

УДК 61

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В
ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.***

Смирнова А. А.

студентка 4 курса педиатрического факультета,

ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России

Ижевск, Россия

Салякудинова А. А.

студентка 4 курса педиатрического факультета,

ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России

Ижевск, Россия

Малкова А. А.

к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России

Ижевск, Россия

Молчанова Е. Г.

Детский невролог, первая категория

БУЗ УР «РДКБ МЗ УР»

Ижевск, Россия

Аннотация.

В статье представлен клинический случай токсической энцефалопатии у 14-летней пациентки с фоновым шизотипическим расстройством, вызванной преднамеренной передозировкой кветиапина. Актуальность темы обусловлена ростом случаев нецелевого использования антипсихотиков в подростковой

среде. Целью работы является анализ диагностического алгоритма и дифференциальной диагностики токсического поражения ЦНС с аутоиммунными и инфекционными энцефалитами. Научная новизна заключается в систематизации клинических маркеров, позволяющих разграничить экзогенную интоксикацию и обострение первичного психиатрического заболевания. В результате описана успешная тактика ведения пациентки с применением инфузионной и нейрометаболической терапии. Сделан вывод о необходимости усиления родительского контроля при амбулаторном лечении психических расстройств у подростков.

Ключевые слова: токсическая энцефалопатия, сопор, кветиапин, шизотипическое расстройство, дифференциальная диагностика.

A CLINICAL CASE OF TOXIC ENCEPHALOPATHY IN PEDIATRIC PRACTICE.

Smirnova A. A.

4th year student of the Faculty of Pediatrics, Izhevsk State Medical University of the Russian Ministry of Health

Izhevsk, Russia

Salyakudinova A. A.

4th year student of the Faculty of Pediatrics, Izhevsk State Medical University of the Russian Ministry of Health

Izhevsk, Russia

Malkova A. A.

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Neurology, Neurosurgery, and Medical Genetics

Izhevsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Izhevsk, Russia

Molchanova E. G.

Pediatric neurologist, first category BUZ UR "RDKB of the Ministry of Health of the Ural Region"

Izhevsk, Russia

Abstract. This article presents a clinical case of toxic encephalopathy in a 14-year-old female patient with underlying schizotypal disorder, induced by an intentional overdose of quetiapine. The relevance of the topic stems from the rising prevalence of antipsychotic misuse among adolescents. The study aims to analyze the diagnostic algorithm and the differential diagnosis of toxic CNS impairment versus autoimmune and infectious encephalitides. The scientific novelty lies in the systematization of clinical markers that facilitate the distinction between exogenous intoxication and the exacerbation of a primary psychiatric illness. As a result, a successful patient management approach involving infusion and neurometabolic therapy is detailed. The study concludes by emphasizing the necessity of enhanced parental supervision during the outpatient management of psychiatric disorders in adolescents.

Keywords: toxic encephalopathy, stupor, quetiapine, schizotypal disorder, differential diagnosis.

Введение

Актуальность проблемы острых отравлений антипсихотическими препаратами в педиатрической популяции неуклонно возрастает. Кветиапин, являясь атипичным антипсихотиком, широко применяется в терапии шизофрении и биполярных расстройств, однако его доступность повышает риск случайной или преднамеренной передозировки среди молодых людей [1, 9]. Клиническая картина интоксикации варьирует от легкой седации до глубокого угнетения сознания, судорожного синдрома и токсической энцефалопатии.

Токсическая энцефалопатия характеризуется диффузным поражением головного мозга экзогенными агентами, проявляющимся когнитивным

дефицитом, психомоторной заторможенностью и качественными нарушениями сознания (сопор, кома). Особую сложность представляет диагностика у пациентов с отягощенным психиатрическим анамнезом, где симптомы интоксикации могут маскироваться под проявления основного заболевания [9].

Цель и методы

Цель работы — на примере клинического наблюдения продемонстрировать особенности диагностики токсической энцефалопатии у подростка и обосновать алгоритм дифференциального поиска.

Методы: ретроспективный анализ истории болезни пациентки, клинико-неврологический осмотр, лабораторная и инструментальная диагностика (МРТ головного мозга, ЭЭГ, УЗИ).

Клинический случай

Пациент Б., 14 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи 14.06.2025 в психоневрологическое отделение Республиканской детской клинической больницы с жалобами на сонливость в течение дня, выраженную слабость. Со слов матери, с утра девочка не вставала, все время спала, на вопросы отвечала односложно и снова засыпала, не ела и не пила. Была вызвана БСМП, доставлена в приемный покой Республиканской детской клинической больницы. Мать контакт с инфекционными больными отрицает. В пенале у девочки обнаружен пустой флакон из-под вейпа. Накануне поссорилась с другом. Выяснено, что съела 7 таблеток кветиапина.

Из анамнеза известно, что с начала 2024 года отмечались галлюцинации: видела «тень» в вечерние часы перед сном; самоповреждающее поведение: наносила порезы на бедра. Появились сжимающие боли в области верхушки сердца. Консультирована кардиологом, органическая патология исключена. Была направлена в Республиканский клинический центр психического здоровья,

назначено стационарное лечение в июле 2024 года, выставлен диагноз: «Шизотипическое расстройство», в качестве лечения назначены амитриптилин, бипериден, кветиапин. На амбулаторном этапе был пропуск данных препаратов в течение 2 недель, так как, со слов девочки, была вялость, слабость. Родители прием препаратов не контролировали. Далее вновь начала принимать препараты в полной дозе, и через 2 дня возникли эпизоды с непрекращающимся тремором во всем теле. Была госпитализирована в токсикологическое отделение городской клинической больницы в декабре 2024 года с диагнозом: «Наблюдение при подозрении на токсическое воздействие проглоченных лекарств». Спустя два дня после выписки вновь возникли эпизоды со вздрагиванием всего тела, в том числе мимических мышц на фоне приёма кветиапина. Была консультирована психиатром поликлиники Республиканского клинического центра психического здоровья, препарат был заменен.

В настоящее время, со слов девочки, регулярно принимает карипразин по 1 капсуле, арипипразол по 1 таблетке. Мама прием препаратов контролирует плохо.

При исследовании нервной системы во время поступления в отделение выявлено: состояние тяжелое, сопор. Сознание по шкале Глазго - 14 баллов. Глаза на обращение по имени приоткрывает, отвечает на вопросы не односложно, медленно, после паузы, речь тихая.

Глазные щели симметричные. Зрачки одинакового размера, реакция на свет живая.

Менингеальные симптомы отрицательные.

Чувствительная сфера: при пальпации по ходу нервных стволов и корешков болезненности нет.

Клиническая оценка состояния: состояние тяжелое, сопор. Сознание по шкале Глазго - 14 баллов. Глаза на обращение по имени приоткрывает, отвечает на вопросы не односложно, медленно, после паузы, речь тихая.

Также были проведены следующие инструментальные методы диагностики:

ЭЭГ рутинная: эпилептиформной и очаговой патологической активности не выявлено.

ЭКГ: Ритм синусовый, регулярный, ЧСС 83-93 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Нормограмма.

МРТ ГМ: объемных образований и очаговых изменений головного мозга не выявлено. Неполная инверсия левого гиппокампа. Кисты верхнечелюстной пазух. Сужение правой позвоночной артерии.

УЗИ почек: эхо патологии не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости: эхо признаки реактивных изменений печени, холепатии, запора, аэроколии.

Консультация окулиста: анизометропия. Гиперметропия слабой степени OD, Миопия слабой степени OS, Миопический астигматизм OS, Ангиопатия сетчатки OU.

Консультация психиатра: шизофрения (рекомендовано наблюдение психиатра, кветиапин продолжить по 50 мг на вечер).

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика токсической энцефалопатии требует обязательного исключения таких патологий, как лимбический, герпетический энцефалиты и NMDA-рецепторный энцефалит, поскольку они характеризуются аналогичными клиническими симптомами и высоким риском ошибочного отнесения к обострению психиатрического расстройства, особенно учитывая предшествующее шизотипическое расстройство у пациентки.

NMDA-рецепторный энцефалит — наиболее распространенная форма аутоиммунного энцефалита у молодых пациентов, особенно у женщин
Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

репродуктивного возраста и подростков, у которых нередко определяется паранеопластический фактор, преимущественно тератома яичника [2]. Заболевание представляет интерес с точки зрения дифференциальной диагностики, поскольку в последние годы случаи аутоиммунного энцефалита стали регулярно выявляться у пациентов психиатрических учреждений, которым ранее ставились первичные диагнозы шизофрения, шизоаффективное расстройство, нарколепсия и большое депрессивное расстройство [3]. Начало заболевания проявляется психопатологическими расстройствами: беспокойством, страхами, нарушением сна, необычным поведением, бредовыми идеями, галлюцинациями, проблемами с памятью и речью. В дальнейшем развиваются двигательные нарушения: кататония, дистонии, ригидность, фокальные спазмы мышц лица и глаз, хореоатетоз [3].

Диагностика NMDA-рецепторного энцефалита требует комплексного подхода: решающим лабораторным критерием является обнаружение IgG-антител к субъединице GluN1 в цереброспинальной жидкости. Инструментальные методы, такие как электроэнцефалограмма (ЭЭГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, нередко выявляют неспецифические изменения [2,4]. Против утверждения данного диагноза свидетельствует отсутствие паранеопластического фактора, а также существенные различия в клинической картине относительно той, что представлена в рассматриваемом клиническом случае.

На ранней стадии герпетических энцефалитов психопатологическая симптоматика может быть сходной с проявлениями шизофрении [5].

Вскоре присоединяются характерные признаки, такие как значительное повышение температуры тела до 40 °С, появившиеся интенсивные головные боли и многократная рвота [6]. Особенностью вирусов герпетической группы является их способность к пожизненному персистированию в спинномозговых ганглиях и в ганглиях черепных нервов с

транзиторное нарушение сознания (сопор).

Сопутствующий - Кисты верхнечелюстных пазух. Сужение правой позвоночной артерии. Анизометропия. Гиперметропия. Миопия. Миопический астигматизм. Ангиопатия сетчатки. Реактивные изменения печени, холепатия.

Проведенное лечение: гопантеновая кислота, реамберин.

Исход заболевания:

С положительной динамикой: на фоне проведенной инфузионной терапии сознание восстановлено.

От предложенной госпитализации в БУЗ УР "РКЦП МЗ УР» отец отказался. О последствиях предупрежден. Оформлен письменный отказ. Оформлена служебная записка в органы социальной службы.

Заключение:

Данный случай подчеркивает уязвимость подростков с психиатрической патологией к медикаментозным осложнениям. Основным фактором риска в рассматриваемом случае послужил дефицит контроля за оборотом сильнодействующих препаратов внутри семьи. Своевременная дифференциальная диагностика позволила исключить тяжелые органические и аутоиммунные поражения ЦНС и провести адекватную детоксикационную терапию. Ключевым аспектом профилактики подобных состояний является просветительская работа с законными представителями пациентов по вопросам медикаментозной безопасности.

Библиографический список:

- 1) Малкова А.А., Хасанова И.А., Чупина Я.С. Клинический случай токсической энцефалопатии с гиперкинезами// Дневник науки. —2025. — №5.

- 2) Бендер И. И., Быков А. А., Ильина М. М. Случай диагностики аутоиммунного энцефалита, ассоциированного с антителами к NMDA-рецепторам // Клинические наблюдения. — 2025. — 4 — № 4. — С.76–82.
- 3) Гареева К.С., Валинуров Р.Г., Хритинин Д.Ф., Аутоиммунный энцефалит, ассоциированный с антителами к NMDA-рецепторам нейронов в практике врача-психиатра // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2021. — №8.
- 4) Васенина Е.Е., Левин О.С., Ганькина О.А., Чимагомедова А.Ш., Левиков Д.И. Аутоиммунный энцефалит, с антителами к NMDA-рецепторам // Неврология и психиатрия. — 2017. — №2. — С. 110 – 116.
- 5) Тиганов А. С. (под ред.). Экзогенно-органические психические заболевания. — М.: Медицина, 1986.
- 6) А. С. Никифоров, А. Н. Коновалов и Е. И. Гусев. — М.: Медицина, 2002.
- 7) Сорокин Ю.Н. Герпетические поражения периферической нервной системы. //Международный неврологический журнал. —2015. — №1. —С. 148 – 153.
- 8) Торопина Г.Г., Яхно Н.Н., Воскресенская О.Н., Глозман Ж.М., Полонская Н.Н., Успенская И.А. Лимбический энцефалит. Обзор литературы и клинические наблюдения. // Неврологический журнал. — 2013. — №3. — С. 11 – 21.
- 9) Основы здорового образа жизни: учебное пособие, 2е издание, переработанное и дополненное/ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; составители: С.Н. Алексеенко (ред), В.М. Бондина, В.В. Пильщикова, И.П. Трубицына, Д.А. Губарева. - изд. 2-е перераб. и доп., Краснодар 2022. – 161 с.- Текст: электронный.
- 10) Зыков В.П., Шадрин В.Н. Токсические энцефалопатии у детей: учеб. пособие / В.П.Зыков, В.Н.Шадрин, ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2013. - 40с.