

ОСТРЫЕ ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ

Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И.И.
Мечникова

Кафедра психиатрии и наркологии
Профессор, доктор медицинских наук
Пашковский В.Э.

Признаки острого психоза



Дифференциальный диагноз

- Интоксикационные психозы
(алкогольные, амфетаминовые, кокаиновые, кетаминовые и пр.)
- Инфекционные психозы
- Психозы, связанные с соматической патологией

Экзогенные психозы



Течение экзогенного психоза



Кетаминовый психоз

- При внутримышечном введении 2—3 мл раствора действие его наступает через 15 мин и может продолжаться около 3 ч.
- Эйфория при внутримышечном введении кетамина характеризуется подъемом настроения, ощущением необычного блаженства.
- Ощущение особой легкости тела, полета, безграничности окружающего пространства.
- Наблюдаются деперсонализация и дереализация, расстройства схемы тела.
- Необычайно яркие зрительные галлюцинации фантастического содержания. Иногда галлюцинации носят устрашающий характер, но страха при этом наркотизировавшиеся не испытывают, скорее у них возникает интерес к тому, что они "видят".
- На высоте интоксикации состояние напоминает онейроидное. Наркотизировавшиеся дезориентированы, испытывают ощущение, что они "находятся в другом измерении", "общаются с Богом", "с дьяволом", переносятся в другие места, слышат какую-то особую "неземную" музыку и пр.
- При выходе из интоксикации может наблюдаться психомоторное возбуждение, которое сменяется слабостью, вялостью, сонливостью, крайне подавленным настроением с раздражительностью и выраженным влечением к повторению наркотизации.

Амфетаминовый психоз

- **Эйфория, при которой повышенный психический тонус может сочетаться с взбудораженностью, тревожностью, настороженностью, подозрительностью.**
- **Это состояние имеет сходство с гипоманиакальным или смешанным состоянием, наблюдающимся при шизоаффективных психозах.**
- **Психотические эпизоды могут сопровождаться особыми экстатическими состояниями с изменением течения времени и деперсонализацией. Больные чувствуют себя бесплотными, парящими существами. Продолжительность психозов от нескольких дней до 2—3 нед. Возобновление приема стимуляторов может привести к рецидивам психоза.**

Классификация острых эндогенных психозов (традиционная) по Т.Ф. Попадопулосу

- Типичный маниакально-депрессивный психоз
- Атипичный маниакально-депрессивный психоз
- Рекуррентная шизофрения
- Промежуточная приступообразная шизофрения
- Типичная приступообразно-прогредиентная шизофрения

Систематизация по МКБ-10

- F20x1 Шизофрения, эпизодический тип, нарастающий дефект
- F20x2 Шизофрения, эпизодический тип, стабильный дефект
- F20x3 Шизофрения, эпизодический, ремиттирующий, рекуррентный
- F23 Острые и преходящие психотические расстройства
- F25 Шизоаффективные расстройства
- F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами
- F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами
- F33.3 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

Нозологическая принадлежность

Все эндогенные психозы относятся либо к маниакально-депрессивному психозу, либо к шизофрении.

Острые атипичные психозы должны рассматриваться как особая группа эндогенных психозов

Атипичные психозы как смешанные в результате объединения разных конституциональных радикалов или как реакции при наличии особой готовности.

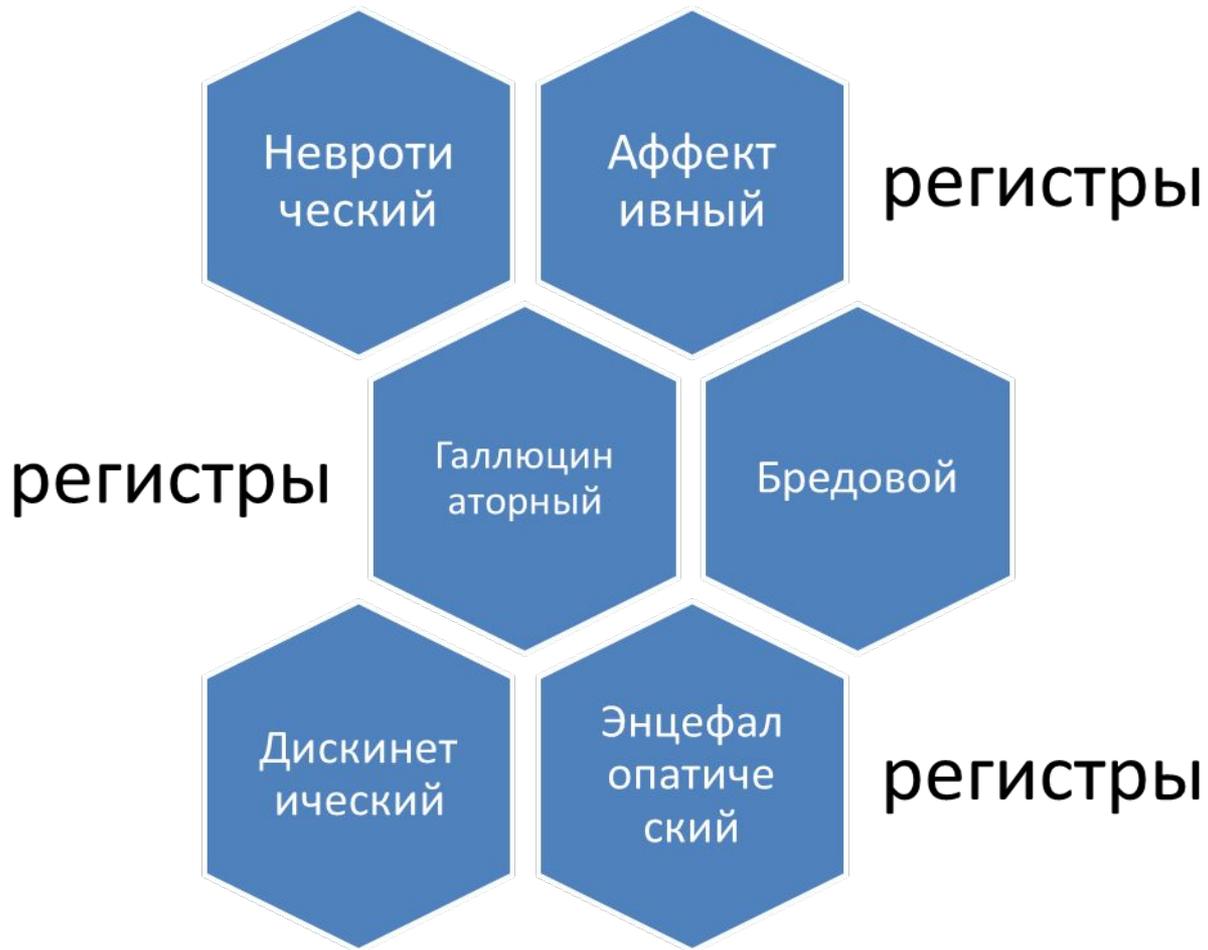
Концепция единого психоза

Единый психоз - единое психическое Единый психоз - единое психическое расстройство Единый психоз - единое психическое расстройство, течение которого характеризуется четырьмя следующими друг Единый психоз - единое психическое расстройство, течение которого характеризуется четырьмя следующими друг за другом стадиями: меланхолией, манией, безумием и деменцией. W. Griesinger различал наступающую вслед за манией стадию безумия, то есть аффективно-бредовых расстройств и сменяющую ее стадию сумасшествия, то есть

Концепция единого психоза



Концепция регистров синдромов Крепелина



Острые полиморфные психотические расстройства

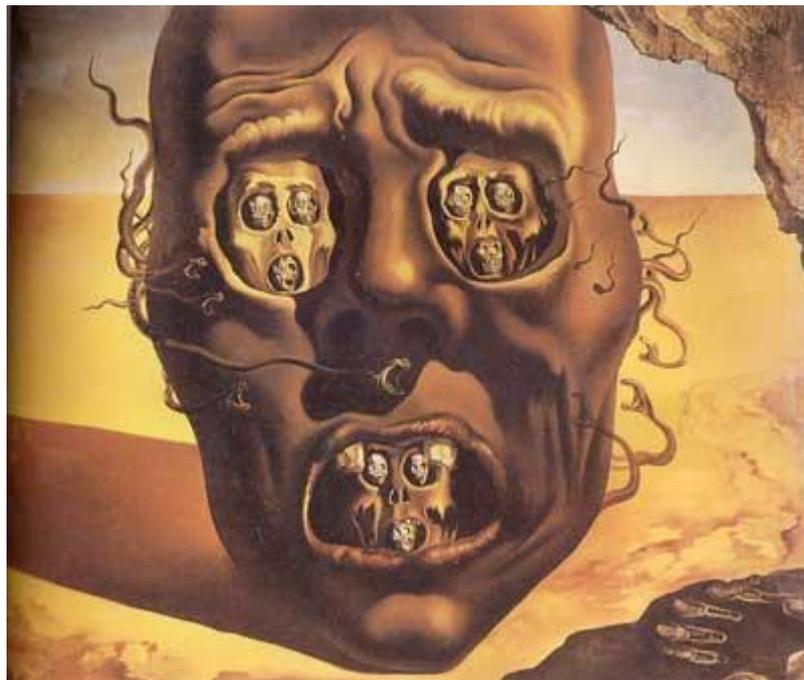
- **1. Острые фантастические психозы, описанные Dupre (1925). Речь идет об острых психозах, клиническая картина которых определяется остро возникшим фантастическим бредом, чаще типа бреда величия и реже—самообвинения с характером громадности.**
- **2. Острые интерпретативные психозы (описаны Serieux, Capgras, 1909) и позже обозначенные как “острые интерпретативные состояния” (Valence, 1926). Эти психозы представляют собой бредовые синдромы типа острого параноида со страхом и тревогой.**

Острые полиморфные психотические расстройства

- 3. Острые галлюцинаторные вспышки и острые галлюцинаторные психозы с преобладанием слуховых, вербальных галлюцинаций, псевдогаллюцинаций и идей воздействия (Еу, 1954);
- 4. Истинно-полиморфные формы (Еу, 1954), при которых не наступает систематизации бредовых идей.

Острый синдром Кандинского

- **Чувственность**
- **Отсутствие систематизации бредовых идей**
- **Достаточная выраженность всех видов автоматизмов**
- **Выраженный аффект страха и тревоги**
- **Растерянность**
- **Мигрирующие кататонические расстройства**



Острые полиморфные психотические расстройства

- Преобладание женщин
- Возникновение между 30-50г.г.
- Начало острое, чаще внезапное
- Редко возможен эмоциональный стресс как этиологический фактор
- Очень короткий психотический период
- Очень хороший ответ на антипсихотики
- Благоприятный исход
- Возможность рецидивов

Приступ периодической шизофрении по Т.Ф. Попадопулосу

- 1. Инициальный этап аффективных и общесоматических расстройств
- 2. Этап бредового аффекта (бессонница, страх, тревога, бредовые интерпретации).
- 3. Этап бредовой дереализации и деперсонализации (интерметаморфоза, бред особого значения, апофения)

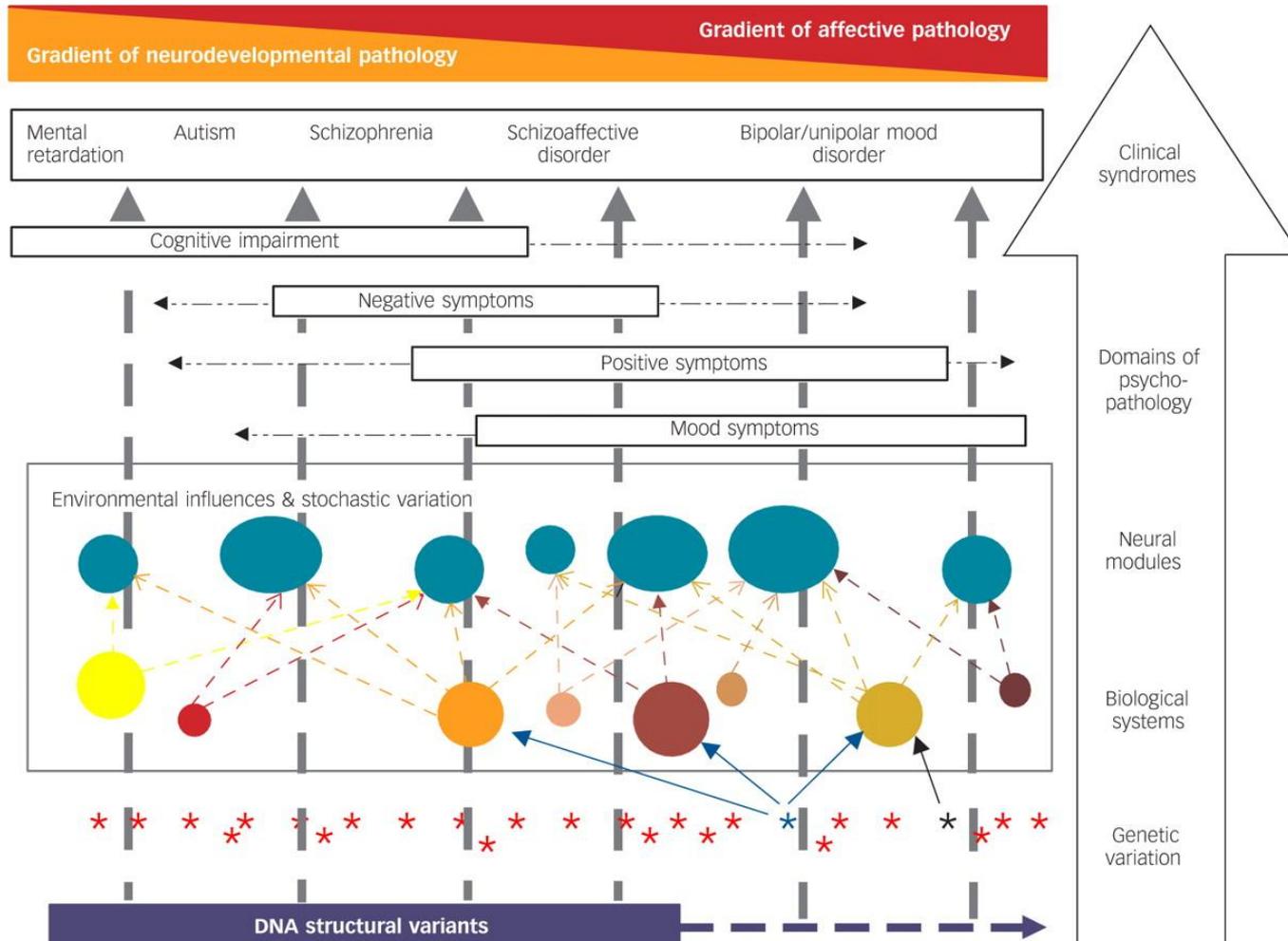
Приступ периодической шизофрении (окончание) по Т.Ф.Попадополусу

- 4. Этап фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации)- усиление деятельности воображения (воспоминания, мечты, фантазии), парафренизация симптомов, бред ожидания.
- 5. Этап иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации (сенсориализация симптомов, внутренние переживания переходят в сферу чувственности)
- 6. Этап сновидного онейроидного помрачения сознания (полный отрыв от реальности)
- 7. Этап аментивноподобного помрачения сознания (фрагментарность)

Шизоаффективное расстройство

- Психоз Психоз, характеризующийся либо большим депрессивным эпизодом, либо маниакальным эпизодом, возникающим одновременно с классическими симптомами шизофрении, такими как бред Психоз, характеризующийся либо большим депрессивным эпизодом, либо маниакальным эпизодом, возникающим одновременно с классическими симптомами шизофрении, такими как бред, галлюцинации Психоз, характеризующийся либо большим

СООТНОШЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ



Шизоаффективное расстройство

- Термин «шизоаффективный психоз» (ШАП), предложил в 1933 г. американский психиатр J. Kasanin, выделивший довольно гомогенную и небольшую группу больных.

Шизоаффективное расстройство (МКБ-10)

- Течение в форме приступа
- Сочетание аффективных и шизофренических симптомов в течение всех или нескольких дней приступа.
- Невозможность установления типичного аффективного или шизофренического расстройства.
- Для большинства пациентов характерно полное выздоровление
- В случае, если типичные эпизоды мании или депрессии перемежаются одним-двумя шизоаффективными приступами- диагноз ШР неправомерен.

ШАП в МКБ-10

- /F25/ Шизоаффективные расстройства
- /F25.0/ Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип
- /F25.1/ Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип
- /F25.2/ Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

Распространенность

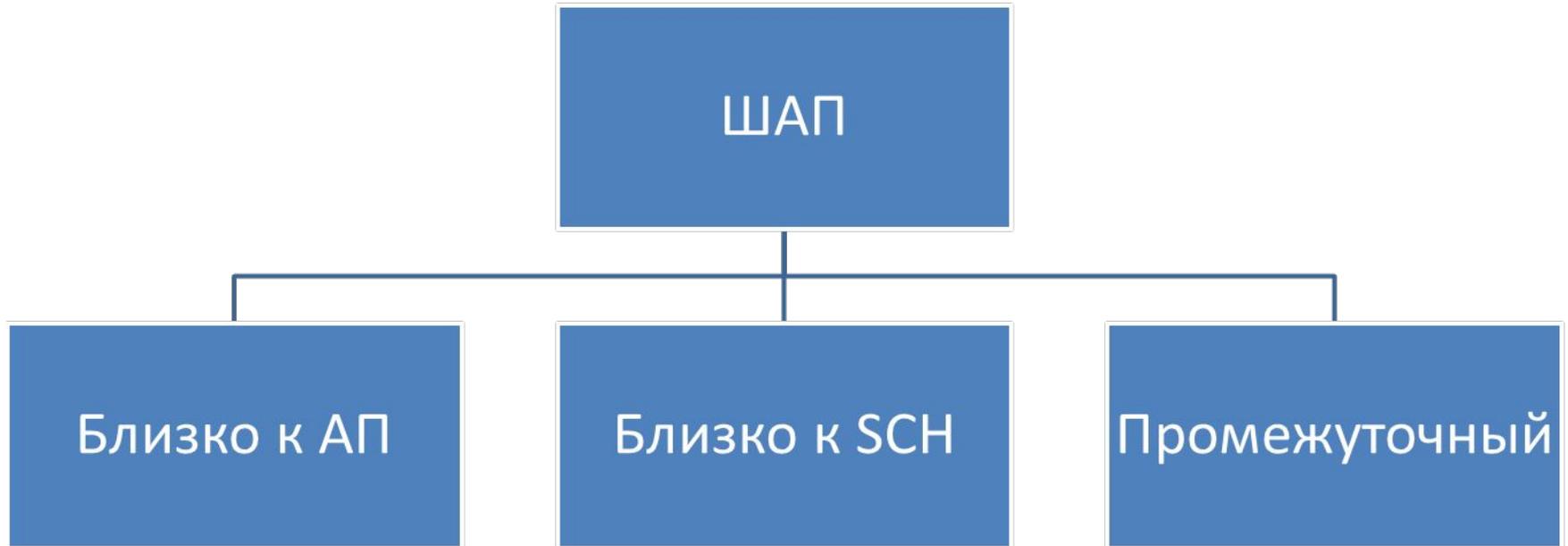
- Распространенность шизоаффективных психозов в связи с неопределенностью клинических критериев этой группы нельзя считать окончательно установленной.
- А. Марнерос (A. Marneros, 1989), ориентируясь на критерии DSM-III-R, определил распространенность по этой группе среди всех эндогенных заболеваний в 15-30%.
- В нашей стране Е. В. Паничева (1975, 1982) и Л. М. Шмаонова с соавт. (1985) установили, что распространенность шизоаффективного психоза составляет 1,13 или 0,85 (Л. М. Шмаонова) на 1000 человек при отождествлении шизоаффективных психозов с рекуррентными (периодическими) формами шизофрении

Этиология ШАП (Точилов В.А.)

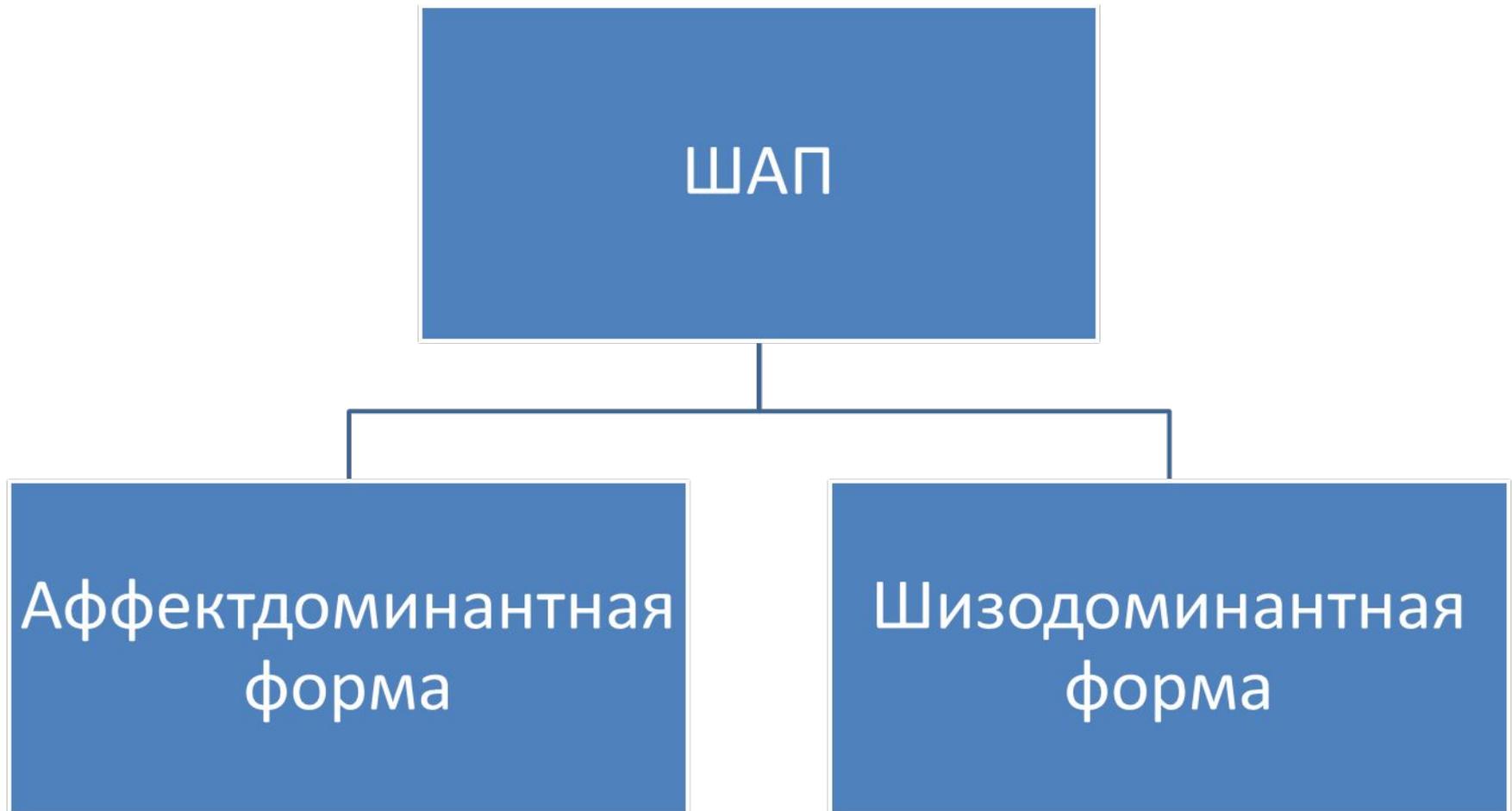
- При раннем начале психоза основную роль играли интеркуррентные и перенесенные в детстве заболевания, при манифестации ШАП в зрелом возрасте — инфекционно-аллергические болезни.
- Воздействие экзогенных и соматических факторов оставляет резидуальные органические изменения, которые можно обнаружить при инструментальном исследовании. Все эти вредности меняют реактивность организма, снижают его адаптационные способности.
- Они создают почву, на которой возникает психоз (чаще при воздействии дополнительного провоцирующего или преципитирующего фактора)

Классификация ШАП

[Tsuang M. T., 1979; Angst J., 1989]



Классификация [Angst J., 1989; Marneros A., 1989, 1990].



Шизоаффективный психоз манифестирующий в юношеском возрасте (В.Г.Каледа)

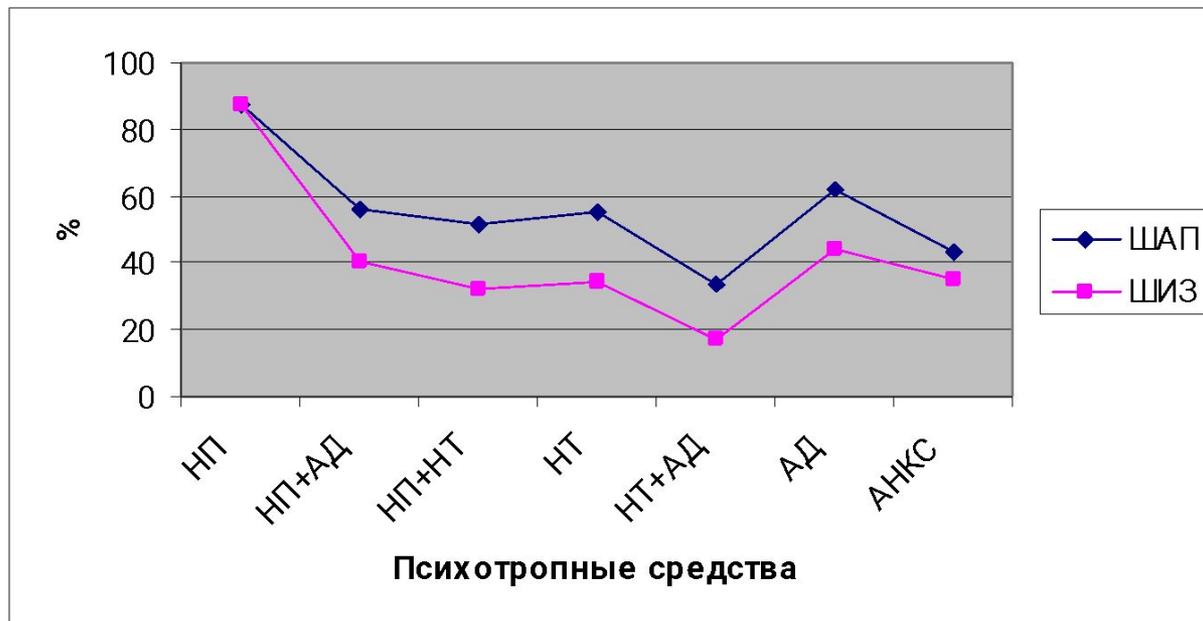
- Синдромальная незавершенность психопатологических образований; отсутствие устойчивой бредовой фабулы;
- Низкая степень выраженности систематизации идеаторных разработок;
- Широкая представленность бредоподобного фантазирования и галлюцинаций воображения;
- Высокая частота кататонических включений;
- Преобладание маниакального аффекта над депрессивным;
- Высокая скорость развития приступа;
- Частое формирование депрессивных расстройств на заключительном - аффективном этапе психоза;
- высокий суицидальный риск этих состояний;
- преобладание аутохтонных механизмов развития психоза над экзогенными.

Течение шизоаффективного психоза манифестирующего в юношеском возрасте (В.Г.Каледа)

- Доминирование тенденции к ограничению периода наиболее активного процесса приступообразования временными пределами юношеского возраста;**
- Преобладание регредиентного типа течения с переходом на аффективный уровень;**
- Наличие относительно частого т.н. одноприступного течения (около 15% всех случаев), редко описываемого при шизоаффективном психозе зрелого возраста.**

СТРАТЕГИИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОАФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ И ШИЗОФРЕНИИ

Нп – нейролептик, Ад – антидепрессант, нт- нормотимик, анкс- анксиолитик



Olfson M., 2009

Стратегия лечения приступа ШАП (купирующая терапия)

Инициальные проявления (бредовое настроение и бредовое восприятие)	<i>Рisperидон, аripипразол, оланзапин, кветиапин, zipрасидон</i>
Инициальные проявления с тревогой	<i>Оланзапин, кветиапин</i>
Развернутые острые психозы с растерянностью, бредовыми вспышками	<i>Клозапин, типичные нейролептики</i>

Поддерживающая и противорецидивная терапия

Ремиссии хорошего качества	<i>арипипразол, кветиапин, зипрасидон, амисульприд</i>
Астенический, апатический типы	<i>рисперидон, амисульприд</i>
Тимопатический и обсессивный типы	<i>арипипразол, амисульприд</i>
Параноидный тип	<i>клозапин, традиционные нейролептики</i>
Психопатоподобный	<i>клозапин, аripипразол, кветиапин, зипрасидон, амисульприд</i>
Ипохондрический	<i>клозапин, рисперидон</i>

Кататония.

Современные представления по Taylor и Fink (2003)

- Незлокачественный тип относится к классическим проявлениям, которые впервые описал Kahlbaum,
- делириозный тип включает делириозную манию,
- злокачественный тип — летальную кататонию, злокачественный нейролептический синдром и серотониновый синдром.



Этиология кататонии

Шизофрения

Депрессия

Мания

Экзогении (инфекционные, эпилепсия, расстройства метаболизма)

Наркотики: назначенные или рекреационные

Истерия (психогенная кататония)

Идиопатическая кататония

Патогенез кататонии

- Недостаточность в коре гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), (Northoff et al, 1997).
- Внезапная и массивная блокада дофамина. Этим можно объяснить, почему антипсихотические препараты, блокирующие дофамин, в основном не приносят пользы при кататонии. При остром дефиците дофамина эти средства на самом деле приводят к ухудшению состояния (Osman и Khurasani (1994) .
- Кататония обусловлена возобновлением повышенной активности холинергической и серотонинергической систем после отмены клозапина (Yeh et al, 2004).
- При хронической кататонии с явными нарушениями речи позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) выявила двусторонние нарушения метаболизма в таламусе и лобных долях (Lauer et al, 2001).
- Кататония – эволюционная реакция страха (Moskowitz (2004)

Симптомы кататонии (1)

Симптомы



- Аверсия (отвращение)
- Автоматическая подчиняемость
- Амбигенность

Симптомы



- Вербигерация
- Возбуждение
- Симптом воздушной подушки

Симптомы кататонии (2)

Симптомы



Восковая гибкость

Гримасничанье

Замкнутость

Симптомы



Каталепсия

Логорея

Манерность

Симптомы кататонии (3)

Симптомы



- Мутизм
- Мышечное противодействие
- Негативизм

Симптомы



- Неподвижность
- Персеверации
- Податливость

Симптомы кататонии (4)

Симптомы



Принятие вычурных поз

Ригидность

Стереотипии

Симптомы



Ступор

Хватательный рефлекс

Широко раскрытые глаза

Лечение кататонии

- Бензодиазепины являются препаратами выбора при кататонии. Пациенты, которые не реагируют или недостаточно реагируют на бензодиазепины, нуждаются в электросудорожной терапии (ЭСТ).
- В проспективном открытом исследовании (Ungvari et al, 1994a) 18 пациентов с кататонией проходили лечение либо лоразепамом перорально, либо диазепамом внутримышечно: у 16 наблюдалось существенное клиническое улучшение в течение 48 часов, причем у двоих наступила полная ремиссия после всего лишь одной дозы. Однако у девяти пациентов в последующем потребовалось проведение ЭСТ, чтобы достичь дальнейшего улучшения.
- Rosebush и коллеги (1990) сообщили еще о более выраженной и быстрой терапевтической реакции на лоразепам — у 12 из 15 пациентов с кататонией полностью исчезли симптомы в течение двух часов.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) – сравнительно редкое, но потенциально опасное для жизни неотложное состояние, связанное с приемом психотропных препаратов.
- Наиболее часто ЗНС развивается при назначении нейролептиков с выраженным общим и избирательным антипсихотическим действием и высокой экстрапирамидной активностью - галоперидола, трифтазина, тиопроперазина.
- Вместе с тем отмечена возможность развития ЗНС и при лечении нейролептиками, не вызывающими выраженных экстрапирамидных побочных эффектов, такими как тиоридазин, клозапин, рисперидон.
- Патогенез ЗНС выяснен не полностью. Рассматриваются две гипотезы: 1) нарушения обмена допамина в центральной нервной системе и 2) периферический эффект нейролептиков – воздействие их на скелетные мышцы.

КЛИНИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность, угнетение сознания и вегетативная лабильность.
- Выраженность мышечной ригидности — от гипертонуса мышц до симптома «свинцовой трубы», когда наблюдается крайняя резистентность к пассивным движениям.
- К другим экстрапирамидным расстройствам относятся: бради- и акинезия, симптом «зубчатого колеса», миоклонус, тремор, хорей, опистотонус, дизартрия, афония, дисфагия, акатизия, дистония (тризм, блефароспазм, окулогирный криз), эпилептиформные припадки, гиперрефлексия, клонус стоп, нистагм и дискоординация.
- При тяжелом течении ЗНС нарастают вегетативные сдвиги: тахикардия достигает 120-140 ударов в 1 мин, одышка - до 30 дыханий в 1 мин.
- Развиваются водно-электролитные нарушения, усиливаются гемодинамические расстройства. Психические сдвиги при ЗНС развиваются от тревоги, спутанности, возбуждения или делирия до онейроидного и аментивного помрачения сознания, тяжёлой кататонии, акинетического мутизма, ступора и комы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО
НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

фебрильная шизофрения
кататоническая шизофрения
серотониновый синдром;
бактериальный или
вирусный менингит;
сепсис.

Купирование ЗНС

- Лечение ЗНС начинают с немедленной отмены нейролептиков и назначения интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на коррекцию основных параметров гомеостаза: водно-электролитного баланса, гемодинамики, кислотно-щелочного состояния, белкового состава, коагуляционных и реологических свойств крови.
- Лечение проводят по принципам интенсивной терапии с круглосуточными капельными инфузиями в центральную или периферическую вену.
- Инфузионную терапию начинают с применения плазмозаменяющих растворов - сухой и свежезамороженной плазмы, альбумина, а также растворов полиглюкина и реополиглюкина.
- Наряду с этими препаратами вводят гемодез, солевые растворы, 5% раствор глюкозы, хлорида калия. Чаще всего применяют 5% или 10% глюкозо-инсулино-калиевую смесь, обладающую наиболее высокими способностями для утилизации глюкозы и калия.

Купирование ЗНС (2)

- Назначают также ноотропы, витамины группы В и С, для купирования возбуждения используют реланиум, оксибутират натрия, гексенал.
- Агонист D₂-дофаминовых рецепторов бромокриптин назначают внутрь через назогастральные зонды в дозе от 7,5 до 60 мг в сутки.
- Другим препаратом, рекомендуемым для лечения ЗНС, является мышечный релаксант блокатор кальциевых каналов саркоплазматического ретикулума поперечно-полосатой мышечной ткани - дантролен. Рекомендуемая доза препарата составляет от 1 до 2 мг на 1 кг массы тела больного.
- Эффективность ЭСТ при ЗНС связывают с воздействием на диэнцефальную область с последующей мобилизацией катехоламинов норадреналина и дофамина в ЦНС.
- При условии ранней диагностики и своевременной отмены нейролептиков некоторые авторы указывают на возможность критической редукции проявлений ЗНС в ближайшие 1-2 дня с момента начала ЭСТ.

**СПАСИБО ЗА ВАШЕ ВНИМАНИЕ
И ТЕРПЕНИЕ**

