

УДК 616.89.

К. В. Аїмедов

## ОСОБЛИВОСТІ ФЕБРИЛЬНИХ НАПАДІВ ПРИ КАТАТОНІЧНІЙ ФОРМІ ШИЗОФРЕНІЇ

К. В. Аїмедов

Особенности фебрильных приступов при кататонической форме шизофрении

C. Aymedov

### Features of the febrile seizures in catatonic schizophrenia

На сьогоднішній день проблема фебрильних нападів у хворих на шизофренію є маловивченою. У дослідженні взяли участь 23 хворих на кататонічну форму шизофренії, яка була ускладнена фебрильними нападами. В статті наведені особливості клінічної картини, соматичних ускладнень, зроблено акцент на лабораторних дослідженнях хворих у період фебрильного нападу, а також його лікування.

**Ключові слова:** кататонічна форма шизофренії, фебрильні напади, соматичні ускладнення

На сьогоднішній день проблема фебрильних приступов у больных шизофренией является мало изучена. В исследовании приняли участие 23 больных кататонической формой шизофрении, осложненной фебрильными приступами. В статье приведены особенности клинической картины, соматических осложнений, сделан акцент на лабораторных исследованиях больных в период фебрильного приступа, а также его лечения.

**Ключевые слова:** кататоническая форма шизофрении, фебрильные приступы, соматические осложнения

Nowadays, the problem of febrile seizures of patients with schizophrenia is studied very poorly. The studying involved 23 patients with catatonic schizophrenia, which was complicated by febrile seizures. The article presents the clinical features, physical complications, and the emphasis is made on laboratory studies of the disease during the febrile attacks, as well as its treatment.

**Keywords:** catatonic form of schizophrenia, febrile seizures, medical complications

З огляду на надзвичайну гостроту, велику кількість гіперергічних проявів, бурхливий перебіг, поєднання психічних і соматичних порушень, що підсилюють один одного, що нерідко призводить до летального результату, актуальною проблемою є діагностика та лікування хворих на кататонічну шизофренію з фебрильними нападами (або фебрильну шизофренію), оскільки невідкладна терапія, що розпочата в перші години (рідше — дні), зберігає життя пацієнту [1].

Більшість авторів, які вивчали цю проблему, вважають, що клінічна картина фебрильного нападу у хворих на шизофренію включає такі основні ознаки, які забезпечують нозологічну єдність цієї форми захворювання: по-перше, гострий початок захворювання з швидким розвитком у хворого як психопатологічних, так і соматичних симптомів; по-друге — переважно тяжкий перебіг захворювання з вираженим токсикозом і обов'язковим розвитком гарячкового стану; по-третє — наявність кататонічного збудження із затьмаренням свідомості онейроїдного типу, негативізмом, ехололія і ехопраксія, імпульсивна агресивність, ілюзорні, галюцинаторні й уривчасті маревні переживання; по-четверте, для фебрильного нападу у хворих на шизофренію характерним є розвиток нападів ступору або субступору з негативізмом, застиганням у химерних позах і воскової гнучкістю, яка змінюється кататонічним збудженням, і навпаки — збудження змінюється розвитком ступору; по-п'яте, при фебрильному нападі у хворих на шизофренію нерідко виникають напади аментивноподібного збудження нецілеспрямованого хаотичного типу з незв'язністю мови хворого і кататонічними симптомами [2, 3].

Дослідження проходило на базі КУ «Одеський обласний центр психічного здоров'я» та КУ «Одеська обласна психіатрична лікарня № 2» у 2006—2016 рр. Було обстежено 23 хворих (13 чоловіків та 10 жінок) з встановленим за МКХ-10 діагнозом «Кататонічна форма шизофренії» (F 20.2), у яких спостерігались фебрильні напади. Середній вік хворих склав  $26,42 \pm 0,51$  роки. Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні не менше ніж 3 місяці та отримували адекватну медичну терапію. Дослідження включало проведення аналізу особливос-

тей клінічної картини хворих з фебрильними нападами, лабораторної діагностики та лікування.

До фебрильної шизофренії відносять особливі види захворювання, що супроводжуються підвищеною температурою, загальним гарячковим виглядом хворих, нерідко — дедалі більшим виснаженням, причому всі ці прояви можуть бути вираженими в різному ступені. Психопатологічна картина фебрильних нападів здебільшого характеризується різко вираженим збудженням, іноді — ступорозними станами, в окремих випадках захворювання може закінчитися летально.

У досліджуваних хворих у 16 випадках (69,57 %) фебрильний напад був першим у житті і лише у трьох (13,04 %) — третім. Тривалість основного психічного захворювання, ускладненого фебрильним нападом, у 13 пацієнтів (56,52 %) була менше ніж 10 років, з них у 9 (69,23 %) — до 1 року.

У 17 пацієнтів (73,91 %) фебрильний напад маніфестував вираженим психомоторним збудженням, причому в 34,65 % відзначалася неодноразова зміна афекту. Початок з кататонічного ступору виявлено у 6 хворих (26,08 %). Всього ж типовий ступорозний стан розвинувся у 20 випадках (86,96 %). При цьому найчастіше спостерігалися такі симптоми кататонії як негативізм (79,54 %), каталепсія (71,73 %), мутизм (56,61 %). У 15 пацієнтів (65,22 %) затьмарення свідомості мало онейроїдний характер, у 6 (26,09 %) спостерігався аментивноподібний синдром.

Хворим на фебрильну шизофренію також були притаманні вегетативно-соматичні розлади. Характер температурної кривої у 7 пацієнтів (30,43 %) мав неправильний характер, іноді спостерігалась інверсія температурної кривої (ввечері температура тіла виявлялась нижчою, ніж вранці). У 15 пацієнтів (65,21 %) найвища температура тіла за весь період спостереження та лікування досягала фебрильних цифр (середня температура тіла пацієнтів складала  $38,4 \pm 0,1^\circ\text{C}$ ). У 8 пацієнтів визначалась гектична температура тіла (середня температура тіла пацієнтів складала  $39,3 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ). З боку серцево-судинної системи у досліджуваних пацієнтів спостерігались коливання артеріального тиску протягом доби (56,52 %), артеріальна гіпертензія (13,04 %), тахікардія (65,21 %).

До вегетативних проявів також можна віднести підвищену пітливість (43,48 %), дизуричні прояви (21,74 %),

тахіпноє (52,17 %), блідість шкіряних покривів (73,91 %) та гіперемію шкіри обличчя (39,13 %).

Ранніми лабораторними ознаками фебрильного нападу було підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) в усіх пацієнтів до  $75 \pm 2$  мм/год, помірний лейкоцитоз (у 65,21 % хворих) та лімфопенія (у 69,57 % хворих). При цьому за загальним аналізом сечі виявлені протеїнурія (34,78 %), лейкоцитурія (43,48 %), гематурія (17,39 %), циліндрурія (13,04 %).

Визначено також зниження рівня загального білка до 50—60 г/л, рівня альбуміну до 40 г/л та підвищення рівня глобулінів до 25—39 г/л, що супроводжувалося зміною альбуміно-глобулінового коефіцієнта. Такі зміни зазвичай є характерними для організму в стані вираженого токсикозу, коли білок (альбумін) витрачається на детоксикацію та забезпечує разом з еритроцитами перший рівень захисту організму. Деякі біохімічні показники пацієнтів наведені у таблиці.

**Деякі біохімічні показники хворих на кататонічну шизофренію у період фебрильних нападів ( $M_e$ )**

Показник	Значення
Аланінамінотрансфераза (АЛТ), МЕ/л	$61,52 \pm 11,36$
Аспартатамінотрансфераза (АСТ), МЕ/л	$55,3 \pm 15,3$
АСТ/АЛТ	1,11
Лужна фосфатаза, МЕ/л	$92,90 \pm 37,10$
Гаммаглутаматтранспептидаза (ГГТ), МЕ/л	$25,60 \pm 6,90$
Креатинфосфокіназа (КФК), МЕ/л	$96,80 \pm 41,60$
$\beta$ -глобуліни, %	$61,80 \pm 39,70$

Примітка:  $M_e$  — медіана (середнє значення)

У пацієнтів з кататонічною шизофренією спостерігається різке збільшення цитолізу з підвищенням рівнів АСТ та АЛТ. Коефіцієнт де Рітіса (відношення АСТ до АЛТ) також вказує на наявність цитолітичного процесу та ураження печінки хворих. Підвищення рівня активності лужної фосфатази може бути наслідком участі кісткової тканини в регуляції гомеостатичного потенціалу крові хворих. КФК є важливою складовою енергопродуруючої ферментної системи серця і в умовах гемодинамічних порушень, лихоманки і тахікардії підвищення темпів її активності треба розглядати не як ознаку ураження серця, а найімовірніше як один з механізмів адаптації органа при фебрильному нападі. Значне підвищення рівня  $\beta$ -ліпопротеїдів у досліджуваних хворих вказує на порушення обміну ліпідів, що також є наслідком ураження печінки.

Отже, основними напрямками лікування в терапії критичних соматичних станів хворих є такі заходи:

1. Відновлення об'єму циркулюючої крові, необхідного для адекватного кровопостачання органів і тканин. Сюди відносять введення об'ємозаміщуючих, базисних і коригуючих розчинів.

2. Корекція дихальних і метаболічних порушень. Значною мірою її досягали введенням об'ємозаміщуючих і, особливо, — коригуючих препаратів. Крім цього, використовували також гемодез, низькомолекулярна фракція якого має високу адсорбційну здатність щодо токсичних речовин.

3. Відновлення мікроциркуляторних порушень при критичних станах, які в основному виникали як наслідок зниження об'єму циркулюючої крові, і значною мірою зменшувалися при введенні об'ємозаміщуючих препаратів. Крім того, для їх корекції використовували еуфілін, трентал, кавінтон, ксантинолу нікотинат.

4. Усунення станів тахікардії, яка, здебільшого, була пов'язана з електролітними порушеннями і не вимагала застосування антиаритмічних засобів.

5. Корекція функції нирок і відновлення адекватного діурезу, якої досягали за допомогою нормалізації артеріального тиску й усунення гіповолемії. За потребою застосовували лазикс, манітол.

6. Антибактеріальна терапія, яку проводили усім хворим як з лікувальною, так і з профілактичною метою (в зв'язку з високим ризиком розвитку застійної пневмонії).

7. Десенсибілізуюча терапія (димедрол, супрастин, тавегіл, глюкокортикоїди).

Медикаментозна терапія хворих на кататонічну форму шизофренії ускладнювалась формуванням резистентності до типових, а також атипичних нейролептиків. Лише у 21,74 % пацієнтів комбінована терапія нейролептиками та протисудомними препаратами у низьких дозах мала позитивну відповідь. У інших випадках, у зв'язку з неефективністю медикаментозної терапії, пацієнтам проводили сеанси електросудомної терапії (ЕСТ) з використанням міорелаксантів. Після 3—4 сеансів ЕСТ у 78,26 % хворих спостерігалось поліпшення стану, пацієнти починали приймати їжу, що дозволяло знизити обсяг парентерального і в 26,09 % відмовитися від зондового харчування. В обох групах було проведено 7 сеансів ЕСТ, що дозволило повністю позбутися проявів кататонічного синдрому та нормалізувати соматичний стан хворих.

Отже, проведене дослідження виявило, що найчастіше фебрильний напад маніфестував вираженим психомоторним збудженням, при цьому відзначалася неодноразова зміна афекту. Для таких хворих були характерні вегетативно-соматичні розлади у вигляді підвищеної температури тіла (фебрильної або гектичної), з інверсією температурної кривої, коливання артеріального тиску протягом доби, артеріальна гіпертензія, тахікардія, а також підвищена пітливість, дизуричні прояви, тахіпноє, блідість шкіряних покривів та гіперемія шкіри обличчя. Ранніми лабораторними ознаками фебрильного нападу було підвищення ШОЕ до  $75 \pm 2$  мм/год, помірний лейкоцитоз та лімфопенія, біохімічним аналізом крові виявлені ознаки цитолізу та маркери ураження печінки.

Терапія кататонічної форми шизофренії при фебрильних нападах має бути спрямована, в першу чергу, на підтримку життєво важливих функцій і відновлення механізмів саморегуляції організму. Тому основою лікування в усіх хворих є інтенсивна інфузійна терапія.

**Список літератури**

1. Радионова С. И., Рачкаускас Г. С. Клиническое течение и лечение больных с тяжелыми формами шизофрении в Луганской области // Український медичний альманах. 2007. Т. 10, № 6. С. 141—145.
2. Рустанович А. В. Шизофрения : учебное пособие. СПб.: Элби-СПб, 2012. 96 с.
3. Lee J. W., Schwartz D. L. Catatonia associated with hyponatremia // Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology. 1997. Vol. 10 (1). P. 63—64.

Надійшла до редакції 08.12.2016 р.

**АЙМЕДОВ Костянтин Володимирович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України, м. Одеса, Україна

**AYMEDOV Constantin**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and social Help of the Odesa national medical University, Odesa, Ukraine