «НЦПЗ»; e-mail: i.oleichik@mail.ru