

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.8:616.893:616-053.7-055.2

Для цитирования: Семин И.Р., Андрусенко И.В., Илюхина А.В. Случай гипертоксической шизофрении у подростка. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 34—37. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-3\(96\)-34-37](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-3(96)-34-37)

Случай гипертоксической шизофрении у подростка

Семин И.Р.¹, Андрусенко И.В.², Илюхина А.В.³

¹ Сибирский государственный медицинский университет
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

² Томская клиническая психиатрическая больница
Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4

³ Томская областная клиническая больница
Россия, 634063, г. Томск, ул. И. Черных, 9б

РЕЗЮМЕ

Описано развитие и течение острого психоза, соответствующего по клиническим проявлениям гипертоксической (фебрильной) шизофрении, у девочки-подростка 17 лет. Трудности диагностики были обусловлены ложноположительными анализами на клещевой энцефалит и токсоплазмоз, которые в последующем не подтвердились. Это являлось отражением полиорганной патологии с нарушением функций иммунитета, что характерно для гипертоксической (фебрильной) шизофрении. Более 1,5 месяца больная находилась на искусственной вентиляции легких. Через год после перенесенного психоза пациентка полностью социально адаптирована, но появились личностные изменения. **Заключение.** Не описанная в англоязычных переводных руководствах по психиатрии гипертоксическая (фебрильная) шизофрения является клинической реальностью, причем прогноз этой патологии при эффективной терапии не всегда неблагоприятный.

Ключевые слова: гипертоксическая (фебрильная) шизофрения, клиника, терапия, катамнез.

ВВЕДЕНИЕ

В статье описан казуистический случай гипертоксической (фебрильной) шизофрении, впервые в жизни остро развившийся у 17-летней девочки-подростка. В советское время активно проводилось изучение данной формы патологии, в частности в Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР было развернуто отделение неотложной помощи для таких больных. Однако даже при адекватной терапии смертность таких больных превышала 50%. Информации о катамнестическом прослеживании выживших больных после приступа гипертоксической (фебрильной) шизофрении в литературе не имеется.

ОБСУЖДЕНИЕ КАЗУИСТИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Алена С-а, 17 лет, поступила в Томскую клиническую психиатрическую больницу (ТКПБ) 16 мая 2016 г. по направлению диспансерного отделения, куда обратились ее родители в связи с необычным поведением дочери.

9 мая вместе с одноклассниками она ходила на «маевку», чтобы отдохнуть на природе недалеко от Томска. На следующий день (10 мая) в школе во время подготовки к годовой аттестации внезапно стала растерянной, побледнела, не отвечала на вопросы учителей и одноклассников. Говорила, что «не понимает, что происходит», жаловалась на «пустоту в голове». Отмечалась дрожь в руках и во всем теле. Родителей вызвали в школу, и они забрали девочку домой. Дома постоянно повторяла, что «не готова к аттестации», поэтому ее «выгонят из школы», была тревожна, плохо спала ночью. Спустя 2 дня (11 мая) утром родители вызвали бригаду

«скорой помощи», но врач, осмотрев больную, дал одну таблетку афобазола и сказал, что «это просто истерика, всё пройдет само собой, госпитализация не нужна».

12 мая родители вместе с девочкой обратились к невропатологу поликлиники по месту жительства, так как оставалась выраженная тревожность, высказывания о «неготовности к аттестации в школе», периодически отмечалась дрожь в руках и во всем теле. Выставлен диагноз «судорожный синдром неясного генеза», даны направления на параклинические исследования и назначены тералиджен и новопассит. Прием этих препаратов не снизил тревогу, беспокойство и волнение больной; более того, вечером 14 мая она совершила попытку выпрыгнуть в окно с 9-го этажа. К этому времени симптоматика значительно изменилась: последние две ночи вообще не спала, отказывалась от приема пищи, сбрасывала с себя одежду, истошно кричала, падала на пол, выгибалась всем телом, раскидывала руки в стороны. Речевому контакту была совершенно недоступна, не фиксировала взгляд на собеседнике. В таком состоянии была доставлена родителями в диспансерное отделение, в последующем помещена в стационар.

Психическое состояние при поступлении. Врач приемного покоя отметил нормальную температуру тела (36,6°), рост 159 см, вес 52 кг. Соматическая и неврологическая патология не выявлялись. Больная не отвечала на вопросы, нелепо улыбалась, глядя в сторону, несколько раз повторила слово «аттестация», растягивая звук «с»: аттес-с-с-с-тация. Несколько раз откидывалась на спинку стула, раски-

дывала руки в разные стороны и застывала в такой позе. При попытке установить контакт с помощью письма охотно взяла в руки лист бумаги и авторучку, но на все вопросы в ответ писала повторяющиеся буквы или слоги. Вопрос (письменный): «Как тебя зовут?». Ответ: «CasCasAAX». Вопрос (письменный): «Зачем хотела выпрыгнуть в окно?». Ответ: «Хожо ж ж ж НААППГ».

В отделении у больной развилось психомоторное возбуждение на фоне аффекта страха: кричала, пыталась залезть под кровать, закрыть голову подушкой. Была фиксирована мягкими вязками. После фиксации находилась в постоянном движении, извивалась всем телом, выгибалась, опираясь на пятки и плечи, громко кричала. На задаваемые вопросы не отвечала, в ответ на просьбу открыть рот сжимала губы, сопротивлялась осмотру, не смотрела на врача и медсестер, иногда затихала и улыбалась, глядя в стену. Статус был квалифицирован как кататонический с мутизмом, негативизмом, аффектом тревоги и страха, импульсивным возбуждением и стереотипиями. Была выполнена инъекция реланиума (10 мг в/м), после которой больная лежала на кровати спокойно, отвернувшись к стене.

Через 2,5 часа пациентка вновь стала беспокойной, извивалась и выгибалась в постели, пыталась освободиться от фиксации. При попытке установить речевой контакт кивала в ответ на разные вопросы, давая противоречивые ответы. Неожиданно в ответ на вопрос «Чем любишь заниматься?» несколько раз подряд произнесла звук «Ф». Мать больной, находившаяся в это время в палате, объяснила, что она занимается фитнесом. Поставлена система с NaCl, KCl, витаминами B₁ и B₆, глюкозой и реланиумом 2,0 внутривенно медленно.

После системы успокоилась, но через 2 часа вновь отмечалось хаотичное возбуждение в пределах постели: приподнималась на вязках, истошно кричала, пыталась сбросить с себя одежду. В связи с этим выполнена инъекция трифтазина (0,2 % – 4 мг) и реланиума (0,5 % – 10 мг). После чего до утра 17 мая оставалась в постели, была мутична и негативистична к действиям персонала. Не питалась.

Невропатолог: неврологической очаговой симптоматики, менингеальных знаков не выявлено. Рекомендовано ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга.

Предварительный диагноз: острое преходящее психотическое расстройство при наличии ассоциированного стресса (F23.91). Дифференциальный диагноз с поражением головного мозга неуточненным (G93.9).

Анамнез (со слов родителей). Наследственность психопатологически не отягощена. Мать работает экспертом в частной фирме, имеет высшее экономическое образование. Отец имеет среднее специальное образование, работает в торговой фирме. Больная родилась вторым ребенком из трёх детей в полной, вполне благополучной семье. Старший брат 27 лет получил высшее образование, работает по специальности, имеет семью. Младшая сестра в 2014 г.

лечилась у психиатров по поводу психических расстройств в связи с системной красной волчанкой. Росла здоровым, физически крепким ребенком, редко болела. Была активной и общительной еще в дошкольном возрасте. В школе училась только на «отлично», поддерживала близкие дружеские отношения с двумя одноклассниками. Тщательно готовилась к занятиям, переживала, что может получить другую оценку, кроме пятёрки. Любила выступать перед аудиторией – пела, танцевала – окончила 7 классов музыкальной школы по классу хореографии. Последние два года увлеклась фитнесом. Решила закончить школу с золотой медалью и поступить в Академию МВД, как героиня телевизионного сериала.

Много и упорно занималась, в 2015 г. в связи с повышенной утомляемостью обследовалась у эндокринолога. Выявлен повышенный уровень ТТГ (4,3 мкМЕ/л), кортизола (8,2 нмоль/л). В течение нескольких месяцев принимала назначенный врачом йод-баланс (сведения из амбулаторной карты).

Аллергических реакций, хронических соматических, тяжелых инфекционных заболеваний никогда не было. Родители подтвердили, что резкое изменение поведения девочки произошло 10 мая: «Мы приехали в школу по звонку учительницы и не узнали свою дочь».

Заключение обзорной рентгенограммы (17 мая): легочная ткань без очагово-инфильтративных изменений. Патологии органов грудной клетки не определяется. Для исключения острого нарушения мозгового кровообращения по согласованию с заместителем главного врача ОКБ больная была доставлена в приемный покой ОКБ, осмотрена невропатологом и нейрохирургом, выполнена КТ головного мозга. Сосудистая патология исключена. В этот же день у пациентки впервые зафиксирована субфебрильная температура: 37,2-37,4°.

Результаты клинических анализов (18 мая) почти все соответствовали нормативным показателям. ОАК: лейкоциты – 8,7, эритроциты – 4,59, гемоглобин – 136, гематокрит – 39,5, тромбоциты – 268, лимфоциты – 17,9, нейтрофилы – 72,8, моноциты – 11,1, эозинофилы – 0,4, базофилы – 0,5, СОЭ – 5. Исследование крови на антитела к токсоплазме, цитомегаловирусу, вирусу простого герпеса и на боррелиоз – отрицательные результаты. Однако положительный результат ИФА на клещевой энцефалит, а также повышение АСТ до 59,6–87,5 Е/л.

Состоялся консилиум с участием представителя кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ, невропатолога, инфекциониста, терапевта под председательством заместителя главного врача ТКПБ. Большинство специалистов высказались за дополнительное обследование пациентки в условиях инфекционного отделения городской больницы № 3, куда она была переведена с предварительным диагнозом «Менингоэнцефалит неуточненной этиологии». Однако уже тогда на консилиуме впервые было высказано мнение, что у больной разворачивается приступ фебрильной (гипертонической) шизофре-

нии, так как ее состояние 18 мая характеризовалось нарастающей кататонической симптоматикой с дезориентировкой и, возможно, онейроидными переживаниями, хаотичным возбуждением в пределах постели, негативизмом, мутизмом, стереотипиями, отказом от пищи на фоне субфебрильной температуры.

В инфекционном отделении горбольницы № 3 пациентка находилась с 18 по 31 мая 2016 г. Вначале психическое состояние характеризовалось хаотичным возбуждением в пределах постели со стереотипными выкриками, оперкулярными движениями губ, однако уже 26 мая клиническая картина соответствовала субступору, а затем ступору. Анализы на клещевой энцефалит, цитомегаловирусную инфекцию, вирус Эпштейна-Барра, вирус простого герпеса, системную красную волчанку, боррелиоз, *Neisseria meningitidis* дали отрицательные результаты. Анализ спинно-мозговой жидкости не выявил отклонений от нормы. Проводилась антибиотико- и гормонотерапия, принимала сердечно-сосудистые средства, внутривенно вводились питательные смеси, так как больная самостоятельно не питалась. В связи с подозрением на системную красную волчанку, которой страдает родная сестра больной, с 26 по 29 мая проводилась пульсотерапия солумедролом. 29 мая у больной развилась дыхательная недостаточность, в связи с чем была переведена на искусственную вентиляцию легких. Повторный анализ на токсоплазмоз оказался положительным, и 31 мая больная переведена в отделение реанимации ОГАУЗ Томской областной клинической больницы с диагнозом «Острый токсоплазмоз, генерализованная форма с поражением ЦНС. Не исключена гипертоксическая шизофрения».

Больная поступила в отделение реанимации ТОКБ в состоянии крайней степени тяжести: дыхание через интубационную трубку мобильного аппарата ИВЛ, АД 70/40 мм рт.ст. на фоне применения вазопрессоров, питание через зонд.

Диагноз: отек головного мозга, нижнедолевая пневмония, сепсис.

Повторный анализ по cito не подтвердил диагноза «токсоплазмоз». 2 июня наложена трахеостома. Нарастание уровней КФК и КФК-МВ с одновременным снижением уровня белка (56) и альбуминов (34) связано с развитием миокардита. Проведена заместительная иммунотерапия препаратами иммуноглобулина, гемофилтрация. В связи с нестабильной гемодинамикой длительное время применялись мезатон, дофамин. По поводу лечения пневмонии проводилась длительная антибактериальная терапия. 15 июня выявлено осложнение в виде острого флеботромбоза глубоких вен бедра и голени слева, 24 июня – острый флеботромбоз подвздошной вены слева, пролежни затылочной и пяточной областей. На фоне проводимой терапии появилась положительная динамика – купирован отек головного мозга, пневмония. 15 июля отключена от аппарата ИВЛ, дыхание через стому. Начала контактировать с окружающими.

Психический статус: амнезия болезненного периода, начиная с последнего дня занятий в школе, астенический синдром со слабодушием и тревогой. Переведена в неврологическое отделение, передвигается с помощью родственников из-за моторно-сенсорной полинейропатии нижних конечностей, двустороннего пареза разгибателей стопы. У пациентки развился посттрахеостомический стеноз, проведено бужирование трахеи, трахеопластика, стентирование силиконовой трубкой. Длительное время проводилось лечение пролежней. Выписана 12 августа в удовлетворительном состоянии: передвигается самостоятельно, парез стоп, пролежни регрессировали.

В связи с одышкой 21 сентября госпитализирована в хирургическое отделение, проведена операция. 19 января 2017 г. вновь госпитализирована в хирургическое отделение по поводу одышки. Выполнено бужирование рубцовых стриктур трахеи.

Посещает школу с 1 сентября 2016 г. – дублирует 10-й класс.

Психический статус на 24 мая 2017 г.: к психиатрам после выписки из ТОКБ не обращалась. Эмоционально адекватна, не хочет вспоминать о перенесенном заболевании, осторожно спрашивает: «А это не может повториться?». Учится только на «хорошо» и «отлично», отказалась от намерений поступить в высшую школу МВД, хочет стать биологом. Со слов родителей, стала значительно спокойней, нет прежнего упрямства и проявлений перфекционизма. Поддерживает дружеские отношения с двумя прежними подругами. Психических расстройств не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В приведенной выше информации, на наш взгляд, есть два удивительных момента. Первое – это практическое выздоровление пациентки после приступа гипертоксической шизофрении. Один из авторов публикации за 43 года врачебной практики был свидетелем смерти 5 больных с этой патологией, своевременно переведенных из психиатрической больницы в реанимацию. Второе – это крайнее недоверие, скептическое отношение врачей соматических специальностей к диагнозу фебрильной (гипертоксической) шизофрении, хотя еще в 1987 г. Министерство здравоохранения СССР выпустило методические рекомендации по диагностике и лечению этой формы патологии [3]. Конечно, выраженные трудности для клинициста представляет интерпретация иммунологических анализов (клещевой энцефалит, токсоплазмоз), которые дают противоречивые результаты. Однако еще в двух классических монографиях отечественных авторов [5, 7] указано, что при фебрильной шизофрении поражаются все системы жизнеобеспечения организма, в том числе иммунная. Интересно, что в переводных англоязычных руководствах по психиатрии гипертоксическая (фебрильная) шизофрения даже не упоминается [1, 2, 4, 6], хотя сегодня достаточно полную информацию о клинике и лечении этого заболевания можно без труда найти в Интернете [8].

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия / перевод с англ. доп. / под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998: 505.
2. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. Т. 2. М.: Медицина, 1994: 671.
3. Клиника, ранняя диагностика и терапия приступов фебрильной шизофрении: Методические рекомендации для врачей / Министерство здравоохранения СССР. М., 1987: 21.

4. Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. М.: Практика, 1998: 485.
5. Ромасенко В.А. Гипертоксическая шизофрения. М.: Медицина, 1967: 240.
6. Тёлле Р. Психиатрия. Минск: Высшейшая школа, 1999: 496.
7. Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. М.: Медицина, 1982. 128.
8. all-referats.com/76/2-38442-shizofreniya-10.html

Поступила в редакцию 14.04.2017

Утверждена к печати 26.06.2017

Семин Игорь Рэмович, д.м.н., проф. кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии.
 Андрусенко Ирина Васильевна, к.м.н., заместитель главного врача ТКПБ по медицинской части.
 Илюхина Анна Викторовна, заместитель главного врача ТОКБ по клинико-экспертной работе и диагностике.

✉ Семин Игорь Рэмович, seminir.181951@gmail.com

УДК 616.895.8:616.893:616-053.7-055.2

For citation: Semin I.R., Andrusenko I.V., Ilyukhina A.V. A case of hypertoxic schizophrenia in an adolescent. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 34—37. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-3\(96\)-34-37](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-3(96)-34-37)

A case of hypertoxic schizophrenia in an adolescent

Semin I.R.¹, Andrusenko I.V.², Ilyukhina A.V.³

¹ *Siberian State Medical University
 Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia*

² *Tomsk Clinical Psychiatric Hospital
 Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia*

³ *Tomsk Regional Clinical Hospital
 Ivan Chernykh Street 96, 634063, Tomsk, Russia*

ABSTRACT

The paper describes development and course of the acute psychosis corresponding according to clinical manifestations to hypertoxic (febrile) schizophrenia in a female adolescent aged 17 years. Difficulties of diagnosis were caused by false-positive tests for tick-borne encephalitis and toxoplasmosis which were not confirmed subsequently. This was reflection of polyorgan pathology with disturbance of functions of the immunity that is typical for hypertoxic (febrile) schizophrenia. For more than 1.5 months the female patients was under artificial pulmonary ventilation. One year after experienced psychosis the female patient is fully socially adapted but there are personality changes. **Conclusion.** Non-described in English-language translated handbooks of psychiatry hypertoxic (febrile) schizophrenia is a clinical reality with prognosis of this pathology under efficient therapy being not always unfavorable.

Keywords: hypertoxic (febrile) schizophrenia, clinical picture, therapy, follow-up.

REFERENCES

1. Kaplan G., Sadock B. Klinicheskaya psikhiiatriya [Clinical Psychiatry]. Transl. from Engl. T.B. Dmitrieva, ed. M.: GEOTAR MEDITSINA, 1998: 505 (in Russian).
2. Kaplan G., Sadock B. Klinicheskaya psikhiiatriya [Clinical Psychiatry]. Vol. 2. M.: Meditsina, 1994: 67 (in Russian).
3. Klinika, rannaya diagnostika i terapiya pristupov febril'noy shizofrenii: Metodicheskie rekomendatsii dlya vrachey / Ministerstvo zdoravookhraneniya SSSR [Clinical picture, early diagnosis and therapy of attacks of febrile schizophrenia: Guidelines for physicians. Ministry of Healthcare of the USSR]. M., 1987: 21 (in Russian).
4. Psikhiiatriya [Psychiatry]. R. Scheider, ed. M.: Praktika, 1998: 485 (in Russian).
5. Romasenko V.A. Gipertoksicheskaya shizofreniya [Hypertoxic schizophrenia]. M.: Meditsina, 1967: 240 (in Russian).
6. Telle R. Psikhiiatriya [Psychiatry]. Minsk: Vysheyschaya shkola, 1999: 496 (in Russian).
7. Tiganov A.S. Febril'naya shizofreniya [Febrile schizophrenia]. M.: Meditsina, 1982. 128 (in Russian).
8. all-referats.com/76/2-38442-shizofreniya-10.html (in Russian).

Received April 14.2017

Accepted June 26.2017

Semin Igor R., MD, Prof. of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russia.
 Andrusenko Irina V., PhD, Deputy Chief Medical Officer, Tomsk Clinical Psychiatric Hospital, Tomsk, Russia.
 Ilyukhina Anna V., Deputy Chief Physician for Clinical Expertise and Diagnostics, Tomsk Regional Clinical Hospital, Tomsk, Russia.

✉ Semin Igor R., seminir.181951@gmail.com