

С.И. Штаньков, Д.А. Азаров, К.С. Пулавская
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, каф. психиатрии с наркологией

Резюме. Представлен случай атипичного течения параноидной шизофрении. На основании архивных историй и динамического наблюдения за пациентом были выявлены аномальные симптомы для течения параноидной шизофрении. Сделан вывод о необходимости комплексного обследования и наблюдения таких пациентов специалистами разных профилей.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, атипичное течение, бредовые идеи, кататония, эпилептический приступ.

Актуальность: По мнению большинства психиатров [1,2,3,4] наиболее частыми клиническими проявлениями параноидной шизофрении являются вербальные псевдогаллюцинации и бредовые идеи, чаще параноидного характера. Необычность данного случая заключается в том, что наряду с проявлением характерных признаков галлюцинаторно-параноидного синдрома у представленного больного наблюдались и другие симптомокомплексы, такие как кататонический синдром, судорожный синдром на фоне резистентности к медикаментозной терапии. В виду сложности, многогранности симптоматики, данный клинический случай, несомненно, представляет интерес для врачей психиатров, клинических ординаторов, медицинских психологов и врачей других специальностей.

Мы поставили перед собой цель выявить и изучить клинические особенности атипичного течения параноидной шизофрении.

Материал и методы исследования. Для выявления особенностей клинического течения мы исследовали архивные истории болезней и данные физикальных исследований, использовали клиническое интервьюирование и психологическое тестирование.

Полученные результаты и их обсуждение. Пациент В-цев А.В. поступил 27.11.2011 и был выписан 10.11.2012г. Из анамнеза известно, что пациент родился младшим из двух детей в полной семье в Екатеринбурге. Наследственность психопатологически не отягощена. Беременность и роды протекали у матери без осложнений. Раннее развитие протекало без особенностей. В детстве болел простудными заболеваниями. В школу пошел с 7 лет. При хорошей успеваемости закончил 11 классов и поступил в Уральский государственный университет путей и сообщения. По характеру был замкнутый, тяжело сходилась с людьми. В сентябре 2008 года стал испытывать «приступы страха», слышал «голоса». Считал, что в него вселился Бог, «им управляют инопланетные существа». Искал в интернете магов и священников, обращался к ним за помощью. В январе 2009 года был отчислен из университета. Неоднократно находился на лечении в Екатеринбургской психиатрической больнице. Последний раз был выписан 22 ноября 2011 года. Дома ничем не занимался, изредка выходил на улицу, много курил. 26.11.2011 пациент с отцом переехал жить в город Воронеж. На фоне переезда его психологическое

состояние резко изменилось: испытывал сильный страх, тревогу, «слышал голос Бога». В связи с этим был госпитализирован на лечение в ВОКПНД корпус 2. В отделение был замкнут. В беседе с врачом неактивен, речь тихая, замедленная, в основном ответная. Не отрицает, что слышит мужские и женские голоса, голоса инопланетян, которые угрожают, комментируют. Утверждает, что «инопланетяне периодически воздействуют силой, он не может им сопротивляться». Отмечает у себя «приступы», во время которых испытывает сильный страх, тревогу. Мышление непоследовательное, паралогичное. Эмоционально снижен. Критика отсутствовала. Сон медикаментозный. За время пребывания в стационаре неоднократно отмечались эпизоды психомоторного возбуждения длительностью от получаса до нескольких часов, требующих дополнительных введений медикаментов. Во время таких приступов крайне напряжен, испытывает страх, дыхание шумное, на лбу испарина, глаза подведены, временами озирается, беззвучно перебирает губами, теревит руками простынь, бьет ногами. Контакт не доступен. На обращенную речь не реагирует. После приступа в беседу вступает избирательно. О своих переживаниях говорит неохотно. Получал следующее лечение: сибазон, циклодол, галоперидол, аминазин, сульфокамфокаин, сероквель-пролонг, феназепам. Был поставлен диагноз шизофрения, непрерывный тип течения, галлюцинаторно-параноидный синдром с кататоническими включениями. На фоне лечения пациент стал спокоен. Жалоб не предъявлял. Поведение упорядоченное. В беседу вступает, на вопросы отвечает по существу. Отмечает улучшение своего состояния. Наличие голосов отрицает, бредовых идей не высказывает. Мышление с соскальзыванием. Критика формальна. В дальнейшем пациент В. был госпитализирован еще пять раз. В течение четырех госпитализаций клиника текла в рамках параноидной шизофрении. Наблюдалось развитие бреда «я поклонился Иисусу Христу и он обещал меня спасти...», «они мне говорят, что должен умереть, потому что предал Бога... я обращался к дьяволу, что бы он мне помог, теперь за это меня карает господь...». Сохранялись вербальные галлюцинации и двигательный автоматизмы. В лечение использовались такие препараты как: тиамин, сибазон, витамины, актовегин, пикамилон, клозастен, эльзепам, карбамазепин, пираретам, амитриптилин, тизерцин, флюанксол, конвулекс, папаверин, кордиамин. Последняя госпитализация, в которую мы наблюдали за больным составила 313 дней и продлилась с 12.03.17 по 21.03.18 года. При поступлении пациент В-цев А.В. утверждал, что слышал голос Бога, испытывал неконтролируемые приступы страха. В диалоге с врачом замкнут, переживаний раскрывать не хотел. Утверждал «...я сам виноват...» «...проклят я, за то, что в сестру влюбился...» «...Бог меня за это не простит». До госпитализации пациент продолжал искать помощи у священников, утверждает «мне батюшка сказал, что на моем плече сидит дьявол», пытался найти экзорциста. Нужно отметить, что в последнюю госпитализацию «приступы» у пациента усилились по интенсивности, а по продолжительности занимали от 6 до 12 часов. Приступы расстроенного сознания увеличились и по частоте повторений от одного приступа в месяц, до 7-9 приступов в

неделю. Начинались приступы с вербальных галлюцинаций постепенно нарастающих по интенсивности. Больной был дезориентирован, возбужден в пределах постели. Словесный контакт установить не представлялось возможным. Отмечались тонико-клонические судороги с кататонической дугой. При введении пациенту 40 мг папаверина в/м и 4 мг феназепама на 200 мл физ. раствора в/в состояние улучшалось в течение 15-20 минут. После бальной рассказывал, что видел картины «...ада, конца света...» « я наблюдал ужасающие картины, но не мог оторваться, мне было интересно...» Так же пациент утверждает, что периодически слышал голоса окружающих его медиков, но «отвлекаться не хотелось». Ещё одной особенностью этого пациента являются эпилептические приступы. 15.05.17 года дежурным врачом был описан генерализованный эпилептический приступ длительностью более 10 минут, с перерывами в несколько секунд, что мы можем расценить как серию эпилептических приступов [5]. Во время приступа наблюдался неконтролируемый акт дефекации и мочеиспускания. В дальнейшем подобные эпилептические приступы наблюдались во время уже описанных длительных «приступов» у больного. Так же аномальна реакция его организма на применяемое медикаментозное лечение. В последнюю госпитализацию применялись уже указанные ранее препараты и добавлены такие как торендо 8 мг в сутки, депакин 1200 мг в сутки. Не смотря на проводимую терапию «приступы» продолжали неконтролируемо возникать, что говорит о резистентности больного к медикаментам. Так же обращает на себя внимание, что даже малые дозы нейролептиков могут вызвать у пациента проявление побочных эффектов, что затрудняло лечение и продлило госпитализацию больного до 313 дней. За время госпитализации больным был осмотрен неврологом и психологом. Заключение невролога: Последствия перинатального поражения ЦНС с эписиндромом. Кистовидные изменения эпифиза, задней черепной ямки. Ликвородинамические нарушения. Заключение психолога: сниженный объём памяти и внимания, нарушение мышления (использование латентных признаков при общении, инертность психических процессов). Выявляется замкнутость, необщительность, отгороженность, эмоциональная невыразительность и монотонность. Своеобразие психических переживаний, восприятий и ощущений. Трудность социальной адаптации. Так же приведем результаты МРТ исследования: умеренные явления внутренних асимметричной гидроцефалии. Косвенные признаки внутричерепной гипертензии. Кистовидная перестройка шишковидной железы. Кистовидное расширение цистернальных пространств ЗЧЯ. Данных за патологические очаговые и диффузные изменения вещества мозга не выявлено. Больной выписан домой с уменьшением частоты « приступов», снижением интенсивности галлюцинаций. Ему было рекомендовано наблюдение участкового психиатра и поддерживающая терапия: амитриптилин(50-100-150мг), кветиапин (300 мг. утро, вечер), конвулекс (300мг)

Выводы. Представленный клинический случай течения параноидной шизофрении осложнён нехарактерным общесудорожным синдромом с генерализованными эпилептическими приступами.

Приступы помраченного сознания можно расценить как проявление онейроидного синдрома с явлениями кататонии.

У представленного пациента наблюдается нейролептический синдром на малые дозы нейролептиков. Указанный факт не характерен для обычного течения параноидной шизофрении. Возможно, это связано с органической дисфункцией головного мозга (перинатальное повреждение). Бредовая фабула продолжает развиваться, не смотря на длительное течение заболевания и медикаментозную терапию.

Данный случай можно расценивать как атипичное течение параноидной шизофрении и требует комплексного обследования и наблюдения специалистами разных профилей.

Литература.

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Шизофрения в систематике психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. №2. С.46-49.
2. Ширяев О.Ю., Подвигин С.Н., Гречко Т.Ю. Частная психиатрия. – Воронеж. 2008, 248 с.
3. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой [и др.].- М. ГЭОТАР – Медиа, 2009 – 1000 с.
4. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). –М.: Минздрав России. 1998 – 512 с.
5. Морис Виктор, Алан Х.Роппер. Руководство по неврологии по Адамсу и Виктору. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006 - 680с.

Abstract.

S.I. Shtankov, D.A. Azarov, K.S. Pulavskaya

CLINICAL CASE OF ATYPICAL COURSE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA

Voronezh State Medical University

Based on archival histories and dynamic observation of the patient, abnormal symptoms were identified for the course of paranoid schizophrenia. It is concluded that comprehensive examination and observation by specialists of different profiles is necessary.

Keywords: paranoid schizophrenia, atypical course, delusional ideas, catatonia, epileptic attack.

References.

1. Gurovich I. Y., Shmukler A.B. Schizophrenia in the Systematics of Mental Disorders // Social and Clinical Psychiatry. 2014. №2. P.46-49.
2. Shiryayev O.Y., Podvigin S.N., Grechko T.Y. Psychiatry. Voronezh. 2008, 248 p.
3. Psychiatry: a national guideline. Moscow, Geotar, 2009. 1000 p.
4. Mental disorders and frustration of behavior (F00-F99). – М.: 1998 – 512 p.
5. Maurice Victor, Alan H. Ropper. Guide to Neurology for Adams and Victor. - М .: Medical Information Agency, 2006 - 680p.

Сведения об авторах: Штаньков Сергей Иванович – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии с наркологией ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, psinar2015@mail.ru; Азаров Денис Александрович – заведующий отделением КУЗ ВО «ВОКПНД», e-mail: muzpkb@vmail.ru; Пулавская Кристина Сергеевна – клинический ординатор ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.