

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА COVID - 19 С ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С.З. Ешимбетова, А.А. Абетова, С.А. Акназаров, Д.М. Мизанбаев,
С.Р. Тусупова, Д.К. Станбаев

НУО «Казахстанско-Российский Медицинский Университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

В статье представлено мнение авторов о дебюте COVID-19 с психотическими нарушениями на основе анализа клинического случая. В дебюте психоза отмечался острый галлюциноз без помрачения сознания. При дальнейшем развитии отмечается наплыв вербальных и зрительных галлюцинаций с галлюцинаторной спутанностью, соответствующим аффектом, поведением и психомоторным возбуждением. В последующем выявлялись онейроидоподобные состояния. На фоне нарастающей симптоматики основного заболевания (коронавирусная инфекция), нарушения водно-электролитного баланса, гипертермии, гиповолемии, нарушения функции внутренних органов и систем наступает мусситирующий делирий. При дальнейшем течении наблюдается аментивноподобное состояние, что считается прогностически неблагоприятным признаком.

Ключевые слова: фебрильная шизофрения, COVID-19, инфекционный психоз.

Введение. В связи с пандемией COVID-19 здравоохранение всего мира оказалось в ситуации пересмотра взглядов на клинику, динамику, последствия и прогноза заболеваний инфекционного генеза. Это обусловлено особенностью действия данного типа вируса, проявляющую иную траекторию развития расстройств.

К настоящему времени достаточно накоплены результаты исследований о симптомах COVID-19, но данные о психических расстройствах разрозненны и неоднозначны. Так, опубликованы результаты исследований о психических нарушениях при коронавирусной инфекции. Данные же о психозах при COVID-19 недостаточно изучены, что диктует актуальность исследования. Впервые в РК изучается дебют COVID-19 с психотическими расстройствами, что является новизной данного исследования.

В различных литературных источниках опубликованы результаты исследований психического состояния человека в условиях пандемии. Так, имеются описания осложнений после перенесенной коронавирусной инфекции как о психоорганическом синдроме, расстройствах адаптации, эмоциональных нарушениях, суицидальных тенденциях и проявлений деменции в постковидном периоде [1-4].

По изученным литературным данным спектр психических и поведенческих расстройств при COVID-19 у населения варьировал, начиная от пограничных тревожных состояний до ухудшения и обострения имеющихся хронических психических заболеваний. Это свидетельствует о значительном негативном воздействии пандемии COVID-19 на психическое здоровье населения в целом, а также может явиться триггером для манифестации новых случаев психических заболеваний и рецидивов состояний. Следовательно, это требует проведения ряда целенаправленных психообразовательных, психопрофилактических и лечебно-диагностических мероприятий, которые должны проводить врачи первичного

звена здравоохранения, психиатры и медицинские психологи. Возможно, наряду с соблюдением строгих санитарно-эпидемиологических норм, оправдано назначение анксиолитических лекарственных препаратов или антидепрессантов лицам из группы риска на фоне патогенетической (антивирусной) терапии [5].

Из литературных источников известно, что психические нарушения при инфекциях зависят от природы инфекционного заболевания, особенностей реагирования на болезнь центральной нервной системы, а также от локализации болезненного процесса. Они подразделяются на симптоматические – возникающие при общих инфекционных заболеваниях в результате отравления бактериальными или вирусными токсинами и интракраниальные – психозы при нейроинфекциях, при которых происходит непосредственное поражение мозга или его оболочек нейротропной инфекцией [6].

По клиническим проявлениям инфекционных психозов различают: 1) транзиторные психозы, исчерпывающихся синдромами помрачения сознания: делирий, аменция, оглушение, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение), онейроид, скоропроходящие и не оставляющие никаких последствий; 2) затяжные психозы, протекающие без нарушения сознания, к которым относятся галлюциноз, галлюцинаторно-параноидное состояние, апатический ступор, конфабулез; 3) необратимые психические расстройства с признаками органического поражения центральной нервной системы – Корсаковский, психоорганический синдромы [7]. По течению симптоматические инфекционные психозы делятся на острые (психозы при острых инфекционных заболеваниях) и затяжные (при затяжном течении инфекционных заболеваний) [8].

Психозы при острых инфекциях, независимо от их этиологии, возникают как осложнение основного заболевания и поэтому, называются симптоматическими. Их этиопатогенез определяется антигенными свойствами

инфекционного агента, метаболическими и функциональными нарушениями различных систем организма, а также интоксикацией, возникающей в связи с аутоиммунными процессами [9].

Клиническая картина этих психозов характеризуется в основном острыми состояниями, описанными Бонгеффером под названием “реакции экзогенного типа”. К экзогенным синдромам, характерным для органических расстройств, относятся 6 острых психотических реакций: 1. Делирий – поэтапно развивающееся в вечерне-ночное время помрачение сознания, при котором аллопсихическая дезориентировка сочетается с галлюцинаторными расстройствами, бредовой интерпретацией реальных событий и обманов восприятия. Продолжается несколько суток. 2. Сумеречное расстройство сознания – сужение сознания. Приступообразное расстройство сознания, при котором на фоне общей дезориентировки под влиянием отрывочных бредовых идей и галлюцинаторных образов поведение больного носит выраженный антисоциальный характер. 3. Аменция – помрачение сознания, при котором наблюдается инкогеренция мышления, общая дезориентировка, патологическая отвлекаемость внимания. Аффект растерянности, отрывочные бредовые идеи, иллюзии и галлюцинации. Двигательная активность ограничена пределами постели. 4. Эпилептиформное возбуждение – стойкость и повторяемость припадков. Припадки большие и малые. 5. Галлюциноз – многочисленные галлюцинации (чаще простые) составляют проявление психоза. 6. Астения – основные компоненты: выраженная истощаемость (утомляемость), повышенная раздражительность (гиперестезия), соматовегетативные расстройства (головные боли, боли в животе, повышенная потливость, головокружение, тошнота, колебания артериального давления, тахикардия, нарушение сна) [10].

В соответствии с концепцией А.В. Снежневского о синдромообразовании, сформулированной им в 1960 году и затем вновь изложенной без каких-либо изменений, 96 органическим заболеваниям головного мозга свойственен «наибольший полиморфизм (наибольший диапазон, круг синдромов)». И в этот круг автор включил все известные психопатологические состояния, встречающиеся в клинике, по сути дела, всех известных нозологических форм – от неврозов до шизофрении и эпилепсии [11].

В связи с тем, что психозы на фоне гипертермии чаще связаны с фебрильной шизофренией, рассмотрим ее особенности. Так, название этого варианта течения шизофрении определяется тем, что первым и основным объективным критерием его является подъем температуры [Тиганов А.С., 1960, 1982; Ермолина Л.А., 1971; Цыганков Б.Д., 1997; Scheid K., 1937]. Речь идет о приступах онейроидной кататонии при рекуррентном и приступообразно-прогредиентном течении шизофрении, которые сопровождаются подъемом температуры и появлением ряда соматических расстройств. В литературе встречаются также другие названия этого варианта болезни: смертельная (летальная) кататония [Юдин Т.Т., 1937; Stavder K., 1934], гипертоксическая шизофрения [Ромасенко В.А., 1967] [12].

Приступы фебрильной шизофрении по тяжести соматического состояния и психопатологической структуре различны. В одних случаях они не отличаются от приступов онейроидной кататонии, сопровождающейся возбуждением или ступором. При кататоническом возбуждении температура тела субфебрильная или не превышает 38 °С, при кататоническом субступоре или ступоре – подъем температуры более значителен (до 39-40 °С). Температурная кривая неправильная (нетипична для какого-либо соматического или инфекционного заболевания). В отдельные дни обращает на себя внимание инверсия температурной кривой (в вечернее время температура тела оказывается более низкой, чем в утренние часы). Длительность лихорадочного состояния обычно короче приступа – от нескольких дней до нескольких недель (иногда более). Типичен внешний вид больных: лихорадочный блеск глаз, сухие запекшиеся губы, гиперемия кожных покровов, единичные кровоподтеки, язык сухой красный или обложенный. Соматическое состояние в целом может быть удовлетворительным [12].

Прогноз этих приступов относительно благоприятен. Однако в ряде случаев вслед за состоянием кататонического возбуждения, продолжающегося несколько дней, возникает возбуждение, очень напоминающее аменцию и определяемое как аментивно подобное. Больные находятся в непрерывном возбуждении в пределах постели: крутят головой, размахивают руками, стучат по постели ногами, речь их бессвязна, непоследовательна. Описываемое возбуждение прерывается эпизодами кататонического возбуждения и ступора. На высоте аментивноподобного возбуждения возможно развитие симптома карфологии: состояние, при котором больной мелкими движениями пальцев рук теребит простыню или одежду. Появление симптома карфологии свидетельствует о крайне неблагоприятном (в отношении жизни) прогнозе [12, 13].

Развитие аментивноподобного возбуждения сопровождается резким подъемом температуры тела до 39-40 °С и выше с неправильным характером кривой и явлениями инверсии. Подъем температуры не превышает 2 нед. Ухудшается соматическое состояние: кожные покровы становятся землисто-желтыми, увеличивается количество кровоподтеков, возможны трофические нарушения. Наиболее тяжелы буллезные формы трофических нарушений, проявляющиеся образованием на поверхности тела (особенно в области локтевых сгибов, пяточных костей, крестцовой области) пузырей с серозным содержимым, которое приобретает в последующем вишнево-красный цвет; на месте лопнувших пузырей обнаруживается эрозивная, плохо заживающая поверхность. Иногда вслед за аментивноподобным состоянием возникает состояние с гиперкинетическим возбуждением, характеризующееся появлением гиперкинезов хореоподобного типа (беспорядочными, некоординированными, неритмичными), преимущественно в проксимальных и дистальных отделах конечностей. Это возбуждение прерывается эпизодами кататонического и аментивноподобного возбуждения и субступора. Подъем температуры тела в этих случаях продолжается с сохранением неправильного характера и инверсии температурной

кривой. Продолжительность подъема температуры 1-2 нед. Тяжесть соматического состояния аналогична таковому при аментивноподобном возбуждении [14, 15].

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 [12], 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 [16, 17]. Имеется определенная закономерность между психопатологической структурой приступа, степенью подъема температуры и выраженностью соматических нарушений [18].

Цель изучить клинические особенности психоза при COVID-19 с помощью анализа клинического случая.

Задачи:

1. Изучение клинических особенностей психотических расстройств при COVID-19.
2. Выявление преморбидных особенностей, предрасполагающих к психотическим реакциям на экзогенные воздействия.
3. Уточнение предпосылок для дифференциальной диагностики психоза при короновирусной инфекции и фебрильной шизофрении.

Материал и методы. Материалом служит клинический случай на основе анализа медицинской карты стационарного больного – женщины 19 лет, которая находилась на стационарном лечении в общепсихиатрическом отделении.

Методы:

1. Клинико-психопатологический метод (жалобы, сбор субъективного и объективного анамнеза, психический статус, наблюдение);
2. Соматоневрологическое обследование;
3. Исследование инфекциониста;
4. Лабораторные и инструментальные исследования;
5. Мониторинг жизненных показателей (частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, сатурация SO₂).

Результаты. Психопатологический метод исследования (жалобы, сбор субъективного и объективного анамнеза, психический статус, наблюдение) представлен на основе медицинской карты стационарного больного.

Жалоб самостоятельно не предъявляет. Со слов родных: «не спит, многоречива, стала выражаться нецен-

зурно, говорит нелепости, разговаривает сама с собой, прячется от кого-то».

Анамнез заболевания со слов родителей: «Впервые странности в поведении заметили примерно 16 декабря 2020г., когда всю ночь не спала, сказав, что делала уроки. 17 декабря попросилась пойти на танцы, на пробный, бесплатный урок. Ушла из дома после обеда и долго не возвращалась, телефон не отвечал». Обеспокоенные родители позвонили в студию, выяснилось, что ее там не было. Вечером вернулась и, не сказав ни слова, пошла в свою комнату спать. Через 2 часа матери показалось, что дочь с кем-то разговаривает по телефону. Открыв дверь, мать увидела, что она стоит у окна и разговаривает сама с собой. На вопрос матери «что с тобой?», стала повторять «как в кино, как в кино», «смотри, смотри». В тот день не спала и среди ночи, подойдя к отцу, стала говорить нелепости, что какая-то группа распалась, повторяла «мы корейцы, мы корейцы», стала быстро ходить по дому, будто искала кого-то, затем, подойдя к окну, стала разговаривать сама с собой. На следующий день говорила невпопад, продолжала разговаривать сама с собой, речь стала громче, ускоренней, показывая куда-то, говорила «он там стоит, сейчас он придет». Отказывалась от еды. На третий день присоединилась раздражительность, агрессия, стала выражаться нецензурными фразами, громко материться, говорила много, отказывалась от еды и воды, была беспокойной, родные с трудом удерживали ее дома. В течение этих дней не спала. Родные лечили нетрадиционными методами (зачитывали у моллы), несколько дней возили ее на сеансы, после которых она, якобы, стала кушать. Сна не было, поэтому родные вызвали бригаду скорой помощи и попросили ввести ей снотворное. Бригада скорой помощи рекомендовала азалептол 50 мг на ночь. В дальнейшем, родные самостоятельно увеличивали дозу азалептола до 100 мг. Однако состояние не улучшалось, симптомы сохранялись, девушка была двигательно беспокойной (быстро передвигалась по комнатам), не могла усидеть на месте. В связи с чем была доставлена родителями в психиатрический стационар.

Анамнез жизни: Наследственность психическими заболеваниями якобы не отягощена. Родилась в полной семье, второй из 4-х детей. Старший брат умер в младенчестве. Самая младшая сестра – инвалид с детства, страдает ДЦП. Росла и развивалась соответственно возрасту, спокойным, домашним ребенком. Ничем особо не болела. В школе училась средне, материал усваивала медленно, в силу своей неторопливости и медлительности. Больше нравились гуманитарные предметы. Предпочитала в подростковом возрасте больше общаться с младшими по возрасту, играла с ними, со сверстниками вела себя отгорожено, по характеру была замкнутая, близких друзей не имела. Был страх перед ЕНТ, поэтому после 9 класса поступила в колледж. В настоящее время учится на 3 курсе колледжа, успехи средние. Дома ухаживала за младшей сестрой, помогала матери по дому. Не замужем, проживает с родителями. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ЧМТ отрицает. Операций, гемотрансфузий не было. Аллергоанамнез: без особенностей.

При поступлении: Психический статус: сознание ясное. Выяснить ориентировку невозможно из-за выраженных расстройств мышления. Внешне достаточно опрятна. Контакт непродуктивный. Ответы не по существу, речь по типу словесной окрошки, говорит без умолку, трудно привлечь внимание. Стереотипно повторяет обрывки фраз. Активно жестикулирует, периодически громко смеется. Импульсивна, на месте не удерживается, вырвала телефон у врача, порвала перчатку, стала топтать ноги врача, затем вскочила и подошла к выходу, стала что-то говорить и улыбаться. Дурашлива, гримасничает. Мышление нецеленаправленное, разорванное. В поведении крайне беспокойна импульсивна. Негативистична, инструкции не выполняет. Критика к своему состоянию отсутствует.

Дневники лечащего врача в последующие дни (выборочно): «...Жалоб не высказывает. Внешне малоопрятна, за собой не ухаживает. Контакт непродуктивный. Речь бессвязная, говорит невпопад. Совершает жесты руками. Импульсивна, вскакивает и бежит в неизвестном направлении. Аффект неустойчивый. Дурашлива. Негативистична, выплевывает еду, подолгу держит во рту, не глотает. Губы сухие, потрескавшиеся. Критики к своему состоянию нет. Физиологические отправления не нарушены».

«...Отмечается выраженный тремор всего тела, руки приведены к груди, сопротивляется осмотру. АД 100/70 мм рт. ст. Пульс на сонной артерии 220 в мин. t тела 36,7° С. Глаза открыты, зрительный контакт не поддерживает. На обращенную речь не реагирует. Самостоятельно не ест, ужин получила через шприц. Физиологические отправления не контролирует.

На момент осмотра продуктивному контакту не доступна. Отмечается негативизм. Совершает медленные нецеленаправленные движения руками. Стонет».

«...Непродуктивна, говорит обрывками фраз, речь невнятная, совершает стереотипные движения руками, кусает губы. Трудно привлечь внимание. Отказывается от еды, выплевывает непережеванную еду. Импульсивна, схватив врача за руку, крепко сжимает и долго не отпускает. Эмоционально выглядит однообразной. Тонус мышц повышен. Гемодинамика стабильная АД 110/80 мм. рт.ст. Мочится в памперс. Кормится персоналом через шприц».

При выписке: «Общее состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности. Голова запрокинута назад. На вопросы не отвечает, реагирует на обращенную речь фиксацией взгляда. Пытается повторить слова врача. Речь невнятная. Ригидность и напряжение мышц сохраняется, не дает разогнуть верхние и нижние конечности, отмечается тремор конечностей. Кожные покровы бледно-розовые, подключен увлажненный кислород. Сатурация 92% на кислороде, язык влажный, в полости рта – слизь, самостоятельно не откашливает, челюсти не разжимает. АД-110/70 мм. рт.ст. пульс - 120/мин. Т-ра тела 38,0 ° С. В легких ослабленное дыхание. Кормление через зонд. Стула не было. Моча светлая, выводится через катетер. Проводится обработка пролежней».

Дневники наблюдения среднего медицинского персонала (выборочно): При поступлении: «...Тревожная,

не выполняет инструкции. Не понимает, не высказывает жалоб. У всех отбирает еду и кушает. Бросает матрасы и кричит, ложится на пол. Многоречива. Невпопад отвечает на вопросы. С пациентами по палате не общается. По сторонам разбрасывает вещи, рядом находящиеся бумаги рвет. Внешне неопрятна, губы растрескались. Замирает, глядя в одну точку. Аппетит хороший. Лечение получила, ночью спала».

В динамике: «...Настроение подавленное. На вопросы не отвечает, не разговаривает, плохо ест еду, лекарства подаются в виде порошка. Продолжает смотреть в одну точку. Аппетит очень плохой, не могла проглотить воду. Поили шприцем. Не может говорить, издает непонятные звуки. Физиологические отправления справляла в памперсы».

«...Пациентка самостоятельно себя не обслуживает. Издает непонятные звуки. Застывает, затем пытается скатиться с кровати. По собственному желанию не ест. Пытается ковырять пальцами в носу, царапает свое лицо».

Соматоневрологическое обследование. При поступлении: «Соматическое состояние: рост - 172см, вес - 60кг. Температура тела 36,6 ° С. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сыпи нет. На спине имеется полоса гиперемии, идущая наискось. Зев спокоен, катаральных явлений нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. Артериальное давление 110/80 мм. рт. ст. Пульс - 114 уд. в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с двух сторон. Стула не было. Мочится самостоятельно. Неврологическое состояние: парезов, параличей, менингеальных знаков нет. Со стороны 12 пар ЧМН без грубой патологии. Координационные пробы не выполняет по психическому состоянию. Консультация Терапевта – Хронический пиелонефрит в ст. обострения. (N11.8) ЖДА 1 ст. (D50.8)».

В последующие дни: «Объективный осмотр: Больная переведена в отделение реанимации из ЖКО дежурным врачом в связи с гипертермией. Общее состояние в момент осмотра расценивается как тяжелое, обусловлено основным заболеванием, нарушением водно-электролитного баланса, гипертермией. В сознании, заторможена, смотрит в одну точку, реагирует на раздражители, на вопросы не отвечает. Язык сухой, губы потрескались, Кожные покровы бледно-розовой окраски, в области правого л/з сустава – ссадина, покрытая гнойным налетом. Температура тела 37,7 ° С. Дыхание везикулярное. Частота дыхательных движений 20-21 в минуту. АД 110/70 мм. рт. ст. Пульс 130 уд. в минуту. Живот мягкий на пальпацию не реагирует, перистальтика кишечника прослушивается. Моча выводится катетером, после перевода выделено 150 мл. светлой мочи».

Консультации специалистов: Невропатолог. Острой патологии ЦНС не выявлено. Выраженный нейрорептический синдром. Кардиолог с ГКЦ - Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. Токсический миокардит?

Таблица 1. Лабораторные данные.

Показатели	Норма	Дни									
		При поступлении	В динамике								
Прозрачность	прозрачная	мутная	Мутная	Прозрачная	Прозрачная	Сл. мутная	Прозрачная	Сл. мутная	Прозрачная	Сл. мутная	Сл. мутная
Цвет	От солом. до ярко-желтого	Светло желтый	Красноватый	Желтый с примесью крови	Светло желтый	Светло желтый	Светло желтый	Светло желтый	Светло желтый	Светло желтый	Светло желтый
Относительная Плотность	1010-1025	1030	1030	1030	1020	1010	1015	1020	1025	1005	
Лейкоциты	0-5 в п/з	5-7	5-6-8	10-13-14	5-6	1-3-5	5-6-8	6-8	5-6	5-7	
Эритроциты	0-2 в п/з	0	Сплошь	сплошь	2-3	Единичн	0	0	0	0	
Плоский эпителий	0 в п/з	0	0	5-7	0	0	3-4	2-3	2-3	1-3	
Белок	0,033 г/л	0	0,132	0,099	следы	0	0,066	0,066	0,033	0,033	
Кетоновые тела	Отс-т	0	+++	+++	+++	+++	+++	++++	0	0	

Хронический пиелонефрит, обострение. Анемия легкой степени.

Исследование инфекциониста. Назначены дополнительные обследования (анализы крови методом ПЦР на Цитомегаловирус, вирус Эпштейна - Барра, вирус простого герпеса, анализы крови методом РПГА на иерсиниоз, листериоз, анализ мазка из зева ПЦР на коронавирусную инфекцию).

По результатам обследований диагностирована коронавирусная инфекция, в связи с чем, переведена в инфекционный стационар.

Лабораторные и инструментальные исследования:

В день поступления: ПЦР на КВИ №3 – отрицательный;

РПГА на иерсиниоз – отрицательный;

РПГА на листериоз – отрицательный.

Анализ плазмы крови методом ПЦР:

Цитомегаловирус – отрицательный;

Вирус Эпштейна-Барра – отрицательный;

Вирус простого герпеса 1, 2 – отрицательный.

При поступлении как показано в таблице 1.

ОАМ: мутная, гиперстенурия, лейкоцитурия;

ОАК: незначительная гипогемоглобинемия.

В динамике признаки острого воспаления в общих анализах мочи (ОАМ) и крови (ОАК).

ОАМ: выявляются: макрогематурия, лейкоцитурия, плоский эпителий присутствует, незначительная протеинурия, кетонурия;

ОАК: умеренный лейкоцитоз (до 12), незначительная гипогемоглобинемия, ускорение скорости оседания эритроцитов (до 50).

При переводе:

ОАМ: мутная, плоский эпителий присутствует, лейкоцитурия;

ОАК: умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, гипогемоглобинемия, незначительная лимфоцитопения.

Обсуждение. Причиной обращения в психиатрический стационар послужило резкое изменение психического состояния пациентки, когда отмечались: бессонница, многоречивость, нелепости в речи и поведении – разговаривала с мнимым собеседником, пряталась без причины (в течение нескольких дней родные пытались справиться самостоятельно, обратились за медицинской помощью лишь спустя 12 дней после начала психических расстройств).

Из анамнеза жизни обращает на себя внимание то, что старший брат умер в младенчестве, у младшей сестры – детский церебральный паралич. У пациентки преобладали тормозимые черты характера и поведения с инфантильностью, обнаруживала признаки резидуально - органического поражения центральной нервной системы.

Из объективных сведений выявлено, что состояние изменилось резко с ночной бессонницы, следующий день наблюдалось поведение нетипичное для нее: «ушла из дома, на телефон не отвечала, впервые пошла на урок танцев, не могла дать пояснения своим поступкам».

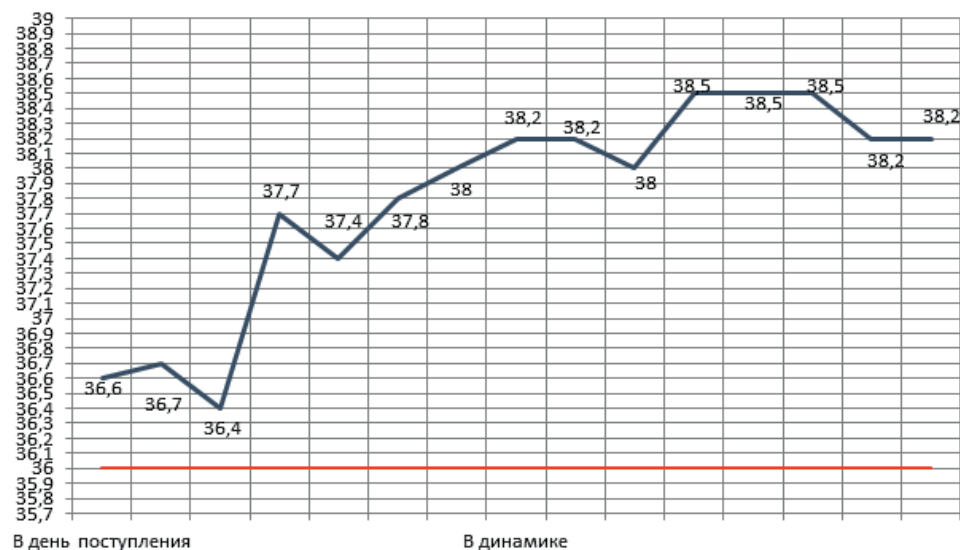


Рисунок 1. Температурный лист.
Инструментальные данные

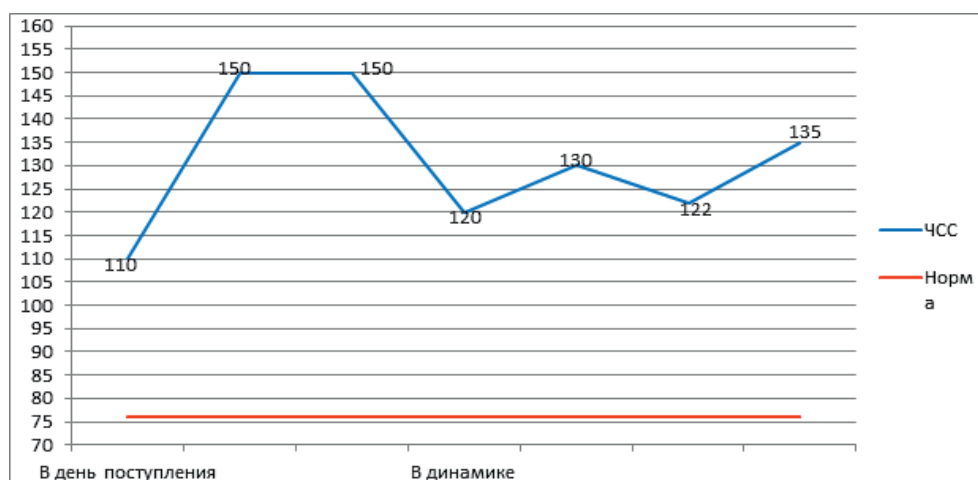


Рисунок 2. Мониторинг частоты сердечных сокращений.

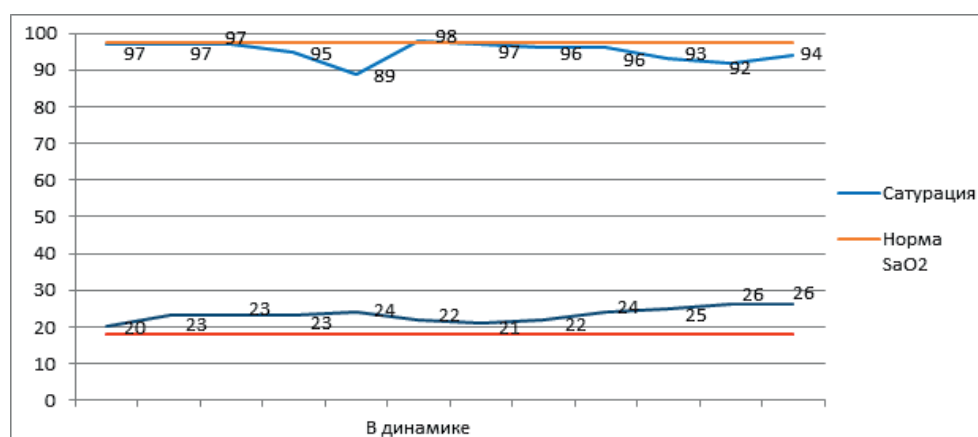


Рисунок 3. Мониторинг сатурации SO_2 .

На следующий вечер развились галлюцинаторные расстройства в виде истинных слуховых и зрительных обманов восприятия, проецирующиеся вовне, с соответствующим поведением и аффектом, с уверенностью реальности их и для окружающих. Мыслительная продукция была

оторвана от реальности с озвучиванием тем вне связи с местом и ситуацией. В поведении отмечался негативизм. Двигательная деятельность стала импульсивной, стереотипной, ускоренной, как и речевая активность, что соответствовало галлюцинаторной спутанности сознания.

В последующем присоединились психические нарушения с раздражительностью, агрессивностью, нецензурной бранью, ускорением речевой и двигательной продуктивности на фоне сохраняющихся расстройств восприятия и бессонницы, негативизмом.

При поступлении в стационар в психическом состоянии отмечалось психомоторное возбуждение. Аффективные проявления были неадекватными ситуации. Испытывала обманы восприятия с соответствующими их содержанию поступками и высказываниями.

В соматическом состоянии отмечены нормальная температура тела, без катаральных явлений зева. Отмечалась тахикардия. По внутренним органам без патологии. Неврологическое состояние: без очаговых симптомов. Пациентка госпитализирована в психиатрический стационар, по санитарно-эпидемиологическим показаниям и действующему карантину по коронавирусной инфекции, помещена в изолятор. Взят анализ ПЦР на коронавирусную инфекцию (см. рисунок 1).

После поступления в отделение сохранялась вышеописанная симптоматика.

В последующем наступает углубление расстройств сознания с бессвязностью речи, ускорение двигательной хаотической активности и проявления гиповолемии.

При дальнейшем наблюдении описано еще более глубокое расстройство сознания с четкой взаимосвязью со временем суток (днем сознание ясное, к вечеру и ночи качественное нарушение сознания) на фоне ухудшения соматического состояния.

В последующие дни прогрессирующее ухудшение соматического состояния при отходе на задний план психических расстройств. По наблюдениям прослеживается нарушение сознания с оглушением в дневное время и качественное нарушение сознания с периодами обирания к вечеру и ночи.

Далее описан мусситирующий делирий без квалификации состояния на фоне тяжелого соматического состояния. Диагностируются болезни внутренних органов: Хронический пиелонефрит в ст. обострения; ЖДА 1 ст.; Миокардиодистрофия метаболическая. Паросизмальная наджелудочковая тахикардия. Токсический миокардит; Пролежни (декубитальная язва и область давления).

На фоне вышеописанных симптомов наступает гипертермия до 37,7°C, через 5 суток гипертермия достигает максимально до 38,5 °C. Общее состояние расценивается как тяжелое, обусловлено основным заболеванием, нарушением водно-электролитного баланса, гипертермией (см. таблица 1, рисунок 1, 2, 3).

В последующие несколько дней описывается мусситирующий делирий на фоне тяжелого соматоневрологического состояния без квалификации состояния.

При консилиуме врачей расстройство квалифицировано как острый приступ фебрильной шизофрении: «Учитывая гипертермию, молодой возраст, острое начало психоза, его клиническую картину и динамику, психическое состояние» Соматоневрологическое состояние остается тяжелым. Частота сердечных сокращений – 130 в мин. Температура тела 37,4 С. Рекомендовано дополнительное обследование, в частности – консультация инфекциониста» (см. рисунок 1, 2, 3).

В результате проведенных обследований диагностируется Коронавирус COVID-19, вирус идентифицирован лишь после неоднократных анализов ПЦР на коронавирусную инфекцию, переводится в профильный стационар.

Выводы:

1. Инициальный этап заболевания характеризовался наличием делириозной симптоматики, опережая клиническую симптоматику основного заболевания COVID-19. Обнаруживались проявления симптоматического (инфекционного) психоза с острым началом, с превалированием симптомов нарушения сознания, клиническими проявлениями которого явились последовательно усложняющаяся картина делирия с дальнейшим утяжелением до мусситирующего, онейроидоподобного состояния, оглушения, астении на фоне прогрессирования основного заболевания.

2. Такая форма течения заболевания наблюдается при наличии дополнительных вредностей у астенизированных больных, на фоне общего снижения защитных сил организма. А также, данный тип психозов возникает как осложнение основного заболевания. Их этиопатогенез определяется антигенными свойствами инфекционного агента, метаболическими и функциональными нарушениями различных систем организма, а также интоксикацией, возникающей в связи с аутоиммунными процессами.

3. Предпосылками для дифференциальной диагностики с фебрильной шизофренией являлись гипертермия и сложная структура психоза с онейроидоподобными состояниями. Все проявления психоза были очень схожими психозу при онейроидной шизофрении, но детальный анализ показал, что имел место экзогенный тип реакции с истинными галлюцинациями с постепенным усложнением структуры и углублением тяжести. Гипертермия при фебрильной шизофрении является первым симптомом, данный случай показывает присоединение гипертермии в отдаленных периодах.

Список литературы:

1. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Geneva: World Health Organization, March 23, 2020 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>).
2. Schwartz B.J. New Poll: COVID-19 Impacting Mental Well-Being: Americans Feeling Anxious, especially for Loved Ones. APA News releases. March 25, 2020. <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mentalwell-being-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adults-are-lessanxious>.
3. Luhby T. CNN, Published online April 16, 2020 <https://edition.cnn.com/2020/04/16/health/anti-anxiety-medication-usdemandcoronavirus/index.html>.
4. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G.J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020; 395(10227):912–920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8).
5. Джайнабаев Н.Т., Ешимбетова С.З. Психическое здоровье и пандемия ковид-19 / Актуальные проблемы

теоретической и клинической медицины // №2 /28/ 2020. – С. 8-11.

6. Симптоматический психоз – клиническое наблюдение/ А.Д. Егорова, Е.Ю. Емельянова// Омский психиатрический журнал. № 3 (5) 2015 –С. 6-12

7. Обухов С.Г. Курс лекций по психиатрии / пособие для студентов лечебного факультета медицинских ВУЗов. - Гродно: ГрГМУ, 2006.-. 137с. – С.26-31

8. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред. Т. Б. Дмитриева [и др.], отв. ред. Ю. А. Александровский. - Москва: ГЭОТАР Медиа, 2014. - 1000 с.

9. Вторичные психозы: современные представления/ Matcheri S. Keshavan, Yoshio Kaneko // World Psychiatry – 2013 – Vol.12, Num.1. Источник:<https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/infectious-psychosis>.

10. Киссин М.Я. // Электронный учебник. Психиатрия и наркология. // Тема №11. Экзогенно-органические расстройства. С. 1-13

11. Жариков Н.М., Хритинин Д.Ф., Лебедев М.А., / Справочник по психиатрии. Симптоматические психозы. М. Москва. – 2014. С. 115-124

12. Психиатрия: руководство: в 2 т. Т. 1. / под ред. А. С. Тиганова. - Москва: Медицина, 2012. - 808 с.

13. Цыганков Б.Д. Психиатрия: руководство // Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 496 с.

14. Щепин В.О. Структура основных причин летальности больных шизофренией в г. Москве (2007-2013 гг.) // Рос. психиатр. журн. – 2014. – № 3. – С. 57-60.

15. Щепин В.О. Факторы летальности больных шизофренией в г. Москве (2007-2013 гг.) // Рос. психиатр. журн. – 2014. – № 4. – С. 84-88.

16. Антропов, Ю. А. Диагностика психических болезней: избранные лекции: шизофрения, паранойя, психоз истощения и др. / Ю. А. Антропов. - Москва: ГЭОТАР Медиа, 2014. - 264 с.

17. Барденштейн Л. М. Острые преходящие психотические расстройства без симптомов шизофрении: клиника, динамика, прогноз // Рос. мед. журн. – 2014. – № 3. – С. 13-16.

18. Особенности клиники и лечения фебрильного приступа шизофрении Жук Т. П., Дудаль Л. В., Боровик А. М. // Медицина и экология, № 2- 2014, -39-41 с.

ПСИХОТИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАРМЕН COVID-19 ДЕБЮТІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

**С.З. Ешімбетова, А.А. Абетова, С.А. Ақназаров, Д.М. Мизанбаев,
С.Р. Тусупова, Д.К. Станбаев**

«Қазақстан - Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

Мақалада клиникалық талдау жасау нәтижесінде COVID-19 -дың психоз дебютінен басталуы туралы авторлардың көз-қарасы талданады. Бастапқы кезеңде сана бұзылысыз өткір галлюциноз байқалады. Психоздың одан әрі дамуында қабылдау бұзылыстарының мағынасына байланысты көңіл-күйдің мінез-құлықтың және психомоторлы қозу байқалады. Нәтижесінде галлюцинаторлық шатасу қалыптасады. Кейіннен онейроид тәрізді жағдайлар анықталды. Негізгі аурудың (Коронавирустық инфекция) өсіп келе жатқан белгілері, су-электролит балансының бұзылуы, гипертермия, гиповолемия, ішкі органдар мен жүйелер функциясының бұзылуы аясында мусситтіріленген делирий дамиды. Әрі қарай даму кезінде аментивті жағдай байқалады, оның пайда болуы терис болжамды қолайсыз нәтиже болып саналады.

Кілт сөздер: *фебрильді шизофрения, COVID-19, жұқпалы психоз.*

CLINICAL CASE OF COVID-19 DEBUT WITH PSYCHOTIC DISORDERS

**S.Z. Yeshimbetova, A.A. Abetova, S.A. Aknazarov, D.M. Nisanbaev,
S.R. Tusupova, D.K. Shanbaev**

NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

An analysis of a clinical case of the debut of COVID-19 is presented, which shows that psychosis was preceded by a short prodromal period with signs of asthenic syndrome. With the further development of psychosis, there is a rapid influx of verbal and visual hallucinations with the development of hallucinatory confusion, corresponding affect, behavior and psychomotor agitation. Subsequently, oneiroid-like conditions were detected. Against the background of increasing symptoms of the underlying disease (Coronavirus infection), violations of the water-electrolyte balance, hyperthermia, hypovolemia, disorders of the function of internal organs and systems, musing delirium develops. With further development, an amentive state is observed, which is considered a prognostically unfavorable sign.

Key words: *febrile schizophrenia, COVID-19, the infectious disease psychosis.*