

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ОРАЛЬНО-ДИСПЕРГИРУЕМОЙ ФОРМЫ ЭСЦИТАЛОПРАМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И.В. Олейчик, П.А. Баранов
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

В статье обсуждается проблема приверженности терапии при лечении антидепрессантами, обращается внимание на эффективность и безопасность применения эсциталопрама, удобство использования его орально-диспергируемой формы, позволяющее повысить комплаентность у ряда категорий пациентов. Делается вывод, что использование подобной лекарственной формы позволяет избежать преждевременного прекращения терапии и снижает риск рецидивов болезни и хронификации заболевания. Приводятся два клинических наблюдения, иллюстрирующих описанные выше положения.

Ключевые слова: антидепрессанты, приверженность терапии, эсциталопрам, орально-диспергируемые таблетки, депрессия.

Депрессия является одним из наиболее частых психических расстройств, наряду с тревожными расстройствами. При этом, эффективное лечение данных нарушений до настоящего времени является сложной задачей, несмотря на появление новых поколений антидепрессантов, обладающих благоприятным профилем переносимости и эффективности.

Проблема заключается в нередких случаях самовольной, обычно преждевременной отмены лекарств из-за длительного латентного периода перед началом действия препарата, что вызывает сомнения в его эффективности; отсутствия значимого клинического эффекта в обозначенные врачом сроки, необходимости подбора эффективной дозы, присутствия нежелательных явлений, в том числе и у последних поколений антидепрессивных средств, которые могут проявляться раньше основного (терапевтического) действия и, даже при достаточной эффективности препарата в отношении основного расстройства, серьезно снижать качество жизни больного.

Кроме того, комплаентность (приверженность терапии) непосредственно связана с продолжительностью лечения: при длительном сроке терапии она ниже, чем при коротком [1], а лечение депрессий, как известно, в большинстве случа-

ев требует долговременной терапии — от 6 до 12 мес. и более. Немаловажный фактор сохранения приверженности терапии, связанный с препаратом — это удобство его приема. Если препарат обладает коротким периодом полувыведения и его следует принимать по несколько раз в день, то работающим и учащимся пациентам крайне затруднительно соблюдать подобный режим терапии, и они предпочитают просить врача о назначении лекарства с однократным приемом в течение суток. Наконец, для многих больных является нежелательным использование препарата перорально в лекарственных формах большого размера (крупные таблетки, капсулы): они могут просто отказаться от лечения из-за страха «подавиться», а также неприятных ощущений в глотке, пищеводе при использовании подобных медикаментов и, возникающих, как следствие, опасениях, касающихся потенциальных вредных последствий для желудочно-кишечного тракта. Подобные трудности приема лекарств особенно актуальны для пожилых пациентов, а также для больных с конверсионной и ипохондрической симптоматикой.

Известно о достаточно низкой приверженности пациентов приему антидепрессантов. По разным оценкам до 50 % пациентов не соблюдают даже минимальный (6 мес.) срок антидепрессивной терапии, а большинство из них прерывает лечение в течение первого месяца [2, 3], при этом около 25 % больных даже не считают необходимым сообщить об этом лечащему врачу [3, 4]. Наиболее же частой причиной отказа от лечения антидепрессантами является наличие нежелательных явлений на первых неделях терапии при отсутствии ожидаемого действия в плане улучшения настроения, а в более поздние сроки — наоборот, как следствие нормализации состояния при отсутствии понимания необходимости продолжительного приема лекарства в рамках поддерживающего курса [5].

С целью повышения удобства приема препаратов разработаны, в частности, орально-диспергируемые формы лекарственных средств, т.е. таблетки, быстро растворяющиеся в ротовой полости. В сравнении с обычными таблетиро-

ванными формами они имеют ряд преимуществ: приемлемы для пациентов с дисфагией [6], больных пожилого возраста с трудностями глотания [7], пациентов с фобиями ипохондрического содержания, сензитивными идеями отношения и наличием истеро-конверсионной симптоматики. В РФ в настоящее время из антидепрессантов лишь эсциталопрам доступен в форме орально-диспергируемых таблеток (Элицея® Ку-таб®).

Как известно, основными преимуществами данного антидепрессанта перед другими препаратами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) являются: практическое отсутствие взаимодействия с серотониновыми, адрено-, холино-, мускариновыми и дофаминовыми рецепторами, а также минимальный эффект в отношении обратного захвата норадреналина и дофамина, так называемая «аллостерическая модуляция» с «двойным» воздействием на серотонин, высокая эффективность при купировании и профилактике депрессий различной степени тяжести и терапии тревожных расстройств, а также крайне незначительное взаимодействие с другими препаратами, редкость и легкая степень нежелательных эффектов [9].

Ниже приводятся два клинических наблюдения, иллюстрирующие высокую эффективность и переносимость эсциталопрама, а также удобство применения его орально-диспергируемой формы (Элицея® Ку-таб®).

Наблюдение № 1

Г-ва Т. О., 2000 г.р., студентка филологического института.

Анамнез (со слов пациентки и по данным родственников).

Наследственность отягощена по обеим линиям, где у большинства родственников отмечались депрессивные состояния, потребовавшие приема антидепрессантов. По линии отца прабабка страдала шизофренией, по линии матери дед страдал колебаниями настроения и алкоголизмом, по поводу последнего находился на лечении в наркологической клинике.

Течение беременности у матери больной прошло без особенностей, роды в срок, естественным путем. Раннее развитие ребенка своевременное, однако, в 4 года отмечались логопедические проблемы, переставляла местами слоги, ввиду чего год обучалась в коррекционном саду; результат обучения положительный. Формировалась спокойным, впечатлительным, любознательным, очень аккуратным ребенком. Детский сад посещала с 4 лет, помнит, что адаптировалась там плохо, ни с кем практически не общалась, была плаксива, окружающее казалось нереальным, ощущала себя как во сне, смотрела на себя как бы со стороны. Данное состояние длилось около года, пока больная не перевелась в другой детский частный сад, где стала менее замкнутой, более коммуникабельной, с удовольствием принимала

участие в детских утренниках, праздничных выступлениях, поддерживала общение с детьми, но в близкие контакты не вступала, общалась формально. С раннего возраста (4 года) полюбила читать художественную литературу, в основном жанр фантастики, могла длительное время проводить за чтением книги, представляла себя в роли действующих персонажей. С этого возраста (5 лет) появились первые, своего рода, «ритуалы»: рисовала исключительно теми карандашами, которые первые выпадут из упаковки и в дальнейшем подобные «привычки» и «условности» продолжались вплоть до настоящего времени, усложняясь по содержанию. Плохо переносила поездки в автомобиле — укачивалась, часто возникала тошнота и рвота. С детского возраста по настоящее время, заболевая вирусными инфекциями с фебрильной температурой, замечала, что окружающие предметы увеличиваются в размерах, появляется ощущение невозможности обхватить их руками, периодически видела как из собственного тела «вылезают» кровавые кисти рук.

В школу пошла в 6 лет, была напугана обществом детей, часто плакала, просила родителей забрать домой, окружающее в школе казалось серым, унылым; была замкнутой, в то же время тяготилась отсутствием друзей, так как отмечала сложности в общении со сверстниками. Такое состояние сниженного настроения продолжалось около 2-х лет. В дальнейшем адаптировалась к школе, появились подруги, с которыми могла общаться, скоротать время, стала более уверенной в себе, почувствовала, что ее ценят. Училась средне, предпочитала гуманитарные предметы, точные науки давались с большим трудом, расстраивалась, когда получала оценки «2» и «3». Была медлительной, растягивала выполнение домашней работы на целый день, так как старалась все сделать крайне тщательно. Отличалась от большинства сверстников своеобразием мышления, собственные высказывания и выводы были не похожи на речь сверстников, фразы были очень сложными, детализированными. В 10 лет (5 класс), по инициативе родителей, перешла в другую школу, где был принят индивидуальный подход в обучении школьников. Там также адаптировалась не сразу, первые полгода снова возникло ощущение нереальности окружающей обстановки, «будто бы вокруг снимается кино». Однако после того как появились две подруги, стала себя чувствовать более комфортно. В то же время, любила одиночество, с удовольствием сочиняла стихотворения, рисовала, радовалась возможности читать, окунуться в мир фантастических рассказов, размышляла о смысле жизни.

Месячные с 12 лет, цикл регулярный, безболезненный. С этого времени (7 класс) появились «привычки», связанные с одеждой: стремилась, чтобы количество ее маек, юбок, блузок было рав-

ным; имела определенный график, по которому носила вещи. Чтобы не утруждать себя выбором, разработала схему проведения свободного времени, которой неукоснительно следовала: два раза откажется от предложенного досуга и только на третий раз согласится. Никогда не спешила на подъезжающий автобус, даже опаздывая на занятия, не ускоряла шаг, так как считала, что у каждого предмета (автобуса) и человека есть свой ритм, который не следует ни в коем случае менять. При выборе новой книги для прочтения также имелся свой план. Сначала составлялся список книг, а потом они выбирались для чтения, причем, только в написанной последовательности. Если не удавалось соблюдать эти условия, испытывала тревогу, дискомфорт на душе, в связи с чем стремилась всегда их соблюдать. С этого же времени стала круглой отличницей, так как усилились такие черты, как аккуратность, исполнительность, педантичность.

В возрасте с 13 до 15 лет без видимых причин, постепенно, вновь снизилось настроение. Стала испытывать апатию, ничего не привлекало, начала носить темную одежду, так как она соответствовала состоянию ее души, слушала мрачные произведения в стиле металл, хард-рок, ощущала «пропасть» между собой и людьми, создала собственную теорию, исходя из которой, человеку никто не нужен, что одному жить лучше. Стала раздражительной, часто ссорилась со сверстниками, «огрызалась» на родителей. Отмечались резкие изменения массы тела, часто беспокоили головные боли. Данное состояние длилось около 2,5 лет, затем самостоятельно прошло. «Привычки» и условности на фоне сниженного настроения усиливали свою значимость и разнообразие, а при улучшении настроения — смягчались, не так сильно влияли на повседневные дела. Интересы к противоположному полу не было.

С этого времени по совету родителей стала принимать фенибут (500 мг/сут. с положительным эффектом). С 16 лет занималась в группе с репетитором по литературе, во время занятий чувствовала сильный дискомфорт от методики преподавания, личного отношения самого преподавателя к предмету, его поведения. На этих занятиях впервые познакомилась с парнем, чувствовала, что они имеют сходные взгляды на жизнь. В это время часто плакала, быстро уставала на занятиях, периодически снижалось настроение, испытывала апатию в течение всего дня. Кроме фенибута во время волнения стала также принимать феназепам, либо при отсутствии последнего — небольшие дозы алкоголя. В 11 классе (17 лет) во время сдачи экзаменов и участия в олимпиадах по литературе сильно волновалась, на пике тревоги испытывала приятные ощущения в области половых органов, считала их «оргазмом», чувствовала неудобство в такие моменты.

В 17 лет, закончив обучение в школе с отличными оценками, поступила в филологический институт на бюджетную форму обучения. Освоилась в университете не сразу, первый месяц испытывала, как и ранее, ощущение нереальности происходящего, чувствовала себя словно в «карточном домике», однако в последующем привыкла. Среди студентов встретила знакомых по занятиям у репетитора, в том числе знакомого молодого человека. С этого времени начала задаваться вопросами: «Зачем нужно познание? Зачем нужно движение? Зачем вообще нужна жизнь?». Подобные вопросы мешали сосредоточиться на занятиях. Со временем их интенсивность усилилась, появились резкие перепады настроения, длительностью до суток: то подъем настроения с многоречивостью, активностью, позитивным настроением, дурашливым поведением, игривостью, во время которого забывала о крутившихся в голове вопросах, то спад, когда была грустнее обычного, усиливались внутренние диалоги в голове, пропадало желание учиться, посещать университет, снижался аппетит. Во время подготовки к сдаче осенней сессии завела блокнот, в котором расписывала всё свое время поминутно, выделяя для каждого предмета строго отведенные часы, не позволяла себе отклоняться от графика и менять последовательность подготовки. В итоге сессию сдала хорошо. Во втором семестре стала замечать, что постепенно влюбляется в знакомого молодого человека, с которым была уже знакома больше года, однако о своих чувствах ему ничего не сообщала, надеялась и ждала первых шагов с его стороны. Весной 2019 г. вновь усилились колебания настроения в течение недели: от сниженного с преобладанием апатии, полного безразличия, плаксивости, слабости, до приподнятого с чувством эйфории, стремлением дурачиться. На этом фоне становилось тяжелее усваивать новую информацию, во время учёбы периодически испытывала безотчётную тревогу, часто принимала феназепам, постепенно увеличила дозировку до 3 мг/сут. Тем не менее, летнюю сессию сдала успешно. Во время практики летом много времени проводила со своим другом, всё больше, день ото дня, влюбляясь в него и страдая от ощущения неопределенности во взаимоотношениях. Ухудшение состояния с сентября 2019 г. (19 лет), когда резко усилилась интенсивность и частота перепадов настроения. С этого времени стала наносить себе расчесы ногтями в области плеч, предплечий, тем самым заглушая собственные эмоции, наказывая себя. В октябре настроение стало преимущественно сниженным, не хотелось ни с кем разговаривать, плакала, пропал интерес к учебе и общению, появилась раздражительность, нарушился аппетит и сон, часто беспокоили головные боли, усилилась склонность к «условностям»: выбирала по определённой схеме автобус, на котором надо ехать; в столовой обязательно брала блюдо,

находящееся с определённого края прилавка. В середине ноября, после выяснения отношений с молодым человеком, осознала безответность её чувств, состояние резко ухудшилось, появилось чувство тоски с ощущением жжения и давления в груди. С этих пор появилась избыточная потребность в общении с людьми. В моменты, когда чувствовала себя плохо, либо подсаживалась к знакомым ребятам в аудитории, либо созванивалась с ними, хотя прежде никогда не нуждалась в этом, чувствуя себя комфортно в одиночестве. Во время бесед с людьми, отвлекалась от собственных негативных переживаний. В конце ноября, по рекомендации родителей, стала принимать антидепрессанты: вначале пароксетин 20 мг/сут., который вскоре, из-за побочных эффектов (тошнота, тревога, бессонница), заменила на сертралин 50 мг/сут. После приема последнего, отмечалось некоторое улучшение состояния — уменьшилась частота сомнений, потребность в особом порядке действий, в то же время колебания настроения участились до нескольких раз за день от приподнятого, когда слушала громкую музыку, танцевала, пела, до сниженного с плаксивостью, тоской, нарушением сна и аппетита.

Резкое ухудшение состояния произошло в конце декабря 2019 г., когда стала отмечать резкое снижение настроения, появление идей собственной малоценности, трудности сосредоточения. Обратилась к психиатру, который назначил амитриптилин 75 мг/сут., однако положительного эффекта не отмечалось. В январе 2020 г., понимая, что не справляется с учебой, решила взять академический отпуск и обратилась в НЦПЗ, где была проконсультирована и госпитализирована 13.01.2020 г.

Психическое состояние при поступлении.

Фон настроения снижен. Во время беседы часто вздыхает, ерзает на стуле, сцепляет и расцепляет кисти рук, прикусывает губы. Поводит плечами, закатывает глаза, поджимает губы, качает головой, стремясь усилить впечатление от сказанного. Речь громкая, интонационно насыщенная, быстрая, использует много драматизирующих оборотов: “ужасно, невероятно, невыносимо”. Ответив на вопрос, внимательно смотрит на врача, наблюдая за его реакцией. Одета опрятно, тщательно следит за своей внешностью. На вопросы отвечает крайне многословно, пространно, приводит массу мелких деталей, пускается в длительные наукообразные рассуждения на тему вопроса, при этом постепенно от нее отдалается. Речь изобилует яркими и образными сравнениями, усложненными формулировками, из-за которых больную трудно понять; требуются повторные вопросы врача для уточнения смысла сказанного. Суждения часто крайне противоречивы, одна фраза может исключать другую, сказанную ранее. Так, например, заявляет, что любит одиночество, но не может находиться

без людей; одновременно говорит о том, что все любит планировать и рассчитывать, но себя, при этом, считает импульсивным человеком, живущим чувствами и эмоциями. Практически ни на один вопрос, даже самый простой, не может ответить однозначно, начинает уточнять и дополнять сказанное. Временами становится улыбчивой, благодушной, смеется, однако такие состояния непродолжительны. Также периодически становится угрюмой, мрачной, подавленной, сама не может объяснить причины внезапной смены настроения. С врачом беседует охотно, не устаёт, проявляет инициативу в беседе, большую трудно перебить. Жалуется на тревогу, апатию, тоску, неприятное ощущение жжения в груди, называет его “комком воспаленных нервов”, отмечает при волнении «ком в горле», онемение рук и ног. Сообщает, что вынуждена для борьбы со своим “перфекционизмом” придумывать разнообразные способы: планирует чтение книг в определенной последовательности, сидит по два раза на каждом стуле в отделении, по-особому должна относиться к нежелательным мыслям, приходящим ей в голову, не полемизировать с ними, т.к. поняла из книг, что эти мысли — болезненные. Если не может выполнить данные правила, возникает раздражение, безотчетная тревога. Отмечает постоянный самоанализ, от которого не может отделаться и который ей мешает думать. Винит себя в том, что не может справиться с собой, в безволии, эгоизме, создании проблем родственникам. С одной стороны, называет все перечисленное навязчивостями, с другой — считает неотъемлемой частью своего характера. Считает, что больна депрессией и перепадами настроения и именно эти нарушения следует лечить, а с навязчивостями она справится сама. Много рассуждает на философские, религиозные, психологические темы. Жалуется на постоянные, неоднократные в течение дня перепады настроения, однако, подчеркивает, что ей в отделении стало лучше, т.к. здесь благоприятная обстановка и лекарства тут ни при чем. Сон с пробуждениями, аппетит снижен.

Сомато-неврологически: без отчетливой патологии.

Консультация психолога. По результатам психологического исследования на первый план выступают формирующиеся ананкастно-шизоидные черты личности, субъективизм, эгоцентризм, сензитивность, нетерпимость к другому мнению. Особенности мыслительного процесса — при достаточном уровне обобщения имеет место тенденция как к конкретности и обстоятельности, так и к рассуждательству на депрессивном фоне.

За время лечения в стационаре, на фоне назначения ламотриджина до 100 мг/сут., кветиапина 300 мг/сут. и сертралина 200 мг/сут., удалось добиться умеренно выраженной положительной динамики состояния: несколько уменьшилась интенсивность и частота колебаний настроения

в течение дня, улучшился аппетит и ночной сон, однако ночные пробуждения еще сохранялись. В отделении избирательно общалась с одной из пациенток, однако большую часть времени проводила в одиночестве, читала книги, подолгу в одиночестве сидела в кресле. В целом была тиха, малозаметна, к врачам и медперсоналу с какими-либо просьбами не обращалась. На свиданиях с матерью вела себя тепло по отношению к ней. Отмечала уменьшение раздражительности, однако, временами, с криком кидала на пол книгу, объясняя это тем, что не смогла правильно продумать мысль и справиться с нахлынувшим отчаянием. В последующем, через две недели, схема лечения была изменена: сертралин был заменен на эсциталопрам в дозе до 20 мг/сут., после чего наблюдалось значительное улучшение состояния пациентки: настроение выровнялось, полностью редуцировались тревога и тоска, значительно уменьшилась интенсивность навязчивых мыслей о соблюдении правил и графиков, об устройстве мира. Улучшилась концентрация внимания и способность к усвоению учебного материала. Была выписана из клиники НЦПЗ 20.02.2021 г., аккуратно принимала терапию, хорошо ее переносила, регулярно наблюдалась лечащим врачом клиники амбулаторно.

Настроение оставалось ровным, избирательно общалась с друзьями, готовилась к продолжению учебы в ВУЗе, навязчивые размышления и педантизм сохранялись, но существенно не влияли на жизненный уклад пациентки. С началом учебы в институте, в сентябре 2021 г., возникли затруднения с утренним приемом эсциталопрама (кветиапин пролонгированного действия (Кветиакс® СР) и ламотриджин пила вечером), т.к. часто в спешке, боясь опоздать на занятия, забывала его принять, а сделать это в аудитории стеснялась: надо было запивать таблетки водой, что затрудняло возможность не привлекать к себе внимание однокурсников. В связи с низкой комплаентностью обычная форма эсциталопрама была заменена на орально-диспергируемую форму (Элицея® Ку-таб®). В результате пациентка могла принять препарат в любое время, запивания водой не требовалось, для окружающих это было незаметно и выглядело как употребление освежающей конфеты; далее схема терапии соблюдалась.

Анализ клинического случая

Состояние больной при поступлении определялось как аффективно-смешанное с преобладанием проявлений депрессии в виде апатии, тревоги, эпизодов витальной тоски, с нарушением сна по типу частых пробуждений, снижением аппетита, идеями самообвинения и собственной малоценности, сверхценным мировоззрением пессимистического содержания, чередующимися с короткими периодами инверсии аффекта, проявляющихся гипоманией с дурашливостью, гневливостью, порой агрессивностью и припод-

нятым фоном настроения с оттенком эйфории. В статусе также имеет место массивная невротическая симптоматика, представленная специфическими обсессиями, охватывающими практически всю жизнь больной (навязчивые сомнения, опасения, навязчивый самоанализ («умственная жвачка»), навязчивое стремление к совершенству), сопровождающимися разнообразными, преимущественно идеаторными, и, в меньшей степени, двигательными ритуалами. Выявляется также психопатоподобная симптоматика, представленная демонстративностью, стремлением вызвать жалость и сочувствие, склонностью к драматизации, жеманством. Обращают на себя внимание особенности мышления, которые представлены склонностью к рассуждательству, обстоятельностью, а также противоречивостью суждений. Кроме того, имеет место своеобразие критической оценки больной своего психического состояния: критика в основном касается аффективных нарушений, обсессии же расцениваются как свойства характера.

Заболевание развилось у личности с выраженной наследственной отягощенностью, представленной преимущественно аффективной патологией, как по материнской, так и по отцовской линиям. Преморбидно личность характеризовалась сложным сочетанием ананкастических, истерических, шизоидных черт. В детском возрасте неоднократно отмечались психотические эпизоды с истинными зрительными галлюцинациями, нарушениями схемы тела после экзогенных провокаций. В дальнейшем можно проследить у больной 2 линии расстройств. Одна из них — это повторно возникающие после психогений (изменение жизненного стереотипа) субдепрессивные состояния, которые отличались выраженностью депрессивной дереализации, апатией, адинамией, тревогой. Депрессивное состояние наблюдалось в возрасте с 13–15 лет, сопровождалось формированием сверхценного мировоззрения пессимистического содержания, при незначительной выраженности классических проявлений депрессий, приближаясь, таким образом, к картине юношеской т.н. экзистенциальной депрессии. Другой линией болезни является непрерывная невротическая симптоматика, которая сформировалась еще в детстве и вначале проявлялась навязчивыми сомнениями с ритуалами, имевшими ограниченный и бытовой характер. В дальнейшем постепенно нарастали черты перфекционизма с расширением круга обсессий, тесно связанных с последним, которые постепенно стали затрагивать все сферы жизни больной. Ритуалы стали включать не только двигательные, но и идеаторные компоненты (необходимость подсчета, последовательность в мысли, определённый способ мышления). С подросткового возраста, на фоне формирования описанного выше сверхценного мировоззрения, появилась навязчивая рефлексия,

достигающая степени “умственной жвачки”. Следует отметить определенные взаимодействия между невротоподобной симптоматикой и аффективной: при возникновении депрессии обсессии усиливались и становились более разнообразными, в состоянии эутимии происходило их упрощение и снижение интенсивности. С подросткового возраста отмечается также появление истеро-конверсионных расстройств и одновременно усиление истерического радикала личности с возникновением демонстративности, ранимости, обидчивости, конфликтности. С противотревожной целью больная прибегала к использованию ноотропов, бензодиазепинов, а в дальнейшем — эпизодическому употреблению алкоголя. Несмотря на массивность обсессивной симптоматики и выраженность шизоидных черт (мечтательность, трудность коммуникаций, предпочтение в уединенной деятельности), а также ананкастический радикал личности (педантизм, чрезмерность планирования, стремление к графикам и расписаниям), больная успешно училась и имела, хотя и крайне ограниченный, круг общения. Настоящее депрессивное состояние развилось с 17 лет и характеризовалось резким усилением интенсивности обсессий и, особенно, “умственной жвачки” с постоянной фиксацией на сверхценном мировоззрении метафизического характера. Одновременно отмечалась депрессивная дереализация, апатия, адинамия. В дальнейшем, в том же возрасте проявляются ранее не свойственные больной биполярные аффективные колебания. После психогении (отказ от общения молодого человека, которому она симпатизировала), отмечается дальнейшая отрицательная динамика состояния с усилением частоты и интенсивности аффективных колебаний, увеличением круга и частоты выполнения двигательных и идеаторных ритуалов, усилением тревоги, появлением аутоагрессивных действий, витальной тоски, идей самообвинения, выраженными нарушениями сна и аппетита. Вышеописанное состояние привело к учебной и социальной дезадаптации и госпитализации больной в НЦПЗ. На фоне проводимой терапии — отчетливая положительная динамика в виде редукции аффективных, и снижения интенсивности обсессивных расстройств, что позволило достичь полноценной учебной адаптации пациентки.

Таким образом, у больной с личностной структурой в виде сочетания ананкастных, шизоидных и истерических черт (с преобладанием первых), страдающей полиморфными обсессиями, образующими непрерывную линию расстройств и являющимися эгосинтонными, развиваются вначале монополярные депрессивные, а в дальнейшем и биполярные аффективные расстройства, на фоне которых происходит усиление полиморфизма и интенсивности невротической симптоматики. Описанная клиническая картина может быть квалифицирована в рамках анан-

кастного личностного расстройства с фазами (F60.52 + F34.0), в пользу чего свидетельствует эмоциональная сохранность пациентки, сохранение осевых качеств личности на протяжении болезни. Психологическое исследование не выявило специфических эндогенных расстройств мышления. Дальнейшая терапия больной включала нормотимический препарат (ламотридин) и атипичный антипсихотик с нормотимическим и антиобсессивным действием (кветиапин), а также антидепрессант с благоприятным профилем переносимости и антиобсессивной активностью, которым, в данном наблюдении, оказался эсциталопрам. Назначение орально-диспергируемой формы последнего (Элицея® Ку-таб®) существенно улучшило приверженность терапии.

Наблюдение № 2

И-я Д. А., 1994 г.р., не работает.

Анамнез (со слов пациентки и по данным родственников).

Наследственность психопатологически неотягощена. Пациентка родилась в Москве от первой нормально протекавшей беременности. Роды физиологические, в срок. Раннее развитие соответственно возрастным нормам. По характеру формировалась активной, подвижной, любознательной. В детском возрасте испытывала страх темноты. Детское дошкольное учреждение не посещала, воспитывалась матерью. В школу пошла с 6 лет, адаптировалась постепенно. С учебной нагрузкой справлялась, регулярно выполняла домашние задания. Из любимых предметов выделяла гуманитарные науки. В коллективе поддерживала приятельские отношения. Дополнительно занималась танцами. В свободное время встречалась с подругами, читала художественную литературу по возрасту. Месячные с 16 лет, нерегулярные, болезненные в первые дни цикла. С подросткового возраста (13–14 лет) несколько изменилась по характеру, стала протестной, конфликтной, раздражительной. Инициировала ссоры с матерью, неоднократно уходила из дома, по нескольку дней жила у подруг. Появился интерес к субкультуре «эмо», предпочитала брутальную музыку, начала ярко краситься и одеваться, носила пирсинг. С этого же возраста отметила появление колебаний настроения от несколько сниженного, с подавленностью, раздражительностью, недовольством собой, апатией, до приподнятого, когда становилась деятельной, активной, целеустремленной. Начала во время эпизодов сниженного настроения испытывать недовольство собственной внешностью, считала себя «толстой», придерживалась различных диет. В эти же периоды ощущала онемение рук и ног, «ком в горле», порой было трудно проглотить пищу. Ограничения в еде сохранялись вплоть до настоящего времени, периоды отказов от еды сменялись перееданиями; значительной динамики в весе, при этом, не отмечала.

В возрасте 16 лет однократно, с целью «напугать мать» нанесла поверхностный порез в области предплечья. За медицинской помощью не обращалась. После окончания 11 классов поступила на лечебный факультет мединститута. Успешно сдавала зачеты и сессии, завела приятельские отношения в коллективе. В 16 лет познакомилась с молодым человеком, вступила с ним в близкие отношения. В течение полугода настроение было приподнятым, испытывала «влюбленность», строила множество планов на совместное будущее. Однако, после разрыва отношений спустя 6 месяцев, отметила резкий спад настроения, нарушился сон по типу трудностей засыпания, в течение дня была плаксива, подавлена. В то же время, начала активно посещать увеселительные мероприятия «чтобы развеяться», легко заводила новые знакомства, часто меняла половых партнеров, эпизодически употребляла алкоголь. Несмотря на все описанное выше, продолжала справляться с учебной нагрузкой, подрабатывала медицинской сестрой в гематологическом отделении. Подобное состояние длилось около года и разрешилось самостоятельно, однако, умеренно выраженные перепады настроения сохранялись и в дальнейшем. После успешного завершения учебы в ВУЗе окончила интернатуру по гематологии, с 2018 г. стала работать врачом-онкогематологом в стационаре. С должностными обязанностями справлялась, пользовалась уважением у коллег. Свободное время проводила, встречаясь с друзьями, любила турпоходы, путешествия.

С осени 2018 г. колебания настроения стали более выраженными, с преобладанием его спадов; во время публичных выступлений отметила появление тревоги, доходящей до уровня «паники», ощущала учащенное сердцебиение, одышку. Усилилась раздражительность, начала конфликтовать с коллегами. В этот же период, с целью «облегчения состояния», в течение полугода до 2 раз в неделю употребляла мефедрон, кокаин. В состоянии наркотического опьянения испытывала «эйфорию», уменьшение тревоги. Весной 2019 г. впервые обратилась к психиатру, в течение нескольких месяцев принимала сертралин 100 мг с положительной динамикой, настроение выровнялось, принимать психоактивные вещества (ПАВ) перестала. Продолжала вести привычный образ жизни. С января 2020 г. поддерживала близкие отношения с мужчиной старше себя на 13 лет, проживавшим в Германии. Впоследствии, в июне 2021 г. вышла за него замуж. С февраля 2021 г. планировала переезд по месту жительства мужа, уволилась с работы по собственному желанию, активно занималась изучением немецкого языка.

Настоящее ухудшение психического состояния с марта 2021 г., когда без видимых причин стойко снизилось настроение, в течение дня испытывала вялость, сонливость, апатию. Возобновились тревога, раздражительность. После переезда в Германию в июне 2021 г. состояние

ухудшилось. Конфликтовала с мужем, подозревала его в изменах, проверяла мобильный телефон супруга, остро, вплоть до рукоприкладства, реагировала на малейшие замечания с его стороны. Нарушился сон в виде трудностей засыпания. Нарастала апатия, испытывала отчетливые трудности сосредоточения, концентрации внимания. В конце июля 2021 г. приехала к матери в Москву, самостоятельно обратилась в амбулаторный отдел клиники НЦПЗ и была госпитализирована 03.08.2021 г.

Психическое состояние при поступлении.

Ориентирована всесторонне верно. Входит в кабинет уверенной походкой. Выглядит соответственно возрасту, одета опрятно, волосы распущены. Демонстративна, склонна к драматизации, старается вызвать жалость и сочувствие. Поддерживает зрительный контакт с врачом. Сидит в свободной позе, откинувшись на спинку кресла, положив ногу на ногу. Мимика живая, выражение лица печальное. Голос средней громкости, модулированный, с разнообразием интонаций. В беседу вступает охотно, на вопросы отвечает в плане заданного, старается дать развернутые ответы. Речь в обычном темпе. Жалуется на колебания настроения в течение дня, от подавленного с чувством тоски, апатией, когда с трудом занимается привычными делами, до приподнятого с активностью, ощущением прилива энергии. В течение дня испытывает немотивированную тревогу, доходящую до уровня паники, сопровождающуюся «чувством кома в горле», онемением рук и ног. Кроме того, отмечает раздражительность, немотивированную агрессию по отношению к окружающим. Высказывает идеи малоценности, винит себя в сложившейся ситуации, считает себя «плохой женой». Ночной сон нарушен, с трудностями засыпания. Аппетит повышен. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает. Понимает, что больна депрессией. Ищет помощи. Настроена на лечение.

Сомато-неврологически: без отчетливой патологии.

Консультация психолога. На момент обследования на фоне снижения нейродинамических показателей, истощаемости психических процессов отмечается неравномерность умственной работоспособности, проявления обстоятельности, конкретности мышления. В плане личностных особенностей можно выделить черты демонстративности, вспыльчивости, явлений истеро-конверсионной симптоматики, настороженности, склонности к образованию сензитивных идей отношения, избирательности в общении. При динамическом наблюдении состояние с положительной динамикой, редукцией тревоги, выравниванием фона настроения. Критична к своему состоянию, высказывает опасения по поводу неспособности в будущем адаптироваться в новых условиях, повторения депрессии. Настроена на прием поддерживающей терапии. Суицидальные мысли, аутоагрессивные намерения отрицает.

В отделении адаптировалась постепенно, нахождением в психиатрическом стационаре не тяготилась. Режим соблюдала, первые две недели держалась преимущественно в одиночестве, была погружена в свои размышления. В течение первых полутора недель лечения сохранялись колебания настроения, раздражительность, высказывала жалобы на сонливость, апатию, тревогу за будущее. В дальнейшем, на фоне лечения карбамазепином до 800 мг/сут., в комбинации с эсциталопрамом до 20 мг/сут. редуцировалась депрессивная симптоматика, стабилизировалось настроение, восстановился сон. Стала активнее, общалась с соседками по палате, смотрела телевизор, читала книги. Жаловалась в начале терапии на усиление тревоги на фоне приема препаратов, затруднение при глотании таблеток на фоне ощущения «кома в горле». К терапии был добавлен диазепам 10 мг/сут., стала получать орально-диспергируемую форму эсциталопрама. В последующем диазепам был отменен, по мере редукции тревоги. Несмотря на исчезновение чувства «кома в горле», пациентка просила продолжить прием эсциталопрама именно в орально-диспергируемой форме, считала ее более удобной и безопасной. К моменту выписки 27.08.2021 г. фон настроения ровный, активных жалоб не высказывает. Строит планы на будущее, хочет выучить язык и устроиться на работу по специальности. Настроена на прием поддерживающей терапии. После выписки из клиники переехала к мужу, семейные отношения нормализовались, готовится к сдаче экзаменов, чтобы продолжить работу по специальности в другой стране. Терапию принимает аккуратно, амбулаторно консультируется у психиатра.

Анализ клинического случая

Состояние больной при поступлении определялось как депрессивное, с преобладанием тревоги, дисфории, проявлениями социофобии, приступами паники, нарушением сна по типу трудностей засыпания, снижением аппетита, идеями самообвинения, наличием полярных включений в виде коротких гипоманиакальных эпизодов. В статусе имеет место психопатоподобная симптоматика, представленная демонстративностью, склонностью к драматизации, а также невротическая, представленная конверсионными расстройствами, а также сверхценные идеи ревности. Отмечалась достаточно полная критика к аффективным нарушениям, понимание необходимости терапии.

Заболевание развилось у личности с отчетливыми истеро-гипертимными чертами. С подросткового возраста отмечается заострение личностных черт с появлением конфликтности, оппозиционности, сверхценным интересом к молодежным субкультурам и, одновременно, появлением стертых биполярных аффективных колебаний, причем субдепрессии сопровождались

проявлениями сверхценной дисморфофобии и расстройством пищевого поведения с чередованием эпизодов булимии и анорексии, применением диет. В субдепрессиях также отмечались апатия, дисфория, истероконверсионные расстройства. Гипомании были продуктивными. Следует отметить тот факт, что несмотря на наличие аффективных расстройств и характерологических особенностей, социальная адаптация пациентки длительное время оставалась на высоком уровне, какого-либо лечения не требовалось. В возрасте 16 лет, после психогении, наблюдалось более продолжительное и выраженное, чем ранее, субдепрессивное состояние с симптоматической алкоголизацией и промискуитетом, носившими антидепрессивный характер. В последующем аффективные колебания вновь приобрели стертый, субклинический характер и не влияли на карьеру и социальный статус. В 2018 г. аутохтонно вновь развилось более выраженное и продолжительное депрессивное состояние, которое сопровождалось симптоматическим употреблением ПАВ, для купирования которого впервые потребовалась терапия антидепрессантами. В 2021 г., также аутохтонно, развивается наиболее тяжелое, из всех наблюдавшихся, депрессивное состояние, со сверхценными идеями ревности, выраженными дисфорическими и психопатоподобными проявлениями, конверсионной симптоматикой, соматическими нарушениями, которое явилось причиной первой в жизни госпитализации в стационар. В данном случае правомерно диагностировать у больной аффективное заболевание в виде циклотимии (F34.0). Личностные особенности представлены преобладанием истеро-гипертимных черт, которые не влияли на адаптацию пациентки и могут рассматриваться в рамках личностной акцентуации. Данные экспериментально-психологического исследования согласуются с изложенной диагностической оценкой.

На фоне лечения нормотимиком (карбамазепин) и антидепрессантом (эсциталопрам) отмечалась быстрая, в течение двух недель, редукция депрессивной симптоматики, сглаживание аффективных колебаний. Терапия эсциталопрамом потребовала применения бензодиазепа (диазепама) в течение первых двух недель после начала лечения в связи с феноменом гиперстимуляции, характерном, в той или иной степени, для всех СИОЗС. В связи с выраженными конверсионными нарушениями («ком в горле») возникли проблемы с комплаентностью, однако замена обычной формы эсциталопрама на орально-диспергируемую форму (Элицея® Ку-таб®) позволила избежать неприятных ощущений при проглатывании таблетки и способствовала дальнейшему соблюдению схемы назначенной терапии.

Заключение. На основании клинического опыта и по данным литературы, можно представить «идеального респондера»: больные, страдающие депрессивными состояниями

с преобладанием тревоги или с коморбидными тревожными расстройствами и иной невротической (в особенности, истеро-конверсионной по типу globus hystericus) симптоматикой, пациенты с сопутствующей неврологической и соматической патологией, в том числе, получающие одновременно несколько соматотропных препаратов. Следует подчеркнуть, что, несмотря на высокую анксиолитическую активность, эсциталопрам, как и другие антидепрессанты группы СИОЗС, может в первые две недели от начала лечения вызывать феномен гиперстимуляции с временным усилением тревоги, в связи с чем необходимо «прикрывать» этот период назначением бензодиазепинов.

Выводы

Орально-диспергируемые таблетки эсциталопрама являются усовершенствованной лекарственной формой данного препарата и обладают рядом преимуществ:

— в частности, данная лекарственная форма не требует запивания водой или другой жидкостью, имеет приятный мятный вкус;

— прием препарата не привлекает внимания окружающих, что позволяет избежать социальной стигматизации;

— в случае предпочтения консервативными пациентами обычной таблетированной формы, возможен такой же прием, как у обычных таблеток: с запиванием водой, в связи с тем, что препарат Элицея® Ку-таб® — таблетки, диспергируемые в полости рта, биоэквивалентен эсциталопраму в таблетках, покрытых пленочной оболочкой, имеет аналогичную скорость и степень всасывания. Дозы и режим дозирования также соответствуют [10];

— данная лекарственная форма удобна для пациентов с нарушениями функции глотания, затруднениями в приеме обычных таблеток (в том числе психогенного характера);

— обеспечивая удобство антидепрессивной терапии, орально-диспергируемая форма эсциталопрама улучшает ее восприятие пациентом, что ведет к систематическому выполнению рекомендованных схем лечения. Это позволяет избежать преждевременного отказа от терапии и, тем самым, существенно снижает риск рецидивов, развития терапевтической резистентности и хронификации заболевания.

Таким образом, применение новой формы эсциталопрама (Элицея® Ку-таб®) в виде орально-диспергируемых таблеток существенно повышает эффективность антидепрессивной терапии.

Литература

1. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;6(2):4–12, doi: 10.14412/2074-2711-2014-2-4-12

2. Pampallona S., Bollini P., Tibaldi G., Kupelnick B., Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. Br. J. Psychiatry, vol. 180, no. 2, pp. 104–109, Feb. 2002, doi: 10.1192/bjp.180.2.104.
3. Sawada N. et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: A chart review. BMC Psychiatry, vol. 9, no. 1, p. 38, Dec. 2009, doi: 10.1186/1471-244X-9-38.
4. Demyttenaere K. Risk factors and predictors of compliance in depression. Eur. Neuropsychopharmacol., vol. 13, pp. 69–75, Sep. 2003, doi: 10.1016/S0924-977X(03)00095-6.
5. K. Demyttenaere et al. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: Beyond lack of efficacy and adverse events. J. Clin. Psychiatry, vol. 62 Suppl 2, pp. 30–3, 2001.
6. Carnaby-Mann G. and Crary M. Pill Swallowing by Adults With Dysphagia. Arch. Otolaryngol. Neck Surg., vol. 131, no. 11, p. 970, Nov. 2005, doi: 10.1001/archotol.131.11.970.
7. Slavkova M. and Breitzkreutz J. Orodispersible drug formulations for children and elderly. Eur. J. Pharm. Sci., vol. 75, pp. 2–9, Jul. 2015, doi: 10.1016/j.ejps.2015.02.015.
8. Llorca P.-M. Discussion of prevalence and management of discomfort when swallowing pills: orodispersible tablets expand treatment options in patients with depression. Ther. Deliv., vol. 2, no. 5, pp. 611–622, May 2011, doi: 10.4155/tde.11.32.
9. Kaps Peter, Zupanc Nina. Пострегистрационное исследование безопасности и эффективности препарата Элицея (Эсциталопрам) в лечении депрессивных и тревожных расстройств (реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия 2014;15(4):20–23
10. Инструкция по медицинскому применению препарата Элицея® Ку-таб®.

Advantages of using the oral-dispersed form of escitalopram in clinical practice

I. V. Oleychik, P. A. Baranov

FSBSI Scientific Center of Mental Health (Moscow)

The article discusses the problem of adherence to therapy in the treatment of antidepressants, draws attention to the effectiveness and safety of the use of escitalopram, the convenience of using its orally dispersed form, which allows to increase compliance in a number of categories of patients. It is concluded that the use of such a dosage form allows to avoid premature termination of therapy and reduces the risk of relapses of the disease and chronification of the disease. Two clinical observations illustrating the above-described provisions are presented.

Keywords: antidepressants, adherence to therapy, escitalopram, oral dispersible tablets, depression.