



Кардиотоксические эффекты кветиапина на фоне резистентного течения псевдоневротической шизофрении (клинический случай)

Гавриленко М. С.¹, Гавриленко Е. С.², Гавриленко О. С.², Кирюхина С. В.¹, Лабунский Д. А.¹

Ключевые слова: клинический случай, кветиапин, кардиотоксичность, трепетание предсердий, гипокалиемия, шизотипическое расстройство.

Отношения и деятельность: нет.

¹ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Саранск; ²ФГБОУ ВО Пензенский государственный университет, Пенза, Россия.

Гавриленко М. С.* — врач психиатр кабинета активного диспансерного наблюдения диспансерного отделения ГБУЗ Республики Мордовия "Мордовская республиканская клиническая психиатрическая больница", врач-психиатр ГБУЗ Республики Мордовия "Мордовская республиканская центральная клиническая больница", врач психиатр-нарколог, ORCID: 0009-0002-3019-6609, Гавриленко Е. С. — студент 5 курса Медицинского института, ORCID: 0009-0000-1131-1419, Гавриленко О. С. — врач терапевт-участковый отделения общей врачебной практики №3 поликлиники №2 ГБУЗ Республики Мордовия "Республиканская клиническая больница №5", врач гастроэнтеролог, ORCID: 0009-0004-1782-4177, Кирюхина С. В. — д.м.н., профессор кафедры

психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института, ORCID: 0000-0002-9457-8756, Лабунский Д. А. — к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института, ORCID: 0000-0001-6629-6682.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

gavrilenko_1992@inbox.ru

Рукопись получена 08.07.2025

Рецензия получена 21.08.2025

Принята к публикации 28.08.2025



Для цитирования: Гавриленко М. С., Гавриленко Е. С., Гавриленко О. С., Кирюхина С. В., Лабунский Д. А. Кардиотоксические эффекты кветиапина на фоне резистентного течения псевдоневротической шизофрении (клинический случай). *Российский кардиологический журнал*. 2025;30(14S):6696. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6696. EDN: DKSVEG

Cardiotoxic effects of quetiapine on the background of a resistant course of pseudoneurotic schizophrenia: a case report

Gavrilenko M. S.¹, Gavrilenko E. S.², Gavrilenko O. S.², Kiryukhina S. V.¹, Labunsky D. A.¹

Keywords: clinical case, quetiapine, cardiotoxicity, atrial flutter, hypokalemia, schizotypal disorder.

Relationships and Activities: none.

¹Ogarev National Research Mordovian State University, Saransk; ²Penza State University, Penza, Russia.

Gavrilenko M. S.* ORCID: 0009-0002-3019-6609, Gavrilenko E. S. ORCID: 0009-0000-1131-1419, Gavrilenko O. S. ORCID: 0009-0004-1782-4177, Kiryukhina S. V. ORCID: 0000-0002-9457-8756, Labunsky D. A. ORCID: 0000-0001-6629-6682.

*Corresponding author:

gavrilenko_1992@inbox.ru

Received: 08.07.2025 **Revision Received:** 21.08.2025 **Accepted:** 28.08.2025

For citation: Gavrilenko M. S., Gavrilenko E. S., Gavrilenko O. S., Kiryukhina S. V., Labunsky D. A. Cardiotoxic effects of quetiapine on the background of a resistant course of pseudoneurotic schizophrenia: a case report. *Russian Journal of Cardiology*. 2025;30(14S):6696. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6696. EDN: DKSVEG

Введение

Шизотипическое расстройство, псевдоневротическая шизофрения (F21.3) характеризуется хроническим течением и высокой частотой коморбидной патологии. Атипичные антипсихотики, в частности кветиапин, являются препаратами выбора, однако их применение сопряжено с риском дозозависимых кардиотоксических эффектов [1, 2]. Описаны случаи удлинения QT, тахикардий, однако развитие трепетания предсердий с высокой частотой желудочковых сокращений, осложненного электролитными нарушениями и блокадой ножки пучка Гиса, представля-

ет казуистическую редкость и требует пристального внимания клиницистов [3, 4].

Цель исследования — проанализировать диагностические и терапевтические стратегии, направленные на коррекцию тяжелой кардиотоксичности кветиапина у пациентки с резистентной формой псевдоневротической шизофрении.

Клинический случай

Пациентка, 63 лет, жительница республики Мордовия, поступила в психиатрическую больницу 15.08.2024 с жалобами на резкую слабость, голово-

кружение, ощущение "клокотания" и перебоев в работе сердца, одышку в покое, страх смерти.

Анамнез болезни: психически больна с 13 лет. Дебют заболевания характеризовался замкнутостью, пассивностью, нарушением сна, чувством тоски, эпизодами слуховых галлюцинаций (слышала голос умершего отца). Впервые была госпитализирована в психиатрический стационар в 1977г в возрасте 16 лет с жалобами на бессонницу, тоску, головные боли, трудности концентрации внимания, академическую неуспеваемость. При выписке установлен диагноз: шизофрения, простая форма, вялотекущая, умеренно-выраженный апатоабулический дефект.

Динамика и частота госпитализаций характеризовались прогрессивностью течения заболевания, проявляющейся в утяжелении симптоматики и учащении количества обострений в год. В период с 1977 по 1993гг частота госпитализаций составляла в среднем 1 раз в год (16 стационарных лечений), с 1994 по 2010гг — пациентка проходила стационарное лечение 1-2 раза в год (27 стационарных лечений), с 2010 по 2019гг частота госпитализаций была 2-3 раза в год (21 стационарное лечение), с 2019 по 2024гг — 3 раза в год (18 стационарных лечений). С 1994г установлена II группа инвалидности по психическому заболеванию, с 1995г. Группа инвалидности установлена бессрочно.

Суицидальное поведение проявлялось на фоне обострений, связанных с самостоятельной отменой терапии из-за развития нежелательных эффектов, снижения эффективности препаратов и социальной дезадаптацией. Все суицидальные попытки были незавершенные. Дважды (2010, 2018гг) наблюдалось отравление психотропными препаратами, в 2021г пациентка нанесла себе самоповреждение путем вскрытия передней брюшной стенки лезвием.

Текущий психический статус: находится на активном диспансерном наблюдении с 2019г. Ведущий синдром — депрессивный. Тип течения — непрерывный. Характер самоповреждения — негативно-личностный, личностный и ситуационный (отказ от

терапии). Фактор, препятствующий суициду, — прием препаратов.

В период с 2023 по 2024гг на фоне терапии сертралином (100 мг в сутки утром) и кветиапином (100 мг в сутки на ночь) достигнута наиболее длительная стабильная ремиссия по психическому заболеванию.

Анамнез жизни: родилась и проживает в Республике Мордовия. Второй ребенок в семье. Наследственность психопатологически не отягощена. Психофизическое развитие в детстве соответствовало возрасту. Образование среднее специальное. Работала оператором в диспетчерской службе транспортной компании до 1981г. В настоящее время не работает. Состоит в браке, имеет взрослую здоровую дочь (беременность одноплодная, родоразрешение путем кесарева сечения). Проживает с супругом. Социально адаптирована, навыки самообслуживания сохранены.

Установленный диагноз на момент госпитализации 15.08.2024: Шизотипическое расстройство. Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения, непрерывное течение с выраженным нарушением мышления, выраженным эмоционально-волевым снижением (F21.3). Сопутствующий диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения II функционального класса. Нарушение ритма по типу трепетания предсердий, тахисистолическая форма. Гипертоническая болезнь III стадии. Гипертрофия левого желудочка. Ожирение III степени, риск IV.

Результаты физикального осмотра при поступлении в стационар: состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Частота дыхательных движений 24 в минуту. Аускультативно в легких дыхание ослаблено по всем легочным полям, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Тоны сердца аритмичные, тахикардия до 150 уд./мин, шумов нет. Артериальное давление 150/100 мм рт.ст. Печень не увеличена. Отеков нет.

Временная шкала ключевых событий

Дата	Событие	Терапия/Тактика
15.08.2024	Поступление в психиатрический стационар. Пароксизм трепетания предсердий 2:1, частота желудочковых сокращений 150 уд./мин. Острая коронарная недостаточность.	Начата экстренная медицинская помощь.
16.08.2024	Несо согласованная форма трепетания предсердий (частота желудочковых сокращений 98 уд./мин)	Коррекция электролитов (K ⁺ , Na ⁺). Отмена кветиапина.
17.08.2024	Восстановление синусового ритма (ЧСС 86 уд./мин).	Начало терапии галоперидолом (по 1,5 мг 2 раза в сутки).
18.08.2024	Стабильный синусовый ритм (ЧСС 66 уд./мин)	Состояние стабилизировано.

Рис. 1. Холтеровское мониторирование сердечной деятельности пациентки. Эпизод горизонтальной депрессии сегмента ST -2,0 мм. Время фиксации 15 ч 34 мин

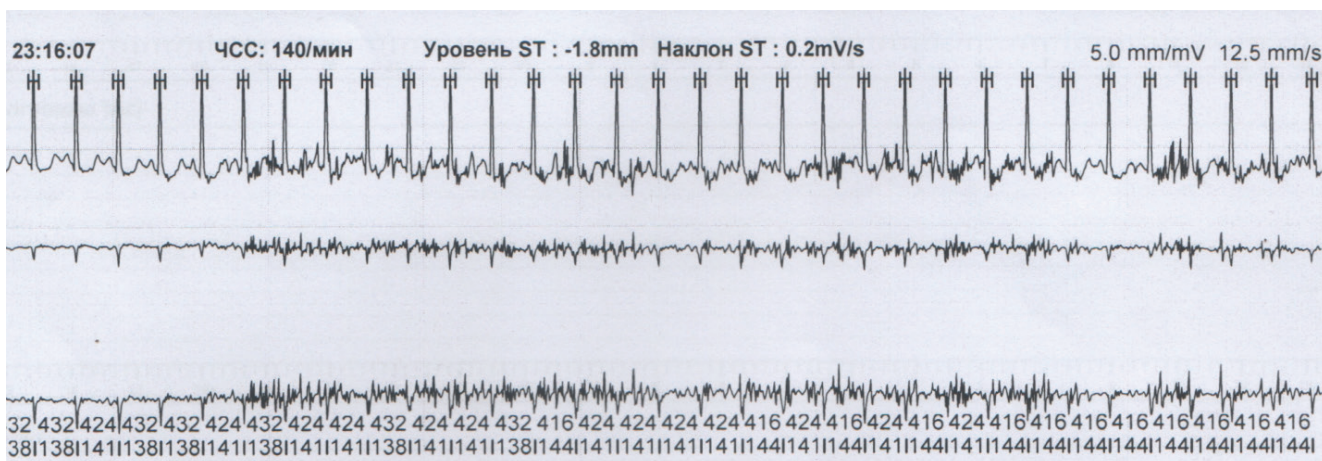


Рис. 2. Холтеровское мониторирование сердечной деятельности пациентки. Эпизод горизонтальной депрессии сегмента ST -1,8 мм. Время фиксации 23 ч 16 мин

Инструментальные исследования: электрокардиография (ЭКГ) от 15.08.2024: пароксизм трепетания предсердий 2:1 с частотой желудочковых сокращений 150 уд./мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Транзиторная полная блокада левой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка. Субдепрессия сегмента ST в I, aVL отведениях.

ЭКГ в динамике (16-18.08.2024): постепенная нормализация ритма (синусовый ритм восстановился 17.08.2024), регресс блокады левой ножки пучка Гиса до неполной.

17.08.2025 проведено Холтеровское мониторирование сердечной деятельности (рис. 1-4). По первому каналу (боковая стенка) найдены четыре безболевых эпизода горизонтальной депрессии сегмента ST $>1,5$ мм, длительнее 1 минуты (ишемические проявления). Общая продолжительность эпизодов депрес-

сии сегмента ST составила 26 мин или 2% от всего времени наблюдения.

Лабораторные исследования от 15.08.2024: в клиническом анализе крови лейкоцитоз $14,1 \times 10^9/\text{л}$, содержание гемоглобина 150 г/л. При биохимическом исследовании крови выявлены: гипокалиемия 2,53 ммоль/л, гипонатриемия 134,4 ммоль/л, метаболический ацидоз pH 7,31. Уровень ионизированного кальция и низкий 0,29 ммоль/л. Умеренное повышение холестерина, липопротеидов низкой плотности до 2,24 ммоль/л. Коагулограмма без патологии.

Психодиагностическое обследование проведено 20.05.2025: по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), субшкале тревоги уровень составил 9 баллов (субклинически выраженная тревога), по субшкале депрессии — 9 баллов (субклинически выраженная депрессия). Шкала депрессии Бека (BDI-II): 28 баллов (умеренная депрессия). Шкала Гамильтона

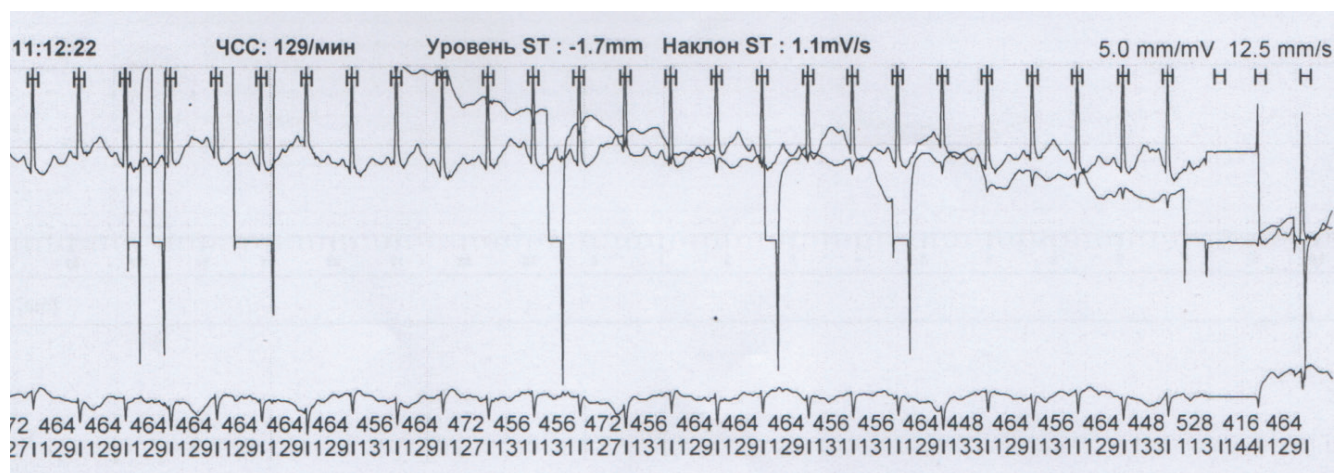


Рис. 3. Холтеровское мониторирование сердечной деятельности пациентки. Эпизод горизонтальной депрессии сегмента ST -1,7 мм. Время фиксации 11 ч 12 мин.

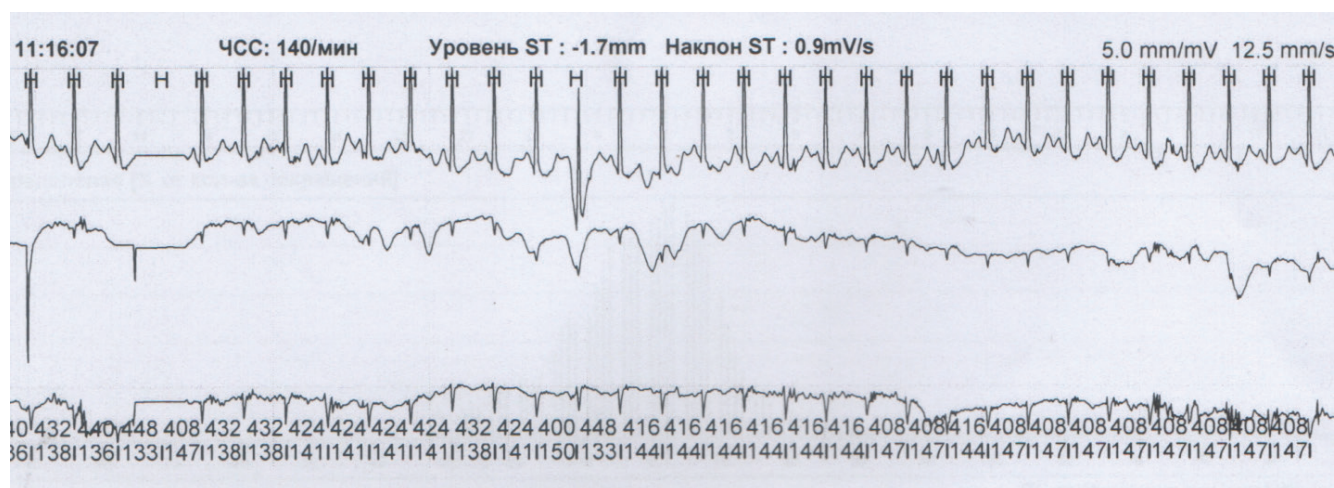


Рис. 4. Холтеровское мониторирование сердечной деятельности пациентки. Эпизод горизонтальной депрессии сегмента ST -1,7 мм. Время фиксации 11 ч 16 мин.

для оценки депрессии (HDRS-17): 19 баллов (умеренная депрессия). Шкала Занга для самооценки депрессии: 56 баллов (умеренная депрессия). Шкала DEPS (Depression Scale): 15 баллов (пороговое значение для депрессии >11 баллов). Опросник суицидального риска Т. Н. Разуваевой: шкала "Суицидальные тенденции" — 5 баллов (низкий уровень). Наиболее выраженная шкала — "Антисуицидальный фактор" (6.4 балла), что свидетельствует о глубоком чувстве ответственности за близких и наличии внутренних барьеров для реализации суицидальных намерений. Цветовой тест Люшера (анализ по второму выбору) выявляет сочетание надежды на успех и выраженной эмотивности с педантизмом. Отмечается потребность в действии, общении, эмоциональной вовлеченности и переменах, что указывает на сохранный личностный ресурс. При этом регистрируются эмо-

циональная неустойчивость, ранимость, сосредоточенность на своих проблемах и напряженность в межличностных контактах, что соответствует депрессивному аффекту и тревоге.

Заключение: данные стандартизированных шкал объективно подтверждают наличие у пациентки автохтонного депрессивного синдрома умеренной степени тяжести с коморбидной автохтонной тревогой, что полностью соответствует клинической картине в рамках шизотипического расстройства (F21.3). Результаты тестирования на суицидальный риск указывают на низкую текущую вероятность суицидального поведения благодаря высокому антисуицидальному барьеру.

Клинический диагноз: основной: Шизотипическое расстройство, псевдоневротическая шизофрения непрерывный тип течения, резистентное.

Стабильная ремиссия. (F21.3). Осложнение основного диагноза: рецидивирующее суицидальное поведение в анамнезе.

Сопутствующий диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения II функционального класса. Пароксизм трепетания предсердий от 15.08.2024. Острая сердечная недостаточность (IIA стадии по Killip). Гипокалиемия тяжелой степени. Гипонатриемия. Метаболический ацидоз. Артериальная гипертензия III стадии. Ожирение III степени.

Многолетнее течение заболевания с полиморфной симптоматикой потребовало проведения дифференциальной диагностики с рядом эндогенных расстройств.

Дифференциальную диагностику с другими формами шизофрении (F20) необходимо проводить [5, 6], т.к. общими симптомами заболеваний могут быть ранний дебют (13 лет), наличие в структуре продуктивной симптоматики в виде слуховых галлюцинаций (голос умершего отца), формирование выраженного апато-абулического дефекта личности, множественные госпитализации, резистентное течение. Изначальный диагноз при первой госпитализации (1977г) звучал как "шизофрения, простая форма".

В пользу установления диагноза: шизотипическое расстройство, псевдоневротическая шизофрения у данной пациентки свидетельствует доминирование в клинической картине на протяжении всего периода наблюдения неврозоподобной (обсессивно-фобической, ипохондрической) и аффективной (депрессивной) симптоматики при относительной редкости и транзиторности классических психотических феноменов. Отсутствие грубых формальных расстройств мышления (разорванности, симптома монолога) и кататонической симптоматики. Хроническое, но относительно стабильное течение без прогрессивного нарастания дефекта до конечных состояний. Заключение: клиническая картина, наблюдаемая у пациентки, в большей степени соответствует критериям шизотипического расстройства, псевдоневротической шизофрении. (F21), как стойкого, но не прогрессивного заболевания с автохтонными неврозоподобными и психопатоподобными проявлениями, что и нашло отражение в окончательном диагнозе.

Дифференциальная диагностика с рекуррентным депрессивным расстройством (F33) или биполярным аффективным расстройством [7, 8] (F31) проводится ввиду наличия у пациентки в клинической картине заболевания ведущего депрессивного аффекта на всех этапах болезни, а также повторяющихся эпизодов тоски, апатии, нарушений сна, наличия суицидальных мыслей и попыток. При этом отсутствие автохтонных фаз мании или гипомании

исключает биполярное аффективное расстройство. Наличие стойкой негативной симптоматики (апатия, аутизм, эмоциональное обеднение) и автохтонных продуктивных симптомов, не укладывающихся исключительно в аффективный эпизод, а также раннее формирование личностного дефекта, не характерного для классической эндогенной депрессии. Заключение: аффективные нарушения в структуре заболевания пациентки носят вторичный, автохтонный характер и являются частью структуры шизотипического расстройства, а не самостоятельной фазой аффективного заболевания.

Дифференциальная диагностика с расстройством личности [9, 10] (F60) связана с тем, что при данных патологиях наблюдается длительное, хроническое течение заболевания с нарушениями в эмоциональной и волевой сферах, затрагивающее все аспекты функционирования личности. Однако выявленный при псевдоневротической шизофрении четкий дебют заболевания в подростковом возрасте (13 лет) на фоне предшествующего нормального развития, а также наличие автохтонных продуктивных симптомов и автохтонных обсессивно-фобических переживаний, является не характерным для расстройств личности. Динамика заболевания с обострениями и ремиссиями, требующая частых госпитализаций, также не типична. Заключение: изменения личности носят характер автохтонного дефекта ("падение энергетического потенциала"), развившегося вследствие эндогенного процесса, а не являются конституциональной аномалией личности.

Диагноз шизотипическое расстройство, псевдоневротическая шизофрения (F21.3) был установлен на основании критериев МКБ-10: хроническое течение (>2 лет), автохтонные неврозоподобные и психопатоподобные феномены (болезненно обусловленные обсессии, ритуалы, деперсонализация, ипохондрия), автохтонная аффективная неустойчивость, автохтонная социальная аутизация и формирование специфического эмоционально-волевого дефекта. Наличие в анамнезе транзиторных рудиментарных продуктивных симптомов не противоречит диагнозу F21 и подтверждает его эндогенную природу.

Динамика и исходы. На фоне коррекции электролитных нарушений, отмены кветиапина и перехода на терапию галоперидолом к 17.08.2024 достигнуто восстановление синусового ритма. Отмечалась положительная динамика по данным ЭКГ: регресс блокады левой ножки пучка Гиса, нормализация сегмента ST. К 18.08.2024 состояние соматически стабилизировалось: ЧСС 66 уд./мин, артериальное давление 130/80 мм рт.ст.

Психический статус оставался стабильным: на фоне продолжающейся терапии сертралином и галоперидолом, не отмечалось усиления депрессивной

или тревожной симптоматики, а также суицидальных мыслей. Данные контрольного психодиагностического обследования свидетельствуют о положительной динамике. Наблюдалось снижение баллов по шкале HADS до нормальных величин, по шкале Бека — до 14 баллов, что соответствует легкой депрессии. Сохраняется высокий показатель по шкале "антисуицидальный фактор" (7.1 балла), что указывает на эффективность проводимой терапии и укрепление комплаенса.

Обсуждение

Представленный клинический случай иллюстрирует необходимость серьезного подбора терапии у пациентов с резистентными психотическими расстройствами. С одной стороны, кветиапин доказал свою эффективность в купировании суицидального поведения и психотической симптоматики. С другой стороны, его назначение привело к развитию жизнеугрожающего состояния — пароксизмальной тахикардии с острой сердечной недостаточностью на фоне тяжелых электролитных нарушений.

Патогенез осложнения, вероятно, мультифакторный: блокада α_1 -адренорецепторов кветиапином могла способствовать вазодилатации и компенсаторной тахикардии, а его влияние на электролитный баланс (гипокалиемия) создало проаритмогенный фон, реализовавшийся в трепетание предсердий. Развитие транзиторной блокады левой ножки пучка Гиса может свидетельствовать о глубоком нарушении метаболизма миокарда на фоне ишемии и электролитного дисбаланса.

Данное наблюдение подчеркивает, что даже низкие дозы атипичных антипсихотиков у пациентов с факторами кардиоваскулярного риска требуют тщательного предварительного обследования (включая контроль электролитов) и мониторинга в ходе лечения.

Заключение

У пациентов с резистентными психическими расстройствами и отягощенным кардиологическим анамнезом необходим индивидуальный подход к выбору терапии. Перед назначением антипсихотических лекарственных средств с кардиотоксическим потенциалом обязателен скрининг и коррекция модифицируемых факторов риска (возможных электролитных нарушений). При развитии жизнеугрожающих осложнений своевременная отмена лекарственного препарата, обладающего нежелательными эффектами, и переход на альтернативный вариант (в данном случае — низкодозовый типичный антипсихотик) в сочетании с активной кардиотропной терапией позволяют достичь стабилизации состояния.

Информированное согласие. От пациентки получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию анонимизированных данных клинического случая и результатов обследования (дата подписания 07.02.2025).

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. D'Errico S, Russa R, Maiese A, et al. Atypical antipsychotics and oxidative cardiotoxicity: review of literature and future perspectives to prevent sudden cardiac death. *J Geriatr Cardiol.* 2021;18(8):663-85. doi:10.11909/j.issn.1671-5411.2021.08.002.
2. Kiryuhina SV, Zhdanova YaV, Borisova AD, et al. Some Pathogenetic Mechanisms of the Development of Mental Disorders in Patients with Cardiovascular Pathology. *Medicine and Biotechnology.* 2025;1(2):140-53. (In Russ.) Кирюхина С.В., Жданова Я.В., Борисова А.Д. и др. Некоторые патогенетические механизмы развития психических расстройств у пациентов с кардиологической патологией. *Медицина и биотехнология.* 2025;1(2):140-53. doi:10.15507/3034-6231.001.202502.140-153.
3. Ostroumova OD, Goloborodova IV. The effect of certain groups of medications on the risk of prolongation of the QT interval. *Consilium Medicum.* 2019;21(10):95-106. (In Russ.) Остроумова О.Д., Голобородова И.В. Влияние отдельных групп лекарственных препаратов на риск удлинения интервала QT. *Consilium Medicum.* 2019;21(10):95-106. doi:10.26442/20751753.2019.10.190447.
4. Tsygan NV, Ryabtsev AV, Andreev RV, et al. Postoperative cerebral dysfunction in aortic heart valve replacement. *Doctor.Ru.* 2022;21(4):53-9. (In Russ.) Цыган Н.В., Рябцев А.В., Андреев Р.В. и др. Послеоперационная мозговая дисфункция при протезировании аортального клапана сердца. *Доктор.Ру.* 2022;21(4):53-9. doi:10.31550/1727-2378-2022-21-4-53-59.
5. Adler CM, Strakowski SM. Boundaries of schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 2003;26(1):1-23. doi:10.1016/s0193-953x(02)00085-0.
6. Labunskiy D., Kuzmin D., Baranov D, et al. Efficacy of Pharmacotherapy in Patients with Hypothalamic Mental Disorders Suffered from Covid-19 Infection. *European Psychiatry.* 2023;66(S1):S181. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.435.
7. Bora E, Yücel M, Pantelis C. Theory of mind impairment: a distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? *Acta Psychiatr Scand.* 2009;120(4):253-64. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01414.x.
8. Shubin DYU, Kechemaykina MI, Kiryuhina SV, et al. Dynamics of certain hematological and biochemical blood parameters in patients with paranoid schizophrenia and coronavirus infection. *Modern therapy of mental disorders.* 2023;(2):2-9. (In Russ.) Шубин Д.Ю., Кечемайкина М.И., Кирюхина С.В. и др. Динамика некоторых гематологических и биохимических показателей крови при коронавирусной инфекции у пациентов с параноидной шизофренией. *Современная терапия психических расстройств.* 2023;(2):2-9. doi:10.21265/PSYPH.2023.4796.001.
9. Paris J. Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41(4):575-82. doi:10.1016/j.psc.2018.07.001.
10. Brewerton TD. The phenomenology of psychosis associated with complex partial seizure disorder. *Ann Clin Psychiatry.* 1997;9(1):31-51. doi:10.1023/a:1026230308668.