

Опыт эффективного применения бензодиазепинов при кататонии, осложненной злокачественным нейролептическим синдромом (клиническое наблюдение)

А.Е. Дедкова

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского Минздрава России

РЕЗЮМЕ. В данной публикации рассмотрено клиническое наблюдение, демонстрирующее эффективность применения бензодиазепинов (парентерального введения феназепама) в случае злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС) и явлений кататонии. Курация пациентов, имеющих симптоматику кататонии, является особой терапевтической проблемой в практике психиатра, поскольку для многих пациентов характерна плохая переносимость большинства антипсихотических препаратов. Подтверждена высокая эффективность лоразепама и диазепама при кататонии, однако данных о применении феназепама не обнаружено. Значительное число таких случаев в психиатрической практике требует повышенного внимания к проблеме их лечения. Таким образом, данный клинический случай представляет научный и практический интерес.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: злокачественный нейролептический синдром, фармакотерапия кататонии, бензодиазепины.

КОНТАКТ: anna.dedkova@gmail.com

Лечение кататонии повсеместно представляет особую терапевтическую проблему в практической работе психиатра. Сложности определяются распространенностью соматических и гемодинамических нарушений у данной группы пациентов и, соответственно, плохой переносимостью большинства антипсихотических препаратов. Интолерантность к антипсихотической терапии при кататонии обладает широким спектром проявлений, в том числе повышенной чувствительностью к развитию экстрапирамидной симптоматики, а также высоким риском развития злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС). Данный клинический случай демонстрирует возможность эффективного применения бензодиазепинов (парентеральное введение феназепама) при ЗНС с симптомами кататонии у пациента с приступообразной формой шизофрении. Помимо этого представленный случай интересен с точки зрения дифференциальной диагностики психического заболевания пациента, поскольку больной на протяжении многих лет наблюдался врачами в связи с диагнозом криптогенной эпилепсии.

Анамнез: Пациент А. 1993 г.р. (возраст 21 год). Родился в срок от третьей беременности путем кесарева сечения, обусловленного диагнозом «крупный плод». Известно, что после родов у ребенка долгое время отмечался гипертонус мышц шеи, запрокидывал голову, по этому поводу наблюдался у неврологов. В возрасте 4 лет получил черепно-мозговую травму, когда отец пациента, случайно кинув камнем, попал ему по голове. В ходе травмы сознание не терял, отмечались тошнота, рвота, головная боль, к врачам обращаться не стали. После этого случая начал отмечать периодические головные боли, головокружения. В остальном в психофизическом развитии от сверстников не отставал. Мать характеризовала пациента как тихого, скромного, стеснительного ребенка, склонного к фантазированию. С детского возраста отмечались спонтанные повышения температуры тела до субфебрильных значений на фоне психоэмоциональных переживаний. Детский сад посещал, но адаптировался там с трудом. «Не мог ни с кем сдружиться», так как

очень остро относился к критике, на малейшие замечания со стороны воспитателей или детей реагировал плачем и замыкался в себе, отказывался от посещения детского сада. Известно, что с ранних лет предпочитал общение с девочками, игру в куклы и другие девичьи игры, мальчиков же побаивался, не мог найти с ними контакта. Со слов матери, любил переодеваться в женскую одежду, часто она заставляла сына за примеркой ее платьев и туфель, использованием косметики. Мать вспоминает, что в возрасте 4 лет сын неоднократно говорил, что считает себя девочкой, а при разубеждении начинал плакать, не желая признавать обратное. В школе с 7 лет, поначалу учился хорошо, однако также не мог адаптироваться в коллективе, постоянно являлся предметом насмешек со стороны одноклассников, поскольку, по их мнению, был не таким, как все, вел себя «как девчонка». Предпочитал гуманитарные предметы (литературу, рисование, русский язык), по ним хорошо успевал, а технические науки давались ему с трудом. Несмотря на то что отмечал у себя способности к фотографированию, рисованию, музыке, творческие кружки посещал неохотно, объясняя это отсутствием взаимопонимания с преподавателями или детьми. Например, бросил музыкальную школу по классу фортепиано после однократной критики со стороны преподавателя.

В возрасте 11 лет (2007 г.) у А. впервые развился эпилептический приступ. Утром после пробуждения он внезапно вскочил с кровати, побежал, после чего отмечался тонико-клонический припадок с потерей сознания без непроизвольного мочеиспускания и прикусывания языка. Был госпитализирован в Морозовскую детскую ГКБ осенью 2007 г., где ему был поставлен предварительный диагноз «эпсиндром». На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) фокус эпилептической активности находился в левой лобно-центрально-височной области. В последующем наблюдался неврологом, проводилась терапия вальпроатом натрия (600 мг/сут), который впоследствии был заменен на топирамат (200 мг/сут). Первое время (2008 г.) подобные эпилептические приступы возникали с пе-

риодичностью 1 раз в месяц, затем реже, 1 раз в 3–4 месяца. С 2009 г. установлен диагноз «криптогенная фокальная эпилепсия», продолжал лечение топираматом 150–200 мг/сут, эпилептические приступы сократились до 1 раза в год. В связи с диагнозом «эпилепсия» с 2009 г. оформлена инвалидность III группы.

После 7-го класса школы (2008 г.), со слов матери, стал хуже учиться, усваивать материал, отказывался ходить в школу без объяснения причин. Говорил матери, что не хочет там появляться, так как над ним посмеиваются одноклассники. Жаловался на плохое запоминание материала, отвлекаемость. В это же время (пациенту 13–14 лет) признался матери, что испытывает сексуальный интерес к мужскому полу, говорил, что имеет женскую душу, «сущность», понимает и принимает женскую природу лучше, чем мужскую. Делился с матерью переживаниями по этому поводу, считал себя одиноким и непонятым окружающими. Высказывал идеи о смене пола. После консультации сексолога, где пациенту было отказано в проведении операции по смене пола, стал тревожным, печальным, легко раздражался, уходил от контакта, закрывался у себя в комнате. Свободное от учебы время посвящал фотографии, фантазировал о сказочных мирах, где главными героями были феи и эльфы, представлял себя одним из подобных персонажей, преимущественно женского пола, затем описывал это в стихах и сказках собственного сочинения.

По окончании 11 классов школы (пациенту 17 лет) поступил в колледж по специальности «реклама». Поначалу с интересом посещал занятия, затем также потерял инициативу к посещению, не смог адаптироваться в коллективе сверстников, стал пропускать занятия. Дома практически ничем себя не занимал, читал фантастические книги, играл в онлайн-игры, заводил интернет-знакомства с мужчинами, создавая интернет-страницы от женского лица, переодевался в женскую одежду, наносил макияж.

Осенью 2012 г. в связи со сниженным настроением, тревогой, недостаточным ночным сном по настоянию матери проходил лечение в ПНД по месту жительства, затем в ПКБ № 15, где получал терапию миансерином, карбамазепином, миртазапином, топираматом (дозы неизвестны). При поступлении был охарактеризован следующим образом: «Ориентирован в собственной личности верно. Жалобы на чувство дискомфорта, неловкости, тревогу, беспокойство. Отмечает сниженное настроение, плохой сон, снижение памяти. Расстройств восприятия, бреда не выявлено. Критика к состоянию формальная». Выписался с диагнозом «продолжительная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации у пациента с эпилепсией».

После выписки в феврале 2012 г. продолжил обучение в колледже, однако успехов не имел, отличался слабой инициативностью, в коллективе проявлял себя застенчивым, робким, практически ни с кем не общался, вновь стал пропускать занятия, предпочитал в это время сидеть дома, посвящая время онлайн-играм в стиле фэнтези. А. нравилось быть в виртуальном мире, ссылаясь на то, что в интернет-пространстве можно быть не таким, как в жизни, воплощать фантазии, принимать различные образы.

Осенью 2013 г., после смерти бабушки, снизилось настроение, перестал посещать колледж, практически не выходил из дому. Дни проводил в Интернете, в онлайн-играх. Стал раздражительным, агрессивным в близком кругу, грубо отвечал матери, закрывался у себя в комнате, при просьбе открыть дверь никак не реагировал. Спустя месяц, в ноябре 2013 г., настроение внезапно изменилось: наоборот, стал излишне веселым, находчивым, деятельным, много успевал, снизилась потребность во сне и пище, говорил, что на душе очень хорошо, происходит что-то особенное. Через 2 недели внезапно стал заявлять семье, что «является медиумом, проводником в потусторонний мир». Упоминал, что «часто общается с умершим бабушкой, может передавать ему земные послания». Настроение в тот период было неустойчивым, сменялось как периодами страха, тревоги, плача, так и наоборот, благодушия и радости. Звонил матери и бабушке по мобильному телефону с просьбой «завесить зеркала», считая, что «сквозь них призраки возвращаются на землю». Сам же прятался в шкафы, не вылезал из них до возвращения родственников домой. Упоминал о видениях, «непонятных образах, призраках, каплях крови», а также «голосах», которые слышал как внутри головы, так и снаружи. В таком состоянии в сопровождении матери обратился в ПНД по месту жительства, однако, пока мать была в кабинете врача, сбежал, в последующем поясняя свои действия как «страх и ощущение преследования», как будто «все окружающее стало неестественным, измененным, мать казалась ведьмой, а окружающие – демонами, гоблинами». Мир представлялся «разделенным на две половины: добра и зла».

По настоянию матери был госпитализирован в ГКБ им. С.П. Боткина в декабре 2013 г. в отделение неврологии, так как состояние пациента было расценено как предвестник эпилептического приступа. В отделении вел себя странно, поначалу высказывал идеи преследования, физического ущерба, затем заявлял, что «находится где-то в раю, ищет Нирвану», делал вычурные пассы руками. Выявлялись слуховые и тактильные обманы восприятия, когда слышал «голоса», казалось, как «бабушка кусает за руку». Также со слов матери известно, что А. «застывал» в неудобных позах: например, мог долгое время лежать, подняв голову над подушкой, поднятая рука оставалась в таком положении без внешней помощи. Был проконсультирован психиатром, назначены инфузионная терапия, феназепам (2–3 мг/сут) и рисперидон (2 мг/сут). Однако на 6-й день терапии был выписан по настойчивому запросу с некоторым улучшением состояния с диагнозом «органическое поражение головного мозга сложного генеза с аффективными, когнитивными и преходящими психотическими нарушениями».

В домашних условиях, со слов матери, рекомендованную терапию не принимал, однако отмечал спонтанное улучшение в виде стабилизации фона настроения, редукции бредовых идей. При этом, со слов пациента и матери, на протяжении двух месяцев продолжал слышать «голоса», дающие советы или выражающие одобрение, которые по неизвестной причине держал от всех в тайне, психофармакотерапию не принимал, продолжал принимать топирамат 200 мг/сут, наблюдался у эпилептолога. Последний

эпилептический приступ – в апреле 2014 г. Последующие 6 месяцев время проводил преимущественно в одиночестве, дома, увлекался знакомствами по Интернету, онлайн-играми, написанием стихов, помогал матери по дому. Учебу в колледже оставил, поскольку перестал усваивать получаемую информацию, не выполнял домашних заданий.

По настоянию матери в сентябре 2014 г. с целью обследования, уточнения диагноза и коррекции схемы терапии обратился в Московский НИИ психиатрии и был госпитализирован. Статус на момент осмотра определялся личностными особенностями: «жеманством, женоподобным поведением» и умеренно выраженной тревожно-депрессивной симптоматикой. На ЭЭГ выявлена умеренная эпилептическая активность.

Во время нахождения в стационаре обращало на себя внимание своеобразное поведение пациента. Так, без стеснения рассказывал другим больным о своих переживаниях, в том числе о желании смены пола. С учетом анамнестических данных относительно перенесенного психотического состояния было принято решение о необходимости снижения дозы топирамата с включением в схему ламотриджина, однако на третий день приема последнего у пациента была отмечена аллергическая реакция в виде появления гиперемии кожных покровов лица, в связи с чем препарат был отменен. Поскольку эпилептические приступы в отделении отсутствовали, было сочтено возможным постепенное снижение дозы топирамата под активным наблюдением лечащего врача, медицинского персонала. На фоне отмены противоэпилептической терапии было проведено контрольное ЭЭГ-исследование, выявившее отчетливую положительную динамику. Фон настроения постепенно имел тенденцию к выравниванию.

Однако 20 октября 2014 г. при осмотре лечащего врача обращало на себя внимание резкое изменение психического статуса больного в виде крайней настороженности, напряженности, страха. При попытке врача осмотреть пациента тот выдергивал руку, резко отодвигаясь на кровати, накрывался одеялом, при расспросе относительно причин, вызвавших подобное поведение, отвечал крайне отрывочно, говорил, что «лечащий врач внешне изменился, пытается отобрать у него энергию», в связи с чем он «обороняется от этого», выставив руки перед собой. Явно наличие «голосов» в голове не подтверждал, однако обращало на себя внимание галлюцинаторная мимика пациента, который постоянно озирался вокруг. В связи с вышеуказанным состоянием было сделано две инъекции препарата зуклопентиксол-ацетат (50 мг в/м через день).

Спустя два дня медицинский персонал обратил внимание на своеобразные «застывания» в однообразной позе, отказ от приема пищи. Был осмотрен дежурным врачом, во время осмотра был растерян, зачарованно переводя взгляд с одного врача на другого, держал руки в вынужденном положении, отдергивал руку, пытался снять очки с врача, сообщал, что «видит в нем беса». В соматическом статусе обращало на себя внимание гипертермия до 37,5 °С.

В связи с вышеописанным психическим статусом пациента 24 октября 2014 г. для дальнейшего лечения он был переведен в отделение интенсивной терапии.

На момент поступления имел следующие характеристики: «Пациент продуктивному контакту малодоступен, лежит в постели, укрывшись одеялом. На громкую речь практически не реагирует, преимущественно откликается на шепот. Отвечает также шепотом, еле слышно, что находится в больнице, однако причину такого местонахождения уточнить не может, затем говорит, что «в раю, ищет Нирвану». Взгляд блуждающий. Выражение лица отрешенное, смиренное, иногда сменяется блаженной улыбкой или наоборот, гримасой испуга. Что-то бормочет шепотом, связи в словах проследить не удастся, в основном слышны какие-то отрывочные фразы: «плохие», «плохая рука». Находясь в постели, принимает неудобные, вычурные позы, подолгу застывает в них, так, с приподнятой над подушкой головой мог лежать полчаса, сопротивляясь попыткам врача уложить его голову на подушку. Поднятые вверх руки оставались в таком положении, при этом пациент стереотипно повторял: «рука плохая», «рука хорошая». В соматическом статусе выявлялась гипертермия до 37,5 °С, сухость кожных покровов и слизистых. В биохимическом анализе крови выявлялось повышение уровня креатининфосфокиназы (КФК) в до 837 ед./л.

Была назначена гомеостатическая инфузионная терапия (Sol. NaCl 400,0 ml, Sol. Panangini 10,0; Sol. NaCl 400,0 ml Sol Mexidoli 4,0, Vit C 4,0 4 раза в сутки), феназепам 4 мг/сут в/м, оланзапин 5 мг/сут. После однократной капельницы пациент встал с кровати, блуждал по отделению босиком с вытянутыми вперед руками, пытался зайти в туалет, в ответ на расспросы со стороны медперсонала сообщил, что это «врата в рай, а он сам пытается спастись от НЛО». Указывая рукой в сторону палаты, испуганно шептал: «Не хочу туда, мне страшно», вырывался, пытался убежать.

Через 3 дня в состоянии пациента была отмечена положительная динамика, верно указывал свое местонахождение, дату, охотно и подробно излагал события предыдущих дней. Сообщил, что видел перед собой «слайды», «кино» представляющие собой «картинурая и ада». Окружающую обстановку видел двойственно, одновременно осознавая, что находится в больнице, при этом ему казалось, что врачи являются «стражами вратрая; вокруг находятся НЛО». Тонус мышц был повышен по пластическому типу, однако выраженность тонического напряжения существенно уменьшилась по сравнению с предыдущими днями. Температура тела снизилась до нормальных значений. На протяжении следующих трех дней характер терапии оставался без существенных изменений (феназепам 4 мг/сут в/м, инфузионная терапия с последующей отменой).

29 октября 2014 г. отмечалось улучшение состояния: в поведении был упорядочен, бредовых идей активно не высказывал, тяготился пребыванием в стационаре. Однако на следующий день внезапно стал тревожен, беспокоен, высказывал переживания по поводу самочувствия своей бабушки, говорил, что имеет в ней «внутреннюю связь», слышит ее голос. Помимо этого сообщил, что присутствуют и другие «голоса», раздающиеся как из пространства, так и внутри головы.

В течение следующих дней сохранялись «голоса», как мужские, так и женские, высказывающие одо-

брение или дающие советы. Помимо этого ощущал, что «НЛО может им управлять, забирать или дарить энергию». Казалось, что «одна его рука наделена способностями исцеления, а вторая – наоборот, может высасывать душу и забирать жизнь», отождествлял свои руки с «внутренними сущностями мужского и женского, как некое противоборство двух начал, в котором женская часть носила негативный, зловещий оттенок». Также слышал «голос этой женской части», который окликал его, отдавал приказы. Был убежден, что он может читать мысли окружающих, а его собственные мысли также всем доступны. Говорил, что «представители НЛО ставят ему условия», при которых, «осуществив пациенту операцию по смене пола, потребуют взамен на это сердце матери и жизнь бабушки». Со страхом признался врачам, что «заключил этот договор». Плакал, называл себя «чудовищем». Кататонических симптомов не выявлялось. Последующие дни существенной динамики в состоянии пациента не наблюдалось. Сохранялись идеи воздействия, «голоса», чувство «открытости мыслей», аффект тревоги и напряжения. Суточная дозировка оланзапина была постепенно повышена до 30 мг/сут в/м. Затем через 7 дней, ввиду отсутствия эффекта, в схему терапии был введен амисульприд 200 мг/сут с повышением до 400 мг/сут на четвертый день. При этом терапия оланзапином также продолжалась. На фоне данной терапии спустя 7 дней самочувствие улучшилось, бредовые идеи практически редуцировались, идей воздействия не высказывал, наличие «голосов» подтверждал, однако отметил снижение их выраженности. В поведении стал упорядочен, настроение характеризовал как близкое к ровному. В связи с положительной динамикой суточная дозировка оланзапина была снижена до 20 мг/сут перорально, остальная терапия без изменений. На протяжении последующих семи дней состояние характеризовалось положительной динамикой. Был упорядочен в поведении, настроение оставалось ровным, 5 декабря 2014 г. был выписан.

После выписки из стационара продолжал терапию оланзапином 15 мг/сут, амисульпридом 600 мг/сут, отмечал улучшение самочувствия с полной редукцией «голосов». Поведение сохранялось упорядоченным, помогал матери в ведении домашнего хозяйства, читал литературу, собирался продолжить учебу в колледже. К перенесенным психотическим переживаниям относился формально критически. Так, часть переживаний характеризовал как «галлюцинации», «болезнь», другую же часть, касающуюся НЛО, считал реальностью и продолжал в это верить.

Клинический разбор

Заболевание развилось у личности сенситивно-шизоидного круга. Пациент с детства отличался ранимостью, стеснительностью, чувствительностью, склонностью к фантазированию, при этом способность к адаптации в коллективе всегда была резко снижена. Черты транссексуальности обнаруживались еще в детском возрасте, когда пациент настаивал на том, что является девочкой, а отождествление себя с лицом мужского пола вызывало у него тяжелый дистресс. В последующем пациент высказывал

стойкие идеи о смене пола, стремился привести свое тело в соответствие с противоположным полом с помощью переодеваний и прочих атрибутов. Также с пубертатного периода у пациента отмечались субклинические периоды тревожно-депрессивной структуры с аффектом подавленности, тревоги, стремления к уединению, социальной дезадаптации и предпочтением пациентом виртуальной реальности, которые не имели очерченной структуры и клинической выраженности.

Впервые остро психическое состояние изменилось в возрасте 19 лет (ноябрь 2013 г.), когда после психотравмирующей ситуации наблюдался двухнедельный гипоманиакальный период, по мере утяжеления которого возникли психотические черты в виде аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации, выявлялись симптомы отрицательного двойника, а также вербальный псевдо- и истинный галлюциноз (когда слышал голоса умершего дедушки, общался с ним через энергетический портал). Помимо этого отмечались и другие проявления синдрома Кандинского – Клерамбо (бред воздействия, психические автоматизмы). На высоте состояния определялись явления острого антагонистического бреда, а также явления онейроидного помрачения сознания и развитие кататонической симптоматики. Состояние на тот момент было купировано феназепамом в дозе до 3 мг/сут, рисперидоном до 3 мг/сут, гомеостатической и инфузионной терапией.

В дальнейшем, после выписки, отмечал улучшение состояния, резидуальный вербальный псевдогаллюциноз постепенно редуцировался. Повторное психическое состояние по типу клише возникло спонтанно, во время нахождения в стационаре в октябре 2014 г. По клинической структуре оно было схоже с предыдущим онейроидно-кататоническим приступом и характеризовалось острой шизоаффективной симптоматикой, достигающей уровня острой парафрении с признаками онейроидного помрачения сознания, двойной ориентировкой и кататоническими симптомами, представленными в виде «восковой гибкости», «воздушной подушки» и явлений мутизма. Но в отличие от предыдущего эпизода наблюдалась субфебрильная температура, повышение уровня КФК до 837, что, по всей видимости, свидетельствует о начинавшемся ЗНС.

Следует отметить достаточно быструю редукцию онейроидной и кататонической симптоматики в течение двух дней в результате назначения интенсивной инфузионной терапии и парентерального введения феназепама до 4 мг/сут в комбинации с оланзапином при персистировании галлюцинаторно-бредовой симптоматики, которая постепенно редуцировалась при усилении дофаминблокирующего влияния при назначении амисульприда. При этом кататоническая симптоматика больше не возобновлялась.

Помимо прочего необходимо обратить внимание на нарастающую социальную дезадаптацию больного, связанную с аутистическими изменениями личности и другой негативной симптоматикой, а также большой удельный вес органических изменений ЦНС и флюктуирующую эпилептогенную активность при ЭЭГ-мониторинге. При этом выставленный ранее диагноз криптогенной эпилепсии представляется

сомнительным ввиду отсутствия верифицированных генерализованных эпилептических приступов в анамнезе, а также отсутствия признаков типичной эпилептиформной активности на ЭЭГ.

Все это позволяет выставить диагноз онейроидно-кататонического приступа, осложненного начинающимся ЗНС, в рамках шизофрении с эпизодическим течением (приступообразно-прогредиентной шизофрении) на фоне органической недостаточности ЦНС и судорожного синдрома.

Таким образом, приведенное клиническое наблюдение демонстрирует эффективность применения бензодиазепинов (парентерального введения феназепама) в качестве дополнительной терапии кататонической симптоматики, осложненной развивающимся ЗНС. Как известно, бензодиазепины

являются препаратами первой линии выбора при кататонии [1]. В отличие от антипсихотиков, которые могут утяжелить течение кататонии, бензодиазепины во многих случаях позволяют быстро уменьшить ее тяжесть, прежде всего благодаря миорелаксирующему эффекту. Доказательная база использования бензодиазепинов при кататонии ограничена, однако имеющиеся исследования показывают, что при применении лоразепама и диазепама эффективность купирования кататонической симптоматики достигает 70–90 % [2–4]. Данных об эффективности феназепама для купирования кататонической симптоматики в рамках ЗНС, фебрильной или онейроидной кататонии нами не обнаружено. В связи с этим данный клинический случай представляет собой как научный, так и практический интерес.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мосолов С.Н., Цуккарзи Э.Э., Алфимов П.В. Алгоритмы биологической терапии шизофрении // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 1. – С. 27–36.
2. Осадший Ю.Ю., Вобленко Р.А. Место бензодиазепинов в современной терапии психических расстройств (обзор доказательных исследований) // Современная терапия психических расстройств. – 2016. – № 1. – С. 2–10.
3. Lin C., Huang T. Lorazepam-diazepam protocol for catatonia in schizophrenia: a 21-case analysis // Comprehensive Psychiatry. – 2013. – Vol. 54 (8). – P. 1210–4.
4. Lee J., Schwartz D. Catatonia in a psychiatric intensive care facility: incidence and response to benzodiazepines // Annals Clinical Psychiatry. – 2000. – Vol. 12 (2). – P. 89–96.

REFERENCES

1. Mosolov S.N., Tsukarzi E.E., Alfimov P.V. Algorithm of biological therapy of schizophrenia // Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv. – 2014. – № 1. – S. 27–36.
2. Osadshii Yu.Yu., Voblenko R.A. Mesto benzodiazepinov v sovremennoi terapii psikhicheskikh rasstroistv (obzor dokazatelnykh issledovaniy) // Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv. – 2016. – № 1. – S. 2–10.
3. Lin C., Huang T. Lorazepam-diazepam protocol for catatonia in schizophrenia: a 21-case analysis // Comprehensive Psychiatry. – 2013. – Vol. 54 (8). – P. 1210–4.
4. Lee J., Schwartz D. Catatonia in a psychiatric intensive care facility: incidence and response to benzodiazepines // Annals Clinical Psychiatry. – 2000. – Vol. 12 (2). – P. 89–96.

Efficacy of benzodiazepines in catatonia complicated by neuroleptic malignant syndrome (case report)

A.E. Dedkova

Moscow Research Institute of Psychiatry, Branch of Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of Health Ministry of Russia

SUMMARY. This publication presents the clinical observation, which demonstrates the efficacy of benzodiazepines (parenteral administration of phenazepam) in neuroleptic malignant syndrome (NMS) and catatonia. Curation of patients with catatonic symptoms is a special problem in a therapeutic practice of psychiatrists. Most patients are characterized by poor tolerance of the majority of antipsychotic drugs. High efficiency of lorazepam and diazepam application in case of catatonia is confirmed, but no data was found in usage of phenazepam. A significant number of such cases in psychiatric practice require more attention to this problem, thus, there is a scientific and practical interest in this clinical case.

KEY WORDS: neuroleptic malignant syndrome, pharmacotherapy of catatonia, benzodiazepines.

CONTACT: anna.dedkova@gmail.com