

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.86-08

Т. П. Жук, Л. В. Дудаль, А. М. Боровик

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФЕБРИЛЬНОГО ПРИСТУПА ШИЗОФРЕНИИ

КГП «Областной психоневрологический диспансер» (Караганда)

В статье описаны особенности течения и клиники фебрильной шизофрении. Освещены вопросы комплексного лечения с описанием клинических случаев.

Key words: фебрильный приступ шизофрении, кататоническое возбуждение

К фебрильной шизофрении относят особые виды заболевания, сопровождающиеся повышенной температурой, общим лихорадочным обликом больных, проявлением кровоподтеков, нередко нарастающим истощением, причем все эти явления могут быть выраженными в различной степени. Психопатологическая картина фебрильных приступов в большинстве случаев характеризуется резко выраженным возбуждением, иногда ступорозными состояниями, в отдельных случаях заболевание может закончиться летально. Подобные случаи описываются в литературе как «острый бред», «смертельная кататония», «гипертоксическая шизофрения», «фебрильная шизофрения» [3].

Диагностика фебрильной шизофрении правомерна лишь в том случае, когда повышенная температура и лихорадочный облик больных не связаны с той или иной соматической патологией, которая могла бы объяснить возникновение лихорадки. Одновременно с этим диагностика фебрильной шизофрении опирается на особенности клинической картины заболевания, закономерность и последовательность смены состояний, характерных для таких случаев. Фебрильные приступы шизофрении могут проявляться как типичным возбуждением или ступором, так и состояниями, напоминающими аменцию или картину органических гиперкинезов, и развиваются при рекуррентном и приступообразно-прогредиентном течении заболевания. По результатам исследования А. С. Тиганова [4], фебрильные состояния возникают довольно редко у больных, страдающих шизофренией, чаще у женщин в возрасте от 21 до 25 лет. При рекуррентном течении возникновение манифестного фебрильного приступа совпадает с началом заболевания, при приступообразно-прогредиентном течении фебрильному приступу предшествуют приступы с разнообразной психопатологической структурой. Имеется

определенная закономерность между психопатологической структурой приступа, степенью подъема температуры и выраженностью соматических нарушений.

Авторами была обследована и пролечена пациентка, поступившая с фебрильным приступом шизофрении, сопровождающимся состоянием кататонического возбуждения, которое впоследствии сменилось состоянием кататонического ступора. Возбуждение характеризовалось хаотичностью, нецеленаправленностью, бессмысленностью, агрессивностью. Сменивший его кататонический ступор характеризовался обездвиженностью, явлением восковой гибкости, повышением мышечного тонуса, нарушением глотательного рефлекса. Наряду с кататоническими проявлениями отмечалось онейроидного характера помрачение сознания. С первых дней нахождения в стационаре повысилась температура – в утренние часы субфебрильная, в вечерние – выше 38 °С. В отдельные дни отмечалась температурная инверсия: в утренние часы температура оказывалась более высокой, чем в вечерние. Температурная кривая в целом имела неправильный характер. Период повышенной температуры сохранялся до 2 нед. Внешний вид характеризовался лихорадочным блеском глаз, запекшимися губами, кровоподтеками в местах инъекций. После исчезновения кататонических явлений (возбуждения и ступора) у больной на фоне астенических проявлений сохранялись фрагментарные бредовые идеи инсценировки с обилием ложных узнаваний [3].

Приводим полное описание наблюдения:

Больная, 1992 г.р. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родилась во 2 браке, вторым ребенком в семье. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. Родители развелись, когда девочке было около года. Воспитывалась матерью. Перенесла детские инфекции, болела простудными заболеваниями. По характеру

спокойная, аккуратная, трудолюбивая. С 7 лет пошла в школу, училась хорошо, была общительной, имела подруг. После окончания 9 классов поступила в лицей, обучалась на 2 специальностях. Получила диплом повара и оператора ЭВМ. С 18 лет жила в гражданском браке, через 3 г. отношения официально зарегистрировали. Живут на съемной квартире, взаимоотношения хорошие. Работала продавцом в магазине, в выходные дни – оператором видеонаблюдения в супермаркете. Ежедневная длительность рабочего дня составляла 12 ч.

Психические нарушения возникли остро, после незначительного конфликта с мужем – нарушился сон, появился страх, днем в квартире задегивала шторы на окнах, заявляла, что телефон прослушивается, а за ней кто-то следит. Без объяснения причины уволилась из магазина, где работала продавцом. Из супермаркета была освобождена от работы и отправлена домой, т.к. на работе вела себя неадекватно. Уехала домой к матери, там, завернувшись в одеяло, легла на пол, звала по именам подруг, затем стала бегать по квартире, куда-то стремилась идти, убежала в свою квартиру, там выгоняла мужа, заявила «уходите оба», хотя дома был только муж, бросалась драться на родных, которые хотели ее удержать. Отказывалась от приема пищи, пила только воду. Госпитализирована в психиатрический стационар через 5 сут после появления психических нарушений.

Соматическое состояние: губы запекшились. Кожные покровы физиологической окраски. Кровоподтеки на верхних и нижних конечностях. Температура повысилась с 3 сут пребывания, в течение дня субфебрильная, в вечерние часы достигала $38,7^{\circ}\text{C}$, утром нормальная или субфебрильная. В отдельные дни утренняя температура достигала 38°C . В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, учащены. PS – до 150 уд. в мин. АД повышалось до 150/100 мм рт. ст. Органы брюшной полости без патологии. Осмотр неврологом: неврологической патологии не выявлено. Анализ крови на 2 сут пребывания: Hb – 136 г/л, эр – $4,5 \times 10^{12}$ /л, ц.п. – 0,9; лейкоц. – $4,6 \times 10^9$ /л, пол. – 2, сегм. – 69, эоз. – 0, мон. – 1, лимф. – 28, СОЭ – 17 мм/ч. Биохимические показатели крови: общий билирубин – 12,5 мкм/г, прямой билирубин – 3,3 мкм/г, АЛАТ – 0,24; АСАТ – 0,13. Анализ мочи – плотность 1016, белка нет.

Психическое состояние: в первые дни пребывания состояние возбуждения. Когда больная возбуждена, бегаёт по палате, разма-

хивает руками, сбрасывает на пол постельные принадлежности с кровати, бросалась к дверям, к окнам, трясла на окнах решетку, бросалась драться на окружающих. Продуктивному контакту недоступна, на вопросы не отвечает или стереотипно многократно повторяла одну и ту же фразу.

Такое состояние сменилось кратковременной заторможенностью, когда больная находилась в пределах постели, широко открытый немигающий взгляд устремлен в потолок, руки подняты вверх и подолгу оставались в таком состоянии. На вопросы не отвечала, не реагировала на окружающую обстановку. С момента повышения температуры тела эпизоды возбуждения стали реже и вскоре исчезли. Больная находилась в постели с закрытыми глазами, не доступна контакту, функции тазовых органов не контролировала, пищу не принимала, с ложки удавалось влить в рот от 200 до 400 мл жидкости в сутки. После 10 дня с момента повышения температуры улучшилось психическое состояние: стала односложно отвечать на вопросы, двигаться в пределах постели, принимать пищу с рук медицинского персонала. Через 12 сут стала сидеть, вставать с кровати. Рассказала, что находилась на кладбище среди могил, крестов, склепов, видела привидения. В больных, которые находились в палате, «узнавала» своих родных, знакомых, близких людей, считала, что вокруг неё разыгрывается какой-то спектакль, устраивают инсценировки, временами появлялся страх, считала, что окружающие хотят ей причинить какой-то вред. Оставалась несколько заторможенной, держалась в стороне от окружающих, иногда на короткое время застывала в однообразной позе. Через месяц лечения кататонические проявления и бредовая симптоматика поблекли. Появилась общая слабость, быстрая утомляемость.

В стационаре больной было назначено лечение: хлорпромазин 50 мг/сут внутримышечно, доза которого с повышением температуры тела была увеличена до 150 мг/сут; 15 мг/сут галоперидол (внутривенно и внутримышечно). С появлением температуры назначена витаминотерапия: тиамин гидрохлорид 5% 100 мг/сут, пиридоксин гидрохлорид 5% 100 мг/сут внутримышечно. На пике температуры доза введения растворов внутривенно капельно составляла до 1,5 л (натрий хлорид 0,9% до 1000 мл/сут, глюкоза 5% 500,0+аскорбиновая кислота 5% 6,0 мл). Со снижением температуры уменьшилось количество вводимой капельно жидкости до 1000 мл. С целью профилактики отека мозга назначал-

ся: фуросемид 2,0 внутривенно, эуфиллин 2,4% 10,0 внутривенно. С целью профилактики аритмии больная получала рибоксин 2% 10,0 внутривенно. При улучшении психического состояния больная переведена на таблетированный приём нейролептиков – галоперидол 15 мг/сут, хлорпромазин 100 мг/сут на фоне приёма тригексифенидила 6 мг/сут. В связи с появлением на 18 день выраженного нейролептического синдрома и преобладание в клинической картине бредовой симптоматики, тревоги, страха, проведена коррекция лечения: отменен хлорпромазин, галоперидол. Назначено: золомакс 1 мг/сут, трифлуоперазин 15 мг/сут. У больной исчезли страхи, нормализовался сон, поблекли бредовые идеи, стала общительнее, появилась критика к своему заболеванию. Спустя 46 сут после поступления в стационар была выписана на поддерживающее лечение: трифлуоперазин 10 мг/сут, тригексифенидил 4 мг/сут.

ВЫВОДЫ

1. К фебрильным приступам шизофрении относятся приступы заболевания, сопровождающиеся повышением температуры, лихорадочным обликом больных, резко выраженным возбуждением и ступорозными состояниями.

2. Повышенная температура и лихорадочный облик больных не связаны с соматической патологией.

3. Фебрильные приступы шизофрении могут проявляться как типичным кататоническим возбуждением, так и ступором, онейроидными состояниями сознания.

4. В лечении фебрильных приступов шизофрении необходим комплексный подход. Наиболее адекватным и эффективным методом лечения этих состояний является назначение нейролептиков: хлорпромазина с быстрым повышением доз до оптимальных в сочетании с галоперидолом на фоне приёма корректора – тригексифенидила, а также общеукрепляющая терапия, дезинтоксикационная и дегидротационная терапия, профилактика параксизмальной тахикардии.

ЛИТЕРАТУРА

1 Авруцкий Г. Я. Лечение психических больных // Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. – М.: Медицина, 1981. – С. 201-204.

2 Ермосина П. А. Фебрильные состояния при приступообразно-прогредиентном течении шизофрении // Невропатология и психиатрия. – 1971. – №5. – С. 176-181.

3 Ромасенко В. А. Гипертоксическая шизофрения. – М.: Медицина, 1967. – С. 41-56.

4 Тиганов А. С. Фебрильная шизофрения. – М.: Медицина, 1982. – С. 27-77.

Поступила 17.03.2014 г.

Т. П. Жук, Л. В. Дудаль, А. М. Боровик

КЛИНИКАНЫҢ ЖӘНЕ ФЕБРИЛЬДІ ШИЗОФРЕНИЯ АУРУЫН ЕМДЕУДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақалада ағыстың және клиникадағы фебрильді шизофренияның өзгешеліктері сипатталады. Клиникалық жағдайлармен комплексті емдеудің сұрақтары.

Кілт сөздер: фебрильді шизофрения, кататоникалық қозу, кататоникалық ступор

T. P. Zhuk, L. V. Dudal, A. M. Borovik

FEATURES OF CLINIC AND TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA EPISODE

The features of the course and the clinical picture of febrile schizophrenia are described in this article. Issues of integrated with a description of clinical cases were written.

Keywords: febrile schizophrenia, catatonic excitement