

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ДЕБЮТЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

С.Н. Жулёв¹, А.А. Торопова², О.Н. Немыкин³, М.В. Фоминцева¹, Ю.О. Гарьшина¹, И.И. Кула¹, Л.М. Мирзаева¹

¹ ФГБОУ ВО СГЗМУ им. И.И. Мечникова,

² Клиника лечения боли "Медика",

³ Наркологический реабилитационный центр № 4,
г. Санкт-Петербург, Россия

Резюме

В некоторых случаях неврологический дефицит при рассеянном склерозе может уходить на второй план, уступая место психотическим проявлениям, таким как кататония, депрессия и деменция. Нетипичность данных симптомов может привести к более поздней постановке диагноза рассеянного склероза и, как следствие, отсроченному началу лечения. В статье приводится описание клинического случая пациента с кататонией, депрессией и деменцией, у которого в последующем был диагностирован рассеянный склероз. Подробно описан психиатрический и неврологический статус, динамика картины МРТ и результаты лечения. На клиническом примере показано, как кататония может доминировать в клинике рассеянного склероза, затмевая остальную неврологическую симптоматику.

Ключевые слова: рассеянный склероз, кататония.

Введение

В большинстве случаев, начальными проявлениями рассеянного склероза (РС) являются: ретробульбарный неврит, слабость и/или онемение конечностей, расстройство мочеиспускания по типу недержания и общая слабость. Но иногда РС может дебютировать с психопатологической симптоматикой (например, аффективные расстройства и изменения личности). Так в исследовании Salvatore lo Fermo и др. [6] у 2,3% из 682 пациентов с РС дебют заболевания проявился в форме психического расстройства. При этом, проанализировав данные литературы, вышеупомянутые авторы указывают, что частота психиатрического дебюта среди пациентов с РС колеблется между 0,2-2%.

Кроме того, в клинической картине заболевания более чем у половины (56%) больных РС отмечались расстройства настроения, напоминающие по клинике большой депрессивный эпизод, и у трети (32%) наблюдались психотические симптомы. Как показало дальнейшее наблюдение за этими пациентами, психиатрические симптомы регрессировали гораздо позже, чем неврологические, либо, не смотря на использование психотропных препаратов, за все время наблюдения (6-7 лет) вообще не отмечалось никакой положительной динамики. В 87% описанных случаев возникали новые психические расстройства.

Diaz-Olavarrrieta et al. и др. [5], оценивая клиническую картину 44 пациентов с РС, у 95%

из них обнаружили психиатрические симптомы той или иной степени выраженности. В их структуре отмечались депрессия (79%), ажитация (40%), тревожность (37%), раздражительность (35%), апатия (20%), эйфория и галлюцинации (10%), девиации поведения (9%), иллюзии (7%).

Asghar-Ali и др. [2] описывали двух пациентов, которым изначально был выставлен диагноз биполярное расстройство, но после проведенного МРТ головного мозга и исследования цереброспинальной жидкости, был установлен диагноз РС. По данным Mendez [10], у 79% пациентов с РС была диагностирована: большая депрессия, биполярное расстройство и дисфория.

Большинство исследователей сообщают об эмоциональных расстройствах среди пациентов с РС чаще встречающихся, чем среди пациентов с другими дегенеративными заболеваниями нервной системы: мышечные дистрофии и смешанные неврологические расстройства [10]. В литературе можно встретить единичные описания кататонического состояния в дебюте РС [6, 10, 15].

Целью данной работы явилось описание клинического случая пациента С., страдающего рассеянным склерозом, имевшим нетипичный дебют в виде кататонических проявлений. Для достижения обозначенной цели использованы данные осмотра пациента неврологом, психиатром, данные общеклинических и инструментальных методов исследования, данные, полученные в результате

опроса матери больного и анализа сопутствующая медицинская документации.

Описание клинического случая. В феврале 2013 г. в неврологическое отделение Северо-Западного государственного медицинского университета им И.И. Мечникова поступил пациент С., 29 лет с диагнозом: Рассеянный склероз, ремиттирующе-рецидивирующее течение, стадия экзacerbации. Диагноз РС был выставлен в марте 2010 г. Настоящая госпитализация связана с обострением заболевания.

Пациент в отделение явился в сопровождении матери. Самостоятельно жалоб не предъявлял. Со слов матери: при ходьбе «шаркает» правой стопой, не удерживает мочу и кал, постоянно находится в подгузниках, не может уснуть на протяжении последних 3-х дней. Неврологический статус представлен изменениями со стороны иннервации черепных нервов (мелко-размашистый горизонтальный нистагм вправо, сглаженность левой носогубной складки, девиация кончика языка вправо, речь с некоторыми элементами дизартрии больше за счет «губных» звуков), двусторонней пирамидной недостаточностью (правосторонний гемипарез до 4,0 баллов, анизорефлексия, патологические стопные знаки с двух сторон), координаторными нарушениями (адиадохокинез справа, ПНП – миопопадание слева), нарушением иннервации функций тазовых органов по типу недержания мочи и кала. Мышечный тонус в ногах не поддается оценке в силу специфики поведения пациента. Оказывает активное противодействие в момент сгибания ног в коленном, тазобедренном суставах. Тонус мышц верхних конечностей соответствует норме. Передвигается по палате без опоры. Походка «семяющая». Физиологические синкинезии отсутствуют.

Обращает на себя внимание психическое состояние пациента: выглядит малоопрятным (сальные волосы, неопрятен мочой). В сознании. Движения угловаты, амимичен. Длительное время находится неподвижным – сидя или лежа. Взгляд фиксирован, смотрит перед собой. Верно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Диалог непродуктивен. На вопросы отвечает односложно, верно, но после многократных повторений, спустя 1-2 мин. Иногда ответу предшествует беглый взгляд на собеседника. Не понимает смысла некоторых вопросов и команд. Голос тихий, монотонный, модуляции не выражены. Темп речи постоянно меняется от медленного, с растягиванием слогов, до убыстренного, когда больной «проглатывает» последние

слоги слов. Диалога не поддерживает. Отвечая, продолжает смотреть в прежнюю точку. Перед ответом на вопрос повторяет последнюю фразу, сказанную врачом, иногда несколько раз подряд (эхолалия). Фон настроения трудно дифференцируем. Эмоционально уплощен. Бредовых идей не высказывает. Галлюцинации отрицает. Пациент одновременно сопротивляется и соглашается с инструкциями во время осмотра (амбитендентность). Длительное время сохраняет неудобную позу, преданную ему во время осмотра, симптом «воздушной подушки» положительный (катаlepsия). Больным себя не считает. Сальность кожных покровов лица, угревая сыпь в области щек, лба, подбородка, гиперпигментация кожи голеней, тыла стоп.

В отделении был спокоен. На длительное время «застывал» в однообразной позе. По несколько часов подряд стоял так напротив стенгазеты. Ничем особенно не интересовался, ни с кем не общался. Не спал, в кровать ложился в одежде, не укрываясь одеялом, при включенном свете. Много времени проводил, закрываясь в ванной комнате, часами смотрел в мусорное ведро, в унитаз, подолгу мыл руки. Съедал всю приносимую пищу, но сам процесс принятия ее занимал несколько часов. Иногда часами смотрел в тарелку с пищей. Поедал, осуществляя медленные выверенные стереотипные движения. Со слов матери, дома вел себя схожим образом. Примечательно, что, находясь в процессе выполнения какой-либо деятельности (например, мытье рук), не реагировал на обращения окружающих людей до времени, пока не завершал начатое. Так, приступая к выполнению одной из команд врача (снять носок), больной, заметив на своих штанах маленькое белое перо, замер, рассматривая его (около 2 минут). Затем взял перо в руку, и продолжил рассматривать его в такой позиции (около 2 минут). После чего, аккуратно и медленно положил его на пол (более 30 секунд). Далее он снова принялся его рассматривать (более 1 минуты), после чего уже взял перо в руку, отнес в туалет и выбросил в урну (более 5 минут). Интересно, что с момента появления пера в поле зрения до момента его утилизации, пациент на оклики окружающих не реагировал. После чего, вернулся на прежнее место, сел и выполнил требуемую ранее команду. На обращения к нему начал реагировать.

Консультирующим психиатром был выставлен диагноз: Шизофреноподобная симптоматика (аутизм, кататония, обсессивно-компульсивное расстройство) на фоне рассеянного склероза. На-

значено: флюанксол 5 мг (по 2 таб. 3 раза в сутки, 30 мг/сутки), анафранил 25 мг (по 1 таб. утром, 1 таб. – днем, 2 таб. – вечером, 100 мг/сутки) с повторной консультацией через месяц.

Из анамнеза (собран со слов матери) известно следующее. Наследственность психопатологически неотягощена. Отец злоупотреблял алкоголем, когда пьянел – менялось поведение: становился агрессивным, рукоприкладствовал по отношению ко всем домочадцам. Беременность осложнена резус-конфликтом плода и матери. По решению врача проведена симуляция родового акта на 8-ом месяце беременности. Родился с явлениями гемолитической желтухи. Раннее развитие без особенностей. Воспитывался, в основном, одной матерью по типу гиперопеки, был единственным ребенком в семье.

Детское дошкольное учреждение посещал с 4 лет, также занимался в логопедической группе в связи с проблемами произношения шипящих звуков. С 8 лет пошел в школу с языковым уклоном. В учебе успевал. Активно общался со сверстниками, предпочитал подвижные игры уединенным занятиям. Окончил музыкальную школу, владел на разговорном уровне несколькими иностранными языками. В возрасте 16-17 лет стал хуже справляться с учебным планом, опаздывал на уроки. Дублировал обучение в 10 классе. В тот же период отмечались протестные реакции (рвал одежду матери). После школы сразу поступил в ВУЗ. В учебе успевал, ровно общался со сверстниками, имел отношения с девушками. В возрасте 21 года получил черепно-мозговую травму, у невролога не наблюдался, специализированного лечения не получал. Алкоголь употреблял умеренно, наркотики не употреблял.

В возрасте 22-23 лет на фоне психотравмы (смерти отца) изменилось поведение. Множество раз по несколько часов застывал в однообразных позах, беспричинно не являлся на назначенные встречи, к своему поведению пациент критики не имел, на все вопросы отвечал уклончиво, формально («не знаю», «не сейчас» и пр.). В течение года изолировался, перестал гулять, встречаться с друзьями, выходил из дома только по необходимости. Начались проблемы с учебой в университете, появились задолженности, которые в первое время погашал. По настоянию матери больной взял академический отпуск и обратился на консультацию к психиатру. Назначено лечение в дневном стационаре психоневрологического диспансера. Лечился на протяжении нескольких недель. Пациент ходил на процедуры самостоятельно. В один из таких походов упал на землю, был дезори-

ентирован, растерян, бригадой «скорой помощи» госпитализирован в психиатрический стационар. Здесь пребывал 2-3 недели, после чего был выписан с направлением на консультацию невролога в ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Кроме того, последовало снятие больного с учета в психиатрическом диспансере. Документов о пребывании и проведенном лечении в психиатрических учреждениях на руки не получали.

На амбулаторном этапе была выполнена МРТ головного мозга без контрастирования (декабрь 2009 г.). Выявлены МР-признаки многоочагового поражения (в толще семиовальных центров обеих гемисфер головного мозга, височных, затылочных долях, а также в супратенториальных отделах, субкортикально, перивентрикулярно, субэпендимоарно определялись очаги гиперинтенсивного на T2 ВИ и FLAIR ИП МР-сигнала размерами от 13 мм в диаметре и гипоинтенсивного сигнала на T1 ВИ) вследствие демиелинизирующего заболевания головного мозга, умеренно выраженная смешанная гидроцефалия заместительного генеза. В марте 2010 г. был госпитализирован в ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Повторно проведена МРТ головного мозга (в марте 2010 г.) и обнаружено появление очагов в мозолистом теле, левой половине Варолиева моста и субтенториальных очагов в правом полушарии мозжечка. Выполнено исследование крови и ликвора на вирусы (методом ПЦР) – отрицательно, на олигоклональные полосы (в ЦСЖ > 10 полос). По результатам обследования установлен диагноз: Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, обострение. Получал: реополиглокин, берлитион, комбилипен, ПК-Мерц, вит. «Е», на фоне проведенного лечения наблюдался регресс симптомов. Проходил обследование и лечение в ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с 2010 по 2011 гг.

В 2011 г. установлена II группа инвалидности.

С 2011 г. наблюдается в городском центре рассеянного склероза, получал копаксон п/к 20 мг, после назначения которого до весны 2012 г. ухудшений не было. Гиперпигментация на стопах – с 2010 г., проводилось дуплексное сканирование вен нижних конечностей – осмотренные вены проходимы. Ультразвуковых признаков флеботромбоза и тромбофлебита не выявлено.

В апреле 2012 г. появилось непроизвольное мочеиспускание, с мая 2012 г. возникла слабость в правой ноге, которая постепенно нарастала до настоящего времени, с начала июля 2012 г. присоединилась слабость в правой руке. В январе 2013 г. по рекомендации из центра РС – замена копаксона на генфаксон, который получает и по настоящий момент.

Во время госпитализации в феврале 2013 г. повторно выполнена МРТ головного мозга с контрастированием (по сравнению с данными МРТ от 2010 г. была отмечена отрицательная динамика): очаги гиперинтенсивного МР-сигнала на T2 ВИ и FLAIR ИП и изогипоинтенсивного на T1 ВИ в структуре мозолистого тела, в левой ножке мозга, в левой половине Варолиева моста, в продолговатом мозге. На МРТ грудного отдела позвоночника: в структуре спинного мозга на уровне Th5, Th11, Th12 выявляются очаги гиперинтенсивного МР-сигнала на T2ВИ и STIR ИП. Проведена пульс-терапия метипредом 1.0 г № 5, генфаксон получает по схеме, анафранил, флюанксол. На момент выписки отмечалось уменьшение неврологического дефицита в виде нарастания силы в правых конечностях до 4,5 баллов, нормализация функции тазовых органов.

Повторная консультация психиатра проведена через 1,5 мес. после выписки. Пациент в сознании. Ориентирован полностью. Контакт

затруднен из-за заторможенности мышления. Апатичен, аспонтанен, аутистичен. Отсутствует стремление к активной жизни. Снижена интеллектуальная функция. Бреда и галлюцинаций нет. Последним консультирующим психиатром диагноз был сформулирован как «Органическое расстройство личности. Апато-абулический синдром». Изменений в поведении пациента не замечено, хотя мать пациента отмечает, что у него нормализовался сон, появилась произвольная двигательная активность, стал более охотно вступать в беседу. Суточная дозировка анафранила и флюанксола увеличена до 50 и 10 мг соответственно, с последующим наблюдением.

Обсуждение. Описание похожих случаев сочетания рассеянного склероза и шизофреноподобного синдрома было достаточно распространено в первой половине XX века, что описано в работах ряда авторов (табл. 1) [2, 3, 5, 7, 8, 11, 16]. Исторически сложилось так, что кататонию в большей степени связывают с шизофренией.

Таблица 1

Обобщение главных исследований, иллюстрирующих психопатологические проявления при рассеянном склерозе

Авторы	Название	Выходные данные
Stevens JR	Schizophrenia and multiple sclerosis	Schizophrenia and multiple sclerosis. Schizophr. Bull. 1988; 14: 231-241
Möller A, Wiedemann G, Rohde U, Backmund H, Sonntag A	Correlates of cognitive impairment and depressive mood disorder in multiple sclerosis	Acta. Psychiatr. Scand. 1994; 89: 117-121
Sadovnick AD, Remick RA, Allen J, Swartz E, Yee IM, Eisen K, et al	Depression and multiple sclerosis	Neurology. 1996; 46: 628-632
Lyo IK, Seol HY, Byun HS, Renshaw PF	Unsuspected multiple sclerosis in patients with psychiatric disorders: a magnetic resonance imaging study	J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 1996; 8: 54-9
Diaz-Olavarrieta C, Cummings JL, Velazquez J, Garcia de la Cadena C	Neuropsychiatric manifestations of multiple sclerosis	J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 1999; 11: 51-57
Bakshi R, Czarnecki D, Shaikh ZA, Priore RL, Janardhan V, Kaliszky Z, et al	Brain MRI lesions and atrophy are related to depression in multiple sclerosis	Neuroreport. 2000; 11: 1153-1158
Asghar-Ali AA, Taber KH, Hurley RA, Hayman LA	Pure neuropsychiatric presentation of multiple sclerosis	Am. J. Psychiatry. 2004; 161: 226-231
Habek M, Brinar M, Brinar VV, Poser CM	Psychiatric manifestations of multiple sclerosis and acute disseminated encephalomyelitis	Clin. Neurol. Neurosurg. 2006; 108: 290-294

После первого описания кататонии Кальбаумом, Крепелин включил ее как тип dementia graecox (раннее слабоумие, прежнее название шизофрении), а когда Блейлер ввел концепцию шизофрении, он определил кататонию как один из подтипов шизофрении. Это предубеждение, даю-

щее шизофрении излишне много места в дискуссии о кататонии, продолжает отражаться в МКБ-10 (World Health Organization, 1992) и DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) [15].

Кататония может возникать при различных заболеваниях и состояниях (табл. 2) [4].

Причины кататонии

Метаболические расстройства	Диабетический кетоацидоз, гемоцистинурия, гиперкальциемия, острая перемежающаяся порфирия, наследственная копропорфирия
Токсические агенты и лекарства	А. Депрессанты центральной нервной системы: алкоголь, антиконвульсанты, дисульфирам, прекращение введения глутетимида, морфин, нейролептики Б. Стимуляторы центральной нервной системы: амфетамины/каннабис, мескалин, метилфенидат, фенилциклидин В. Другие лекарства и токсические агенты: аспирин, левадопа, фторированные углеводороды, каменноугольный газ, стероиды
Неврологические заболевания	А. Цереброваскулярные заболевания: субарахноидальное кровоизлияние, инфаркт головного мозга, кортикальный венозный тромбоз, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура Б. Опухоли головного мозга: различной локализации В. Дегенеративные состояния: деменция Крепелина, Паркинсонизм Г. Эпилепсия Д. Инфекции центральной нервной системы: ветряная оспа, летаргический энцефалит, герпетический энцефалит, эхинококкоз, малярия, поствакцинальная энцефалопатия, подострый склерозирующий панэнцефалит, сифилис, туберкулез, брюшной тиф Е. Травма: субдуральная гематома Ж. Другая патология: васкулит, атрофия лобной доли, гидроцефалия, рассеянный склероз, нарколепсия, туберозный склероз
Психические расстройства	Шизофрения, аффективные расстройства, диссоциативные расстройства

Более 20% кататонических синдромов относится к общемедицинской патологии, и более половины из них вторичны при неврологических заболеваниях. Происхождение кататонии и эмоциональных расстройств при РС не ясно. Кататония, депрессия и др. нейропсихические симптомы слабо связаны с выявляемыми очагами на МРТ. Эмоциональные симптомы при РС могут быть объяснены активными очагами в лобной и теменной долях, либо метаболическими изменениями в лимбической коре. С помощью ПЭТ не выявлено метаболического дефицита в субфронтальной области, либо в базальных ганглиях, которые могли бы объяснить кататонию.

Заключение. Психопатологические расстройства могут «скрывать» неврологические проявления рассеянного склероза в начале заболевания, что может привести к несвоевременной диагностике рассеянного склероза и более позднему началу лечения, что значительно ухудшает прогноз для данного пациента. Понимание причин, значения и закономерностей психопатологических проявлений в структуре клиники рассеянного склероза может улучшить оказываемой медицинской помощи при данном заболевании.

Литература

1. *Ahuja, N.* Organic catatonia: a review / N. Ahuja // *Indian Journal of Psychiatry.* – 2000. – № 42 (4). – P. 327-346.
2. *Asgar-Ali, A.A.* Pure neuropsychiatric presentation of multiple sclerosis / A.A. Asghar-Ali, K.H. Taber, R.A. Hurley, L.A. Hayman // *Am. J. Psychiatry.* – 2004. – № 161. – P. 226-231.
3. *Bakshi, R.* Brain MRI lesions and atrophy are related to depression in multiple sclerosis / R. Bakshi, D. Czarnecki, Z.A. Shaikh et al. // *Neuroreport.* – 2000. – № 11. – P. 1153-1158.
4. *Barnes, M.P.* The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum. / M.P. Barnes, M. Saunders, T.J. Walls et al. // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* – 1986. – № 49 (9). – P. 991-996.
5. *Diaz-Olavarrieta, C.* Neuropsychiatric manifestations of multiple sclerosis / C. Diaz-Olavarrieta, J.L. Cummings, J. Velazquez, C. Garcia de la Cadena // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 1999. – № 11. – P. 51-57.
6. *lo Fermo, S.* Outcome of psychiatric symptoms presenting at onset of multiple sclerosis: a retro-

spective study / S. lo Fermo, R. Barone, F. Patti et al. // Multiple Sclerosis. – 2010. – № 16. – P. 742.

7. *Habek, M.* Psychiatric manifestations of multiple sclerosis and acute disseminated encephalomyelitis / M. Habek, M. Brinar, V.V. Brinar, C.M. Poser // Clinical Neurology and Neurosurgery. – 2006. – № 108. – P. 290-294.

8. *Lyoo, I.K.* Unsuspected multiple sclerosis in patients with psychiatric disorders: a magnetic resonance imaging study / I.K. Lyoo, H.Y. Seol, H.S. Byun, P.F. Renshaw // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. – 1996. – № 8. – P. 54-59.

9. *Matthews, W.B.* Multiple sclerosis presenting with acute remitting psychiatric symptoms / W.B. Matthews // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 1979. – № 42. – P. 859-863.

10. *Mendez, M.F.* Multiple Sclerosis Presenting as Catatonia / M.F. Mendez // International Journal of Psychiatry in Medicine. – 1999. – № 29 (4). – P. 435-441.

11. *Möller, A.* Correlates of cognitive impairment and depressive mood disorder in multiple sclerosis / A. Möller, G. Wiedemann, U. Rohde et al. // Acta Psychiatr. Scand. – 1994. – № 89. – P. 117-121.

12. *Pine, D.S.* Patients with multiple sclerosis presenting to psychiatric hospitals / D.S. Pine, C.J. Douglas, E. Charles et al. // Journal of Clinical Psychiatry. – 1995. – № 56 (7). – P. 297-306.

13. *Rajagopal, S.* Catatonia / S. Rajagopal // Advances in Psychiatric Treatment. – 2007. – № 13. – P. 51-59.

14. *Sadovnick, A.D.* Depression and multiple sclerosis / A.D. Sadovnick, R.A. Remick, J. Allen et al. // Neurology. – 1996. – № 46. – P. 628-632.

15. *Shafti, S.S.* Early Psychiatric Manifestation in a Patient with Primary Progressive Multiple Sclerosis / S.S. Shafti, Z. Nicknam, P. Fallah, L. Zamani // Archives of Iranian Medicine. – 2009. – № 12 (6). – P. 595-598.

16. *Stevens, J.R.* Schizophrenia and multiple sclerosis / J.R. Stevens // Schizophr. Bull. – 1988. – № 14. – P. 231-241.

С.Н. Жулев
zhulvs@mail.ru

С.Н. Жулёв, А.А. Торопова, О.Н. Немыкин, М.В. Фоминцева, Ю.О. Гарышина, И.И. Кула, Л.М. Мирзаева. Клинический случай психических нарушений в дебюте рассеянного склероза // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 9. – № 3. – С. 114-120.

CLINICAL CASE OF MENTAL DISORDERS IN THE DEBUT
OF MULTIPLE SCLEROSIS

S.N. Zhulev¹, A.A. Toropova², O.N. Nemykin³, M.V. Fomintseva¹, Yu.O. Garyshina¹, I.I. Kula¹, L.M. Mirzaeva¹

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,

²Pain clinic "Medica",

³Drug rehabilitation center № 4

Abstract: In a course of multiple sclerosis neurologic deficit could be overshadowed by psychotic signs such as catatonia, depression and dementia. Thus, ignoring these clinical manifestations can prevent early diagnosis of multiple sclerosis. Subsequently, an appropriate treatment will be delayed. In our article we report a case of multiple sclerosis in patient presented initially with catatonia, depression and dementia. Psychiatric, neurological, MRI picture and treatment impact thoroughly throughout the whole observation period are described. This case illustrates that catatonia can be dominating feature in the clinical course of multiple sclerosis and can overshadow other neurologic signs.

Key words: multiple sclerosis, catatonia.

S.N. Zhulev
zhulvs@mail.ru

S.N. Zhulev, A.A. Toropova, O.N. Nemykin, M.V. Fomintseva, Yu.O. Garyshina, I.I. Kula, L.M. Mirzaeva. Clinical case of mental disorders in the debut of multiple sclerosis // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2017. – Т. 9. – № 3. – P. 114-120.