

*Л. Н. Юр'єва, В. А. Кокашинский, Т. В. Рачинская***КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ПСИХОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА
ВСЛЕДСТВИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ***Л. М. Юр'єва, В. О. Кокашинський, Т. В. Рачинська***Клінічний аналіз випадку психотичного розладу внаслідок комбінованого зловживання
психоактивними речовинами***L. Yuryeva, V. Kokashynskyi, T. Rachynska***Clinical analysis of the case of the psychotic disorder due to the combined abuse of psychoactive substances**

Клинический и социальный патоморфоз психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психостимуляторов и каннабиноидов актуализировал проблему дифференциальной диагностики и терапии этих пациентов. Наибольшей популярностью среди лиц молодого возраста пользуются каннабиноиды (в том числе синтетические каннабиноиды), психостимуляторы и галлюциногены. В клинической практике все чаще встречаются интоксикационные психозы вследствие употребления психоактивных веществ, часто протекающие по типу шизофреноподобных расстройств, что влечет за собой сложности дифференциальной диагностики с эндогенными расстройствами. Актуальность «проблемы психотического потенциала» психостимуляторов обусловлена также дискуссией о целесообразности медицинского применения каннабиноидов при ряде тяжелых заболеваний. В статье представлено описание клинической картины и динамики развития психотического расстройства вследствие комбинированного (каннабиноиды, психостимуляторы, галлюциногены) злоупотребления психоактивными веществами. Представлены клинический анализ и дифференциальная диагностика между психотическими расстройствами вследствие злоупотребления психоактивными веществами с шизофреноформной симптоматикой и психозами эндогенного происхождения (шизофрения, биполярное аффективное расстройство). Актуальность данного случая заключается в сходстве клинической картины с эндогенными расстройствами и вытекающими из этого трудностями диагностики, дифференциальной диагностики и терапии данных расстройств. В статье рассмотрены аспекты применения антипсихотического препарата второго поколения оланзапина (Эголанза) при лечении психотического расстройства экзогенной этиологии.

Ключевые слова: каннабиноиды, психостимуляторы, галлюциногены, дифференциальная диагностика интоксикационных и эндогенных психозов, психотическое расстройство, зависимость от психоактивных веществ, лечебная тактика, оланзапин

Клінічний і соціальний патоморфоз психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання психостимуляторів та канабіноїдів актуалізував проблему диференціальної діагностики і терапії цих пацієнтів. Найбільшою популярністю серед осіб молодого віку користуються канабіноїди (зокрема синтетичні канабіноїди), психостимулятори та галюциногени. У клінічній практиці все частіше спостерігаються інтоксикаційні психози внаслідок вживання психоактивних речовин, які часто перебігають на кшталт шизофреноподібних розладів, що тягне за собою складності диференціальної діагностики з ендогенними розладами. Актуальність «проблеми психотичного потенціалу» психостимуляторів зумовлена також дискусією про доцільність медичного застосування канабіноїдів при низці важких захворювань. У статті наведено опис клінічної картини і динаміки розвитку психотичного розладу внаслідок комбінованого (канабіноїди, психостимулятори, галюциногени) зловживання психоактивними речовинами. Проведені клінічний аналіз і диференціальна діагностика між психотичними розладами внаслідок зловживання психоактивними речовинами з шизофреноформною симптоматикою і психозами ендогенного походження (шизофренія, біполярний афективний розлад). Актуальність цього випадку полягає в схожості клінічної картини з ендогенними розладами та похідних від цього труднощів діагностики, диференціальної діагностики і терапії цих розладів. У статті розглянуті аспекти застосування антипсихотичного препарату другого покоління оланзапіну (Еголанза) під час лікування психотичного розладу екзогенної етіології.

Ключові слова: канабіноїди, психостимулятори, галюциногени, диференціальна діагностика інтоксикаційних та ендогенних психозів, психотичний розлад, залежність від психоактивних речовин, лікувальна тактика, оланзапін

The clinical and social pathomorphism of mental and behavioral disorders due to the use of psychostimulants and cannabinoids actualized the problem of differential diagnosis and therapy of these patients. The most popular among young people are cannabinoids (including synthetic cannabinoids), psychostimulants and hallucinogens. In clinical practice, intoxication psychoses are more and more common due to the use of psychoactive substances, often occurring as schizophrenic-like disorders, which entails the difficulties of differential diagnosis with endogenous disorders. The relevance of the "problem of psychotic potential" of psychostimulants is also due to the discussion about the advisability of medical use of cannabinoids in a number of serious diseases. The article describes the clinical picture and dynamics of the development of psychotic disorder due to the combined (cannabinoids, psychostimulants, hallucinogens) substance abuse. The presented clinical analysis and differential diagnosis between psychotic disorders due to substance abuse with schizophreniform symptoms and psychoses of endogenous origin (schizophrenia, bipolar affective disorder). The relevance of this case is the similarity of the clinical picture with endogenous disorders and the resulting diagnosis difficulties, differential and treatment of these disorders. The article discusses aspects of the use of second-generation antipsychotic drug olanzapine (Egolanza) in the treatment of psychotic disorders of exogenous etiology.

Key words: cannabinoids, psychostimulants, hallucinogens, differential diagnosis of intoxication and endogenous psychoses, psychotic disorder, dependence on psychoactive substances, therapeutic tactics, olanzapine

В настоящее время возросло количество лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), относящихся к группам каннабиноидов и психостимуляторов. Актуализовались дискуссии в обществе о целесообразности легализации каннабиноидов, а также о возможности их применения в терапевтических

целях. Следствием этого является насущность проблемы «психотического потенциала» данной группы ПАВ и как следствие — сложность дифференциальной диагностики экзогенных и эндогенных психозов.

В современных наблюдениях за пациентами с психотическими расстройствами вследствие употребления современных ПАВ (синтетические каннабиноиды, психостимуляторы) отмечается, что их клинический

патоморфоз и отличает от классических экзогенно-органических психических расстройств, констатируется «шизофренизация» таких психотических расстройств [2, 3]. Описаны «стимуляторные психозы» вследствие употребления амфетаминов, кокаина, катинона (мефедрона), эфедрина, метамфетаминов, метилфенидада (риталина). Типичными для них являются галлюцинаторно-параноидная симптоматика, кататонический ступор и возбуждение, онейроидное помрачение сознания, мании и шизофреноформные симптомы со шперрунгами, ментизмом, резонерством [1].

В то же время патогномичные для шизофрении клинические проявления не выявлены. Каждый признак и симптом могут встречаться при других психических и неврологических заболеваниях. Поэтому для постановки диагноза необходимо не только психопатологическое обследование, но и изучение семейного анамнеза, преморбидных особенностей личности, продромальных проявлений, социального положения и функционирования, соматического и неврологического статуса, юридических и других психосоциальных проблем [5].

В качестве иллюстрации приводим описание клинического случая.

Пациент Б. 23 года, житель г. Днепра, находился на стационарном лечении в отделении № 1 Коммунального учреждения «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» с 15.12.2017 по 19.01.2018.

Анамнез: Наследственность психическими заболеваниями и зависимыми состояниями не отягощена. Беременность и роды у матери протекали без особенностей. Родился единственным ребенком в полной семье. Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами. Детские инфекции перенес без осложнений, в школьном возрасте — аппендэктомия. Родители развелись, когда пациенту было 12 лет. В школу пошел с 7 лет, первые 4 класса учился плохо, потом успеваемость улучшилась. С 9 по 11 класс обучался в Юридическом лицее г. Днепропетровска, по его окончании поступил в Днепропетровский государственный университет внутренних дел, окончил по специальности юрист, по специальности не работал, так как «потом понял, что работа с бумагами — не его». Работал в Интернете «фрилансером», зарабатывал на рекламном маркетинге. Проживал и работал в г. Днепре. В середине июля 2017 г. уехал в г. Киев, так как «там было больше перспектив». Холост, детей нет, проживает самостоятельно. Туберкулез, черепно-мозговые травмы, венерические заболевания, вирусный гепатит, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) — отрицает.

Со слов пациента: около полутора лет назад начал курить «шмаль» (каннабис), примерно 1 раз в 1—2 недели, затем попробовал «колеса» (экстези). «Первый раз меня угостили — мне понравилось, было чувство, что все хорошо, все гармонично, была эйфория». В дальнейшем употреблял «кислоту» (ЛСД) в виде «марок» которые клал под язык, пробовал два раза после стресса с девушкой, «я психанул и решил, что это мне поможет уйти от проблем», «я видел фракталы — это ощущение, как ковер тебя ласкает, весь мир похож на пружины, хочется обнять весь мир, сделать добро, заняться благотворительностью, вообще — это забавное ощущение». «В ноябре 2017 г. попробовал «спиды» (амфетамин) 2—3 раза по собственной инициативе, мне было интересно. Была эйфория, хорошее настроение, невозможно было уснуть, была бодрость, можно было «тусить» в клубе целую ночь. После этого появлялась раздражительность,

пассивность, сниженное настроение. Затем появилось чувство, что за мной следят спецслужбы, все окружающие говорят по телефону, говорили обо мне, даже посторонние люди, я начал думать, что кому-то перешел дорогу или видел то, что не нужно было видеть, когда я выходил из дома, видел, как посторонний человек говорил по телефону, а камера была направлена в мою сторону, меня бросало в дрожь, мне было страшно, была тревога».

Со слов родственников: психическое состояние изменилось с сентября 2017 г., когда начал говорить о смысле жизни, философствовал, говорил: «я начал мыслить глобальными категориями». Начал читать Библию, говорил, что «знаю как заработать 100 тысяч долларов». Стал раздражительным, агрессивным, несобранным, были периоды нарушения сна и постоянные «сомнения во всем». Настроение менялось от угнетенного до неадекватно приподнятого с эйфорическим оттенком. Около 2-х недель до поступления в стационар приехал из г. Киева в возбужденном состоянии, не спал, постоянно ходил, не понимал где он находится, постоянно спрашивал: «где я нахожусь?», был тревожным, суетливым, речь была ускорена, говорил не по существу. Спрашивал: «какой сейчас год и число?», высказывал бредовые идеи преследования, утверждал, что за ним наблюдают и следят, «ставят эксперименты», задавал вопросы: «почему это со мной происходит?». В сопровождении родственников обратился в КУ «ДКПБ» ДООС. Госпитализирован без осознанного согласия в 1-е отделение, госпитализация первая.

При поступлении: На вопросы отвечает не по существу или просто молчит. Тревожно оглядывается по сторонам, к чему-то прислушивается, поведением обнаруживает наличие слуховых обманов восприятия. Внешне напряжен, тревожен, подозрителен. Импульсивный, на месте не удерживается, пытается куда-то бежать. Речь ускорена, говорит, что «это не больница, это всё подстроено, это морг». Спонтанно начинает говорить о том, что за ним следят и хотят его убить. Мышление грубо дезорганизовано, паралогичное, непоследовательное. Критически свое болезненное состояние не оценивает.

Соматически: пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые — чистые, обычной окраски. В легких — дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца — ясные, ритмичные. Артериальное давление — 125/75 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 88 уд. в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

Неврологически: зрачки $D = S$. Сухожильные рефлексы симметричны. Менингеальных знаков, парезов, параличей нет.

В отделении: В беседу вступает неохотно. В ходе беседы держится растерянно. Настроение снижено. Подтверждает у себя поток мыслей, их наплывы, путаницу мыслей в голове. Напряжен, тревожен, подозрителен. Негативно высказывается в адрес родителей, так как подозревает, что «родственники хотят сдать меня на органы», считает, что находится в морге, «родители мне не родные, хотят избавиться от меня». К чему-то прислушивается, присматривается, слышит в голове и возле неё «шум», женские и мужские «голоса», «голоса» знакомых и не знакомых людей, которые говорят, что надо делать, смеются над ним, обзывают его. Говорит, что «надо мной ставят эксперименты — это игра, надо зарабатывать очки», «все вокруг не реальное, я нахожусь в коме», «это большой эксперимент», «я боюсь уснуть и не проснуться», «на меня постоянно смотрят чужие глаза и наблюдают», считает, что вокруг продолжается инсценировка, «я в игре, я хочу выйти, но они не отпускают». Требует,

чтобы ему дали «почитать Библию», высказывает, что хочет пройти «чистилище». Эмоционально лабилен, напряжен, тревожен, временами злобен. Внимание неустойчивое. Мышление непоследовательное, с элементами паралогичности. Ночь спит прерывистым сном. Погружен в мир своих болезненных переживаний. Ходит по палате и закрывает лицо носовым платком, зачем он это делает — объяснить не может. Критики к болезни нет.

В результате проводимого лечения состояние больного с некоторым улучшением. Тревога уменьшилась. Эмоционально стал спокойнее. Настроение — с улучшением. Наличие «голосов» отрицает, хотя при беседе говорит, что слышит, как кто-то набирает номера телефонов, что-то плачет — и это вызывает у больного подозрение. Был вовлечен в психокоррекционные работы с психологом.

В ходе дальнейшего лечения в психическом состоянии пациента сохранялась положительная динамика. Психотические симптомы редуцировались. В беседе держится спокойно, на вопросы отвечает в плане заданного вопроса. Ориентирован всесторонне правильно. Настроение хорошее. Эмоционально адекватный, живой. Мышление — последовательное. Память и интеллект — не нарушены. Агрессивных и аутоагрессивных тенденций не выявляет. Перенесенный психотический эпизод оценивает критически. Выписан домой в сопровождении родителей.

Анализ крови на сифилис (реакция Вассермана (RW) от 18.12.2017 г. — отрицательный.

Анализ крови на ВИЧ от 21.12.2017 г. — не обнаружено.

Флюорография (ФЛГ) N2 10191S от 03.01.2018 г. — легкие и сердце в норме.

Электрокардиограмма (ЭКГ) 3760 от 29.12.2017 г. Синусовая тахикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, умеренные изменения миокарда.

26.12.2017 г. Осмотр терапевта: практически здоров.

26.12.2017 г. Осмотр невропатолога: признаков органического поражения центральной нервной системы не выявлено.

Лечение. Дезинтоксикационная терапия. С учетом преобладания в клинической картине галлюцинаторно-параноидного синдрома и аффективных нарушений, акцент был сделан на выбор мощной антипсихотической терапии (раствор галоперидола 20 мг в день; раствор аминазина 100 мг в день), для достижения более выраженного седативного и анксиолитического эффекта назначали раствор диазепекса 20 мг в день. В течение 10 дней «голоса» и бредовые проявления существенно редуцировались, однако сохранились на остаточном уровне вместе с аффективными расстройствами, в связи с чем инъекционная терапия была заменена на таблетированную форму антипсихотика второго поколения — оланзапин (Эголанза) 15 мг в день. Доза оланзапина в 15 мг оказалась оптимальной для восстановления активности и редукции психотической симптоматики. Появилось субъективно позитивное настроение и пациент стал посещать психотерапевтические сессии.

Заключение психолога. На момент обследования психическая деятельность пациента характеризуется упорядоченным мышлением, некоторой эмоциональной лабильностью, преобладанием сниженного настроения с тревогой, застреванием на своих переживаниях, которое в ряде случаев разрешается

бурным аффектом. Память и интеллект не нарушены. По патохарактерологическому опроснику — выраженность акцентуированных черт характера по сочетанному циклоидно-неустойчивому типу.

Для пациента характерно противоречивое сочетание чувства собственного достоинства с подверженностью негативным средовым влияниям, поиском признания в межличностном взаимодействии, попытках «вживаться» в разные социальные роли без учета адекватности и престижности собственной личностной позиции.

Диагноз: Психические и поведенческие расстройства вследствие комбинированного употребления психоактивных веществ, психотическое расстройство, преимущественно полиморфное F19.53.

Клинический анализ. Остро возникшие, яркие психотические расстройства возникли у личности с циклоидно-неустойчивыми чертами характера, что отражалось на его отношениях с окружающими и самооценке. На фоне наркотизации у данной личности возникло психотическое состояние с доминированием галлюцинаторно-параноидных феноменов. Была проведена дифференциальная диагностика между такими нозологиями как шизофрения параноидная, биполярное аффективное расстройство, психотическое расстройство вследствие употребления ПАВ.

Шизофрения параноидная. Фабула психотического расстройства, ощущения чуждости, «сделанности» мыслей, эмоциональная спутанность и дезориентировка, расстройства мышления могли бы быть присущи данной нозологии. Однако, наблюдается отсутствие эмоционально-волевых расстройств, характерных для шизофрении, отсутствие опоры на латентные признаки, благоприятный исход заболевания без симптомов шизофренического дефекта.

Биполярное аффективное расстройство с психотическими проявлениями. В пользу данной нозологии свидетельствуют аффективные расстройства, ускоренное и дезорганизованное мышление. Однако, в представленном случае отсутствуют «классическая» для расстройств аффективного спектра динамика и признаки аффективных фаз в анамнезе.

Экзогенный психоз вследствие интенсивной наркотизации и сочетанного употребления ПАВ. В пользу данного диагноза свидетельствуют следующие клинические характеристики: причастность к наркотической субкультуре (употребление наркоманского сленга в разговорной речи, эксперименты с различными ПАВ и как следствие — развитие зависимости от них); прямая связь динамики психотических проявлений с употреблением ПАВ; острое начало заболевания, быстрая редукция симптоматики при отмене употребления наркотиков и лечения; особенности личности пациента не характерны для эндогенного процесса; наличие психопатологических синдромов, характерных для экзогенных психозов (острый психосиндром по Бангофферу, включающий элементы делирия, острого галлюциноза, параноидного синдрома, мании и депрессии); благоприятный исход заболевания. Психопатологические симптомы при психотическом расстройстве вследствие употребления современных ПАВ полиморфны, но в то же время они находятся в пределах клиники интоксикационных психозов.

Таким образом, наиболее вероятный диагноз: Психические и поведенческие расстройства вследствие комбинированного употребления психоактивных

(каннабис, амфетамин, галлюциногены) веществ, психотическое расстройство, преимущественно полиморфное.

Данный клинический случай демонстрирует сложность дифференциальной диагностики эндогенных и экзогенных психотических расстройств и терапии коморбидной наркогенной патологии. В структуре интоксикационных психозов отмечаются не только острые экзогенные реакции, но и синдромы эндогенного регистра с элементами онейроидного помрачения сознания, синдромом Кандинского — Клерамбо, бредом преследования и воздействия, выраженными расстройствами мышления, что можно обозначить как «шизофренизацию» экзогенных психозов.

Представленный клинический случай имеет практическую значимость для врачей-клиницистов не только из-за особенностей клиники и дифференциальной диагностики, но и терапии пациентов с интоксикационными психозами вследствие употребления современных ПАВ. При лечении, помимо дезинтоксикационной терапии, для купирования психотической симптоматики необходимо применять антипсихотические препараты второго поколения, в частности оланзапин (Эголанза) [4]. Оланзапин (Эголанза) рекомендован для купирования психотических симптомов и патологического влечения к ПАВ, пациентам с дефицитом массы тела, выраженными эмоционально-волевыми нарушениями и расстройствами сна. Данный препарат продемонстрировал свою эффективность и хорошую переносимость в описанном клиническом случае.

Список литературы

1. Substance use in clinical high risk for psychosis: a review of the literature / Addington J., Case N., Saleem M. [et al.] // Early Interv Psychiatry. 2013. Vol. 14. P. 12—22. DOI: 10.1111/eip.12100.
2. Liechti M. E. Novel psychoactive substances (designer drugs): overview and pharmacology of modulators of monoamine signaling // Medical intelligence. 2015. Vol. 145. W. 14043. DOI: 10.4414/smw.2015.14043.

3. Cannabis and schizophrenia / McLoughlin B. C., Pushpa-Rajah J. A., Gillies D. [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. 2014 Oct 14. DOI: 10.1002/14651858.CD004837.pub3.

4. Адиктологія / Носов С. Г., Огоренко В. В., Мамчур О. Й. [та ін.] ; за ред. Юр'євої Л. М. Дніпро : Вид-во «Нова ідеологія», 2018. 185 с.

5. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. М. : «Медицина», 1975. 335 с.

Надійшла до редакції 26.09.2019 р.

ЮР'ЄВА Людмила Миколаївна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, наркології і медичної психології факультету післядипломної освіти (ФПО) Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (ДЗ «ДМА МОЗ України»), м. Дніпро, Україна; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

КОКАШИНСЬКИЙ Віктор Олександрович, клінічний ординатор кафедри психіатрії, наркології і медичної психології ФПО ДЗ «ДМА МОЗ України», м. Дніпро, Україна; e-mail: viltord.koka@ukr.net

РАЧИНСЬКА Тетяна Вікторівна, завідувачка відділення № 1 Комунального підприємства «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради, м. Дніпро, Україна; e-mail: rachinskayatv@icloud.com

YURYEVA Lyudmyla, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Psychiatry, Narcology and medical Psychology of Faculty of Postgraduate Education of the State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine", Dnipro, 49044, Ukraine; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

KOKASHYNSKYI Viktor, Clinical Resident of Department of Psychiatry, Narcology and medical Psychology of Faculty of Postgraduate Education of the State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine", Dnipro, Ukraine; e-mail: viltord.koka@ukr.net

RACHYNSKA Tetiana, Head of Department № 1 of Communal Company "Dnipropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital" of the Dnipropetrovsk Regional Council, Dnipro, Ukraine; e-mail: rachinskayatv@icloud.com