

Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). – 2009. www.goldcopd.org.

9. *Hospers J.J., Postma D.S., Rijcken B., et al.* Histamine airway hyper-responsiveness and mortality from chronic obstructive pulmonary disease: a cohort study // *Lancet*. – 2000. – Vol. 356. – P.1313-1317.

10. *Israel R.H., Ossip-Klein D.J., Poe R.H., et al.* Bronchial provocation tests before and after cessation of smoking // *Respiration*. – 1988. – Vol. 54. №4. – P.247-254.

11. *Kanner R.E., Connett J.E., Altose M.D., et al.* Gender difference in airway hyperresponsiveness in smokers with mild COPD. The Lung Health Study // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 1994. – Vol. 150. №4. – P.956-961.

12. *Schwartz J., Schindler C., Zemp E., et al.* Predictors of methacholine responsiveness in a general population // *Chest*. – 2002. – Vol. 122. №3. – P.812-820.

13. *Scichilone N., Messina M., Battaglia S., et al.* Airway hyperresponsiveness in the elderly: prevalence and clinical implications // *Eur. Respir. J.* – 2005. – Vol. 25. №2. – P.364-375.

14. *Stolz D., Anderson S. D., Gysin C., et al.* Airway reactivity to inhaled mannitol in cigarette smokers: a longitudinal study // *Respir. Med.* – 2007. – Vol. 101. №7. – P.1470-1476.

15. *Tashkin D.P., Altose M.D., Connett J.E., et al.* Methacholine reactivity predicts changes in lung function over time in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease. The Lung

Health Study Research Group // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 1996. – Vol. 153. – P.1802-1811.

16. *Van den Berge M., Vonk J.M., Gosman M., et al.* Clinical and inflammatory determinants of bronchial hyperresponsiveness in COPD // *Eur. Respir. J.* – 2012. – Vol. 40. №5. – P.1098-1105.

17. *Van Schayck C.P., Dompeling E., Molema J., et al.* Does bronchial hyperresponsiveness precede or follow airway obstruction in asthma or COPD? // *Neth. J. Med.* – 1994. – Vol. 45. №4. – P.145-153.

18. *Willemse B.W., Postma D.S., Timens W., et al.* The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, airway hyperresponsiveness and inflammation // *Eur. Respir. J.* – 2004. – Vol. 23. №3. – P.464-476.

19. *Wilson R., Tillotson G., Ball P.* Clinical studies in chronic bronchitis: a need for better definition and classification of severity // *J. Antimicrob. Chemother.* – 1996. – Vol. 37. №2. – P.205-208.

20. *Wise R.A., Kanner R.E., Lindgren P., et al.* The effect of smoking intervention and an inhaled bronchodilator on airways reactivity in COPD: the Lung Health Study // *Chest*. – 2003. – Vol. 124. – P.449-458.

21. *Xu X., Niu T., Chen C., et al.* Association of airway responsiveness with asthma and persistent wheeze in a Chinese population // *Chest*. – 2001. – Vol. 119. №3. – P.691-700.

22. *Yang S.C., Lin B.Y.* Comparison of airway hyperreactivity in chronic obstructive pulmonary disease and asthma // *Chang. Gung. Med. J.* – 2010. – Vol. 33. – P.515-523.

Информация об авторе: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный 100, ИГМАПО, Трофименко Ирина Николаевна – ассистент кафедры, к.м.н., e-mail: tin11@mail.ru

© ИВАНОВА Л.А., РОЖКОВА М.Ю. – 2013
УДК 616.895.8-085.2

АТИПИЧНЫЙ АНТИПСИХОТИК КВЕТИАПИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

Людмила Александровна Иванова¹, Марина Юрьевна Рожкова²

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. – д.м.н., проф. А.С. Бобров; ²Иркутская областная клиническая психиатрическая больница №1, гл. врач – А.Н. Савиченко)

Резюме. Представлена оценка эффективности кветиапина в комплексной терапии шизоаффективного расстройства и параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения (приступообразно-прогредиентная шизофрения в отечественной интерпретации). Наряду с динамикой состояния по субшкалам PANSS приведена степень и последовательность редукции основных психопатологических синдромов. Отмечен положительный терапевтический ответ как на монотерапию кветиапином, так и на сочетанное назначение препаратов (кветиапин, антидепрессант, нормотимик) в случае шизоаффективного расстройства, а также положительная динамика под влиянием комбинированной терапии с депрессивно-галлюцинаторно-бредовой структурой приступа у больных параноидной шизофренией.

Ключевые слова: кветиапин, шизоаффективное расстройство, параноидная шизофрения.

ATYPICAL ANTYPYCHOTIC QUETIAPINE IN COMPLEX THERAPY OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER AND PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH EPISODIC COURSE

L.A. Ivanova¹, M.Y. Rozhkova²

(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education;
²Irkutsk Regional Clinical Psychiatric Hospital №1, Russia)

Summary. Assessed the effectiveness of quetiapine in complex therapy of schizoaffective disorder and paranoid schizophrenia with sporadic type of course (episodic-progredient schizophrenia in Russian interpretation). Along with the dynamics of the subscales PANSS the degree and consistency of the reduction of fixed psychopathological syndromes have been shown. Positive therapeutic response both to monotherapy with quetiapine, and to combined prescription of drugs (quetiapine, antidepressant, normothymic) in the case of schizoaffective disorders, as well as the positive dynamics under the influence of combined therapy with depressive-hallucinatory-delusional structure attack in patients with paranoid schizophrenia has been observed.

Key words: quetiapine, schizoaffective disorder, paranoid schizophrenia.

Одним из представителей группы атипичных антипсихотиков является кветиапин, обладает антинегативным, седативным эффектом за счет устранения возбуждения и тревожного аффекта; слабыми побочными экстрапирамидными проявлениями и отсутствием гиперпролактинемии [2,5]. Отсутствие холинолитических свойств обеспечивает возможность применения

препарата у лиц пожилого и старческого возраста. Рекомендации по наращиванию доз кветиапина включают: 1 день – 50 мг, 2-ой – 100 мг, 3-й – 200 мг, 4-й – 300 мг. Возможно более быстрое наращивание дозы в случае острого эпизода шизофрении: 1-й день – 150-400 мг, 2-й – 500 и более мг в сутки.

Выявлена эффективность кветиапина при терапии

больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первым психотическим эпизодом [3,4]. Наряду с хорошей переносимостью препарата отмечено положительное влияние на нейрокognитивный дефицит и социальное функционирование больных; в случае аффективной насыщенности психотических переживаний (тревога, депрессия, растерянность, мания), агрессивности, субкататонической симптоматики острых и подострых состояний с острым чувственным бредом, бредом инсценировки – быстро наступающее упорядочивание поведения. Эффект кветиапина, направленный на редукцию персекуторных расстройств, разнообразных психических автоматизмов, галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, оказался менее значимым.

В результате открытого перекрестного исследования выявлена взаимозаменяемость (терапевтическая эквивалентность) оригинального препарата кветиапина (сероквель) и генерического препарата кветиапина (кетилепт) в двух амбулаторных группах больных шизофренией с преобладанием вторичной негативной симптоматики [1]. При терапии оригинальным препаратом кветиапином (сероквель) и генерическим препаратом (кетилепт) двух групп больных, сопоставимых по своим демографическим и клиническим характеристикам, не отмечено каких-либо статистически значимых различий по показателям как эффективности, так и переносимости терапии. Замена одного препарата на другой на втором этапе исследования (перекрестная замена кетилепта на сероквель в первой группе и сероквеля на кетилепт во второй группе больных) не повлияла на анализируемые показатели, включая соотношение числа больных с улучшением, дозы назначаемого препарата, количество и выраженность нежелательных явлений. Эта взаимозаменяемость препаратов по субъективным оценкам больных прошла «незамеченной», что, по мнению авторов, свидетельствует о терапевтической эквивалентности и взаимозаменяемости генерического препарата кетилепт и оригинального сероквеля.

Цель работы: оценка эффективности и безопасности атипичного антипсихотика кветиапина у больных с шизоаффективным расстройством (ШАР) и параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения.

Материалы и методы

Изучена группа больных с шизоаффективным расстройством и параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения. Все больные подписывали форму добровольного информированного согласия на участие в данном исследовании. При этом соблюдались все требования Хельсинской декларации и Всемирной медицинской ассоциации.

Количество больных, включенных в исследование, составило 24 человека, из них женщин – 18 (75%), мужчин – 6 (25%). В соответствии с МКБ-10 (1994) больные распределены следующим образом: шизоаффективное расстройство (ШАР, F25) – 15 (62,5%), параноидная ши-

зофрения с эпизодическим течением (F20.x1) – 9 (37,5%) больных. Среди больных с ШАР диагностированы: депрессивный тип (F25.1) – 10 (66,7%), смешанный тип (F25.2) – 4 (26,7%), маниакальный тип (F25.1) – 1 (6,7%) больной. По порядковому номеру приступа больные с ШАР распределились следующим образом: 1 приступ – 7 (46,8%), 2 приступа – 5 (33,3%), 3 – 2 (13,3%) больных, более 3-х – 1 (6,6%). У больных с параноидной шизофренией, эпизодическим течением, как правило, это был первый порядковый номер приступа – 8 (88,9%) больных, в единичном наблюдении – 2-й приступ (11,1%).

Настоящее исследование проведено на базе ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница №1» (главный врач – Н.А. Савиченко). Анализ эффективности терапии проведен с учетом суммарного значения 3-х субшкал PANSS (позитивная, негативная и общая психопатологическая) на день «0» (до начала терапии) и на конец терапии, а также по шкале общего клинического впечатления (Clinical Global Impression, CGI). Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась при помощи стандартного пакета программ «Statistic 6.0 for Windows» с применением описательной статистики. Общая характеристика больных представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика материала исследования

Признак	Распределение больных согласно диагностическим рубрикам МКБ-10 (n=24)	
	Параноидная шизофрения, эпизодическое течение F20.x1 (n=9)	Шизоаффективное расстройство F25 (n=15)
Тип течения заболевания		
Длительность заболевания в целом (месяцы)	11,5±4,4	20,3±9,2
Возраст манифестного проявления заболевания (года)	29,7±4,1	31,3±2,6
Возраст на момент актуального проявления заболевания (года)	30,3±3,9	32,9±2,7
Длительность актуального приступа (месяцы)	4±0,8	2,5±0,3

Длительность терапии кветиапином у больных с шизоаффективным расстройством и параноидной шизофренией с эпизодическим течением колебалась от 32 дней до 56 дней. Монотерапия кветиапином применялась у 7 (29,2%) больных; комбинированная терапия (в том числе с включением антидепрессантов, нормотимиков) – у 17 (70,8%). Варианты комбинированной терапии представлены в таблице 2.

Число респондеров в результате терапии кветиапином с приступом шизоаффективного расстройства и параноидной шизофренией с эпизодическим течением составило 18 (75%) больных (редукция общего суммарного балла по шкале PANSS > 20% от долеченного уровня). В соответствии со шкалой CGI в группе респондеров значительное улучшение выявлено у 15 (83,3%) больных, выраженное улучшение – у 3 (16,7%). К нон-респондерам с редукцией общего суммарного балла по

Таблица 2

Частота (в %) монотерапии кветиапином и комбинированной терапии у больных с шизоаффективным расстройством и параноидной шизофренией с эпизодическим течением

Тип терапии	Параноидная шизофрения, эпизодическое течение, F20.x1 (n=9)		Шизоаффективное расстройство, F25 (n=15)	
	абс.	%	абс.	%
Монотерапия кветиапином	3	33,3	4	26,7
Комбинированная терапия, в том числе	6	66,7	11	73,3
Кветиапин+нормотимик (вальпроевая кислота, карбамазепин)	3	50,0	9	81,8
Кветиапин+нормотимик (вальпроевая кислота, карбамазепин) + антидепрессант (циталопрам, флувоксамин, сертралин)	2	33,3	2	18,2
Кветиапин+антидепрессант (циталопрам, флувоксамин)	1	16,7	-	-

шкале PANSS < 20% от долеченного уровня отнесены пациенты с параноидной шизофренией в количестве 6 человек (25%).

Частота нежелательных явлений при терапии кветиапином у больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением составила 44,4%, приступом шизоаффективного расстройства – 80,0%. Среди нежелательных явлений у больных обеих клинических групп отмечены: сонливость/седация – 62,5%, увеличение продолжительности сна – 58,3%, сухость во рту – 45,8%, повышение аппетита – 20,8%, ортостатическое головокружение и задержка стула – соответственно по 12,5%, заложенность носовых ходов – 4,2%.

Результаты и обсуждение

Среди больных с депрессивным типом шизоаффективного расстройства (ШАР) женщин было 7, мужчин – 2. Доза кветиапина варьировала от 300 мг/сут. до 900 мг/сут. Редукция среднего общего балла по шкале PANSS составила 46,4%.

Этапы положительной динамики терапии кветиапином шизоаффективного расстройства депрессивного типа. На первой неделе терапии отмечено улучшение сна с быстрым засыпанием с вечера, сновидениями с положительным содержанием; редукция идеаторного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо. На первой неделе возможен быстрый выход из острого бредового приступа с фабулой преследования; обрыв психоза с редукцией депрессивно-галлюциаторного синдрома, но с сохраняющейся слабостью в течение дня на выходе из психотического состояния. В случае депрессивно-бредовой структуры приступа с религиозным содержанием у больного отмечено меньшее количество прочтения молитв. У больных с патологическими телесными ощущениями в клинике депрессивного типа ШАР выявлено уменьшение интенсивности термических сенестопатий в области грудной клетки, ощущений вибрации иной локализации и зуда.

На второй неделе приема кветиапина выявлена редукция либо уменьшение интенсивности вербального галлюциноза со сменой содержания «голосов» («тихая, бессвязная речь, а раньше ругали»). Улучшается настроение, аппетит; восстанавливается интерес к общению, в том числе с родственниками; ряд больных обнаруживают инициативу в уборке палат, высказывают конкретные планы на ближайшее будущее. Выявляются элементы критичности к острому болезненному состоянию; готовность к дальнейшему приему препаратов во избежание возможного ухудшения состояния в будущем, адекватная озабоченность в отношении будущего трудоустройства, с тем, чтобы помогать семье материально.

На третьей неделе терапии увеличивается физическая активность, появляется интерес к чтению художественной литературы, разгадыванию кроссвордов, посещению тренажерного зала. Восстанавливается бытовая активность в дни лечебного отпуска. Выявляется трансформация вербального псевдогаллюциноза в истинный («голоса» звучат справа от ушной раковины), преимущественное их возникновение в вечернее время, но при сохранении собственно депрессивного аффекта. В ином случае в характеристике настроения больная прибегает к его определению как «ни плохое, ни хорошее». Отмечена редукция ипохондрического бреда с фабулой заражения инфекционным заболеванием; уменьшение интенсивности фантастических сенестопатий с локализацией в лицевом скелете. На этапе редукции продуктивной симптоматики у одной больной к концу 3 недели терапии отмечена возможность смены депрессивного аффекта на гипоманиакальный при отсутствии продуктивной симптоматики. Речь была ускорена по темпу, движения экспрессивные, на лице – яркий макияж. Четвертая и пятая недели терапии кветиапином характеризуются нормализацией настроения, возникает возможность перевода больных в отделение дневного стационара, в итоге со слов одной из больных, «вернулась в состояние до болезни».

Среди больных со смешанным типом шизоаффективного расстройства (ШАР) все были лицами женского пола (n=4). Длительность терапии кветиапином смешанного варианта ШАР составила от 6 до 9 недель. Терапевтическая доза кветиапина варьировала от 300 до 900 мг/сут.

На первой неделе терапии в двух наблюдениях отмечалась редукция психотической симптоматики: в одном – вербального псевдогаллюциноза в виде звучания мыслей потусторонней силы, в другом – бреда мнимой беременности. Выявлена возможность возникновения смешанного аффективного расстройства без продуктивной симптоматики по альтернирующему типу: в утренние часы и днем настроение приподнятое – «хочется петь песни, помогать людям», «хочется летать, у меня выросли крылья», вечером – депрессия.

На второй неделе терапии в двух наблюдениях сохраняется «позитивное, отличное» настроение с дисфорическим оттенком в виде злобности, раздражительности, нецензурной брани в ответ на попытку коррекции поведения. Актуальными остаются симптом отрицательного двойника, бред интеллектуального воображения с фабулой обладания экстрасенсорными способностями («возможность лечить людей своей энергией»), инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо («по глазам читаю мысли людей, определяю – добрый человек или злой»). У двух больных с редукцией на первой неделе вербального псевдогаллюциноза, бреда мнимой беременности формируется критическое отношение к бывшим психотическим переживаниям («симптомы болезни, которые надо лечить»). Больные соблюдают регулярный, без напоминания врача прием лекарственных препаратов, нормализуется настроение с отсутствием колебаний в течение дня, формируется вежливое отношение к больным отделению и медицинскому персоналу.

Третья-четвертая неделя терапии – отмечалась редукция бреда особого дара обладания экстрасенсорными особенностями; идеаторного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо; фон настроения становился ровным, нормализовался ночной сон. Больные начинали участвовать в трудовых процессах («стараюсь помогать по мере сил»), были общительными, высказывали реальную озабоченность в отношении бытовых вопросов семьи. Поведение становится упорядоченным, доброжелательным в общении с больными отделения. В одном из этих наблюдений на этапе выхода из приступа возникает смена настроения в течение дня от приподнятого с эпизодами гневливости, раздражительности до подавленности с ощущением тяжести за грудиной, отсутствием желания к общению и патологическими телесными ощущениями с локализацией в поясничной области («как будто забили кол в поясницу»). Пятая-шестая недели терапии – больные, переведенные на режим дневного пребывания, возобновляли выполнение бытовых обязанностей (уборка в квартире, приготовление пищи, работа на приусадебном участке), со слов родственников – «вернулись в обычное свое состояние». В единичных наблюдениях в ближайшее время после выхода из приступа сохранялись жалобы на утомляемость, медлительность, необходимость отдыха в течение 2-3 часов («сил стало меньше – быстро устаю, слабость, немощь какая-то»).

В единичном наблюдении диагностирован маниакальный тип шизоаффективного расстройства в виде бреда интеллектуального воображения по типу озарения («почувствовала в себе дар, экстрасенсорные способности», возможностью чтения мыслей людей, животных, растений) в сочетании с вербальным псевдогаллюцинозом («в голове монолог в виде 2 мысленных голосов: один – внутренняя интуиция больной, другой – высший разум»). В качестве сопутствующей патологической диагностируется симптоматическое бедное паническое расстройство с атипичной симптоматикой и патологическими телесными ощущениями церебральной

локализации в виде ощущения горения внутри головы. Кветиапин назначен в дозе 900 мг в сутки с постепенным наращиванием дозы.

На первой неделе терапии кветиапином отмечено уменьшение интенсивности проявлений вербального галлюциноза, улучшение ночного сна, изменение содержания сновидений («непугающее»), попытка психологизации дара экстрасенсорных особенностей («начиталась экстрасенсорной литературы»), редукция панических атак. На второй неделе – редукция бреда особых способностей, вербальный псевдогаллюциноз трансформируется во «внутренний голос интуиции», с которым больная продолжает советоваться. Формируется двойственная оценка своего состояния – с одной стороны считает его проявлением болезненного состояния, с другой – собирается обратиться к специалистам нетрадиционной медицины и путем «сканирования электромагнитными волнами» определить причины болезненных расстройств. На третьей-четвертой неделе терапии в течение дня возникают эпизоды «приторженного состояния» с чувством безразличия, апатии, которые сменяются приподнятым настроением, активностью в течение дня с сохранением вербального псевдогаллюциноза в виде советов и одобрения поведения больной. Пятая-шестая недели терапии – отмечается редукция «внутреннего голоса», упорядоченность в поведении, отсутствие колебаний настроения в течение дня; формируются критическая оценка болезненных переживаний, понимание необходимости дальнейшего приема лекарственных препаратов после выписки из стационара.

Приведена оценка эффективности терапии кветиапином больных параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения (F20.x1) на этапе актуального приступа. Количество больных – 9. Эффективной оказалась терапия кветиапином у трех больных с параноидной шизофренией и эпизодическим типом течения. У одного из этих больных диагностирована депрессивно-бредовая структура приступа с ипохондрическим бредом (заражение ВИЧ инфекцией), фантастическими сенестопатиями («зуд в животе, как будто пальцем тычут в кишку»). В другом случае имел место депрессивный аффект с витализацией в виде метафорического ее варианта («душа болит»), наглядно-образный бред воображения с элементами мегаломании («из плоти больного делается армия»), «в окружающих людях различал демонов по цвету глаз», вербальный псевдогаллюциноз с императивным содержанием. В обоих случаях максимальная доза кветиапина составила 1200 мг/сутки. Длительность терапии в обоих случаях составила 28 дней. Несмотря на короткий курс терапии у больных на 3-4 неделе выявлялось уменьшение аффективной окраски бредовых идей, у второго больного – отсутствие вербального галлюциноза. Больные возобновили уход за внешним видом, общение с больными по палате, участие в трудовой деятельности отделения. В третьем наблюдении из этой группы у больного диагностирована депрессивно-псевдогаллюцинаторно-бредовая структура приступа. Длительность терапии составила 35 дней. Положительная динамика отмечена с 3 недели терапии в виде редукции аффективной и продуктивной составляющей приступа.

Неэффективной оказалась терапия кветиапином у 6 больных с параноидной шизофренией и приступообразным типом течения. Длительность терапии составила от 14 до 28 дней с необходимостью последующей смены препарата. Кветиапин оказался неэффективен в случае маниакального аффекта, вербального галлюциноза с фабулой, неконгруэнтной ведущему аффекту, идеаторного варианта синдрома психического автоматизма и агрессивного поведения в адрес окружающих. Неэффективной оказалась терапия кветиапином и в случае приступа с депрессией и в то же время бредовыми идеями особого дара понимания языка растений и животных в виде беззвучного диалога, а также вер-

бального галлюциноза положительного содержания. В третьем случае это был ипохондрический бредовый приступ с фабулой заражения ВИЧ-инфекцией, патологическими телесными ощущениями (алгии) и тотальным вариантом синдрома психического автоматизма. Больные были переведены на другой антипсихотик (зуклопентиксол, рисперидон).

Неэффективной оказалась терапия кветиапином позднего (в возрасте 53 лет) манифестного приступа шизофрении с галлюцинаторно-бредовой структурой. Вербальный галлюциноз был представлен псевдогаллюцинозом («камеры поставили в зубы для съемки и фиксирования сюжета в глазах больной»), имел место тотальный синдром психического автоматизма; аффективные нарушения с акцентом на негативной аффективности (отсутствие желания с кем-либо общаться). Систематизированный бред и поведение больной были целиком определены содержанием вербального псевдогаллюциноза. В одном из наблюдений аффективно-галлюцинаторно-бредовая структура приступа параноидной шизофрении трансформировалась в онейроидно-кататоническую. Среди кататонических расстройств регистрировались «положительный симптом подушки», симптом зубчатого колеса, пассивный негативизм; среди соматических симптомов выявлялись множественные гематомы в области верхних и нижних конечностях, гипергидроз, учащение пульса до 100 в 1 минуту. После проведения инфузионной терапии в объеме до 1 литра в комбинации с электродорожной терапией отмечена положительная динамика с редукцией проявлений кататонической симптоматики. Попытка назначения кветиапина (до 750 мг/сут.) с целью воздействия на вторичную негативную симптоматику (отсутствие желания общения, избегание контакта с окружающими) оказалась неэффективной из-за экзаксация вербального галлюциноза, усиления психомоторного возбуждения и агрессивной настроенности в отношении окружающих в отделении. На 3 неделе больная становится недоступна контакту, издает монотонные крики, отмечены явления пассивного негативизма. Объективно выявлялась сальность кожных покровов, разлитая гиперемия ладоней и стоп, склонность к тахикардии. После отмены кветиапина вновь была назначена инфузионная терапия с последующим переходом на другой представитель группы антипсихотиков (амисульприд).

В одном из наблюдений кветиапин с постепенным наращиванием дозы до 900 мг/сут. был назначен больному с галлюцинаторно-бредовой структурой приступа после купирования выявленных при госпитализации начальных проявлений токсико-аллергической реакции в результате инфузионной терапии. В течение первых двух недель терапии кветиапином сохраняется сниженное настроение, отказ от общения, физическая слабость, идеаторная и моторная замедленность; сохраняется продуктивная симптоматика (в окружающих узнает своих умерших родственников; бредовые идеи мнимой беременности, обонятельные галлюцинации «от окружающих пациентов исходил неприятный запах»). На 3-4 неделе терапии формируется альтернирующий вариант смешанных аффективных расстройств – смена настроения в течение дня от сниженного с пассивностью, отказом от общения до приподнятого с раздражительностью, конфликтностью и попытками лечения больных (избавление от зубной и головной боли при помощи приложения рук к месту предполагаемой локализации боли). Рецидивирует вербальный галлюциноз преимущественно в вечернее время.

Таким образом, предикторами эффективности терапии кветиапином являются: шизоаффективное расстройство (ШАР) депрессивного, смешанного и маниакального типов с конгруэнтностью (соответствием) фабулы продуктивных расстройств (истинный и псевдогаллюцинаторный варианты вербального галлюциноза, интравертированный вариант синдрома

Кандинского-Клерамбо, интеллектуальный бред воображения) доминирующему аффекту. Среди больных параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения эффективной оказалась терапия кветиапином в случае депрессивно-галлюцинаторно-бредовой струк-

туры приступа с наличием патологических телесных сенсаций в виде сенестопатий и ипохондрическим бредом, наглядно-образным бредом воображения с элементами мегаломании, вербальным псевдогаллюцинозом с оскорбляющим и угрожающим содержанием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аханкин Р.В., Аведисова А.С. Оценка терапевтической эквивалентности двух препаратов кветиапина (кетилепт и сероквель) у больных с расстройствами шизофренического спектра // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – №3. – С.14-18.
2. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / Под ред. С.Н. Мосолова – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – 1080 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В. и др. Помощь больным шизофренией с первичными психотиче-

- скими эпизодами: применение кветиапина // Психиатрия и психофармакотерапия. – М., 2005. – Т. 7. №1. – Приложение [электронный ресурс]. URL: <http://www.consilium-medicum.com> (дата обращения 06.10.2012).
4. Ильина Н.А. Терапия шизофрении и шизоаффективного расстройства: опыт применения кветиапина (сероквель) // Психиатрия и психофармакотерапия. – М., 2005. – Т. 7. №1. – Приложение [электронный ресурс]. URL: <http://www.consilium-medicum.com> (дата обращения 06.10.2012).
5. Минутко В.Л. Шизофрения: Монография. – Курск: Курск, 2009. – 688 с.

Информация об авторах: Иванова Людмила Александровна – ассистент кафедры, к.м.н., 664049, г.Иркутск, м-р Юбилейный, 100, ИГМАПО, кафедра психиатрии. Тел.(3952) 763857, e-mail: bobrov_irkutsk@rambler.ru; Рожкова Марина Юрьевна – врач-психиатр.

© КОЧКИН А.В., ФИЛИППОВА Т.П., БАТУНОВА Е.В., НОВИЦКАЯ О.Н., ЗАГОРСКАЯ И.В., БЫКОВ Ю.Н. – 2013
УДК 616.8-002.5:[616.98:578.828НIV]

ОТКЛОНЕНИЯ УРОВНЕЙ НЕЙРОТРОПНЫХ СЫВОРОТОЧНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Александр Викторович Кочкин¹, Татьяна Павловна Филиппова², Елена Владимировна Батунова¹,
Ольга Николаевна Новицкая², Юрий Николаевич Быков², Ирина Владимировна Загорская³

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, центральная научно-исследовательская лаборатория, зав. – к.м.н., доцент А.В. Стародубцев;

²Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра фтизиопульмонологии, зав. – д.м.н. Т.П. Филиппова, кафедра нервных болезней, зав. – д.м.н., проф. Ю.Н. Быков;

³Иркутский областной противотуберкулёзный диспансер, гл. врач – к.м.н. М.Е. Кошечев)

Резюме. С целью оценки информативности комплексного исследования уровней нейротропных аутоантител («ЭЛИ-Нейро-Тест-12») для диагностики ВИЧ-ассоциированного туберкулёза ЦНС (ВИЧ/ТБ ЦНС) обследовано 30 больных ВИЧ/ТБ ЦНС, 18 больных ВИЧ/ТБ лёгких, 22 больных туберкулёзом лёгких без ВИЧ-инфекции и 30 здоровых лиц. Выявлено, что изменения спектра естественных нейротропных аутоантител у всех больных туберкулёзом имели одинаковую направленность, не связанную с локализацией процесса и наличием ВИЧ-инфекции. Отсутствие специфических для туберкулёза ЦНС сдвигов показателей не позволяет рекомендовать «ЭЛИ-Нейро-Тест-12» для ранней диагностики ВИЧ/ТБ ЦНС. Однако резкое повышение или выраженное снижение средней индивидуальной иммунореактивности в равной степени могут рассматриваться как критерии неблагоприятного исхода заболевания.

Ключевые слова: туберкулёз, ВИЧ-инфекция, центральная нервная система, аутоантитела.

THE LEVEL OF NEUROTROPIC SERUM AUTOANTIBODIES IN PATIENTS WITH HIV-ASSOCIATED TUBERCULOSIS OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM

A. V. Kochkin¹, T. P. Filippova², E. V. Batunova¹, O. N. Novickaya³, Yu. N. Bykov², I. V. Zagorskaya³

(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, ²Irkutsk State Medical University,

³Irkutsk Regional Tuberculosis Dispensary, Russia)

Summary. In order to evaluate the informativeness of complex study of natural neurotrophic autoantibodies level (“ELI-Neuro-Test-12”) for the HIV-associated CNS tuberculosis (HIV/TB CNS) diagnosis 30 patients with HIV/TB CNS, 18 patients with HIV/TB lung, 22 patients with pulmonary TB without HIV infection and 30 healthy individuals have been investigated. It has been revealed that the changes in the spectrum of natural neurotropic autoantibodies in all TB patients have the same orientation, regardless of the localization process and the presence or absence of the HIV infection. The lack of clear, unique for the tuberculosis of the central nervous system indicators changes do not allow to recommend “ELI-Neuro-Test-12” for the early diagnosis of HIV / TB CNS.

Thus, a sharp increase or decrease of the average individual immunoreactivity can equally be considered as the criteria of unfavorable outcome of the disease.

Key words: tuberculosis, HIV infection, central nervous system, autoantibodies.

В последние годы в России возрастает удельный вес ВИЧ-ассоциированного туберкулёза центральной нервной системы (ВИЧ/ТБ ЦНС) [1,4,6,8,10,13,14,15].

Заболевание характеризуется вариативностью клинико-лабораторных проявлений и редким обнаружением МБТ в спинномозговой жидкости [1,4,9], что

способствует позднему выявлению больных, существенно ухудшает прогноз заболевания [2,3,5,11,12], многократно повышает актуальность изыскания новых критериев диагностики этой сочетанной патологии.

Одним из современных методов раннего выявления поражений ЦНС является отечественная диагностиче-