

ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК 616.89.008.1:615.86:615.214.2

*И.Д. Спирина, С.Ф. Леонов, ¹Я.С. Варшавский, Т.И. Шустерман, А.А. Дугнистый,
С.В. Рокутов, А.Е. Николенко*

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ
УПОТРЕБЛЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ
(МЕТИЛЕНДИОКСИПИРОВАЛЕРОН)**

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», ¹Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета»

Ключевые слова: МДПВ, зависимость, психотическое расстройство

Проблемы аддиктивного поведения и психотических расстройств вследствие употребления психоактивных веществ становятся в Украине все более актуальными [1, 2]. В настоящее время существует множество веществ различных по химической структуре и механизмам действия, используемых в качестве наркотических [3,4]. Так, одним из новых психоактивных соединений в Украине является метилендиоксипировалерон (МДПВ), уже распространенный в России. В некоторых странах Европы (Франция, Германия) МДПВ первоначально использовался в качестве средства для похудения, но после получения информации об опасности злоупотребления данным веществом и развития зависимости был снят с производства [5].

МДПВ представляет собой желтовато-белый порошок, который можно употреблять перорально, интраназально и внутривенно. По воздействию данное вещество напоминает психостимуляторы кокаин и амфетамин, с которыми оно схоже и по молекулярной структуре. Эффект от употребления вещества кратковременен и длится от 3 до 6 часов, после чего нередко следует прием новой дозы. Воздействие МДПВ проявляется в учащенном сердцебиении, повышении артериального давления, бессоннице, подавленном состоянии и сужении сосудов. Эти симптомы могут длиться в течение нескольких часов. После окончания стимулирующего действия вещества возникают неприятные ощущения. К ним относятся симптомы, схожие с признаками тяжелого похмелья, в частности сильная головная боль [5].

В настоящий момент наука располагает небольшим объемом сведений о воздействии

МДПВ на человеческий организм. Большая часть опубликованной информации основывается на данных, взятых с интернет-форумов, на которых люди делятся своим опытом употребления вещества. В связи с непродолжительной историей МДПВ фактически отсутствуют данные о проблемах, связанных с длительным употреблением вещества. Основываясь на фармакологическом механизме воздействия МДПВ (блокировка обратного захвата пресинаптического дофамина и норадреналина) и последствиях длительного употребления аналогичных веществ предполагается, что МДПВ вызывает зависимость. Кроме того, при длительном употреблении вещества или приеме больших доз, очевидно, могут проявляться психотические расстройства.

Приведенный в данной статье клинический случай подтверждает развитие синдрома зависимости с последующим возникновением психотического расстройства вследствие употребления МДПВ, что представляет научный и практический интерес как для психиатров, так и наркологов.

Пациент Т.М.О., 1990 г.р. (возраст на момент госпитализации – 21 год), житель г. Ростов-на-Дону, не работает, находился на стационарном лечении в остром мужском психиатрическом отделении №31 КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» с 08.09.2011 г. по 30.11.2011 г. с диагнозом: психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов (МДПВ), психотическое шизофреноподобное расстройство F 15.50

Анамнез: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился от первой

беременности, единственным ребенком в семье служащих. Матери на момент беременности было 29 лет, беременность протекала с токсикозом в первом триместре, роды в срок путем кесарева сечения в связи с тем, что плод находился в тазовом предлежании. Ребенка принесли на кормление через сутки. Рос и развивался соответственно возрастным нормам, начал ходить в 10 месяцев, первое слово произнес в 10 месяцев, фразовая речь с 1 года. Воспитывался в структурно полной семье по типу «гиперопеки», родители потакали всем просьбам и требованиям ребенка, в интересующих предметах и вещах никогда не нуждался, получал требуемое по мере запросов. Рос активным ребенком, интересовался окружающим миром, легко находил общий язык в общении с окружающими. Со слов матери, по характеру формировался «нормальным, не избалованным, не капризным, очень послушным ребенком» (несколько позже сообщает, что воспитывался избалованным). Предпочитал коллективные игры, часто забирал у детей игрушки. Детский сад посещал с 2-х лет, адаптировался в коллективе хорошо, занимал лидирующие позиции, находил общий язык с детьми. Через некоторое время стал плаксивым, сообщал о нежелании посещать детский сад, мать связывает это с возможными наказаниями со стороны воспитателей. Когда пациенту было 4 года, погиб отец. Смерть отца не помнил по причинам раннего возраста, эмоций в силу сказанного не ощущал. В школу пошел с 6 лет, в коллективе адаптировался успешно, любил находиться в центре внимания, «баловался больше всех», был хитрым, в драках не участвовал, старался избегать конфликтных ситуаций. Учебная успеваемость держалась на среднем уровне. Любимыми предметами были история и математика (учился в математической школе). Период полового созревания с 11 лет, когда, со слов матери, стал ломаться голос, появилось редкое оволосение на лице и в подмышечных впадинах. Стал более хитрым, скрытным, начал врать, скрывать некоторые эпизоды собственной жизни, дабы избежать возможного наказания или чреватых последствий. Стал более претенциозным, во главу собственных интересов ставил финансовую обеспеченность и связанную с этим социальную позицию. С 6 класса (11 лет) появилась заинтересованность «женским полом», любил смотреть телевизионные передачи интимного или эротического характера, совершал попытки поцелуев с одноклассницами. По инициативе матери, частично по собственному желанию посе-

щал большое количество секций и кружков: занятие теннисом (7 класс), греко-римская борьба (8 класс), бальные танцы (6-7 класс), занятие футболом (7-9 класс), но достаточно быстро бросал по причине исчезновения интереса. После 9 класса продолжил обучение в Колледже связи и информатики по специальности «программное обеспечение». В силу увлечения компьютером учеба давалась легко, успеваемость была выше, чем в средней школе. В старших классах, со слов бывших одноклассников, вел себя как «звезда». Пользовался популярностью, старался одеваться ярче всех. Со слов приятелей, помимо общительности и веселости, выделялись такие черты характера как вредность, капризность, эгоистичность, принципиальность. Пациент ежегодно летом отправлялся к бабушке по линии отца в курортный город Судак, откуда однажды, без предварительного уведомления бабушки, совершил путешествие на курорт Казантип в компании друзей, после чего бабушка отказалась принимать у себя внука. Со слов матери, причина крылась в частом ночном отсутствии дома, определенном образе жизни, связанном с курортной вседозволенностью и отказе прислушиваться к замечаниям бабушки. Такое развитие событий сильно расстроило пациента, он очень переживал, был подавлен, расстроен, однако чувства собственной вины не испытывал.

По окончании колледжа поступил в университет г. Ростова-на-Дону на факультет информатики, параллельно с 17 лет подрабатывал в ночном клубе. Через год от начала обучения стал сообщать о том, что учеба не нравится, мать связывала данное изменение в отношении к учебе с возникновением конфликтных ситуаций с деканом факультета. В связи с этим, с 3-го курса по собственной инициативе перевелся на заочное обучение, работу в ночном клубе при этом оставил.

В 19-ти летнем возрасте стал высказывать недовольство собственным избыточным весом, сообщал, что он «толстый, живот висит», в связи с чем стал снижать объемы принимаемой пищи, а также по советам друзей употреблять так называемые «аптечные наркотики» (нурофен, терпинкод, катадалон в дозировках, значительно превышающих терапевтические). Мог совмещать употребление таблетированных препаратов с алкоголем. Употреблял алкогольные напитки в объемах 1-1,5 литра пива и до 1 литра вина или коньяка в сутки. В конце лета 2009 года стал употреблять с друзьями препараты нурофен и терпинкод каждый день, также употреб-

лял в значительных объемах энергетические напитки, однако, перестал употреблять алкоголь.

В 2010 году при попытке матери найти работу пациенту через центр занятости, устроил «истеричку». Стал сообщать о том, что подобные способы трудоустройства для него неприемлемы, «что ты меня сравниваешь с безработными, я хочу быть только директором». После ссоры с матерью, ушел из дома, стал жить со своей девушкой в ее квартире, объяснял причины ссоры требованием матери устроиться на работу («разленился, а она выгоняет на работу»).

С конца осени 2010 г. стал употреблять синтетический препарат метилendioксипировалерон (МДПВ) в форме порошка, перорально и интраназально, изначально по выходным, в компании друзей, затем постепенно довел режим употребления до нескольких раз в сутки (на протяжении февраля-марта 2011 года). В декабре 2010 г., проживая у своей девушки, на протяжении 5 суток употреблял МДПВ, «был марафон», стал возбужденным, ночной сон отсутствовал, «был не такой как обычно, невменяемый, менялась речь, поведение, глаза». Пациент отмечает, что при этом впервые услышал «голоса», как мужские, так и женские, «было странно, но не страшно». Также стал видеть «духов», которыми мог мысленно «управлять», «занимался с ними сексом». Считал, что в его мать «вселился один из духов», «казалось, что в соседней комнате сидит барыга, который управляет другими людьми». К концу пятых суток употребления МДПВ начал конфликтовать со своей девушкой, считал, что она ему изменяет, с помощью компьютера пытался отслеживать телефонные звонки на ее мобильном телефоне, уточнял все номера, даже после разъяснений, что «звонила сестра», продолжал высказывать идеи ревности. Получив входящий звонок на собственный телефон от знакомой, стал кричать в адрес своей девушки, что этот звонок специально подстроен «по ее наводке, чтобы поссориться». После очередной попытки разъяснений, с криками «пошли вон, вы не то делаете» убежал из квартиры и отправился к одному из своих друзей, по пути продолжая употреблять синтетический порошок. Продолжал вести себя возбужденно, бегал по двору, прыгал и кричал: «вы все рассказали моей маме!». Была вызвана мать, совместными усилиями пациента вернули домой. В течение последующих нескольких дней в общении с матерью был грубым, огрызался, продолжал высказывать идеи ревности и «подстроенности» вышеупомянутого телефонного звонка. Новогод-

ную ночь встречал со своей девушкой, затем отправился с друзьями в ресторан, продолжал употребление МДПВ в больших дозировках. Домой к матери вернулся 3 января, отключил мобильные телефоны, ни с кем не общался, закрыл в квартире все шторы. На вопрос о подобном поведении ничего не ответил матери. Подобное поведение продолжалось в течение всего января, у матери данных за употребление ПАВ не было, хотя пациент периодически покидал квартиру и выходил на улицу в ближайший супермаркет. В феврале 2011 г. приступил к сдаче сессии, однако, сдать ее не смог, на некоторые из экзаменов просто не являлся, в связи с чем был отчислен. Через 2 месяца от начала употребления МДПВ перестал следить за собой, стал более замкнутым, скрытным, сильно похудел за время нахождения дома (несмотря на достаточный рацион питания). В начале марта 2011 г. пытался душить собственную домашнюю кошку, к которой ранее испытывал теплые чувства, мотивов своего поступка не объяснял. Далее поведение становилось более нелепым, стал бесшумно ходить по квартире, закрывался дома, не отвечал на звонки. Поставил квартиру на сигнализацию, пытался вызвать наряд вневедомственной охраны, потому что «соседи лезли в окно, пытались подглядывать». Закрыл все жалюзи, до этого обклеивал окна газетами, чтобы не оставалось щелей и просветов. 12.03.2011 г. стал сообщать, что «видит» этих соседей, был напуган, тревожен, взволнован, пытался бороться с ними, позже сбежал из дому, пытался спрятаться у своей девушки. В связи с изменившимся состоянием родственниками была вызвана психиатрическая бригада, доставлен в токсикологическое отделение БСМП №2 г. Ростова-на-Дону с диагнозом: острое отравление неизвестным веществом с холинолитическим действием? Галлюцинаторно-параноидное состояние? При поступлении возбужден, аллоориентировка нарушена, сам с собой разговаривает, зрачки расширены, спонтанный горизонтальный нистагм. При токсико-химическом исследовании препараты холинолитической группы не обнаружены. После проведенной дезинтоксикационной терапии и в связи с наличием психотических симптомов, 17.03.2011 г. был переведен для стационарного лечения в Ростовский филиал Главного управления здравоохранения «Психоневрологический диспансер» Ростовской области. При поступлении выглядел тревожным, на лице периодически неадекватная улыбка, на вопросы отвечает неохотно, не всегда по существу. настроение неус-

тойчивое. Пассивный негативизм. Себя больным не считает, не отрицает употребление наркотических веществ. На фоне проведенного лечения (галоперидол 60 мг/сутки, кетилепт 900 мг/сутки, феназепам 2 мг/сутки, циклодол 6 мг/сутки) психопродуктивная симптоматика купирована, нормализовался сон, выровнялось настроение, однако, осознание болезни неполное, настрой на отказ от приема психоактивных веществ формальный. Выписан 09.06.2011 г. с диагнозом: шизоаффективное расстройство, смешанный тип.

После выписки чувствовал себя удовлетворительно, дома рекомендованное поддерживающее лечение не принимал. По настоянию матери в июле 2011 г. приехал в Украину пожить у бабушки по линии отца, которая на тот момент проживала в г. Днепропетровске. Через неделю после приезда, по предварительному договору, встретился на вокзале со своим другом из России, который передал пациенту МДПВ. После возобновления приема психоактивного вещества вновь стал слышать «голоса», которые приказывали «читать мантры», начал «видеть какие-то тени», при этом часто хаотично махал руками и ногами, начала нарастать тревога, апатия. В связи с ухудшением психического состояния в течение последнего месяца, по настоянию бабушки обратился за психиатрической помощью в Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета», был осмотрен психиатром и госпитализирован.

При поступлении был напряженным, тревожным, движения несколько скованы. Глазной контакт долго не удерживал, взгляд рассеян. К чему-то прислушивался, при этом на лице появлялась неадекватная улыбка. Не отрицал, что слышит «голоса», содержание их раскрывал неохотно, скупко сообщал, что они с ним «доброжелательно беседуют». Пассивно подтверждал, что испытывает тревогу, плохо спит. Сообщил данные наркологического анамнеза, бравируя тем, что употреблял различные наркотические средства. Не отрицал, что употребляет МДПВ, последний прием - около недели назад. Настроение неустойчивое, легко раздражителен. Мышление с элементами соскальзывания. В месте, времени и собственной личности ориентирован верно. Осознание своего болезненного состояния неполное.

Соматический статус: кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Язык чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 125/85 мм.рт.ст., ЧСС – 72 удара в минуту.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: зрачки D=S, реакция зрачков на свет сохранена. Сухожильные рефлексы равномерны, несколько оживлены. Патологических рефлексов не выявлено. Менингеальных знаков нет.

В отделении первое время был замкнут, обособлен, старался держаться в одиночестве. Большую часть времени проводил в постели, ничем не интересовался, был вялым, подавленным, при этом отмечал, что стал лучше спать после введения медикаментов. На 6-ой день пребывания в стационаре в курс лечения была включена ЭСТ. На следующий день после первого сеанса ЭСТ пациент сообщил, что практически не слышит «голосов», поведением их наличие не обнаруживал. Через 2-е недели пребывания в стационаре впервые отметил снижение влечения к наркотикам, говорил, что внутри него «пустота, но единственное, чего хочется – это общаться». Однако на следующий день, в вечернее время, у больного появилась выраженная тревога, резь в глазах, страх темноты, причину ухудшения состояния ни с чем не связывал. Ночь спал прерывистым медикаментозным сном. Возобновилось влечение к МДПВ, на первом плане в клинической картине выступала эмоциональная неустойчивость, дисфория, сниженное настроение, пессимистическое видение будущего, раздражительность, вспыльчивость, назойливость, периодически конфликтовал с медицинским персоналом, требовал к себе повышенного внимания. Через месяц от начала лечения стал отмечать, что влечение к МДПВ стало значительно менее выраженным, «пытаюсь думать, чем заняться дальше по жизни», но при этом пациент замечал, что стали часто возникать сновидения со сценами употребления наркотиков. Наличие галлюцинаций отрицал, поведением не обнаруживал, «голоса ушли где-то недели через три». Бредовых идей не высказывал. В беседе активно сообщал данные своего наркологического анамнеза, с интересом описывал ощущения при приеме различных наркотических средств, при этом становился более оживленным, заинтересованным. Самым «сильным» и «приятным» наркотиком считал МДПВ, подробно описывал свои ощущения при приеме данного психостимулятора, «сначала МДПВ действует как кокаин, около часа, потом несколько часов как амфетамины, при этом к нему быстро возникает привыкание». К концу второго месяца стационарного лечения стал более спокойным, уравновешенным, перестал грубить на свиданиях бабушке, психо-

тическая симптоматика купирована, нормализовался сон, однако, настроение оставалось несколько сниженным. В отделении принимал участие в групповой психотерапии, но относился к этому формально. Несмотря на значительное снижение влечения к наркотикам, в отделении проявлял стремление к общению с пациентами, имеющими наркологический анамнез. Стал строить реальные планы на будущее, планировал восстановиться на учебу в институте. Намеревался вести трезвый образ жизни. Выписан из отделения в сопровождении бабушки с улучшением.

Получал антипсихотическую терапию (инвега 12 мг/сутки, эглонил 800 мг/сутки), тимостабилизаторы (вальпроком 1000 мг/сутки), транквилизаторы (феназепам 1,5 мг/сутки), антидепрессанты (велаксин 75 мг/сутки), миртазапин (30 мг/сутки), ЭСТ – 3 сеанса, психотерапия.

І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, І.Я.С. Варшавський, Т.Й. Шустерман, А.А. Дугністий, С.В. Рокутов, А.Є. Ніколенко

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ СУЧАСНИХ СИНТЕТИЧНИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРІВ (МЕТІЛЕНДІОКСІПІРОВАЛЕРОН)

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»,
¹Комунальний заклад «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня Дніпропетровської обласної ради»

Проблеми адиктивної поведінки і психотичних розладів внаслідок вживання синтетичних психоактивних речовин стають в Україні все більш актуальними. Так, одним з нових психостимуляторів є метілендіоксіпірвалерон (МДПВ). Наведений у статті клінічний випадок демонструє швидкий розвиток психічної залежності від МДПВ з виникненням шизофреноподібних інтоксикаційних психотичних розладів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 109-113).

I.D. Spirina, S.F. Leonov, ¹Ya.S. Warshavsky, T.I. Shusterman, A.A. Dugnisty, S. V. Rokutov, A.Ye. Nikolenko

CLINICAL FEATURES OF PSYCHOTIC DISORDERS DUE TO USE OF MODERN SYNTHETIC STIMULANTS (METHYLENEDIOXYPYROVALERONE)

State Institution “Dnepropetrovsk Medical Academy, Ministry of Health of Ukraine”, ¹Communal Institution “Dnepropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital of Dnepropetrovsk regional council”

The problems of addictive behavior and psychotic disorders due to use of synthetic psychoactive drugs become more and more actual in Ukraine. Thus, one of the new psychostimulants is methylenedioxypropylvalerone (MDPV). Clinical case given in the article demonstrates the rapid development of psychological dependence on MDPV with the emergence of schizophrenia-like intoxication psychotic disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 109-113).

Литература

1. Андрух Г.П. Терапевтическая тактика в отношении больных с зависимостью от психостимуляторов / Г.П. Андрух, П.Г. Андрух, У.Н. Добростомат // Матеріали наук.-практ. конф. Психічні і соматичні розлади психогенного походження. Харків, клініч. сан. «Курорт Бермінводи» 29-30.10.2009. — С. 14-15.

2. Андрух П.Г. Применение препарата миртастадин в комплексной терапии больных с зависимостью от алкоголя и зависимостью от психостимуляторов / П.Г. Андрух, Г.П. Андрух, У.Н. Добростомат и др. // Український вісник психоневрології. — Т. 18, вип. 1 (62). — 2010. — С. 36-39.

3. Наркотична залежність від препарату, виготовленого

Таким образом, наркотическая зависимость вследствие употребления МДПВ характеризуется быстрым темпом формирования с преобладанием психического компонента, массивностью наркотизации и развитием психотических расстройств на высоте «наркотических запоев». Психотические состояния, индуцированные приемом МДПВ, характеризуются выраженной шизофреноподобной симптоматикой с преобладанием галлюцинаторно-бредового синдрома-комплекса, затяжным течением, выраженной социально-психической дезадаптацией и наличием постпсихотической депрессии. Выявленные особенности синдрома зависимости и психотических расстройств вследствие употребления МДПВ необходимо учитывать при планировании лечебных и реабилитационных мероприятий для данного контингента лиц.

кустарним шляхом із капсул «Ефект» та «Колдакт» (клінічні особливості в судово-психіатричній практиці) / [П.Т. Петрюк, А. В. Канищев, В.В. Коваленко В. В. та ін.] // Журнал психіатрії і медичної психології. — 2001. — № 1. — С. 65–69.

4. Кузьминов В. Н. Особенности психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении различными психостимуляторами кустарного изготовления / В.Н. Кузьминов, И. В. Линский, А. Г. Назарчук // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1. — С. 190–192.

5. Иванец Н. Н. Лекции по клинической наркологии / Н.Н. Иванец. — М.: Нолидж, 2000. — 448 с.

Поступила в редакцию 04.06.2012