

СОМАТИЧЕСКИЕ МАСКИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ (ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТОВ И ПСИХИАТРОВ)

Занозин А.В.¹, Артеменко А.Г.², Бородачев А.С.², Станченков И.В.³

¹ ГБУЗ НО "Наркологическая больница", Нижний Новгород;

² ГБУЗ НО "Городская больница № 33", Нижний Новгород, e-mail: bor.as82@mail.ru;

³ ГБУЗ НО «Психиатрическая больница № 2», Нижний Новгород

В данной статье представлен обобщенный опыт работы наркологов, терапевтов, токсикологов и психиатров клинических центров г. Нижнего Новгорода за период 2016–2017 гг. Авторы наблюдали ряд случаев манифестации соматических стигм (жалоб, клинических симптомов) у пациентов с психозами эндогенного и экзогенного (амфетаминового) генеза. В качестве иллюстрации приведены клинические случаи из практики. Рассматривали основные дифференциально-диагностические отличия психических и вегетативных проявлений параноидной шизофрении и амфетаминового делирия. Проводили сопоставление картины шизофренического аффективно-бредового синдрома и параноидного психоза, вызванного употреблением амфетамина. Учет возможности прикрытия психической симптоматики соматическими масками способствует повышению эффективности диагностики различных психозов. Рассмотрение приведенных случаев может представлять интерес для практикующих врачей и способствовать обогащению их клинического опыта.

Ключевые слова: соматические маски, эндогенный психоз, экзогенный психоз, интоксикационный психоз, соматические жалобы, вегетативные проявления, шизофрения.

SOMATIC MASKS MENTAL DISEASES (EXPERIENCE OF JOINT WORK OF THERAPISTS AND PSYCHIATRISTS)

Zanozin A.V.¹, Artemenko A.G.², Borodachev A.S.², Stanchenko I.V.³

¹ GBUZ BUT "Narcological hospital", Nizhny Novgorod;

² GBUZ BUT "City hospital № 33" Nizhny Novgorod, e-mail: bor.as82@mail.ru;

³ BUT GBUZ "Psychiatric hospital №2", Nizhny Novgorod

In this article presents a generalized experience of narcologists, physicians, toxicologists, and psychiatrists clinical centers of Nizhny Novgorod for the period 2016–2017, the Authors observed a number of cases of manifestation of somatic stigmas (complaints, clinical symptoms) in patients with psychosis endogenous and exogenous (amphetamine) Genesis. As an illustration of clinical cases from practice. Rassmatrivali the main differential diagnostic differences of mental and autonomic manifestations of paranoid schizophrenia and amphetamine delirium. Conducted a comparison picture of the schizophrenic affective-delusional syndrome and paranoid psychosis caused by amphetamines. The possibility of covering mental symptoms somatic masks improves the efficiency of diagnosis of various psychoses. Consideration of the above cases may be of interest to practitioners and contribute to the enrichment of their clinical experience.

Keywords: somatic masks, endogenous psychosis exogenous psychosis, substance-induced psychosis, somatic complaints and vegetative symptoms of schizophrenia.

В последние годы в практическом здравоохранении наблюдается рост количества случаев обращения пациентов с психозами. И если количество эндогенных психозов (в первую очередь шизофрении) относительно стабильно, то количество обращений по поводу экзогенных (интоксикационных) психозов неуклонно растет. По мнению экспертов, серьезную опасность представляет бесконтрольное употребление психоактивных веществ (ПАВ) амфетаминового ряда. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, прием амфетаминов (метамфетаминов) практикуют более 35 миллионов человек; чаще принимают только каннабиноиды. При этом речь идет только о зарегистрированных случаях

немедицинского употребления ПАВ, реальная же картина гораздо драматичнее. Амфетамины становятся все более доступными и популярными запрещенными веществами, получившими широкое распространения среди лиц молодого возраста. Опасность этих психостимуляторов обусловлена их способностью вызывать тяжелый психоз, так называемый амфетаминовый параноид или амфетаминовый делирий – состояние, представляющее опасность как для пациента, так и для окружающих, требующее быстрого и грамотного врачебного пособия [1, 2, 7].

С ростом количества психозов врачами отмечается расширение спектра наблюдаемых симптомов данной патологии. Речь идет, в первую очередь, о неспецифических, проявлениях, характерных не только и даже не столько для психической патологии. В ряде случаев субъективные (жалобы) и объективные (вегетативные стигмы) симптомы могут маскировать основное заболевание под соматические болезни. При этом врачи-интернисты не всегда уделяют должное внимание признакам психопатологии, не проводят целенаправленного сбора психиатрического и наркологического анамнеза, не направляют материалы для лабораторных исследований в специализированные учреждения. Закономерные затруднения в постановке верного диагноза и, как следствие, отсрочка в назначении неотложной специфической терапии могут существенно осложнить течение основного заболевания и создать угрозу как для самого пациента, так и для окружающих [3-6].

Возможность быстрого принятия верного решения о тактике ведения больного в состоянии психоза зависит от умения врача отличать психоз от соматической патологии, а также дифференцировать клинические проявления эндогенного и интоксикационного психозов при отсутствии возможности использования дополнительных методов исследования и в условиях ограниченного времени. Формированию такого умения, помимо теоретической подготовки и собственных наблюдений, большое значение имеет изучение материалы медицинской практики [1].

В настоящей статье обобщен опыт работы наркологов, токсикологов, терапевтов и психиатров клинических центров г. Нижнего Новгорода за период 2016–2017 гг. Авторами были рассмотрены двенадцать случаев поступления пациентов в психиатрическую больницу № 2 г. Нижнего Новгорода с диагнозом «параноидная шизофрения» и пятнадцать случаев поступления пациентов в Областную наркологическую больницу с диагнозом «психотическое расстройство, связанное с употреблением психостимуляторов». У всех больных в той или иной мере наблюдались неспецифические симптомы и синдромы, свойственные большому количеству заболеваний внутренних органов и маскирующих характерные психозы эндогенного и интоксикационного (амфетаминового) генеза.

Дифференциальная диагностика и установка окончательного диагноза проводились комиссионно. Диагноз, в конечном итоге, подтверждался документально и лабораторно (при необходимости). Изучение неспецифической (соматической) и специфической психотической симптоматики проводилось по данным историй болезни, описаниям психического состояния больных, дневниковым записям и в процессе клинического интервью. Сведения, полученные в результате обследования больных, имели описательный характер, не имели количественных показателей, не измерялись по шкалам, поэтому статистическая обработка полученных данных не проводилась. Из всего перечня соматических масок психозов можно было выделить субъективные и объективные симптомы. К субъективным относились жалобы: на головную боль, общую слабость, головокружение, снижение работоспособности, расстройства сна (бессонницу). Объективными симптомами являлись, как правило, вегетативные расстройства: расширение зрачков, белый или красный дермографизм, повышенная потливость, тремор. Следует отметить, что жалобы, характерные для соматической патологии, как правило, предъявляли пациенты с эндогенным психозом. Эти больные были четко и правильно сориентированы в месте и времени, достаточно внятно заявляли о «плохом самочувствии», «плохом сне», «боли в голове», «боли в сердце», однако затруднялись в детализации жалоб, что не позволяло конкретизировать предположительные соматические диагнозы. При обследовании психиатрами выявлялись характерные для аффективно-бредового состояния фантастические бредовые идеи, связанные с невозможными в реальности формами преследования. Такие идеи характеризовались фантастическими возможностями, имеющими вид некоего глобального влияния. Имели место также слуховыми псевдогаллюцинации с мало дифференцируемыми по принадлежности «голосами», с элементами идеаторного варианта автоматизма – «вложением» мыслей. Пациенты демонстрировали плохо дифференцируемый, не имеющий объективности аффект страха, тревоги, мало проявляемых в поведении. У большинства обследуемых наблюдалась двойственность поведения, что выражалось в актуальном переживании психоза и поиске помощи в психиатрическом стационаре, но на основании «обычных» (соматических) жалоб. Данным пациентам был выставлен диагноз «параноидная шизофрения». В то же время, у больных с эндогенными психозами практически не встречались объективные соматические симптомы, не наблюдались сколько-нибудь выраженные расстройства вегетатики. Объективная соматическая симптоматика в виде вегетативных нарушений отмечалась, как правило, у лиц, употреблявших амфетамины. При их обследовании обращали на себя внимание расширение зрачков, изменение цвета кожных покровов (бледность или гиперемия), резко повышенная потливость. Оценить жалобы и собрать анамнез было весьма затруднительно, так как у этих больных страдала

ориентировка в месте и способность осознавать окружающую обстановку. При обследовании психиатрами выявлялись бредовые идеи, связанные с реальными формами преследования, общие для аффективно-бредового состояния в рамках интоксикационного психоза. Вербальный галлюциноз не имел фантастической проекции и был связан с конкретными людьми. Бредовая интерпретация поведения увязывалась с конкретной группой коллег, знакомых, «опасных бомжей». Между началом галлюцинирования и бредовой интерпретацией реальности не было временной экспозиции: пациенты сразу приступали к действиям, носящим агрессивный или оборонительный характер. Страх, тревога имели четкую объектную привязку. Весь аффективно-бредовый синдром разворачивался в конкретных, реальных обстоятельствах. Сами пациенты целостно воспринимали свою личность и угрозу оценивали как реальную. Обращала на себя внимание плохая ориентировка пациентов во времени, вплоть до нарушения или изменения чувства течения времени. Окончательный диагноз формулировался как «психотическое расстройство, связанное с употреблением психостимуляторов».

В качестве иллюстрации приводим клинические случаи из практики.

1. Пациент психиатрической больницы № 2 Ф., 29 лет, с установленным диагнозом «параноидная шизофрения» поступил в состоянии аффективно-бредового приступа заболевания. При первичном контакте с врачом во времени и месте был ориентирован правильно, понимал, что находится в психиатрической больнице, однако объяснял этот факт жалобами, характерными для терапевтического больного: «в последнее время болит голова», «плохой сон», считает нужным «полечить нервы». При объективном исследовании каких-либо отклонений со стороны внутренних органов выявлено не было. При подробной беседе биографическую информацию, адрес, имена близких называл правильно. Высказывал идеи преследования со стороны соседей, спецслужб, людей, подсланных специально для слежки и расправы, в которых он узнавал «замаскированных» знакомых. Со слов пациента, «преследование» было организовано с целью его физического уничтожения, так как он обладает «особыми свойствами». Какими именно – не уточняет. «Преследователи» могут воздействовать на него, «посылая в голову мысленные приказы». «Приказы» слышны пациенту внутри головы, «голос» не знаком, похож на голос робота или множество голосов. Состояние пациента влияет на его поведение лишь отчасти – больной старается обходить людей, от которых исходит угроза, меньше показывается на улице, одевается так, чтобы не было видно лица. С «голосами в голове» общается, «обещая выполнить приказы, а на самом деле – обмануть». Также жаловался, что уже несколько ночей подряд не спит, очень боится «голосов и тех, кто за этим стоит». Дома беспокоил родственников бессмысленной активностью, при этом ни с кем из них своими переживаниями не делится. Во время осмотра

контакту был доступен с трудом, испуган, к чему-то прислушивался, хватался за голову, на вопросы о самочувствии отвечал бессмысленными фразами.

2. Пациент психиатрической больницы № 2 К., 26 лет, с установленным диагнозом «параноидная шизофрения» поступил в состоянии аффективно-бредового приступа заболевания. Предъявлял жалобы на сильную головную боль и постоянную усталость. Утверждал, что болен онкозаболеванием потому, что двое из его близких родственников страдают раком. При объективном исследовании каких-либо отклонений со стороны внутренних органов не выявлено. При сборе анамнеза рассказал, что неожиданно появилось ощущение того, что болеют все вокруг, что у него миссия всем «открыть глаза» на их здоровье и помочь. Стал слышать «голоса, вопросы в голове», общался с ними мысленно. «Голоса» придают ему особое значение, принуждали вести проповедь «мессии», говорили ему, что он и есть «мессия». Появились особые способности «узнавания» больных и «нуждающихся в помощи». Физически «ощущает», что все его близкие также тяжело больны онкопатологией, считает своей миссией «спасти их», называет себя Иисусом, мучеником. В чем состоит это ощущение объяснить не может, но утверждает, что ощущения ему дают «голоса». При обследовании настроение было приподнятое, вместе с этим – тревожен, временами появлялась мимика страха. Наблюдалась двигательная расторможенность, не мог усидеть на месте. В речи и жестах отмечалось отсутствие концентрации, целенаправленности. В контакт вступал свободно. Во времени и месте ориентирован правильно.

3. Пациент наркологической больницы Е., 24 года, с установленным диагнозом «психотическое расстройство, связанное с употреблением психостимуляторов» при поступлении в стационар был крайне растерян, ориентировался во времени с подсказкой, в месте не ориентировался. Обращал на себя внимание внешний вид больного: зрачки пациента расширены, кожные покровы бледные, наблюдались тремор, озноб, потливость. Пациент был суетлив, что-то разглядывал на руках, старался очистить ладони от чего-то, прислушивался к чему-то, принохивался, резко оборачивался, с бранью быстро подходил к окну, разглядывал помещение. На шум за дверью реагировал неожиданно агрессивно, с бранью бросался к двери, кричал: «у них ножи», «добрались до меня». По отрывочным фразам удалось установить, что пациент заметил за собой слезку накануне вечером. Следят сотрудники соседней мебельной мастерской, с ними давно имеется конфликт. Слежка ведется с целью физической расправы над пациентом. Утверждает, что «они могут видеть сквозь стены, прослушивать все телефоны, знать, о чем думает каждый человек». По улыбке санитаря пациент «догадался, что он заодно с преследователями». Факт употребления амфетамина установлен со слов родственников.

4. Пациент наркологической больницы З., 26 лет, с установленным диагнозом «психотическое расстройство, связанное с употреблением психостимуляторов» при поступлении в стационар демонстрировал четкие проявления вегетативных расстройств: зрачки расширены, кожные покровы гиперемированные, выраженная потливость. Больной был напряжен, тревожен, легко отвлекаем на посторонние звуки, с трудом концентрировался на вопросах. Во времени ориентировался приблизительно, заявлял, что «время движется как-то непривычно», не понимал, что находится в больнице. Был уверен, что находится в полиции. Рассказывал, что проводил время в своей компании дома у одного из друзей. Утверждал, что не выпивал и запрещенных препаратов не принимал. Неожиданно для себя стал «слышать настоящие мысли» друзей, почувствовал, что они «что-то замышляют против него, хотят изнасиловать». Некоторое время «слушал» их, потом понял, что «угроза» реальная. Набросился на окружающих, стал бить «куда попало». В стационар доставлен вызванным нарядом полиции. Факт употребления амфетамина установлен со слов знакомых.

5. Пациент наркологической больницы У., 28 лет, с установленным диагнозом «психотическое расстройство, связанное с употреблением психостимуляторов» доставлен с железнодорожного вокзала, где прятался в подсобке дорожных рабочих. При поступлении в стационар обращал на себя внимание внешний вид: зрачки расширены, кожные покровы гиперемированные, выраженная потливость. Был одет в костюм, встревожен, растерян, не понимал, где находится, не называл времени суток, дату. Проявлял агрессию по отношению к врачу и медперсоналу. Рассказывал, что встречал на вокзале жену и ребенка, возвращавшихся с отдыха. Накануне не спал ночью, проводил время с друзьями в сауне. На вокзале почувствовал за собой слежку бомжей, которые «кивали в его сторону», «двусмысленно улыбались», «кружили вокруг». Понял, что с ним хотят расправиться, «тут же догадка стала известна бомжам». Почувствовал, что «поведение бомжей изменилось», «стали подходить к машине», «мысленно произносить угрозы», как бы говорили: «Лучше сам отдай всё, зарежем тебя». Бросив машину, пытался убежать и спрятаться, прихватив с собой монтировку и баллонный ключ. Утверждал, что «полиция с бомжами заодно». Факт употребления амфетамина установлен со слов знакомых.

Во всех пяти рассмотренных случаях наличествовали субъективные и объективные симптомы, способные маскировать основное (психическое) заболевание под патологию внутренних органов. Обследование психиатрами позволило идентифицировать основной диагноз. Соответственно возникла необходимость дифференцировки наблюдаемых психозов. При сопоставлении клинических описаний аффективно-бредового синдрома обращали на себя внимание расстройства в виде слуховых псевдогаллюцинаций и бреда преследования. Однако при шизофрении эти продуктивные симптомы имели крайне

фантастический контекст, указывающий на их аутистическое происхождение. При интоксикации амфетамином галлюцинирование происходило из реальной обстановки, было более приземленным по характеру и «вытекало» из реально существующего конфликта, объективно имеющихся страхов. Бред преследования при шизофрении был насыщен мистическими переживаниями и сопряжен с мнимым наличием «особых способностей» пациента. При амфетаминовом психозе мистический компонент отсутствовал, поведение носило жестко агрессивный или оборонительный характер. Эти особенности интоксикационного психоза сближали его с помрачением сознания по типу делирия с вербальным галлюцинозом, несмотря на схожесть с проявлениями психоза при шизофрении. Нарушение ориентировки в месте и времени не отмечалось при эндогенном психозе, но было характерно для амфетаминового делирия. Один из двух больных шизофренией демонстрировал нарушение целостного восприятия собственной личности, в то время как у всех пациентов с интоксикационным психозом восприятия личности было сохранено. Представляет интерес тот факт, что субъективные симптомы соматической патологии были характерны именно для эндогенных психозов (шизофрении). При этом отмечалась двойственность поведения, что выражалось в актуальном переживании психоза и поиске помощи в психиатрическом стационаре, но на основании «обычных» (соматических) жалоб. Подобные жалобы можно рассматривать как диссимуляцию с целью скрыть основное (психическое) заболевание. Что касается внешних проявлений вегетативных расстройств, то при эндогенном психозе таковые не отмечались, в то время, как при интоксикации амфетамином наличествовали яркая симпатическая и парасимпатическая симптоматика. Данная группа симптомов имеет особенное значение для диагностики интоксикации. В отличие от психических проявлений, это зримые стигмы, их идентификация не требует специальных приемов оценки (расспроса, беседы, сбора анамнеза и т.д.). К тому же вегетативные расстройства могут носить самый общий, неорганоспецифический характер, что позволяет не отвлекаться на исключение внутренней патологии.

Таким образом, результаты представленных наблюдений дают основание предполагать, что жалобы и вегетативные проявления у психических больных представляют интерес не только в качестве соматических масок, но и как дополнительные критерии дифференциальной диагностики эндогенных и экзогенных психозов. Конечно, данное предположение является дискуссионным и нуждается в дальнейшей разработке. Тем не менее как подход авторов к вопросам диагностики различных психозов, так и рассмотрение приведенных клинических случаев представляет интерес для практикующих врачей и способствует обогащению их клинического опыта.

Список литературы

1. Винникова М.А., Шахова С.М. Случай формирования зависимости от синтетических каннабиноидов (спайс) / М.А. Винникова, С.М. Шахова // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2016. – № 5. – С. 88–92.
2. Иванов М.В., Шипилин М.Ю., Янушко М.Г. Шизофрения и употребление психоактивных веществ: подходы к диагностике и выбору антипсихотической терапии /М.В. Иванов, М.Ю. Шипилин, М.Г. Янушко // Фарматека. – 2013. – № 3. – С. 34–38.
3. Марилов В.В., Марилова Т.Ю. Клиническая психопатология: руководство / В.В. Марилов, Т.Ю. Марилова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 608 с.
4. Connell P.H. Amphetamine Psychosis. Maudsley Monograph. No. 5. London: Oxford University Press, 1958.
5. Glasner-Edwards S., Mooney L.J., Marinelli-Casey P., et al. Clinical course and outcomes of methamphetamine dependent adults with psychosis. J Subst Abuse Treat 2008; 35 (4): 445–50.
6. Grant K.M., Levan T.D., Wells S.M., et al. Methamphetamine-Associated Pschosis. J. Neuroimmune Pharmacol 2011; 7(1):113–39.
7. Rockville M.D. NSDUH Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-36, HHS Publication Ĩ SMA 09–4434). 2009: 242–2437.