

ISSN 2225-6016

# ВЕСТНИК

*Смоленской государственной  
медицинской академии*

*Том 13, №3*

2014



УДК 616.895.8

## **ОСТРОЕ ПОЛИМОРФНОЕ ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО С СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНИИ**

© **Ваулин С.В., Алексеева М.В., Жилина С.Э.**

*Смоленская государственная медицинская академия, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28*

*Смоленская областная клиническая психиатрическая больница, Россия, 214010, Смоленск, пос. Гедеоновка*

*Резюме:* В статье описан случай острого психотического расстройства с симптомами шизофрении, включая симптомы первого ранга. Данный случай показывает особенности продуктивных и аффективных расстройств в клинике острого психоза с симптомами шизофрении. Предложены варианты дифференциальной диагностики.

*Ключевые слова:* шизофрения, продуктивные симптомы, дифференциальная диагностика

## **ACUTE POLYMORPHIC PSYCHOTIC DISORDER ACCOMPANIED BY SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA**

**Vaulin S.V., Alexeeva M.V, Zhilina S.E.**

*Smolensk State Medical Academy, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28*

*Smolensk Regional Clinical Psychiatric Hospital, 214010, Smolensk, Gedeonovka*

*Summary:* The article describes a case of acute psychotic disorder accompanied by the symptoms of schizophrenia, including the symptoms of the first rank. This case shows specific features of productive and affective disorders in the course of acute psychosis accompanied by the symptoms of schizophrenia. Opportunities of differential diagnostics are presented as well.

*Key words:* schizophrenia, positive symptoms, differential diagnosis

## **Введение**

Для острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении характерны: 1) быстрые изменения симптоматики бреда; 2) галлюцинации (слуховые комментирующие, императивные, соматические), симптомы открытости мыслей и звучания собственных мыслей, относящиеся к симптомам первого ранга при шизофрении; 3) симптомы эмоциональных расстройств (страх, тревога, раздражительность, растерянность); 4) двигательное возбуждение. При этом вышеуказанные продуктивные симптомы шизофрении отмечаются не более месяца [1].

Больная К., 24 года, впервые поступила в Смоленскую областную клиническую психиатрическую больницу. Госпитализирована в недобровольном порядке на основании статьи 29 (а, в) «Закона о психиатрической помощи...» (непосредственная опасность для себя или окружающих, существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния). Доставлена бригадой скорой помощи из дома, в сопровождении родителей. Жалоб на момент поступления не предъявляла. Со слов родителей, состояние ухудшилось около 10 дней тому назад, когда появились жалобы на плохой сон, неадекватное поведение, раздражительность без имеющейся на то причины.

**Анамнестические сведения** (со слов матери): бабушка со стороны матери страдала психическим заболеванием. Отец страдает болезнью Паркинсона. Росла и развивалась без особенностей. В школу пошла в срок, училась хорошо, окончила 11 классов, педагогический университет по специальности учитель английского языка, заочный финансовый институт по специальности менеджмент. Устроилась на работу в одну из московских фирм, откуда была вскоре уволена из-за недопонимания и частых конфликтов с начальством. Находится на иждивении матери и отчима. Помогает ухаживать за младшими сестрами. Заболела с 2013 г., когда начала «общаться с малознакомым парнем», к которому якобы ездила по приглашению в г. Барнаул на 3 дня. По возвращению убеждала родителей в предстоящем замужестве, продолжала общение с женихом.

Была в приподнятом настроении. В июне стала заявлять, что молодой человек находится в Смоленске, «постоянно преподносит приятные подарки через Интернет, устраивает в честь нее праздники, фейерверки, приставил машину для сопровождения и охрану, но сам не появляется». Сначала это радовало, затем это стало раздражать. Жаловалась матери, что «непонятно почему он уклоняется от встречи», послала ему СМС с просьбой встретиться. Затем сообщила матери, что он подарил ей «розовый Бентли», ждала его доставки. Мать поначалу была убеждена в правоте высказываний дочери, но затем появились сомнения, однако к врачам не обращалась. В ночь с 22 на 23 июля, никому ничего не сообщив, пациентка за рулем автомобиля уехала из города. Спустя несколько часов, в 160 км от Смоленска полиция нашла на обочине дороги машину с работающим двигателем, открытыми дверями, ключами в замке зажигания. На следующий день с родителями пациентки связался по интернету врач Брянской больницы, который сообщил, что девочка доставлена «без сознания» в реанимационное отделение, предполагается острое отравление неизвестными веществами. Вскоре больная «пришла в себя», доставлена к родителям. О произошедших с ней событиях якобы ничего не помнит. Консультирована психиатром, неврологом, проводились ЭЭГ, МРТ головного мозга. От госпитализации в психиатрический стационар отказалась. Дома вела себя неадекватно, была возбуждена, мало спала, заявляла родителям, что ее сестра изнасилована соседом, видела видео в интернете, устроила скандал соседям. Подруге рассказала, что «из Смоленска летела в Брянск на частном самолете, где встречалась с возлюбленным в розовой комнате, с множеством воздушных шаров, где он сделал ей предложение». Мать разыскала этого парня (живет в г. Барнауле), который сообщил, что 6 месяцев не видел и не общался с ее дочерью. Накануне госпитализации требовала у матери деньги, собралась лететь к «любимому», но, получив отказ, стала раздражительной и злобной. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи в СОКПБ.

При осмотре: признаков помрачения сознания не выявлено. Ориентирована в месте, времени и собственной личности. Во время беседы неусидчива, суетлива, отгорожена от окружающих. Внешне неопрятна. Во время беседы многословна, с трудом удерживает внимание на задаваемом вопросе, перескакивает с темы на тему, совершенно не обеспокоена произошедшим. Сообщила, что не помнит, как оказалась в Брянске. Употребление психоактивных веществ отрицает. Требует выписки, озабочена поиском сигарет. Жалоб на здоровье не предъявляет. Фон настроения снижен, с оттенком раздражительности. Суицидальные мысли категорически отрицает. Не понимает причину нахождения в стационаре.

Соматический статус: кожные покровы чистые, телесного цвета, зев спокойный. При аускультации тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД 120/80 мм. рт. ст., в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

ЭЭГ: снижение функционального тонуса коры полушарий с вовлечением в процесс стволовых структур с акцентом на передние отделы с повышением порога ирритации их при нагрузках в виде коротких острых волн и однократно спайко-комплексы в форме короткого разряда при фотостимуляции.

Психолог: замедленный темп умственной деятельности, утомляемость ригидность, истощаемость психических процессов, неустойчивость, замедленная переключаемость внимания, мнестические процессы без нарушений. Нарушение критичности с непоследовательностью суждений, проявлениями разноплановости, использованием маловероятных признаков объектов, резонанством. Выявляется ненадежность морально-этических установок, амбициозность, эгоцентризм, поверхность взаимоотношений с окружающими, раздражительность, затаенное чувство гнева и враждебности, проявляющиеся как внезапные эмоциональные вспышки.

Состояние оценено как острое психотическое расстройство с онейроидно-кататоническими включениями.

Назначено: рисполепт (капли) 1 мг на ночь, элзепам 1,0 в/м на ночь №5, в/в капельно на физ. р-ре витамины С, В<sub>1</sub> по 2 мл №5 утром, пирасетам 5,0, галоперидол 5мг.

#### **Дневник наблюдений (каждые 3 дня)**

Запись 1. В первые три дня крайне беспокойна. Жалуется на сонливость. Фон настроения неустойчив. В беседе стала откровенна, рассказала, что «парень обладает экстрасенсорными возможностями, общается с ней через телекинез, наделил ее этими способностями, чтобы она могла с ним общаться. С июня 2013 года связь усилилась, появились «возможности наблюдать личную жизнь друг друга». Ей подсылались мужчины, что бы контролировать ее в качественном питании и алкоголе. Отмечает ощущение съёмки за ней кино для личного архива. Рассказывает

что, «микрокамеры есть и сейчас». Парень устраивал ей развлечения: ежедневно возле дома, ставил машины в определенном порядке, чтобы она знала о его присутствии, весь июнь показывал ей телеканалы, которые взял в аренду (ТНТ, СТС). Позвал на встречу в дворянское гнездо, от радости взяла без спроса машину, ехала по дороге, не разбирая куда. По приказу вышла, бросила машину, что бы подумали, что «якобы похитил бывший парень».

Стала рассказывать про то, как «шла по трассе, машины расступались по приказу, на попутке добралась до Москвы, где встретила с парнем. Посетила с ним свадебные салоны, смотрела платья. Затем на частном самолете полетела в Брянск. Как очутилась в больнице не помнит». Критика к состоянию отсутствует.

Запись 2. По прежнему слышит голоса «любимого». Сообщает, что связь скоро исчезнет. Парень хочет показать врачам, что она здорова. К терапии добавлены галоперидол в/м 5 мг утром и вечером №10, rispoleпт 2 мг – утром и вечером.

Запись 3. Утверждает, что связь и воздействия прекратились. «Так надо». Сообщает, что помнит как попала в реанимацию в Брянске – «доставлена подосланным мужчиной, все слышала, видела, но была в оцепенении, не могла шевелиться. Затем ее везли на каталке, где и наступил сон.

Вместо rispoleпта назначен сердолект 8 мг утром и вечером.

Запись 4. Вернулась в стационар из лечебного отпуска матерью. Дома была раздражительной, непослушной, негативной к матери.

При осмотре в переживаниях не раскрывается, слуховые обманы категорически отрицает, обвиняет маму в том, что она во всем с ней не согласна, разговаривает как с ребенком, контролирует во всем. Взгляд подозрительный, злобный.

Получает сертиндол (сердолект) 8 мг и галоперидол 5 мг в/м утром и вечером, тригексифенидил (циклодол) 2 мг на ночь.

Запись 5. Состояние с положительной динамикой. Стала значительно спокойнее, взгляд доброжелательный, слуховые обманы отрицает, на вопросы отвечает односложно. Настроение понизилось, выглядит задумчиво, неохотно беседует. Жалуется на слабость, утомляемость. Большую часть времени проводит в постели. К терапии добавлен сертралин (золофт) 50 мг.

Запись 6. Состояние с положительной динамикой. Нормализовались настроение и сон. Критика к перенесенному эпизоду неполная, но настроена на поддерживающее лечение. Улучшилось настроение, активизировалась, ходит на прогулки с родителями, сон хороший. Интересуется выпиской.

Запись 7. Выписывается домой с матерью. Спокойна, поведение упорядоченное, настроение ровное, психотических переживаний не выявляется. Критика к перенесенному эпизоду неполная, но имеет стойкий настрой на поддерживающее лечение. Рекомендовано амбулаторное наблюдение у психиатра по месту жительства, прием в течение месяца сертиндола 16 мг/сут, затем 8 мг/сут длительно, сертралина 50 мг в течение 3 месяцев.

Катамнез: окончила университет, на данный момент не работает.

## Заключение

Таким образом, манифестирующее у больной психическое заболевание следует дифференцировать с шизоаффективным расстройством, психотическими шизофреноподобными расстройствами при зависимости от психоактивных веществ. От клиники шизоаффективного расстройства данный психоз отличается тем, что период аффективных нарушений короче, чем продуктивных, и отмечаются продуктивные симптомы первого ранга, свойственные шизофрении. Шизофреноподобные психозы при болезнях зависимости и органические шизофреноподобные психозы могут быть ограничены с помощью дополнительных методов исследования (лабораторных, соматических, неврологических, нейрофизиологических) и на основании данных анамнеза.

## Литература

1. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: Триада-Х, 1999. – 232 с.

### Информация об авторах

*Ваулин Сергей Викторович* – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: sv\_vaulin@mail.ru

*Алексеева Марина Владимировна* – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: mvalexeeva@yandex.ru

*Жилина Светлана Эдуардовна* – врач-психиатр высшей категории, заведующая женским отделением ОГКУЗ «Смоленская областная клиническая психиатрическая больница». E-mail: sv\_vaulin@mail.ru