

Проблема дифференциальной диагностики в общей медицине: шизотипическое расстройство с сенесто- ипохондрическим синдромом под «маской» урологической патологии

М.С.Артемяева, И.И.Юровская, А.Н.Гаврик,
Е.В.Навасардян, Р.А.Сулейманов
РУДН, Москва

В статье приведен клинический случай шизотипического расстройства с сенесто-ипохондрическим синдромом у больной, в течение длительного времени безуспешно лечившейся в урологической практике с подозрением на обострение хронического цистита. Описанный случай интересен динамикой развития сенестопатий, напоявших в начале развития болезни симптомы урологической патологии. Нарушения мышления, извращение эмоциональной сферы, редукция энергетического потенциала личности позволили доказать истинную причину жалоб больной.

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, сенестопатии, ипохондрия, тревога, депрессия, расстройства мышления, редукция энергетического потенциала личности, хронический цистит.

The Problem of Differential Diagnosis in General Medicine: Schizotypal Disorder with Senesto-Hypochondriac Syndrome under the Mask of Urological Pathology

M.S.Artemieva, I.I.Yurovskaya, A.N.Gavrik,
E.V.Navasardyan, R.A.Suleymanov
RUDN University, Moscow

The article presents a clinical case of schizotypal disorder with senestopathic and hypochondriac symptoms in a patient unsuccessfully treated for suspected symptoms chronic cystitis exacerbation. The described case is

interesting due to the development of senesthopathy, which at the beginning of the development of the disease resembled symptoms of urological pathology. Thought process disorders, emotional abnormalities, reduction of the energy potential of the individual allowed proving the endogenous genesis of the patient's complaints.

Keywords: schizotypal disorder, senesthopathy, hypochondria, anxiety, depression, thought disorders, reduction of the energy potential, chronic cystitis.

Диагностика психической патологии в общемедицинской сети представляет определенные трудности. Выявляемость врачами-интернистами психосоматических расстройств, встречающихся в общемедицинской практике почти в 75% случаев, составляет только 4% [1–4]. 87% врачей общей практики затрудняются в выявлении расстройств тревожно-депрессивного спектра [1]. Еще более важной и трудоемкой проблемой представляется распознавание среди этой группы пациентов различных клинических форм шизофрении. Особенно это касается продромального периода, начального этапа заболевания, а также развития психической патологии после психотравмы. По данным международной ассоциации психиатров, один из 100 человек болен или в будущем заболит эндогенным заболеванием шизофренического спектра [5]. Манифестация и течение эндогенного заболевания часто имитирует патологию внутренних органов при отсутствии признаков собственно соматического заболевания. Со временем происходит хронификация и расширение функциональных расстройств, утяжеление аномальных телесных ощущений, присоединение и усложнение явлений ипохондрии. Около 80% врачей общесоматических стационаров и амбулаторного звена затрудняются в диагностике эндогенных психических расстройств [6]. В то же время именно к ним, а не к психиатрам, опасаясь стигматизации, в первую очередь обращается большинство больных на инициальных этапах психического заболевания [7–10]. Неэффективность длительного лечения таких пациентов наносит моральный ущерб не только им самим, но и медицинским учреждениям, дискредитируя в глазах больного и его окружения медицинскую науку и практику. Особую актуальность приобретает изучение малопрогрессирующей шизофрении у пациентов на амбулаторном и стационарном этапах лечения в общесоматической практике.

Ниже приведен случай манифестации, динамики течения психопатологических расстройств диагностированного сенестопатического варианта малопрогрессирующей шизофрении у пациентки урологического отделения общесоматического стационара.

Клинический случай. Больная Н., 1979 года рождения, юрист. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Росла единственным ребенком в полной семье. Мать отличалась холодностью, целеустремленностью, замкнутостью. Отец, напротив, был добрым, общительным человеком. В то же время пациентка считала отца «слабым» из-за его полной приверженности взглядам матери. Теплых отношений с родителями у пациентки не сложилось. Больная росла и развивалась по возрасту. Формировалась спокойным, послушным, очень застенчивым, замкнутым ребенком. Отличалась обидчивостью. В детском саду играла с детьми предпочитала одиночество: «любила сидеть на стульчике и наблюдать за играми остальных». Воспитателями тяжело вовлекалась в общественные занятия, при любой возможно-

сти старалась уединиться. В школьные годы подружками не обзавелась. Рассказывает, что испытывала «непонятное отчуждение» от сверстников. Чувствовала себя неуверенно в построении контактов с людьми: «мне было очень трудно, страшно подойти и заговорить первой, тяжело поддерживать разговор». При необходимости выполнения учебного задания в группе с одноклассниками испытывала тревогу, беспокойство, снижался фон настроения. Просила учителя об отдельном задании. Школьную программу усваивала хорошо, но особого интереса к учебе не отмечалось. Дома проводила время за чтением книг. Окончив 11 классов, поступила в ВУЗ, получила специальность юриста. Уже на первых курсах института стала отмечать повышенную утомляемость, тяжелее справлялась с учебным материалом. В то же время пациентка обзавелась двумя подружками, радовалась дружбе, отмечала хорошее настроение. Однако «дружба» строилась только на общих вопросах обучения, теплых, доверительных отношений пациентка не выстраивала. После окончания института «разбежались». Оставшись в одиночестве, стала общаться в социальных сетях: «проще выразить свое мнение, не страшно». Там же познакомилась со своим будущим супругом. Однако брак продлился только около года по причине его измены. Летом 2010 г. (31 год) перед встречей с бывшим мужем волновалась, почувствовала «повышение температуры в нижних отделах живота, как будто горит». Самостоятельно однократно приняла фурагин. После первой же таблетки отмечала облегчение в состоянии. Впоследствии подобные ощущения испытывала раз в полгода. Не связывала их возникновение с переохлаждением или другими провоцирующими факторами. Летом 2011 г. во время командировки испытывала напряжение, тревогу, нарушения сна. Отмечала мучительные ощущения «жжения, горения» в нижней части живота, «как будто брюшная стенка уплотняется», появилась чувство тяжести в мочевом пузыре, болезненность при мочеиспускании. Пациентка неоднократно обследовалась у уролога поликлиники. Несмотря на то, что повторные общие анализы мочи, анализы мочи по Нечипоренко, на посев и чувствительность к антибиотикам, анализы методом ПЦР на урогенитальные инфекции, УЗИ мочевого пузыря и почек не выявляли патологических изменений, пациентка по-прежнему оставалась убежденной в наличии у нее заболевания мочевого пузыря. Самостоятельно принимала нитрофурановые препараты (фурагин по 0,1 г 3 раза в день), антибиотики (левомецетин по 0,5 г 2 раза в день), спазмолитики (дротаверин, папаверин), обезболивающие препараты (анальгин, баралгин) без улучшения в состоянии. С 2013 г. больная постоянно стала испытывать «напряжение и утолщение брюшной стенки» в нижней части живота, ощущение «наполненности» мочевого пузыря, болезненные мочеиспускания, «бульканье» в мочевом пузыре. Усилилась тревога, снизился фон настроения, стойко нарушился ночной сон. С этого же времени выросла замкнутость, вялость, апатия. Пациентка была полностью погружена в переживания болезненных ощущений, с трудом справлялась с обязанностями по работе: «стала плохо усваивать информацию», перестала интересоваться профессиональной сферой, общаться в социальных сетях, не испытывала желания следить за собой, часто пренебрегала гигиеническими процедурами, не выходила из дома в выходные дни. Обследуемая вела подробные дневниковые записи, где указывала время мочеиспускания, выделенный объем мочи и свои ощущения. В марте 2013 г. (33 года) при очередном посещении уролога была направлена к психиатру.

Больной был поставлен диагноз «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы мочеполовой системы» (по МКБ-10 рубрика F 45.34). Назначался amitриптилин 50 мг в сутки, перфеназин 5 мг/сут без положительной динамики в состоянии. Пациентка продолжала посещать уролога поликлиники, требовала назначения дополнительных исследований. В ноябре 2013 г. она была госпитализирована в урологическое отделение одной из городских больниц Москвы с подозрением на обострение хронического цистита. Клиническая картина заболевания, а также проведенные обследования (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, анализ по Нечипоренко, анализ мочи на посев и чувствительность к антибиотикам, УЗИ почек и мочевого пузыря до и после мочеиспускания, рентгенологическое исследование почек и верхних мочевых путей, цистоскопия, эндоскопическая биопсия) исключали наличие у пациентки заболевания урологического характера. Дифференциальный диагноз проводился с туберкулезом мочевого пузыря, простой язвы, шистосомозом, раком мочевого пузыря. Была исключена мочекаменная болезнь, дивертикул мочевого пузыря, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, стриктура уретры. Однако пациентка продолжала настаивать на наличии у нее урологического заболевания, настойчиво предъявляла вычурные жалобы на ощущения «горения», «жжения» в нижних отделах живота, считала, что ее мочевой пузырь постоянно наполнен, испытывала частые позывы на мочеиспускание. Стала плаксивой, тревожной, раздражительной. Часто думала о своей прошлой жизни, «о своих преступлениях». В связи с этим посещала церковь и «замаливала грехи». По рекомендации лечащего врача обследуемая была осмотрена психиатром. В связи с возникшим подозрением на наличие у пациентки шизотипического расстройства, нарастанием выраженности сенестопатий, ипохондрического синдрома, тревожно-депрессивного синдрома и астении, с целью обследования и лечения больная была переведена в одну из психиатрических клиник Москвы.

При поступлении была неопрятна, небрежно одета. К общению не стремилась. В беседе пациентка не раскрывалась, была формальна, безучастна. Не считала, что психиатры смогут ей помочь. Свою госпитализацию объясняла неэффективностью лечения у уролога. Мимика была бедной, взгляд холодным, редко мигающим. Визуального контакта с врачом не поддерживала. На вопросы отвечала односложно, тихим, монотонным голосом. В отделении держалась обособленно, была замкнута, напряжена, скована, большую часть времени проводила в палате, ничем не занимаясь или делала зарисовки своего мочевого пузыря. Изредка читала книги «о Гулаге», из которых черпала «стойкость при перенесении физических страданий». Периодически испытывала навязчивое, непреодолимое желание мыть руки, выдавливать угри на лице. Признавалась, что ей «не хватает сил ухаживать за собой, чистить регулярно зубы». Дискомфортные ощущения в области мочевого пузыря объясняла «вселением какой-то инфекции», которая еще «не распознана врачами». Идеи воздействия отрицала. В беседах была склонна к рассуждательству, построению витиеватых фраз. Отмечались пониженный фон настроения, однообразность аффекта, сенситивность, тем не менее пациентка сообщала, что «настроение хорошее». Обследуемая отмечала «ускорение течения времени», что вызывало у нее чувство тревоги, изменения в окружающем: «краски вокруг стали ярче». За время наблюдения в отделении отмечалась неадекватность эмоцио-

нальных реакций происходившим событиям. Например, пациентка с улыбкой сообщала, что испытывает тревогу «за все». Шкала самооценки тревоги Цунга выявила умеренный уровень ситуативной тревоги (50 баллов), шкала депрессии Бека – умеренный уровень депрессии (24 балла). При патопсихологическом обследовании обнаруживались нарушения как операциональной стороны (по типу искажения процессов обобщения и отвлечения), так и личностного компонента мыслительной деятельности (элементы разноплановости, соскальзывания, резонерства). Больной был поставлен диагноз «Шизотипическое расстройство» (по МКБ-10 рубрика F 21.0) и проведено лечение кломипрамином (75 мг/сут), кветиапином (200 мг/сут). К 15-му дню терапии в состоянии отмечалась положительная динамика: больная перестала ощущать «наполненность, тяжесть, бульканье в мочевом пузыре», «уплотнение брюшной стенки», прекратились частые позывы и болезненность при мочеиспускании, снизился уровень тревоги, нормализовалось настроение и ночной сон. В отделении стала более общительной, активной. Перестала вести дневниковые записи, фиксироваться на ощущениях. В удовлетворительном состоянии пациентка была выписана на поддерживающей терапии (кломипрамин 50 мг/сут, кветиапин 150 мг/сут) под амбулаторное наблюдение психиатра.

Таким образом, с самого начала заболевания ощущения в мочевом пузыре у больной напоминали клинику хронического цистита. Повторные обследования у уролога не подтвердили наличие заболевания. Характерно, что подобные жалобы в сочетании с отрицательными данными многочисленных анализов и результатами обследований, как правило, не квалифицируются врачами-интернистами как расстройство психического спектра. Одной из причин такого положения дел является изолированность сенестопатических ощущений от иной, более явной психопатологической симптоматики, а также недостаточная выявляемость врачами общесоматического звена продуктивной и дефицитарной психопатологической симптоматики. На практике при исследовании соматических больных большее значение обычно придают объективной находке, в то время как жалобы больных на различные боли (ощущения) учитывают недостаточно, особенно жалобы на ощущения сенестопатического характера. В рассмотренном случае обращает на себя внимание спонтанное развитие упорных, изматывающих больную, необычных ощущений, которые быстро приобрели вычурный, упорный характер сенестопатий, когда телесные ощущения уже не имели ничего общего с болевыми симптомами при общесоматической патологии. Через короткий промежуток времени присоединились явления дереализации и деперсонализации. Прослеживались болезненные обсессии в виде непреодолимого желания мыть руки, выдавливания угрей на лице. В пользу малопрогредиентного течения шизофрении свидетельствовали не только динамика продуктивной симптоматики, но и негативные изменения. Больная демонстрировала снижение редукции энергетического потенциала, падение активности, работоспособности. Наряду с этим отмечались специфические расстройства мышления (рассеянность, элементы резонерства, соскальзывания, разноплановости), трудности концентрации внимания. У больной отчетливо прослежи-

валось оскудение и извращение эмоциональной сферы. Таким образом, у описанной пациентки имелись типичные проявления сенестопатий, зафиксировано наличие медленно нарастающих изменений личности, характерных для шизофрении, что делало диагностику сенестопатического варианта ипохондрической шизофрении убедительной.

Катамнестическое наблюдение пациентки в течение 6 лет показало нарастающее снижение энергетического потенциала личности, оскудение эмоциональной сферы (безразличие и безучастность по отношению к родным и близким). У больной сохраняются, периодически возникающие сенестопатии в нижних отделах живота, присоединились иные вычурные ощущения в виде «перемещения», «жжения», «кома» в правом подреберье, сочетающиеся с усилением тревожных и депрессивных расстройств. В силу нарастающего ослабления активности, нарушений в ассоциативной сфере больная была переведена на II группу инвалидности. Улучшить состояние и качество жизни пациентки помогают госпитализации в психиатрический стационар не реже двух раз в год, проводится коррекция психофармакотерапии.

Литература

1. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Под ред. Акад. РАМН Тиганова А.С. М.: Медицина; 1999. / *Rukovodstvo po psikiatrii. V 2 tomakh. Pod red. Akad. RAMN Tiganova A.S. M.: Meditsina; 1999. [In Russian]*
2. Овсянников С.А. Учение о шизофрении. Компедиум. – М.: СПб.: Нестор – История, 2014. – 304 с. / *Ovsyannikov S.A. Uchenie o schizofrenii. Compedia. M.; SPb.: Nestor – History, 2014; 304. [In Russian]*
3. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Львов А.Н. Дифференциальный диагноз а психосоматике. Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 3/ – С. 4–15. / *Differential diagnosis in psychosomatics. Mental disorders in general medicine. – 2010; 3: 4–15. [In Russian]*
4. Smith R.S., Dwamena F.S. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. *Journal of General Internal Medicine*. 2007; 22 (5): 685–91.
5. Олейчик И.В. Эндогенные заболевания шизофренического спектра (информация для пациентов и членов их семей). НЦПЗ РАМН, 2006. – 56с. / *Oleichik I.V. Endogenous diseases of the schizophrenic spectrum (information for patients and their families). NCPZ RAMN, 2006; 56. [In Russian]*.
6. Собяников В.С., Белялов Ф.И. Соматизация и психосоматические расстройства: монография. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. – 230 с. / *Sobyannikov V.S., Belyalov F.I. Somatization and psychosomatic disorders: monograph. Irkutsk: RIO IGIVa, 2010; 230. [In Russian]*
7. Дедков Е.Д., Незнанов Н.Г., Борцов А.В., Пенюгина Е.Н. Подготовка врачей различных специальностей по вопросам психопрофилактики, выявления на ранних стадиях психических расстройств и расстройств поведения. Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13. – № 2. – С. 155–156. / *Dedkov E.D., Neznanov N.G., Bortsov A.V., Penyugina E.N. Training of doctors of various specialties on psychoprophylaxis, detection in the early stages of mental disorders and behavioral disorders. Social and clinical psychiatry. – 2003. – T. 13. – No 2. – S. 155–156. [In Russian]*
8. Коркина М.В., Марилов В.В. Роль психоэмоциональных циклов в генезе психосоматических заболеваний. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – № 11. – С. 30–32. / *Korkina M.V., Marilov V.V. The role of psycho-emotional cycles in the genesis of psychosomatic diseases. Journal of Neurology and Psychiatry. Ss Korsakov. 1998; 11: 30–32. [In Russian]*
9. Есаулов В.И., Марилов В.В. Динамика формирования психосоматических нарушений у больных с синдромом раздраженной толстой кишки. XIII съезд психиатров России. М.: 2009. – С. 78. / *Esaulov V.I., Marilov V.V. Dynamics of the formation of psychosomatic disorders in patients with irritable bowel syndrome. XIII Congress of Psychiatrists of Russia. M.: 2009; 78. [In Russian]*
10. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: 2000. – 496 с. / *Aleksandrovsky Yu.A. Borderline mental disorders. M.: 2000; 496 [In Russian]*

Сведения об авторах:

Артемяева Марина Станиславовна – д.м.н., профессор, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН, Москва

Юровская Ирина Игоревна – к.м.н., заведующая лабораторией кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН, Москва

Гаврик Алексей Николаевич – аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН, Москва

Навасардян Елена Владимировна – аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН, Москва

Сулейманов Роман Александрович – к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН, Москва