

О. С. Телюков

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАНІАКАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ОРГАНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Афективна патологія в загальній структурі психічних захворювань посідає одне з провідних місць та має виражену тенденцію до зростання в загальній популяції [1–3]. В той час як депресивні порушення знаходять достатнє відображення в численних наукових дослідженнях [2; 3; 6], проблема маніакальних станів потребує подальшого вивчення та аналізу на сучасному етапі. Зазначена форма афективної патології розглядається науковцями переважно в межах біполярного розладу та шизоафективних психозів [3; 5], в той час як інформації щодо маніакальних розладів екзогенної природи в сучасних літературних джерелах бракує [4].

Метою роботи стало вивчення клініко-психопатологічної специфіки маніакального синдрому при органічній патології ЦНС.

За допомогою клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного методів було обстежено 117 пацієнтів, госпіталізованих до Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева протягом 2002–2004 рр., провідним психопатологічним синдромом яких був маніакальний.

Серед численних соматоневрологічних симптомів, що супроводжували клініку психозу в обстежених пацієнтів, переважали такі: цефалгії — 87,18 %, фізична слабкість та виснажливність — 94,02 %, коливання артеріального тиску — 72,65 %, коливання температури тіла — 48,72 %, нудота та блюван-

ня — 22,22 %, порушення чутливості (парестезії, гіпестезії, сенестопатії) — 75,21 %, слабкість конвергенції та акомодатії — 31,62 %, нерівномірність та посилення (послаблення) сухожильних та періостальних рефлексів — 32,48 %, вестибуло-атактичні порушення — 21,36 %.

Серед обстежених було виокремлено групу пацієнтів (16 осіб — 13,68 %), афективна маніакальна симптоматика яких виникала внаслідок та на тлі органічного ураження головного мозку. Серед них 6 хворим (37,50 %) було діагностовано маніакальний органічний психічний розлад, а 10 (62,50 %) — біполярний органічний розлад.

Нозосиндромальний розподіл пацієнтів даної клінічної групи наведено в таблиці.

Як видно з поданої таблиці, основними чинниками, що служили органічним тлом для розвитку афективної патології, були черепно-мозкові травми, що складала 1/2 всіх спостережень в даній клінічній групі, запально-інфекційні процеси (перенесені менінгіти, енцефаліти, арахноїдити), які були причиною психічного розладу в 1/4 спостережень, судинні захворювання мозку (церебросклероз та ревматоїдний васкуліт — по 1 випадку відповідно). Крім того, по одному випадку було дегенеративних захворювань ЦНС (розсіяний склероз) та органічної патології змішаної природи (сполучення перенесеної травми головного мозку та інфекційного менінгоенцефаліту).

Таблиця

Нозосиндромальна структура хворих на афективний розлад органічного походження (F 06.30 — F 06.31)

Нозосиндромальна картина		Органічна патологія, що викликала психічний розлад				
		ЧМТ	запально-інфекційний процес	судинне захворювання	дегенеративний процес	змішана природа
Форма патології	Тип маніакального розладу					
Маніакальний розлад органічної природи (F 06.30)	<i>гіпоманія</i>	—	—	—	—	—
	<i>маніакальний синдром</i>	2 (12,50 %)	1 (6,25 %)	—	—	—
	<i>маніоформний синдром</i>	—	—	—	—	—
	<i>маніоформно-маячний синдром</i>	1 (6,25 %)	1 (6,25 %)	1 (6,25 %)	—	—
	<i>змішаний стан</i>	—	—	—	—	—
Біполярний розлад органічної природи (F 06.31)	<i>гіпоманія</i>	—	—	—	1 (6,25 %)	—
	<i>маніакальний синдром</i>	1 (6,25 %)	2 (12,50 %)	—	—	—
	<i>маніоформний синдром</i>	2 (12,50 %)	—	—	—	—
	<i>маніоформно-маячний синдром</i>	1 (6,25 %)	—	1 (6,25 %)	—	1 (6,25 %)
	<i>змішаний стан</i>	1 (6,25 %)	—	—	—	—
Усього		8 (50,00 %)	4 (25,00 %)	2 (12,50 %)	1 (6,25 %)	1 (6,25 %)

За статтю серед обстежених було 7 (43,75 %) чоловіків та 9 (56,25 %) жінок. За віком пацієнти розподілились: 21–30 років — 4 (25,00 %) обстежених, 31–40 років — 8 (50,00 %), 41–50 років — 4 (25,00 %).

Вік початку захворювання у 2 (12,50 %) хворих припадав на період до 20 років, у 9 (56,25 %) — від 21 до 35 років, у 2 (12,50 %) — 35–50 років і у 3

(18,75 %) осіб початок захворювання припадав на вік після 50 років.

Під час вивчення клінічних особливостей початку захворювання з'ясувалось, що всі обстежені, яким було діагностовано маніакальний розлад органічної природи, госпіталізувались до психіатричного стаціонару вперше. Детальне вивчення анамнестичних даних

та результати параклінічних досліджень (РЕГ, ЕЕГ, ЕхоЕГ, КТГ) дозволили встановити зв'язок між наявними психічними порушеннями та органічною дисфункцією головного мозку. Як показує таблиця, серед зазначеного контингенту пацієнтів органічним підґрунтям афективного розладу у 3 (50,00 %) осіб була перенесена черепно-мозкова травма, у 2 (33,33 %) — запально-інфекційний процес головного мозку і в 1 (16,67 %) випадку — судинне захворювання головного мозку (ревматоїдний васкуліт).

Серед 10 (62,50 %) осіб клінічної групи, яким було встановлено діагноз біполярного розладу органічної природи, 3 (30,00 %) пацієнти надходили до лікарні вперше, в той час як інші 7 (70,00 %) в минулому мали 2 та більше госпіталізацій. При цьому у 6 (60,00 %) обстежених першим проявом захворювання був депресивний епізод з вираженим іпохондричним компонентом. Маніакальна симптоматика була виявлена на початку хвороби у 4 (40,00 %) обстежених. Всі 7 пацієнтів в минулому мали від 2 до 6 госпіталізацій. В клінічній структурі минулих госпіталізацій зустрічались депресивні епізоди та маніакальні стани. В усіх випадках депресивна та маніакальна симптоматика супроводжувалась супутніми соматоневрологічними порушеннями.

Клініко-психопатологічне дослідження поточного психотичного розладу виявило серед обстежених 1 (6,25 %) випадок гіпоманії на тлі дегенеративного процесу ЦНС (розсіяний склероз). Гіпоманіакальний розлад мав типові клінічні прояви, що відповідали діагностичним критеріям МКХ-10. Маніакальний синдром спостерігався у 6 (37,50 %) пацієнтів (по 3 в рамках маніакального та біполярного розладів відповідно). Маніоформний синдром мав місце в 2 (12,50 %) спостереженнях (всі на тлі перенесеної черепно-мозкової травми в рамках біполярного розладу). Додатковими до афективних проявів клінічними ознаками були легкі когнітивні порушення (репродуктивна гіпомнезія, астенізація уваги, ригідність мислення). Маніоформно-маячний синдром був наявний у 6 (37,50 %) обстежених (по 3 випадки при маніакальному та біполярному розладах відповідно). Маячна симптоматика була представлена ідеями відношення та іпохондричного змісту, в 3 випадках супроводжувались сенестопатичними розладами. В 1 (6,25 %) спостереженні мав місце змішаний афективний стан, що розвинувся у віддаленому періоді перенесеної важкої черепно-мозкової травми.

Структура афекту в усіх випадках неускладненого гіпоманіакального та маніакального синдромів мала характер «веселої» з елементами пустотливості, благодушності моріоподібного характеру. В разі маніоформної та маніоформно-маячної симптоматики спостерігали змішану структуру афекту. Добових коливань настрою, його залежності від зовнішніх подразників, гетероагресивних та аутоагресивних тенденцій, а також сезонної залежності загострень психічного розладу в обстежених даної клінічної групи не відмічалось.

Таким чином, результати проведеного дослідження показали, що органічна природа маніакального розладу виявляється в загальній популяції у кожного 7 пацієнта. Початковим афективним епізодом у таких хворих в 60,0 % спостережень є депресивний. В 1/2 всіх спостережень психічне захворювання було наслідком перенесеної черепно-мозкової травми. Синдромальною особливістю пацієнтів з органічною

патологією головного мозку виявилась наявність нетипових маніакальних розладів (50,0 % спостережень), коли афективний компонент психопатологічної картини поєднувався з маячними та (або) когнітивними порушеннями.

Детальне з'ясування органічної природи маніакального розладу (з обов'язковим застосуванням параклінічних методів візуалізації) потребує спільної з фахівцем соматоневрологічного профілю терапевтичної стратегії, яка має враховувати як провідну психопатологічну симптоматику, так і соматоневрологічні розлади в їх динамічному причинно-наслідковому зв'язку.

Список літератури

1. Андрусенко М. П. Клинико-психопатологические особенности маниакальных состояний в позднем возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — М., 1997. — № 4. — С. 541–547.
2. Журавлев А. Ю. Депрессивные расстройства: клиника, диагностика, лечение // Новости медицины и фармации. — 2001. — № 15–16 (95–96). — С. 27–29.
3. Пантелеева Г. П. Место аффективных и шизоаффективных психозов в современной систематике эндогенных заболеваний // Аффективные и шизоаффективные психозы: Матер. науч.-практ. конф. с междунар. участием. — М., 1998. — С. 68–77.
4. Перцев Г. Ф. Биоритмологичні закономірності стану симпато-адреналової системи у хворих у гострому та віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми // Український вісник психоневрології. — Харків, 2001. — Т. 9, вип. 2(27). — С. 57–59.
5. Серебреннікова О. А. Клініко-психопатологічний аналіз різних форм гіпоманіакального синдрому на I та II стадіях алкогольної хвороби // Проблеми екстремальної психіатрії: Матер. наук.-практ. конф. «Платоновські читання». — Харків, 2000. — С. 118–121.
6. Wittchen H-U. Epidemiological research in mental disorders: lessons for the next decade of research // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2000. — 101. — P. 2–10.

Надійшла до редакції 15.10.2005 р.

О. С. Телюков

Клинико-психопатологические особенности маниакальных расстройств органического происхождения

*Украинская медицинская стоматологическая академия
(г. Полтава)*

Изучено 117 пациентов с маниакальными расстройствами, среди которых выделена группа из 16 больных с органическим поражением головного мозга. Показано, что маниакальные расстройства органического генеза в половине случаев возникают после перенесенной ЧМТ, нередко отличаются нетипичной аффективной симптоматикой и требуют дополнительных консультаций специалистов соматоневрологического профиля с соответствующей комбинированной терапевтической стратегией.

О. S. Telukov

Clinic-psychopathological peculiarities of organic maniac disorders

*Ukrainian Medical Stomatological Academy
(Poltava)*

There were studied 117 maniac patients among of them were separated clinical group (16 persons) with organic brain pathology. Were showed in the half of all cases maniac disorders are beginning after history of brain trauma. Maniac organic disorders have often untypical affective symptoms such as cognitive and paranoid. They are needs concomitant consultations of other medical specialists (physicians, neurologists) with following combined treatment.