

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
Научный центр психического здоровья

Румянцева Е.Б.

Сизов С.В.

Олейчик И.В.

**ЗАТЯЖНЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНДОГЕННЫЕ МАНИАКАЛЬНЫЕ И
МАНИАКАЛЬНО-БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ
(КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ТИПОЛОГИЯ И
ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ)**

Учебно – методическое пособие

Москва, 2025

Румянцева Е.Б., Сизов С.В., Олейчик И.В.

**ЗАТЯЖНЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНДОГЕННЫЕ МАНИАКАЛЬНЫЕ
И МАНИАКАЛЬНО-БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ
(КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ТИПОЛОГИЯ
И ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ)**

Учебно – методическое пособие

Москва

ФГБНУ НЦПЗ

2025

УДК 616.89-02

ББК 56.14-3

А К17

Затяжные и хронические эндогенные маниакальные и маниакально-бредовые состояния (клинико-психопатологические аспекты, типология и вопросы лечения) / Е.Б.Румянцева, С.В. Сизов, И.В. Олейчик: Учебно-методическое пособие. – М.:ФГБНУ НЦПЗ, 2025, 29 с.

Е.Б. Румянцева – младший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ, кандидат медицинских наук

С.В. Сизов – старший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ, кандидат медицинских наук

И.В. Олейчик – заведующий отделом по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ, доктор медицинских наук

Рецензенты:

1.Заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, д.м.н., доцент А.А. Шмилович

2.Заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н. Г.М. Усов

Аннотация:

Учебное пособие подготовлено в соответствии с основными профессиональными образовательными программами высшего образования: программой подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «Психиатрия и наркология» и программой подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по научной специальности «Психиатрия и наркология», реализуемыми в ФГБНУ НЦПЗ в соответствующих дисциплинах. Описана типология затяжных и хронических эндогенных маниакальных и маниакально-бредовых состояний (ЗЭМБС), основанная на клинико-динамических характеристиках данных состояний, прогностическое значение выделенных типов ЗЭМБС и их нозологический спектр. Представлены алгоритмы дифференцированного подхода к терапии ЗЭМБС на различных этапах течения эндогенных психических заболеваний, включая методы психофармакотерапии, психотерапии и социальной реабилитации. Пособие предназначено для обучающихся ординаторов и аспирантов, также оно будет полезно для врачей-психиатров, работающих в данной области.

Учебно – методическое пособие утверждено Учебным советом ФГБНУ НЦПЗ (протокол №8 от 13 апреля 2025).

ISBN 978-5-6051423-6-2



9 785605 142362 >

©ФГБНУ НЦПЗ

©Румянцева Е.Б., Сизов С.В., Олейчик И.В.

Оглавление:

Список сокращений:	3
Введение.....	4
Современное состояние проблемы	5
Характеристика затяжных и хронических маниакальных и маниакально-бредовых состояний.....	6
Особенности терапевтической тактики у больных с ЗЭМБС, развивающихся в рамках приступообразных эндогенных заболеваний.....	11
Особенности терапии пациентов с ЗЭМБС, развивающихся в рамках биполярного аффективного расстройства.....	12
Особенности терапии пациентов с ЗЭМБС, развивающихся в рамках шизоаффективного психоза.....	16
Особенности терапии пациентов с ЗЭМБС, развивающихся в рамках шизоаффективного варианта приступообразно-прогредиентной шизофрении.....	19
Суммарный анализ эффективности проведенной психофармакотерапии.....	23
Психосоциальная реабилитация и психообразование.....	24
Заключение.....	26
Вопросы для самоконтроля:	26
Список литературы	27

Список сокращений:

ЗЭМБС – затяжные и хронические эндогенные маниакальные и маниакально-бредовые состояния

DSM-5 – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра

ППШ – приступообразно-прогредиентная шизофрения

ШАП – шизоаффективный психоз

БАР – биполярное аффективное расстройство

YMRS – Young Mania Rating Scale

PANSS – The Positive and Negative Syndrome Scale

НЦПЗ – Научный центр психического здоровья

ЭКГ – электрокардиограмма

ЭСТ – электросудорожная терапия

ААП – атипичный антипсихотический препарат

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее учебно-методическое пособие посвящено описанию различных типов затяжных и хронических маниакальных и маниакально-бредовых состояний (далее ЗЭМБС). Умение врачей-психиатров распознавать типологические варианты ЗЭМБС будет способствовать применению адекватных методов терапии таких расстройств, а также имеет важное значение в плане оценки прогноза и нозологической природы данных состояний. Понимание клинико-динамических особенностей ЗЭМБС способствует предотвращению рецидивов болезни, сокращению продолжительности пребывания пациентов с подобными расстройствами в стационаре, уменьшению нагрузки на профильные стационары, а также улучшению качества жизни больных данной когорты с сохранением полноценного социально-трудового функционирования. Настоящее учебное пособие служит формированию знаний практических врачей об особенностях ЗЭМБС, принципах терапии таких состояний, что, в значительной степени, повышает степень комплаентности пациентов с пониманием последними необходимости тщательного выполнения всех предписанных рекомендаций. В настоящем учебном пособии подробно описаны методы терапии, которые комплексно воздействуют на все звенья патогенеза ЗЭМБС, что обуславливает улучшение результатов купирующей терапии, направленной, прежде всего, на редукцию психопатологической симптоматики, а также повышает эффективность стабилизирующего и противорецидивного этапов лечения. Использование комплексного подхода к лечению ЗЭМБС позволяет предотвратить повторные эпизоды болезни, повысить качество ремиссий и, как следствие, обеспечить снижение степени прогрессивности заболеваний, в структуре которых развиваются подобные состояния. Изучение материалов настоящего учебного пособия позволит врачам обеспечить пациентам с данными расстройствами персонализированный медицинский подход, который будет учитывать индивидуальные особенности каждого больного и способствовать повышению эффективности терапии в целом, сокращению сроков лечения, уменьшению периодов нетрудоспособности и, соответственно, улучшению социально-трудовой адаптации.

Цель учебного пособия – формирование знаний врачей-психиатров о клинической типологии ЗЭМБС, развивающихся в структуре различных эндогенных психических заболеваний, а также ее значении по определению прогноза дальнейшего течения болезни и осуществлению

дифференцированных терапевтических подходов в отношении данных состояний.

Современное состояние проблемы

Изучение клинических и психопатологических особенностей затяжных и хронических маниакальных и маниакально-бредовых состояний (далее ЗЭМБС), в настоящее время является одной из актуальных задач клинической психиатрии. Необходимость исследования длительно текущих маний определяется, прежде всего, высокой частотой их встречаемости среди эндогенных маниакальных состояний в целом, а также потребностью в решении целого ряда насущных вопросов: адекватной нозологической оценки данных состояний, определения клинических и патогенетических аспектов их прогноза и нейробиологических маркеров, а также выработки на основе клинического опыта дифференцированных терапевтических стратегий и адекватных социально-реабилитационных мероприятий. Подобные состояния описывались в психиатрической литературе в течение длительного времени, начиная с работ 19-го века [Pinel P., 1802; Esquirol J., 1838; Ballet G., 1903, 1909; Wertham F., 1929; Звягельский М.А., 1988; Морозова М.А., 1989; Van Riel W.G. et al, 2008; Malhi G.S. et al, 2001; Куценко Н.И., Майер С.А., 2011; Янушко М.Г., 2015; Grover S., 2012]. Данные расстройства зачастую приводят к выраженной социально-трудовой дезадаптации пациентов [Goodwin F., Jamison K., 1990; Van Riel W.G. et al, 2008]. Распространенность длительно текущих маниакальных состояний по данным исследований, проведенных в последние десятилетия, составляет от 6% до 15% среди больных, страдающих эндогенными маниями [Perugi G., Akiskal H.S., et al., 1998; Malhi G.S., Mitchell P.B., Parker G.B., 2001; Van Riel W.G. et al., 2008].

В исследованиях конца 19-го и начала 20-го века подчеркивалось отличие клинической картины этих состояний от обычной мании, проявлявшееся в выраженной утрате этических норм поведения, снижении глубины критической оценки окружающего и уровня суждений и утверждалось, что хроническая мания представляет собой особую форму деменции [Griesinger W., 1865; Scott S., 1904; Ballet G., 1903, 1909; Kraepelin E., 1913; Wertham F., 1929]. Недостатком большинства современных зарубежных исследований является ориентация авторов лишь на формальные временные критерии (затяжные маниакальные состояния должны длиться не менее 1 года, в то время как хронические – от 2-х лет и более), а также на количественные

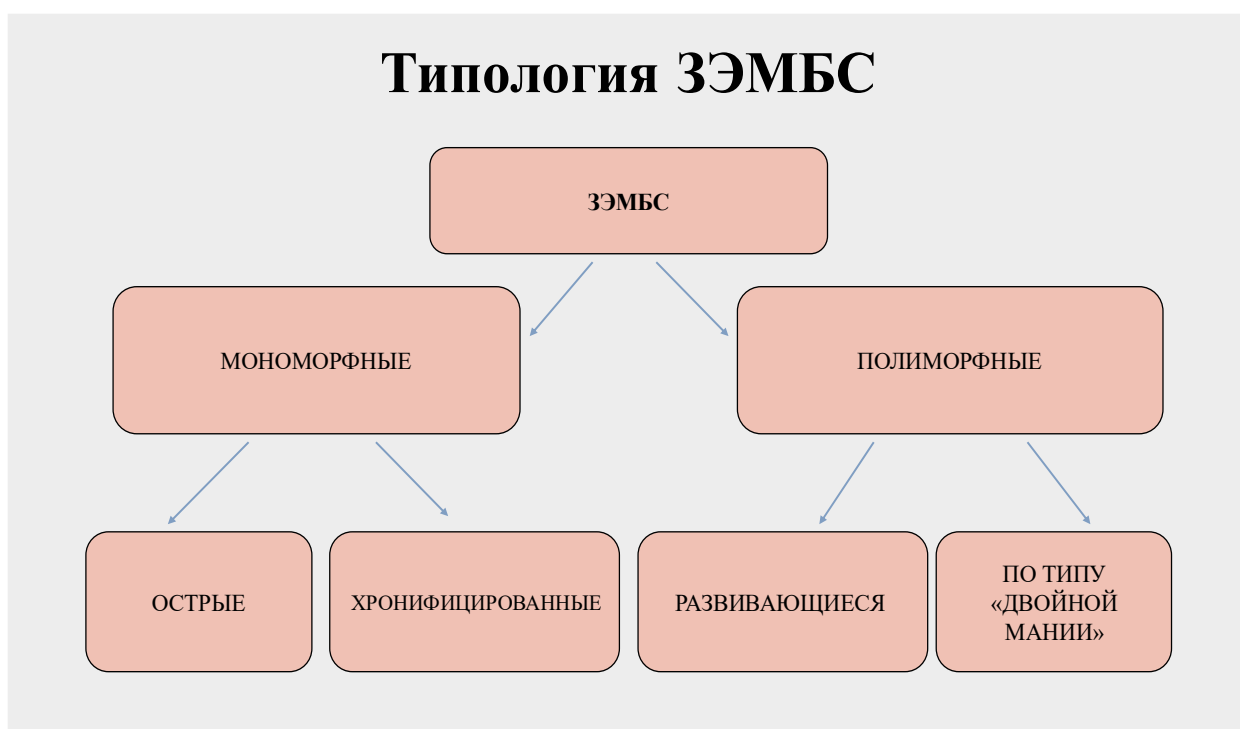
показатели психометрических шкал [Perugi G., Akiskal H., Rossi L., 1986; Goodwin F., Jamison K., 1990; Van Riel W.G., 2008]. В крайне немногочисленных современных исследованиях, авторы которых пытались выявить клинические особенности ЗЭМБС, было установлено, что при хронической мании, по сравнению с острой манией, значительно чаще имеют место «постоянная эйфория», бредовые идеи величия и, соответствующие им по фабуле, галлюцинации, при существенно меньшей выраженности расстройств сна, аппетита, психомоторного возбуждения, а также расторможенности влечений [Perugi G., et al., 1998; Singh G.P., et al., 2011]. Остается не вполне ясным вопрос о нозологической квалификации ЗЭМБС. Если в середине прошлого столетия подобные многолетние маниакальные состояния, рассматривались рядом исследователей (Mollweide H., 1948; Burger-Prinz H., 1950; Ey H., 1954) как проявления шизофренического процесса, то в настоящее время они рассматриваются исключительно в рамках БАП [Grover S., 2012; Muneer A., 2014].

Таким образом, остаются недостаточно изученными психопатологические и клинико-патогенетические особенности ЗЭМБС, их клинико-динамические характеристики, а также нозологический спектр. Существует необходимость поиска адекватных стратегий психофармакотерапии и социореабилитационных мероприятий с целью повышения эффективности лечения данных состояний.

Характеристика затяжных и хронических маниакальных и маниакально-бредовых состояний

Анализ клинического материала ЗЭМБС показал, что статичного психопатологического подхода для оценки ЗЭМБС явно недостаточно из-за их значительной длительности и поэтому необходимо учитывать также динамику подобных состояний на всем их протяжении. Придерживаясь подобного подхода, нами была разработана клинико-динамическая типология затяжных и хронических эндогенных маниакальных и маниакально-бредовых состояний в соответствии с которой были выделены 2 группы: «мономорфные» ЗЭМБС и «полиморфные» ЗЭМБС. «Мономорфные» ЗЭМБС характеризовались одной и той же неизменной на всем своем протяжении клинической картиной, а «полиморфные» отличались изменчивостью последней. «Мономорфные» ЗЭМБС, в свою очередь, были неоднородны и подразделялись на состояния с

сохраняющейся остротой и яркостью симптоматики («острый» подтип) и мании с атипичной структурой, а также тусклостью и монотонностью симптоматики («хронифицированный» подтип). «Полиморфные» же ЗЭМБС подразделялись на состояния с непрерывным усложнением или последовательным упрощением их психопатологической структуры на всем протяжении приступа/фазы и сохранением остроты симптоматики («развивающийся» подтип) и мании с периодическим возникновением на фоне монотонной клинической картины эпизодов усложнения и усиления интенсивности симптоматики с чертами аффективной яркости и остроты (подтип «двойной мании»).



Клиническая картина «Острого» подтипа отличается яркостью проявлений, выраженностью собственно аффективной (маниакальной) составляющей. Следует отметить, что пациентки с данным подтипом ЗЭМБС практически неотличимы по особенностям симптоматики от классических случаев острой мании без затяжного/хронического течения. Преимущественно подобные состояния квалифицируются как простые или веселые мании, реже встречаются спутанные, гневливые и психопатоподобные. Характерна относительная гармоничность триады с одинаковой представленностью всех ее компонентов. У подавляющего большинства больных наблюдаются выраженные соматические признаки мании. По механизму бредообразования преобладают чувственные формы: бред восприятия и бред воображения; тенденции же к формированию бредовых интерпретаций не прослеживаются.

«Острый» подтип является наименее длительным состоянием среди изученных типов ЗЭМБС, при катамнестическом наблюдении во всех случаях наблюдалось завершение данного расстройства в виде выхода в ремиссию/интермиссию либо инверсии фазы.

«Хронифицированный» подтип ЗЭМБС отличается атипичностью психопатологической структуры, а также однообразием и малой аффективной насыщенностью симптоматики. Клиническая картина в этой группе пациенток характеризуется дисгармоничностью триады с незначительной выраженностью двигательного возбуждения на фоне отчетливой идеаторной ускоренности и монотонно-приподнятого настроения с оттенком эйфории и самодовольства, а также частым возникновением эпизодов гневливости, сопровождающихся психопатоподобным поведением и, в ряде случаев, дурашливостью. При «хронифицированных» ЗЭМБС доминируют психопатоподобный и гневливый типы мании, реже наблюдаются дурашливый и веселый. У большинства больных отмечается отчетливое усиление влечений, нарушение аппетита, при незначительной выраженности иных соматических проявлений мании. В целом, сочетание «пустой» эйфории, неопрятности, суевости, сексуальной расторможенности, непоследовательности мышления, гневливости и нелепых высказываний (бредовая симптоматика будет описана ниже) создает своеобразный «портрет» пациентов данного подтипа, напоминающий проявления отчетливого личностного регресса и, частично, деменции. Практически у всех больных выявляется бредовая симптоматика; по механизму бредообразования преобладает бред воображения и малосистематизированный интерпретативный бред, бред восприятия практически не встречается. При этом, бредовые расстройства мало влияют на поведение больных, не отражаясь в спонтанных высказываниях и выявляются лишь при целенаправленном расспросе. Данный подтип являлся наиболее длительным состоянием среди всех подтипов ЗЭМБС. Следует отметить, что в большинстве случаев катамнестического исследования, у пациенток этого подтипа выхода в ремиссию либо инверсии фазы не наблюдалось. Данная подгруппа является наиболее характерной, «ядерной» в ряду ЗЭМБС и, в полной мере, соответствует описаниям хронических маний, имевшихся в публикациях XIX-XX-го веков.

Клиническая картина «Развивающегося» подтипа так же, как и у больных «острого» подтипа ЗЭМБС отличается яркостью проявлений и значительной выраженностью собственно аффективной составляющей. У всех

больных имеет место бредовая симптоматика. В одних случаях она возникает с самого начала приступа/фазы и в дальнейшем редуцируется, а состояние переходит в небредовую манию; в других вариантах, ЗЭМБС на всем своем протяжении усложняется, начинаясь с небредовой мании, которая в дальнейшем трансформируется в бредовую. Преимущественно данные состояния характеризуются на высоте своего развития как веселые или спутанные мании, реже – как гневливые и психопатоподобные. Характерна относительная гармоничность триады с равномерной представленностью ее компонентов, у всех больных отмечаются отчетливые соматические признаки мании. По механизму бредообразования преобладают чувственные формы: бред восприятия и бред воображения, малосистематизированные бредовые интерпретации встречаются реже. Средняя длительность ЗЭМБС в данной подгруппе, была близка к таковой при «остром» подтипе. Следует отметить, что в большинстве случаев катamnестического исследования у больных этой группы происходил выход в ремиссию либо инверсия фазы.

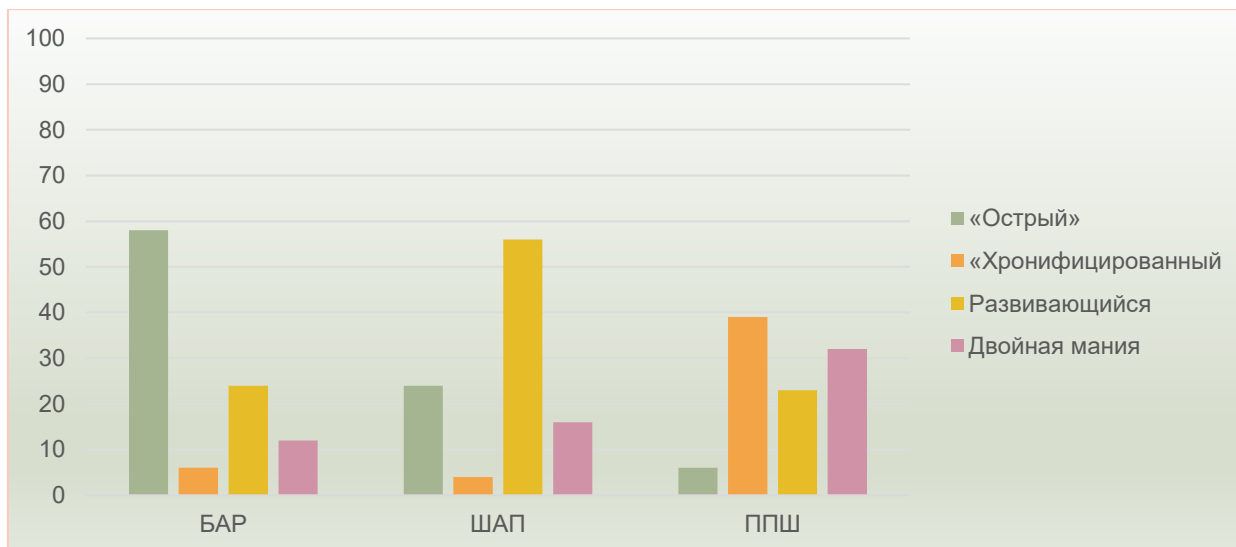
К подтипу «*двойной мании*», по аналогии с широко известной «двойной депрессией» [Keller M.B., Shapiro R.W. (1982)], относят ЗЭМБС, характеризующиеся на большем своем протяжении клинической картиной, близкой к «хронифицированному» подтипу с характерной диссоциацией триады, а также однообразием и слабой аффективной насыщенностью симптоматики. В то же время, в отличие от «хронифицированного» подтипа, на фоне описанной выше клинической картины, у пациентов с различной частотой периодически могут развиваться эпизоды усиления интенсивности/усложнения симптоматики с формированием острой мании или острого маниакально-бредового состояния. Сама клиническая картина данной подгруппы требует отдельной характеристики «сквозной» мании с чертами хронификации и «приступообразных» острых эпизодов. Клиническая картина «сквозной» мании характеризуется слабой выраженностью или отсутствием двигательного возбуждения на фоне идеаторной ускоренности, непоследовательности мышления и приподнятого настроения с чертами эйфории, сменяющейся гневливостью. Доминируют гневливый, психопатоподобный и веселый типологические варианты маниакальных состояний. Для большинства больных характерна незначительная представленность соматических симптомов мании, за исключением выраженного усиления влечений. Как и при «хронифицированном» подтипе, сочетание угрюмой раздражительности, сменяемой эйфорией; неряшливости, ограниченного круга интересов, суевливости, гиперсексуальности, нелепости

высказываний напоминает проявления личностного регресса в рамках деменции. В данной группе больных в рамках «сквозного» течения, в отличие от «хронифицированного» подтипа, бредовая симптоматика встречается сравнительно редко. По механизму бредообразования, преобладает бред воображения и малосистематизированный («инкапсулированный») интерпретативный бред, которые незначительно влияют на поведение больных. Средняя длительность «сквозных» расстройств при данном подтипе ЗЭМБС, приближалась к показателям «хронифицированных» ЗЭМБС. Примерно в половине случаев катamnестического исследования выход в ремиссию или инверсия фазы так и не происходили. Клиническая картина «приступообразных» острых эпизодов в структуре подтипа «двойной мании» близка к «острому» подтипу мономорфных ЗЭМБС и отличается выраженностью аффективной составляющей. Преимущественно данные состояния характеризуются как простые или веселые мании, реже встречаются гневливые, спутанные и психопатоподобные. Характерна относительная гармоничность триады, а также выраженность всех основных соматических признаков мании. У большинства больных присутствует бредовая симптоматика. По механизму бредообразования превалирует бред восприятия, реже встречается бред воображения. Тенденции же к формированию бредовых интерпретаций не наблюдается. Средняя длительность острых эпизодов в структуре подтипа «двойной мании» ЗЭМБС составляла от 2 до 6 месяцев.

В процессе исследования нами была выявлена взаимосвязь выделенных типологических вариантов ЗЭМБС с различными нозологическими формами эндогенных приступообразных психозов: шизоаффективным психозом (ШАП), шизоаффективным вариантом приступообразно-прогредиентной шизофрении (ППШ) и биполярным аффективным расстройством (БАР).

При БАР и ШАП преобладали «острый» и «развивающийся» подтипы ЗЭМБС, при ППШ – «хронифицированный» и подтип «двойной мании» (см. диаграмму).

Соотношение подтипов ЗЭМБС при различных нозологических формах



Эндогенные приступообразные психозы, протекающие с картиной ЗЭМБС характеризуются следующими параметрами:

При БАР заболевание протекало преимущественно по типу «клише», при ШАП – как по типу «клише», так и регрессиентно, при ППШ – доминировало прогрессиентное течение, значительно реже наблюдалась динамика по типу «клише».

Уровень социальной адаптации по шкале GAF был наиболее низким при ППШ, наилучшим – в группе БАР, промежуточное положение занимали показатели при ШАП.

Таким образом, выделенные типы ЗЭМБС имеют прогностическое значение: «острый» и «развивающийся» характеризуются относительно благоприятным прогнозом, а «хронифицированный» и подтип «двойной мании» - относительно неблагоприятным.

Особенности терапевтической тактики у больных с ЗЭМБС, развивающихся в рамках приступообразных эндогенных заболеваний

Выявленная патогенетическая и психопатологическая неоднородность ЗЭМБС, обуславливала необходимость разработки дифференцированных подходов к лечению данных больных. Терапевтическая тактика, прежде всего, определялась нозологической принадлежностью ЗЭМБС, а также их типологическим вариантом, при этом учитывалась выраженность маниакального аффекта и его особенности, а также механизмы

бредообразования в случае наличия бредовых расстройств [Сизов С.В., 2020]. Все эти параметры определяли стратегию лечения данной когорты пациентов. Подобные подходы легли в основу методологии выбора лекарственных средств, подбора их дозировок и определения, при необходимости, способов преодоления резистентности в случае ее возникновения [Краснов В.Н., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. и др., 2006; Шмуклер А.Б., 2022; Петрова Н.Н., 2022; Vieta E. et al, 2008].

Были установлены различия как в эффективности применявшихся методик лечения, так и в последовательности/полноте редукции симптоматики на фоне их использования. Выявленные параметры эффективности терапии позволили систематизировать подходы к выбору препаратов, определить оптимальные пути их введения, установить наиболее эффективные дозировки и продолжительность курса лечения на каждом из этапов. В ходе психофармакологического воздействия наблюдались различия в динамике редукции синдрома и составляющих его симптомов. Учитывая особенности исследуемой когорты больных, у значительной их части, к сожалению, не отмечалось полной редукции психопатологической симптоматики, но, в то же время, нередко наблюдалось снижение ее интенсивности и/или трансформация в расстройства иного, более легкого, ранга.

Таким образом, основным условием достижения оптимального терапевтического ответа являлось определение нозологической природы ЗЭМБС, а также дифференциация их клинических подтипов. Путем применения данного подхода нами были разработаны основные алгоритмы терапевтической тактики у больных с ЗЭМБС. Все больные с ЗЭМБС проходили следующие этапы медикаментозного лечения:

1. Этап купирующей терапии
2. Этап стабилизирующей терапии
3. Этап поддерживающей терапии
4. Этап профилактической терапии и социальной реабилитации.

Особенности терапии пациентов с ЗЭМБС, развивающихся в рамках биполярного аффективного расстройства.

При данной нозологической форме наиболее часто встречались «острые» и «развивающиеся» подтипы ЗЭМБС, которые характеризовались яркостью клинических проявлений и выраженностью собственно аффективной (маниакальной) симптоматики с относительной гармоничностью

триады и разнообразными интенсивными проявлениями соматических симптомов мании. Фабула бредовых идей была обычно конгруэнтна аффекту, бредовые расстройства имели преимущественно чувственный характер; иные по содержанию и форме виды бреда возникали значительно реже.

Все пациенты данной группы нуждались в стационарном лечении, строгом либо усиленном наблюдении, а также приеме препаратов, создающих условия для купирования развившегося состояния в кратчайший срок. Выбор терапевтической тактики основывался на выраженности и характере аффективной и бредовой составляющей синдрома. У данной группы больных использовались средние либо средне-высокие дозы типичных нейролептиков инцизивного действия, обладающих антиманиакальным эффектом, либо атипичных антипсихотиков с подобной активностью в сочетании с препаратами нормотимического действия в адекватных дозах. В ряде случаев применялись комбинации двух антипсихотических препаратов в сочетании с двумя препаратами нормотимического действия.

При выборе антипсихотических средств учитывались: быстрота и мощность антипсихотического эффекта, выраженность седативного действия, а также способность препарата к нормотимическому (стабилизирующему) действию (для типичных антипсихотиков).

Наиболее эффективной зарекомендовала себя схема внутривенного капельного введения галоперидола в дозе 5-20 мг в сочетании с 10-20 мг диазепама, что обеспечивало сразу несколько направлений лечебного воздействия: антиманиакального, антипсихотического, седативного, миорелаксирующего (последнее позволяло минимизировать ЭПС). Продолжительность курса парентеральной терапии составляла от 7 до 14 дней; в ряде случаев применение типичного нейролептика сочеталось с пероральным приемом атипичных антипсихотиков: оланзапина до 20 мг в сутки либо кветиапина до 400-800 мг/сут, преимущественно в виде суточного пролонга. Обязательно в схему лечения включались нормотимические средства: карбонат лития в дозах 900 - 1500 мг/сут (оптимальная концентрация в крови в диапазоне 0,8 – 1,2 ммоль/л) и карбамазепин в средне-суточных дозах 600-800 мг/сут.

Соли вальпроевой кислоты в дозах 900-1500 мг/сут (20-30 мг/кг) применялись у ограниченного числа пациенток детородного возраста, учитывая имеющиеся в литературе негативные данные об исходе беременностей женщин, получающих данные препараты [Авакян Г.Н., Блинов Д.В. с соавт., 2019]. Основанием для назначения вальпроатов являлась

неэффективность других нормотимиков, либо развитие быстрых циклов и смешанных состояний, при которых применение этих лекарственных средств было предпочтительным. Все пациентки, получавшие соли вальпроевой кислоты, заранее информировались о тератогенном действии препарата и о его негативном воздействии на репродуктивную систему, о необходимости контрацепции и планирования беременности.

На фоне проводимой терапии в большинстве случаев наблюдалось достаточно быстрое купирование маниакального аффекта и бредовых расстройств, редукция психомоторного возбуждения, агрессии, нормализация сна. К альтернативному варианту купирования ЗЭМБС в рамках БАР можно отнести комбинацию внутримышечного введения зуклопентиксола ацетата с применением вышеописанных нормотимиков. Данный типичный нейролептик, как и галоперидол, характеризовался выраженным седативным, антипсихотическим и антиманиакальным эффектом, отличался высокой биодоступностью с быстрым началом действия и применялся нами в дозах от 50 до 150 мг/сут один раз в 2-3 дня. В случаях с некупируемым психомоторным возбуждением и агрессивным поведением использовались и более частые инъекции зуклопентиксола ацетата, вплоть до ежедневного применения в дозировках 100-150 мг в сутки.

При отсутствии явной положительной динамики на фоне комбинированной терапии галоперидолом/зуклопентиксолом и оланзапином/кветиапином, было целесообразным наращивание их дозировок до высоких. Лишь в незначительной части случаев (около 7,8% больных), при явной резистентности к лечению, больным, в качестве аугментации терапии, назначался рисперидон в дозах от 4 до 8 мг/сут. Редкость назначения данного препарата, прежде всего, была обусловлена частым возникновением гиперпролактинемии у исследованной группы больных.

При отсутствии эффекта от проводимой психофармакотерапии, через 14-21 день после ее начала, ряду больных, в случае отсутствия противопоказаний и наличии информированного согласия, назначался курс электросудорожной терапии. Тем не менее, в данной группе пациенток к этому методу терапии приходилось обращаться лишь в незначительной части случаев (12,5% наблюдений). Процедуры электросудорожной терапии (ЭСТ) проводились с двусторонним наложением электродов, применением наркоза тиопенталом натрия в дозировках от 200 до 300 мг в/в и миорелаксанта суksamетония хлорида в дозировках 30 – 40 мг в/в. на аппарате электросудорожной терапии «ЭСТЕР» со средней частотой 60 Гц, переменной

подачей тока и напряжением от 550 мА до 850 мА. Сеансы ЭСТ проводились при искусственной вентиляции легких на аппарате ИВЛ «ФАЗА-5». В среднем количество процедур составляло от 8 до 12 сеансов, с частотой трижды в неделю. На одного больного приходилось 9,6 процедуры. На фоне проведения электросудорожной терапии практически у всех больных наблюдалась быстрая редукция психопатологической симптоматики, купирование психомоторного возбуждения и агрессивных тенденций.

После купирования острой психопатологической симптоматики и уменьшения выраженности маниакального аффекта, начинался *стабилизирующий этап терапии*, во время которого дозировки применяемых препаратов постепенно снижались, происходила комплексная оценка их эффективности и безопасности, осуществлялся переход на пероральные формы. При этом, при выборе схемы лечения отдавалось предпочтение лекарственным средствам с отчетливым сочетанием антипсихотического и нормотимического действия и низкой вероятностью развития ЭПС и гиперпролактинемии (кветиапин в дозировках 400-600 мг в сутки, оланзапин - 10-20 мг в сутки, зипрасидон 80-120 мг в сутки). Прием нормотимиков продолжался во всех случаях в прежних дозах.

В большинстве случаев, в группе больных БАР отмечался быстрый выход из фазы с картиной ЗЭМБС (82,4%). У части пациенток (34,8%) отмечалась смена полюса аффекта на депрессивный, с преобладанием обсессивных, тревожно-фобических и астенических проявлений. В этих случаях в схему лечения вводились антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и двойного действия (СИОЗСиН), а также антидепрессанты прямого рецепторного действия (НАССА), обладающие относительно низкой способностью к инверсии фазы и феномену гиперстимуляции (флувоксамин в дозах 50-150 мг/сут., дулоксетин в дозах 30-90 мг/сут., мirtазапин в дозах 15-30 мг/сут., тразодон в дозах 150-300 мг/сут). При этом производилось исключение из терапии типичных нейролептиков, обладающих депрессогенным действием. Дополнительным способом купирования депрессивной симптоматики была аугментация схемы лечения нормотимиком ламотриджином в дозе 100-200 мг/с или атипичным антипсихотиком третьего поколения арипипразолом 5-15 мг/с, что позволяло значительно усилить антидепрессивный эффект без риска инверсии фазы.

На этапе поддерживающей терапии использовались атипичные антипсихотики в комбинации с нормотимиками, предпочтение отдавалось препаратам с наиболее благоприятным профилем нежелательных явлений,

таким как: оланзапин 5-10 мг/сут., кветиапин 200-400 мг/сут., zipразидон 40-60 мг/сут., луразидон 20-60 мг/сут., арипипразол 5-15 мг/сут.

Продолжался прием нормотимиков, среди которых на этом этапе предпочтение отдавалось лития карбонату в дозах 600-900 мг/сут. Выбор данного препарата определялся его относительно благоприятным профилем переносимости и высокой эффективностью у данной нозологической группы больных.

На *этапе профилактической терапии и реабилитации* использовалась преимущественно монотерапия нормотимиками (74,6%) – лития карбонат до 900 мг/сут., карбамазепин до 600 мг/сут., соли вальпроевой кислоты до 1200 мг/сут. У части больных вышеописанные нормотимики сочетались с ламотриджином до 200 мг/сут. У остальных пациенток (25,4%) нормотимики сочетались с низкими дозами атипичных антипсихотиков: кветиапина 100-200 мг в сутки, оланзапина в 2,5-5 мг/сут, zipрасидона до 60 мг/сут.

Эффективность приведенных выше методов лечения при БАР была неодинакова для различных подтипов ЗЭМБС. Отмечался существенно более благоприятный прогноз терапии при «остром» и «развивающемся» подтипах.

Особенности терапии пациентов с ЗЭМБС, развивающихся в рамках шизоаффективного психоза.

При данной нозологической форме доминировал «развивающийся» подтип ЗЭМБС, реже наблюдался «острый», при этом преобладали маниакально-бредовые состояния с яркостью аффективных проявлений и преимущественным развитием бреда восприятия и симптомов I ранга по К.Шнайдеру. Также значительная часть случаев была представлена подтипом «двойной мании» с однообразием клинической картины и периодическим развитием на ее фоне кратковременных эпизодов вышеописанной острой маниакально-бредовой симптоматики.

В связи с наличием в структуре ЗЭМБС более развернутой и полиморфной, по сравнению с БАР, часто неконгруентной по содержанию аффекту, бредовой симптоматики, на этапе купирующей терапии наиболее эффективным было сочетание средних и высоких доз высокопотентных типичных нейролептиков с атипичными антипсихотиками, обладающими значительным антигаллюцинаторным, седативным и антибредовым эффектом [Arsan C. et al, 2021].

Наиболее часто применялось сочетание парентерального введения

галоперидола в дозах 20-30 мг/сут. с оланзапином в дозах до 20 мг/сут., либо галоперидола в дозах 15-25 мг/сут. с клозапином в дозах до 100-200 мг/сут. При этом, отдавалось предпочтение внутривенному введению галоперидола с добавлением диазепама в дозах 10-20 мг/сут. В случаях же выраженного психомоторного возбуждения использовалась комбинация зуклопентиксола ацетата в дозе 100-150 мг/сут. внутримышечно с клозапином в дозах 200-300 мг/сут.

На фоне проведения активной терапии, как правило, к 4-6 дню отмечалось снижение интенсивности психомоторного возбуждения, уменьшение выраженности маниакального аффекта, снижение актуальности бредовых идей, редукция бредового поведения. У 20,3% больных улучшения состояния не наступало, а проводимая психофармакотерапия была недостаточно эффективна. В этих случаях назначался курс сеансов электросудорожной терапии (ЭСТ), которые проводились согласно методике, описанной выше. В среднем, количество процедур составляло от 10 до 14 сеансов. На одного больного приходилось 12,6 процедур ЭСТ. На фоне проведения терапии ЭСТ уже к 6-8 сеансу в большинстве случаев отмечалась дезактуализация бредовой симптоматики и снижение интенсивности маниакального аффекта.

На этапе *стабилизирующей терапии* в 80,3% наблюдений данной нозологической группы отмечалась полная редукция острого чувственного бреда, проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо, психомоторного возбуждения и агрессии. Несмотря на это, у ряда больных сохранялись малосистематизированные бредовые интерпретации, остаточные проявления маниакального аффекта, а также отмечалась неполная критика к состоянию. Все это диктовало необходимость продолжения терапии с незначительным снижением исходных дозировок. В связи с тем, что подавляющее большинство больных на данном этапе лечения были достаточно комплаентными, постепенно осуществлялся переход с парентеральной формы введения лекарственных средств на пероральную, в схему лечения включались лекарственные средства нормотимического действия. Наиболее эффективными зарекомендовали себя такие препараты, как карбонат лития 900-1200 мг/сут (с обязательным контролем концентрации в плазме крови) и соли вальпроевой кислоты 600-1200 мг/сут. (ограничения к их применению описаны выше), эффективность карбамазепина у этой группы больных была недостаточной, кроме того, учитывался факт, что этот препарат при взаимодействии с антипсихотиками мог существенно снизить их

концентрацию в крови. Среди антипсихотических препаратов отдавалось предпочтение сочетанию клозапина в дозах 50-150 мг/сут с арипипразолом в дозе 20-30 мг/сут.; клозапина в дозах 50-150 мг/сут. с луразидоном в дозах 80-120 мг/сут.; клозапина в дозах 50-150 мг/сут. с зуклопентиксолом в дозах 30-50 мг/сут. Высокая частота применения клозапина у данной когорты больных объяснялась, прежде всего, мощностью его действия в отношении полиморфной бредовой симптоматики и галлюцинаторных проявлений, а также выраженностью седативного эффекта.

На этапе поддерживающей терапии стратегия курации пациентов основывалась на долгосрочном приеме лекарственных средств с меньшей кратностью применения. В 37,7% случаев (при низкой комплаентности или недостаточной критичности больных к состоянию) применялись депонированные препараты (зуклопентиксола деканоат 200-400 мг в/м 2 раза в месяц, галоперидола деканоат 50-100 мг в/м 2 раза в месяц). Во всех остальных наблюдениях использовались комбинации клозапина 25 - 100 мг/сут. и арипипразола 10-20 мг/сут. и оланзапина 10-15 мг/сут. и зуклопентиксола 10-20 мг/сут. При преобладании галлюцинаторной симптоматики, положительный эффект лечения достигался комбинацией оланзапина до 20 мг/сут. с перфеназином 30-50 мг/сут., либо кветиапина 300-600 мг/сут. с флупентиксолом 10-20 мг/сут. В 4-х наблюдениях, в случаях резистентности к проводимой психофармакотерапии, терапевтический эффект был достигнут при помощи комбинации клозапина 50-200 мг/сут и рисперидона 6-8 мг/сут с двумя нормотимиками – солями вальпроевой кислоты 900-1200 мг/сут. и карбоната лития 900-1500 мг/сут. Следует отметить, что применение солей вальпроевой кислоты было обусловлено еще и аугментирующим действием данного лекарственного средства на психотическую симптоматику. По мере стабилизации состояния больных, производилось постепенное снижение дозировок лекарств.

На этапе профилактической терапии продолжалось поэтапное снижение дозировок антипсихотических средств – прием антипсихотиков продолжался в течение 1-3 лет после купирования первого приступа, 2-4 года - после второго и более 5 лет после третьего и последующего приступов. На данном этапе лечения, наиболее часто (в 56,8% наблюдений) применялся кветиапин 100-300 мг/сут. (в т.ч. его пролонгированная форма), зипразидон 40-80 мг/сут. Значительно реже использовался оланзапин 5-10 мг в сутки в связи со значительной прибавкой массы тела на фоне его применения у данной когорты больных, а также депонированные антипсихотические препараты -

зуклопентиксола деканоат 200 мг 1-2 раза в месяц и галоперидола деканоат 50 мг 1-2 раза в месяц. Продолжалось применение и препаратов нормотимического действия – лития карбоната 600-900 мг/сут. и солей вальпроевой кислоты 600-900 мг/сут. Применение пролонгированных антипсихотиков позволяло повысить комплаентность исследуемой когорты больных, обеспечить безопасный профиль применения лекарственных средств и улучшить качество и длительность ремиссий.

Таким образом, и в данной группе больных, эффективность приведенных выше методов лечения также была неодинакова для различных подтипов ЗЭМБС. При «остром» и «развивающемся» подтипах удавалось достичь значительно лучших результатов терапии, чем при остальных типологических вариантах.

Особенности терапии пациентов с ЗЭМБС, развивающихся в рамках шизоаффективного варианта приступообразно-прогредиентной шизофрении

При данной нозологической форме среди ЗЭМБС преобладали «хронифицированный» подтип и подтип «двойной мании» с атипичной структурой, однообразием и малой аффективной насыщенностью симптоматики, дисгармоничностью маниакальной триады (незначительная выраженность двигательного возбуждения на фоне отчетливой идеаторной ускоренности и приподнятого настроения), психопатоподобным поведением, значительной представленностью систематизированных форм бреда.

В связи с описанными выше особенностями данных состояний, частым наличием в статусе негативных процессуальных расстройств, относительно незначительной выраженностью психомоторного возбуждения на этапе купирующей терапии наиболее эффективным было применение средних доз инцизивных типичных нейролептиков или атипичных антипсихотиков с мощным антибредовым, антигаллюцинаторным и антинегативным действием, при этом в случае следования больных режиму приема лекарств, последние применялись перорально.

У этих пациентов использовались комбинации галоперидола в дозах 15-20 мг/сут с клозапином в дозах 100-200 мг/сут.; зуклопентиксола в дозах 10-25 мг/сут. с клозапином в дозах 100-200 мг/сут. Уже к 10-14 дню наблюдалось ослабление психопатоподобных расстройств, уменьшение выраженности враждебности, оппозиционности, негативизма, редукция бредового

поведения. Если в данные сроки терапия была малоэффективна и существенных положительных изменений не наступало, производилось включение других антипсихотиков в схему лечения [Мосолов С.Н., 2002; Субботская Н.В., 2006]. Если же и в этом случае в течение двух недель положительного эффекта не наблюдалось, хорошие результаты отмечались при применении электросудорожной терапии. Процедуры ЭСТ получил 71,9% больных по методике, описанной выше. В среднем количество процедур составляло от 12 до 18 сеансов. На одного больного приходилось 15,4 процедуры ЭСТ. На фоне проведения терапии ЭСТ у всех больных наблюдалась постепенная редукция напряженности, подозрительности, озлобленности и агрессивности, однако у значительной части пациентов, прошедших курс ЭСТ, даже данный метод не приводил к полной редукции симптоматики. Лишь у сравнительно незначительной части больных в последующем происходила поэтапная редукция психопатологических нарушений, близкая к динамике у больных с ЗЭМБС при ШАП.

К этапу *стабилизирующей терапии*, практически во всех случаях, редуцировались выраженное психомоторное возбуждение и агрессия. Однако, все еще сохранялись проявления малосистематизированного интерпретативного бреда и психопатоподобное поведение с доминированием расстройств влечения. Это обуславливало необходимость сохранения прежней терапевтической тактики с незначительным снижением дозировок препаратов или даже сохранением прежних доз. Схемами лечения, зарекомендовавшими себя как наиболее эффективные, у данной группы больных, являлись: сочетание клозапина 50-150 мг/сут. с рисперидоном 4-6 мг/сут.; клозапина с зипрасидоном 60-120 мг/сут.; клозапина с зуклопентиксолом 10-30 мг/сут., клозапина с арипипразолом 20-30 мг/сут. Выбор клозапина в комплексном лечении больных ЗЭМБС в рамках шизоаффективного варианта ППШ основывался также на его эффективности в отношении психопатоподобных расстройств и негативной симптоматики. Лишь на данном этапе лечения в состав комплексной терапии включались и нормотимики, среди которых препаратами выбора были карбамазепин в дозах 800-1200 мг/сут. и соли вальпроевой кислоты в дозах 900-1500 мг/сут. Ввиду атипичности маниакального аффекта при ЗЭМБС в рамках шизоаффективного варианта ППШ применение нормотимиков не было столь эффективным, как при других нозологических формах и, в значительном числе случаев, комбинированная терапия антипсихотиками, имеющих нормотимическое действие, приводила к лучшим результатам.

На этапе поддерживающей терапии возникала необходимость в продолжении использования антипсихотических лекарственных средств с антинегативным и нормотимическим действием в связи со значительной выраженностью дефицитарных нарушений у больных данной группы. В отличие больных с БАР и ШАП, прогрессивность в течении заболевания в описываемой группе была достаточно отчетливой. Дальнейшая терапия основывалась на приеме назначенных ранее препаратов с крайне медленным снижением их дозировок до средних значений. Использовались комбинации клозапина 25-150 мг/сут. и арипипразола 10-15 мг/сут., оланзапина 5-15 мг/сут. с флупентиксолом 5-15 мг/сут. Кроме того, эффективным было сочетание арипипразола 10-30 мг в сутки с кветиапином 100-300 мг/сут., также с успехом применялся перфеназин 10-30 мг/сут., в комбинации с оланзапином и клозапином.

На этапе профилактической терапии продолжался прием антипсихотических и нормотимических препаратов в средних или низких дозах. В связи с особенностями данной нозологической формы в абсолютном большинстве случаев (88,4%) длительность терапии продолжалась от 5 лет и более. Продолжали применяться препараты с антинегативным действием, в том числе такие новые лекарственные средства, как карипразин 3-6 мг/сут., луразидон 80-160 мг/сут. в комбинации с клозапином 50-100 мг/сут., оланзапином 10-20 мг/сут., зуклопентиксолом 10-20 мг/сут. Как и в группе ШАП, у пациенток с низкой комплаентностью применялись депонированные лекарственные средства – зуклопентиксола деканат 200 мг внутримышечно 2 раза в месяц, галоперидола деканат 50 мг внутримышечно 2 раза в месяц. Проводилась социальная и реабилитационная работа с больными, психотерапевтическая поддержка. Вышеперечисленные мероприятия помогали улучшить социальную и трудовую адаптацию таких больных, повысить качество и продолжительность ремиссий, а также сократить частоту госпитализаций в ЛПУ.

И в данной группе больных, эффективность приведенных выше методов лечения была также неодинакова для различных подтипов ЗЭМБС. У большинства пациенток не удавалось достичь степени «улучшения» и «выраженного улучшения» по CGI-I, что, по-видимому, связано с преобладанием у больных данной группы «хронифицированного» подтипа и подтипа «двойной мании».

***На основании изложенного выше, можно сформулировать
основные принципы терапии ЗЭМБС***

1. На купирующем этапе терапии затяжных эндогенных маниакальных и маниакально-бредовых состояний во всех клинических случаях в зависимости от нозологии и подтипа ЗЭМБС разрабатывается индивидуальная стратегия лечения (составляется план лечения, определяются препараты с прогнозируемой эффективностью и выбирается оптимальный путь их введения). Всем больным при поступлении устанавливается определенный вид наблюдения (строгое, усиленное либо общее), определяются условия пребывания в отделении (палата с интенсивным или общим наблюдением) в зависимости от психического статуса, склонности к ауто- или гетеро- агрессии и выраженности психомоторного возбуждения.

2. После купирования маниакального/маниакально-бредового состояния в составе комплексной терапии больных с ЗЭМБС используются как современные атипичные антипсихотические средства, так и комбинации вышеуказанных лекарственных средств с классическими нейролептиками. Выбор лекарственного средства определяется нозологической принадлежностью состояния, типом ЗЭМБС, соматическим и неврологическим состоянием больных, а также наличием у них сопутствующей соматической терапии.

3. Кроме психофармакотерапевтического лечения должны применяться индивидуальные психообразовательные беседы, направленные на осознание, принятие и формирование «положительного образа лечения». Больным подробно и детально, в доступной форме необходимо объяснять механизмы развития психических расстройств, при этом занятия должны быть направлены на формирование адекватных стратегий поведения, имеющих своей целью достижение наиболее быстрой и полной реадaptации и ресoциализации.

4. В связи с частым применением при ЗЭМБС высоких дозировок типичных инцизивных нейролептиков, у ряда больных могут развиваться нейролептические экстрапирамидные эффекты (острые дискинезии, острые дистонии, акатизия, тремор). Купирование подобной симптоматики у больных ЗЭМБС происходило по схожему алгоритму: снижалась дозировка типичного нейролептика, производилась попытка его замены на атипичный антипсихотик, либо временная отмена, в схему лечения добавлялся амантадин. Наряду с этим необходимо повышать дозировки центральных холинолитических средств – тригексифенидила и биперидена, а в ряде случаев

(особенно при развитии акатизии) использовать бензодиазепиновые препараты. При отсутствии эффекта от проводимых мероприятий, целесообразно применить процедуры лечебного плазмафереза в отделении ОРИТ.

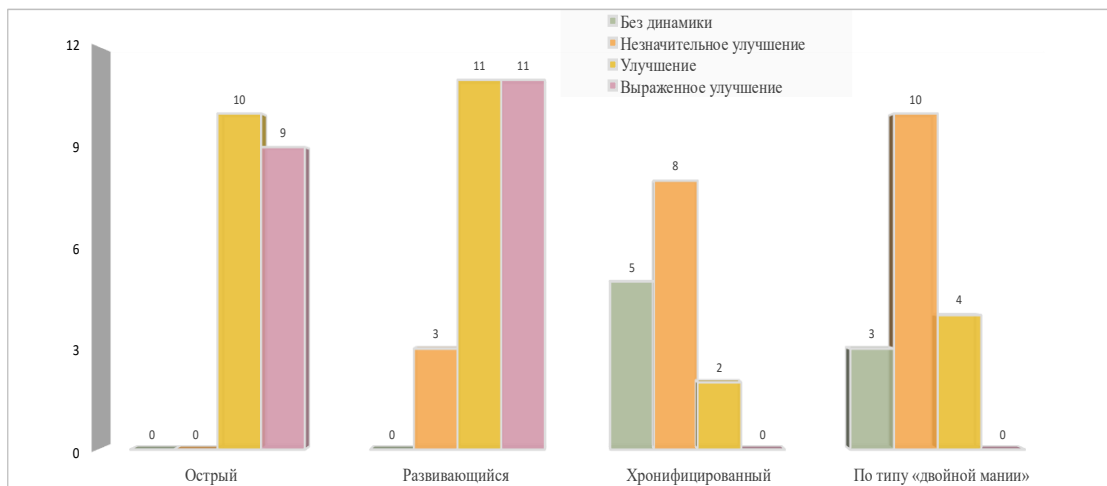
5. Длительный курс терапии больных ЗЭМБС позволяет улучшить качество их жизни, увеличить длительность ремиссий, повысить их качество, предотвратить рецидивы заболевания, а также способствовать уменьшению выраженности негативных личностных расстройств (при шизоаффективном варианте ППШ), что способствует повышению качества жизни и улучшению прогноза заболевания в целом.

Суммарный анализ эффективности проведенной психофармакотерапии

Можно отметить тот факт, что на фоне психофармакотерапии ЗЭМБС в 35,5% случаев отмечалось «улучшение» по шкале CGI-I. «Выраженное улучшение» с полной редукцией психопатологических и аффективных расстройств наблюдалось в 26,3% всех наблюдений. Отсутствие ответа на терапию (градация по CGI-I «без динамики»), отмечалось лишь в 10,5% случаев и преимущественно встречалось при шизоаффективном варианте приступообразно-прогредиентной шизофрении.

Существенные различия в итоговых результатах лечения наблюдались также в зависимости от типологической принадлежности ЗЭМБС: при «остром» подтипе «выраженное улучшение» и «улучшение» по CGI-I наблюдались у 100% больных, при «развивающемся» подтипе положительные результаты лечения отмечались также у подавляющего большинства пациенток. В то же время, результаты лечения других типов ЗЭМБС существенно отличались: при «хронифицированном» подтипе и при подтипе «двойной мании» у большинства пациентов имело место «незначительное улучшение» либо состояние «без динамики». Данные результаты свидетельствуют о негативном прогнозе лечения у двух последних подтипов, что позволяет предполагать наличие терапевтической резистентности у этих пациенток. В то же время, «острый» и «развивающийся» подтипы достаточно благоприятны в плане результатов лечения, несмотря на затяжное течение.

Оценка эффективности психофармакотерапии при разных типах ЗЭМБС у всей когорты исследованных больных (в соответствии с показателями шкалы CGI-I)



Психосоциальная реабилитация и психообразование

Практически при всех эндогенных заболеваниях, протекающих с картиной ЗЭМБС, в той или иной степени, выявлялось нарушение социальной и трудовой адаптации, а у ряда пациентов - расстройства в мотивационной и волевой сфере. Все это обуславливало необходимость использования мультимодального подхода в составе комплексной терапии таких больных с применением психообразовательных и психотерапевтических методик.

Уже на этапе поддерживающей терапии в состав комплексной терапии больных с ЗЭМБС входили психообразовательные занятия, с помощью которых больным объяснялась необходимость длительного приема поддерживающей терапии, общие понятия о принципах развития психических расстройств, объяснялись основы действия психофармакотерапии с формированием положительного образа процесса лечения и повышения комплаентности. Уже во время стационарного лечения осуществлялись консультации психолога либо психотерапевта как в индивидуальном формате, так и в групповом. Целью занятий являлось установление межличностного взаимодействия, повышение комплаенса, принятие факта болезни, формирование самоконтроля над реакциями и действиями.

При применении групповой психотерапии с целью устранения «коммуникативной напряженности», восстановления и улучшения социальной

и трудовой адаптации, межличностного взаимодействия, побуждения к новым интересам, увлечениям, осуществлялась проработка возможных вариантов решения таких проблем [Каледа В.Г., 2010; Маричева М.А., 2014; Казьмина О.Ю., 2016]. Совместно с врачом-психиатром проводилась оценка качества ремиссий, определение прогноза заболевания для выработки адекватной программы по реабилитации, в которую входила трудотерапия, при этом создавался положительный образ трудовой деятельности.

Формировалось положительное отношение пациента к необходимости проведения долгосрочного курса лечения, разъяснялась необходимость регулярного посещения врача-психиатра с целью контроля эффективности психофармакотерапии. Весомый вклад в комплекс терапевтических мероприятий вносила работа с родственниками больных. При этом проводилась оценка семейной ситуации, формировалось адекватное отношение членов семьи к болезни, в результате чего удавалось сократить число психотравмирующих событий в отношениях с близкими. Родственникам больных разъяснялись принципы терапии, особенности течения заболевания, проводилось систематизированное обучение основам психиатрии для развития партнерских отношений с пациентом и сотрудниками службы психического здоровья.

Таким образом, полученные нами результаты обосновывают необходимость комплексного персонифицированного подхода к терапии больных с ЗЭМБС. Перечисленные лечебные мероприятия позволяют повысить качество оказания медицинской помощи, сократить сроки пребывания в стационаре, ускорить купирование симптоматики и снизить частоту рецидивов заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящем учебно-методическом пособии представлены особенности затяжных и хронических эндогенных маниакальных и маниакально-бредовых состояний, протекающих в рамках приступообразного течения эндогенных психозов, их типология и особенности терапии.

Представленная клиническая типология ЗЭМБС является прогностически значимой и несет информацию о дальнейшей динамике заболевания, что позволяет в клинической практике осуществить дифференцированный подход к разработке как методов терапии, так и противорецидивных профилактических мероприятий. Ведение больных с ЗЭМБС требует комплексного лечебно-диагностического подхода, включающего в себя не только психофармакологическое лечение, но и меры социально-трудовой реабилитации, а также психообразовательные занятия, как с больными, так и с родственниками пациентов в рамках активного амбулаторного наблюдения. Опыт психофармакотерапии ЗЭМБС показывает, что нозологическая и типологическая принадлежность изученных состояний имеют важное значение в плане прогноза результата лечения.

Вопросы для самоконтроля:

1. Опишите типологические варианты ЗЭМБС, а также особенности аффективных и бредовых расстройств при каждом из них.
2. Перечислите при каких нозологических формах развиваются те или иные варианты ЗЭМБС, укажите их нозологическую предпочтительность.
3. Опишите варианты течения и исхода заболеваний, протекающих с картиной ЗЭМБС.
4. Оцените эффективность психофармакотерапии при различных типологических вариантах ЗЭМБС.
5. Перечислите методы психотерапии и подходы к социальной реабилитации, применяемые у больных ЗЭМБС.

Список литературы:

1. Авакян, Г.Н., Блинов, Д.В., Авакян, Г.Г., Акарачкова, Е.С., Бурд, С.Г., Власов, П.Н., Воронкова, К.В., Гузева, В.И., Жидкова, И.А., Катунина, Е.А., Корабельников, Д.И., Лебедева, А.В., Липатова, Л.В., Морозова, Е.А., Олейникова, О.М., Рудакова, И.Г. Ограничения использования вальпроевой кислоты у девочек и женщин: расширение противопоказаний в инструкции по медицинскому применению, основанное на данных реальной клинической практики. / Г.Н. Авакян. // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2019. -11(2). – с. 110-123. <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2019.11.2.110-123>
2. Каледа, В.Г. Терапия эндогенных психозов юношеского возраста – современные подходы и принципы терапии / В.Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. - т. 106. - № 9. - с. 4-11.
3. Казьмина, О.Ю., Ениколопов, С.Н., Воронцова, О.Ю., Лапина, Ю.А., Магай, А.И. Основные подходы к организации тренинга социальных навыков для больных шизофренией / О.Ю. Казьмина // метод. рекомендации «Сам Полиграфист». – М. – 2016. – с. 143.
4. Каневская Ф.О., Тарасов Г.К., Цуцельковская М.Я. Поддерживающая терапия нейролептическими препаратами в условиях психоневрологического диспансера / Ф. О. Каневская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1960. - т.60. - №2. - с. 242-247.
5. Краснов, В.Н., Мосолов, С.Н., Шмуклер, А.Б., Любов, Е.Б., Костюкова, Е.Г. Психиатрическая помощь больным шизофренией / В.Н. Краснов // в кн. Клиническое руководство. – М. - 2006. – с. 260.
6. Маричева, М.А. Психосоциальная терапия в комплексном лечении больных с первым приступом юношеского эндогенного психоза / М.А. Маричева // дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06. - М. - 2014. – с. 189.
7. Мосолов, С.Н. Клинико-нейрохимическая классификация современных антипсихотических препаратов / С. Н. Мосолов // Международный журнал медицинской практики. - М. – 2000. – № 4. - с. 35–38.
8. Морозова, М.А. Клиника, течение и прогноз аффективного психоза, протекающего с преобладанием маниакальных расстройств / М.А. Морозова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – М. – 1989. – с. 82-87.
9. Петрова, Н.Н. К вопросу о терапии биполярного аффективного расстройства / Н.Н. Петрова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - Спецвыпуски. – 2022. - 122(1 2). – с. 80-86. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212201280>
10. Сизов, С.В. Клинико-психопатологические особенности, типология и прогноз маниакально-парафренических состояний в рамках приступообразного течения эндогенных психозов / С.В. Сизов // дисс. ... канд. мед. наук.: 14.01.06. - М. - 2020. – с. 266.

- 11.Шмуклер, А.Б. Персонализированный подход к оказанию помощи пациентам с шизофренией / А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. - 2022. - Т. 32. - № 2. - с. 49-58.
- 12.Arsan, C., Baker, C., Wong, J., Scott, R.C., Felde, A.B., Mills, P.D., Stern, T.A., Rustad, J.K. Delirious Mania: An Approach to Diagnosis and Treatment / C. Arsan // Prim Care Companion CNS Disord. – 2021. – p. 20. doi: 10.4088/PCC.20f02744. PMID: 34000141.
- 13.Ballet, G. Treite de Pathologie mental / G. Ballet. – Paris. - 1903. - p. 248, 495-508.
- 14.Burger—Prinz, H. Endzustände in der Entwicklung hyperthymen Persönlichkeiten / H. Burger—Prinz // Nervenarzt. - 1950. - v. 21s. - 476-480.
- 15.Ey, H. Etudes / H. Ey // Psychiatriques. – Paris. – 1954. - v. 3. - p. 103.
- 16.Esquirol, J. Des Maladies Mentales / J. Esquirol // Bailliere. – Paris. - 1838.
- 17.Grover, S., Nebhinani, N., Neogi, R., Soumya, K.R. Chronic mania: an underrecognized clinical entity / S. Grover // Indian J Psychol Med. – 2012. - №34(1). – p.87. doi: 10.4103/0253-7176.96169.
- 18.Goodwin, G.M., Haddad, P.M., Ferrier, I.N., Aronson, J.K., Barnes, T., Cipriani, A., Coghill, D.R., Fazel, S., Geddes, J.R., Grunze, H., Holmes, E.A., Howes, O., Hudson, S., Hunt, N., Jones, I., Macmillan, I.C., McAllister-Williams, H., Miklowitz, D.R., Morriss, R., Munafò, M., Paton, C., Saharkian, B.J., Saunders, K., Sinclair, J., Taylor, D., Vieta, E., Young, A.H. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology / G.M. Goodwin // J. Psychopharmacol. - 2016 Jun. -vol. 30(6). – p. 495-553. doi: 10.1177/0269881116636545. Epub 2016 Mar 15. PMID: 26979387; PMCID: PMC4922419.
- 19.Griesinger, W. (1865) Die Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten. Wreden: Braunschweig / W. Griesinger. - 2nd ed. Translated by C. L. Robertson and J. Rutherford (1867) as Mental Pathology and Therapeutics. London // Journal of Mental Science. - New Sydenham Society. – 1865. – p. 317-327.
- 20.Kraepelin, E. Psychiatrie / E. Kraepelin// Psychiatrie. – Leipsig. - Barth. – 1913. - vols. 3 and 4 as Manic-Depressive Insanity and Paranoia. – pp. 1002.
- 21.Malhi, G.S., Mitchell, P.B., Parker, G.B. Rediscovering chronic mania / G. S. Malhi // Acta Psychiatr Scand. – 2001. - p.153. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00289.x.
- 22.Mollweide, H. Psychopathie. Abrenzung der hyperthymischer Psychopathie / H. Mollweide // Arch.f.Psych. (Zeitsch.f.Neurol.). – 1948. - Bd.181. - s. 712-755.
- 23.Muneer, A. Bipolar affective disorder and catatonia / a. Muneerr // Chin Med J (Engl). – 2014. – vol. 127(19). – p. 3388. PMID: 25269901.
- 24.Perugi, G., Akiskal, H.S., Rossi, L., Piano, A., Quilici, C., Madaro, D., et al. Chronic mania: Family history, prior course, clinical picture and social consequences / G. Perugi // Br J Psychiatry. – 1998. – vol. 173. - p.514-518
- 25.Pinel, P. Traité Médico-philosophique sur l'Alién- ation Mentale / P. Pinel. //

- Brosson. Translated by D. D. Davis. 1806 as A Treatise on Insanity. - Sheffield: Cadell and Davies (facsimile edition by Hafner, New York: 1962). - Paris. - 1801. - p. 496.
26. Van Riel, W.G., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Haro, J.M., Bertsch, J., Reed, C., Van Os, J. Chronic mania revisited: factors associated with treatment non-response during prospective follow-up of a large European cohort (EMBLEM) / C. Reed // World J Biol Psychiatry. - 2008. - vol. 9(4). - pp. 313-320. doi: 10.1080/15622970701805491. PMID: 18949649.
27. Vieta, E. Managing bipolar disorder in clinical practice. Third edition / E. Vieta. - Springer. - 2015. - p. 149.
28. Wertham, F.I. A group of benign psychoses: prolonged manic excitements / F. I. Wertham // American Journal of Psychiatry. - 1929. - vol. 9. - p. 14-76.

Подписано печать 16.07.2025 г.

Формат 60*90/16. Бумага офсетная.

Печать цифровая. Тираж 100 экз.