

24. Oganov R.G., Pogosova G.V., Shal'nova S.A., Deev A.D. Depressive disorders in general practice according to a study COMPASS: look cardiologist. *Kardiologiya*. 2005; 8: 37—43. (in Russian)
25. Baturin V.A., Manvelyan E.A., Yarovitskiy V.B. Sexual peculiarities of consumption of psychotropic drugs in patients with depressive disorders. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni*. 2008; 9: 30—4. (in Russian)
26. Groshev I.V. Gender and gender-sensitive behavior patterns when agoraphobic anxiety disorders. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal*. 2008; 6: 30—9. (in Russian)
27. Pogosova G.V. Depression — a new risk factor for coronary heart disease and a predictor of coronary death. *Kardiologiya*. 2002; 4: 285—94. (in Russian)
28. Pogosova G.V. Manual for physicians. Current approaches to diagnosis and treatment of depressive disorders in general practice range. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2007; 6(1Suppl.1): 1—23. (in Russian)
29. Bardenshteyn L.M., Sokolov E.I., Khar'kova T.G., Skachedubov V.Yu. The use of sertraline in the treatment of depression after myocardial infarction. *Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj meditsinskoy akademii*. 2001; 3: 101—2. (in Russian)
30. Zadionchenko V.S., Bardenshteyn L.M., Skorik Yu.V., Shekhyan G.G., Yalymov A.A. Depression and heart disease. *Meditsina kriticheskikh sostoyaniy*. 2005; 6: 26—31. (in Russian)

Поступила 02.04.15  
Принята в печать 23.06.15

© БАРДЕНШТЕЙН Л.М., АЛЕШКИНА Г.А., 2016  
УДК 616.89=036.11=085

*Барденштейн Л.М., Алешкина Г.А.*

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ПРЕХОДЯЩИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ БЕЗ СИМПТОМОВ ШИЗОФРЕНИИ

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»  
Министерства здравоохранения РФ, 127473, Москва, Россия

♦ С целью изучения клинико-динамических и терапевтических аспектов острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении обследовано 77 пациентов с психотическими состояниями, отвечающими диагностическим критериям МКБ-10 для данной группы расстройств (F 23.0; F 23.3; F 23.8; F 23.9). Использовали клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический методы. Представлены данные об особенностях развития острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении, а также динамики психопатологической симптоматики в процессе антипсихотической терапии. Установлено, что острые преходящие психотические расстройства обнаруживали тенденцию к рецидивированию в виде продуктивных психотических расстройств, что дает основание для назначения поддерживающей терапии после клинической редукции первого психотического эпизода.

**Ключевые слова:** острые преходящие психотические расстройства; шизофрения; первый психотический эпизод; расстройство шизофренического спектра; антипсихотическая терапия.

**Для цитирования:** Барденштейн Л.М., Алешкина Г.А. Некоторые вопросы терапии острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении. *Российский медицинский журнал*. 2016; 22(1): 22—25.  
DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-1-22-25.

**Для корреспонденции:** Барденштейн Леонид Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии. E-mail: barden@mail.ru

*Bardenshteyn L.M., Aleshkina G.A.*

## THE PARTICULAR ISSUES OF THERAPY OF ACUTE TRANSIENT PSYCHOTIC DISORDERS WITHOUT SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA

The A.E. Evdokimov Moscow state medical stomatological university, 127473, Moscow, Russia

♦ The study of clinical dynamical and therapeutic aspects of acute transient psychotic disorders without symptoms of schizophrenia was carried out on sampling of 77 examined patients with psychotic conditions corresponding to diagnostic criteria of ICD-10 for the given group of disorders (F 23.0, F 23.3, F 23.8, F 23.9). The clinical psycho-pathological, clinical catamnesis, psychometric and statistical techniques were applied. The data is presented concerning characteristics of development of acute transient psychotic disorders without symptoms of schizophrenia and also dynamics of psycho-pathologic symptomatic in process of anti-psychotic therapy. It is established that acute transient psychotic disorders revealed tendency to be recurrent in the form of productive psychotic disorders that shows the cause to prescribe supporting therapy after clinical reduction of first psychotic episode.

**Key words:** acute transient psychotic disorders; schizophrenia; first psychotic episode; disorders of schizophrenic specter; anti-psychotic therapy.

**Citation:** Bardenshteyn L.M., Aleshkina G.A. The particular issues of therapy of acute transient psychotic disorders without symptoms of schizophrenia. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*. 2016; 22(1): 22—25. (In Russ.) DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-1-22-25.

**For correspondence:** Leonid Bardenshteyn, MD, PhD, DSc. E-mail: barden@mail.ru

**Conflict of interest.** The author declares no conflict of interest.

**Funding.** The study had no sponsorship.

Received 03.06.15  
Accepted 29.09.15

До настоящего времени основным методом терапии острых преходящих психотических расстройств

остаётся назначение антипсихотических препаратов. Вместе с тем выбор различных классов нейролептиков

является предметом дискуссий. Проблеме эффективности и переносимости антипсихотических препаратов, применяемых для лечения психотических расстройств шизофренического спектра, посвящены многие отечественные и зарубежные публикации [1—9]. В ряде исследований эффективным антипсихотическим препаратом для терапии острых полиморфных психотических состояний, структура которых определялась наличием острого чувственного бреда с психомоторным возбуждением и выраженными аффективными расстройствами, указан клозапин. В процессе терапии клозапином наблюдалась постепенная редукция психотической симптоматики с сохранением аффективных расстройств в постпсихотическом периоде, что требовало в дальнейшем назначения антидепрессантов или нормотимических препаратов [10—12].

Острые преходящие психотические расстройства часто сопровождаются выраженной тревогой и аффектом страха. Было высказано предположение о ведущей роли тревоги в развитии этих психотических состояний, обосновывающее применение транквилизаторов бензодиазепинового ряда [13]. Ряд исследователей указывали на эффективность лоразепама в отношении приступов параноидной шизофрении с психомоторным возбуждением и аффективным напряжением, а также кататоническими симптомами [14, 15]. Есть работы с противоположной точкой зрения, заключающейся в том, что назначение транквилизаторов, направленное на редукцию тревоги ведет к переходу острого бредового психоза в хроническую форму [16].

Единичные публикации указывают на эффективность в терапии острых психотических расстройств лекарственных средств, не относящихся к классу психотропных препаратов. В.Л. Козловский (1997) исследовал психонейроактивность нифедипина, блокатора кальциевых каналов, который обладал тормозящим действием в отношении гиперактивных нейронов. Нифедипин купировал психотические состояния, протекавшие с нарушениями мышления, психомоторным возбуждением и эпизодами помрачения сознания [17].

Также существует мнение о том, что продолжительность психотического приступа определяют различные эндогенные факторы, а антипсихотическая терапия почти не оказывает влияния на длительность психотического состояния. С этим связывают и возможность самопроизвольного обрыва психоза [18].

**Цель** исследования — изучение клинико-динамических и терапевтических аспектов острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении.

### Материал и методы

Обследовано 77 больных (45 мужчин, 32 женщины), госпитализированных в ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 15 Департамента здравоохранения города Москвы» в связи с острыми психотическими состояниями, отвечавшими диагностическим критериям МКБ-10 для острых полиморфных психотических расстройств (F 23.0); других острых преимущественно бредовых психотических расстройств (F 23.3); других острых и преходящих психотических расстройств (F 23.8); острых и преходящих психотических расстройств неуточненных (F 23.9) [19]. Средний возраст обследованных составил  $31,2 \pm 11,1$  года. 24 пациента (31,2%) находились на лечении ранее и были госпитализированы повторно в связи с развитием второго психотического приступа.

Длительность катамнестического наблюдения в этих случаях составила 5 лет.

**Критерии включения в исследование:** первый психотический эпизод; соответствие психотического эпизода диагностическим критериям МКБ-10 для острых и преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении (F 23.0, F 23.3, F 23.8, F 23.9); отсутствие предшествующего диагноза шизофрении на амбулаторном или стационарном этапах наблюдения и лечения; наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании.

**Критериями исключения являлись:** зависимость от психоактивных веществ; соматические и неврологические заболевания в стадии декомпенсации; органическое поражение ЦНС.

Применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический методы.

Выраженность психопатологической симптоматики оценивалась по шкале позитивных и негативных симптомов — Positive and Negative Symptom Scale — PANSS [20]. Психометрическую оценку психического состояния проводили при поступлении, через 2 и 4 недели пребывания в стационаре.

Для статистической обработки данных использовался статистический пакет Microsoft Excel 7.0. и программа Determinated Analysis Light Version 5.0 for Windows.

### Результаты и обсуждение

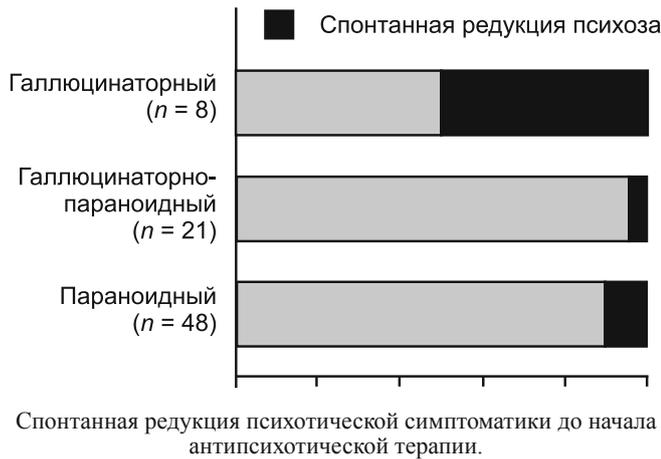
Развитие психотического эпизода у большинства больных приходилось на возрастной период 21—40 лет ( $n = 47$ ; 61%). В возрасте 18—21 года психозы возникали у 15 (19,5%) пациентов, 41—50 лет — у 10 (13%) больных, в возрасте старше 50 лет — 5 (6,5%) человек.

Для острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении в большинстве случаев было характерно внезапное начало с развитием психотической симптоматики в течение 24—48 часов ( $n = 63$ ; 81,8%). Доля психозов с острым и затяжным началом составила 11,7% ( $n = 9$ ) и 6,5% ( $n = 5$ ) соответственно. В течение первых суток были госпитализированы 14,3% больных, длительность нелеченного психоза от 2 до 7 дней отмечалась в 63,6% случаев, 16,9% больных получили медицинскую помощь через две недели после развития психоза. Для терапии психотических состояний при поступлении в стационар назначались типичные нейролептики (галоперидол 10—15 мг/сут, трифлуоперазин 15—20 мг/сут, зуклопентиксол 50—150 мг 1 раз в 2—3 сут). Из атипичных антипсихотиков в основном применялся оланзапин 10—20 мг/сут. Для купирования психотических состояний, сопровождавшихся психомоторным возбуждением, использовались инъекционные формы бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепам 10—20 мг/сут).

В случаях выявления в структуре психотического эпизода депрессивной симптоматики в схему терапии включались антидепрессанты (кломипрамин 100—150 мг/сут, амитриптилин 100—150 мг/сут).

В остром периоде заболевания психотропные лекарственные средства назначались в инъекционной форме, с последующим переходом на пероральный прием препаратов.

Большая часть ( $n = 48$ ; 62,3%) острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении была представлена параноидным синдромом с острым чувственным бредом отношения и преследования.



В 10,4% случаев (8 больных из 77) острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении клиническая картина исчерпывалась галлюцинаторной симптоматикой в виде истинных вербальных и зрительных обманов восприятия.

Галлюцинаторно-параноидный синдром определял состояние в 27,3% (n = 21) случаев и был представлен сочетанием идей преследования с истинными зрительными галлюцинациями и вербальными обманами восприятия, в ряде случаев характеризовавшихся признаками как истинных (экстрапроекция галлюцинаторных образов, отсутствие чувства сделанности), так и свойствами псевдогаллюцинаций (интрапроекция, наличие чувства сделанности).

В 26 (33,8%) случаях острых преходящих психотических расстройств наблюдались нарушения мышления в виде ускорения ассоциативного процесса с непроизвольным наплывом мыслей, но без ощущения постороннего воздействия. Наплывы мыслей встречались в структуре всех типологических вариантов острых преходящих психотических расстройств, нередко выступая в качестве дебютного феномена в развитии психотического эпизода, и отмечались в 38,1% случаев при галлюцинаторно-параноидном синдроме, в 31,3% случаев при параноидном и в 37,5% наблюдений при галлюцинаторном варианте.

Развитие психотического состояния сопровождалось аффективными нарушениями, в основном депрессивного и тревожного регистров. Депрессивный аффект на высоте психоза отмечался в 81,8% (n = 63) случаев, маниакальный синдром встречался у 18,2% (n = 14) больных.

Средняя тяжесть психопатологической симптоматики на момент поступления составила  $92,7 \pm 11$  балла. На 2-й и 4-й неделе наблюдения средний суммарный балл PANSS составил  $51,2 \pm 8,3$  и  $37,4 \pm 6,9$  балла соответственно. Средняя степень редукции психотической

симптоматики по шкале PANSS составила  $84,9 \pm 15\%$ . Высокие значения редукции психотического состояния связаны с отсутствием в постпсихотическом периоде негативной симптоматики у больных с острыми преходящими психотическими расстройствами без симптомов шизофрении, а также с отсутствием остаточных бредовых идей, галлюцинаторных и кататонических симптомов, что имеет место при шизофреническом процессе.

У 46 (59,7%) из 77 пациентов на фоне антипсихотической терапии отмечался постепенный, литический выход из психотического состояния. Критический выход из психоза отмечен у 40,3% (n = 31) обследованных.

Длительность антипсихотической терапии к моменту редукции психотической симптоматики не превышала двух недель для 84,4% наблюдений. Только в 1 случае (1,3%) психотические симптомы сохранялись на фоне психофармакотерапии более месяца.

Быстрая редукция психотической симптоматики имела место во всех случаях при галлюцинаторном варианте острых преходящих психотических расстройств (см. таблицу).

Половина психотических состояний, в структуре которых преобладала галлюцинаторная симптоматика (у 4 (50%) из 8 пациентов), подверглась спонтанной редукции до начала антипсихотической терапии.

Всего у 10 (13%) из 77 пациентов отмечалась спонтанная редукция психотической симптоматики в течение первых суток заболевания до начала терапии в стационаре. Другие типологические варианты обнаруживали меньшую тенденцию к самопроизвольному обрыву психоза. Подобное течение психотического расстройства отмечалось при параноидном и галлюцинаторно-параноидном синдромах в 10,4% (n = 5) и 4,8% (n = 1) наблюдений соответственно (см. рисунок).

Постпсихотическое состояние в ряде случаев характеризовалось сохранением остаточной аффективной симптоматики. У 23 (36,5%) из 63 пациентов после редукции бреда и галлюцинаций сохранялась резидуальная депрессивная симптоматика. Маниакальный аффект характеризовался более медленным темпом редукции в сравнении с тревожной и депрессивной симптоматикой. У 78,6% (n=11) больных из числа пациентов, у которых на высоте психоза отмечалась мания, гипоманиакальное состояние сохранялось в постпсихотическом периоде в течение 2—3 недель.

Повторные психотические приступы наблюдались у 24 (31,2%) из 77 пациентов. По данным объективных и субъективных катамнестических сведений, эти больные после выписки прекращали прием поддерживающей терапии.

Все повторные психотические приступы соответствовали диагностическим критериям параноидной шизофрении (F 20; МКБ-10). Полученные предварительные данные позволили отнести 31,2% исследованных случа-

**Сроки редукции психотической симптоматики в процессе антипсихотической терапии**

Ведущий синдром	Срок редукции психотической симптоматики в процессе антипсихотической терапии									
	менее суток		1—7 сут		8—14 сут		15—30 сут		более 30 сут	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Параноидный (n = 48)	1	2,1	19	39,6	15	31,3	8	16,7	-	-
Галлюцинаторный (n = 8)	1	12,5*	3	37,5	-	-	-	-	-	-
Галлюцинаторно-параноидный (n = 21)	-	-	11	52,4*	5	23,8	3	14,3	1	4,8*

Примечание. \*—  $p \leq 0,05$ .

ев острых психотических расстройств без симптомов шизофрении к атипичным дебютам шизофренического процесса, что дает основание для продолжения психофармакотерапии после клинической редукции первого психотического эпизода.

Таким образом, несмотря на разноречивость мнений в отношении лечения острых психотических расстройств, основным методом терапии этих состояний остается назначение антипсихотических препаратов. Психотические расстройства в исследованной выборке характеризовались значительной выраженностью психопатологической симптоматики и быстрой редукцией в процессе антипсихотической терапии. Также, в ряде наблюдений обнаруживалась тенденция к самопроизвольному обрыву психоза. Вместе с тем, в 31,2% случаев отмечался рецидив заболевания в виде повторного психотического приступа шизофренической структуры, что указывает на необходимость проведения психофармакотерапии после клинической редукции первого психотического эпизода.

#### ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 5—9, 12, 14—15, 19—20 см. References)

1. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2010; 6: 4—11.
2. Денисенко М.М. В поиске оптимальных персональных исходов при первом психотическом эпизоде: от нейробиологических симптомов до принятия клинических решений. *Психиатрия и психофармакотерапия имени П.Б. Ганнушкина*. 2014; 3: 36—40.
3. Шмуклер А.Б., Семенкова Е.А. Возрастные особенности нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013; 23(4): 19—23.
4. Янушко М.Г., Иванов М.В., Сорокина А.В. Когнитивные нарушения при эндогенных психозах: современные представления в свете дименсионального подхода. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24(1): 90—5.
5. Данилов Д.С. Эффективность атипичных нейролептиков при острых приступах приступообразно-прогредиентной шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2007; 107 (11): 25—30.
6. Точилон В.А., Кушнир О.Н. Особенности антипсихотического действия клозапина (азалептина) при лечении больных с острыми психозами. *Современная терапия психических расстройств*. 2012; 1: 16—21.
7. Попов М.Ю. Тревога в структуре острых психотических состояний как обоснование подходов к терапии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2002; 2: 54—6.
8. Богословская А.К. *Ранняя диагностика и лечение острых бредовых состояний: методические рекомендации*. М.; 1982.
9. Козловский В.Л. *Экспериментальное исследование психонейроактивности блокаторов кальциевых каналов (обоснование клинического применения)*: Автореф. Дисс. ... докт.мед. наук. СПб.; 1997.
10. Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. Купирование острой психотической симптоматики у больных шизофренией атипичным нейролептиком rispolept: сравнение с классическими нейролептиками. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2000; 3: 69—71.

#### REFERENCES

1. Mosolov S.N. Some relevant theoretical problems of diagnosis, classification, neurobiology and treatment of schizophrenia: a comparison of foreign and domestic approaches. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2010; 6: 4—11. (in Russian)
2. Denisenko M.M. Find the best personal outcomes of the first psychotic episode: neurobiological symptoms to the clinical decision-making. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya imeni P.B. Gannushkina*. 2014; 3: 36—40. (in Russian)
3. Shmukler A.B., Semenkova E.A. Age peculiarities of neurocognitive deficits in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in the early stages of disease. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 2013; 23(4): 19—23. (in Russian)
4. Yanushko M.G., Ivanov M.V., Sorokina A.V. Cognitive disturbances in endogenous psychoses: modern concepts in the light of the dimensional approach. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 2014; 24(1): 90—5. (in Russian)
5. Crespo-Facorro B., Rodriguez-Sanches J.M., Perez-Iglesias R. Neurocognitive effectiveness of haloperidol, risperidone, and olanzapine in first-episode psychosis: a randomized, controlled 1-year follow-up comparison. *J. Clin. Psychiatry*. 2009; 70 (5): 717—29.
6. Guo X., Zhai J., Liu Z. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: a randomized 1-year study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2010; 67: 895—904.
7. McGorry P., Alvarez-Jimenez M., Killackey E. Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis: less is more. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(9): 898—900.
8. Fleischhacher W.W., Sanchez R., Jin N. Personal and social performance in schizophrenia: double-blind, non-inferiority study of one monthly vs oral aripiprazole. *Europ. Neuropsychopharmacol.* 2013; 23(2): 474.
9. Gleeson J. F.M., Cotton S.M., Alvares-Jimenez M. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients. *J. Clin. Psychiatry*. 2009; 70 (4): 477—86.
10. Danilov D.S. The effectiveness of atypical antipsychotics in acute stroke protopescu-progredient course of schizophrenia. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2007; 107 (11): 25—30. (in Russian)
11. Tochilov V.A., Kushnir O.N. Features antipsychotic action of clozapine (azaleptinum) in the treatment of patients with acute psychosis. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv*. 2012; 1:16—21. (in Russian)
12. Green A.I., Tohen M., Patel J.K. Clozapine in treatment of refractory psychotic mania. *Am. J. Psychiatry*. 2000; 157: 982—6.
13. Popov M.Yu. Anxiety in the structure of acute psychotic States as justification of approaches to therapy. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2002; 2: 54 - 6. (In Russian)
14. Nestoros J.N, Suranyi-Cadotte B.E, Spees R.C., Schwartz G., Nair N.P. Diazepam in high doses is effective in schizophrenia. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 1982; 6: 513—6.
15. Panzer M., Tandon R., Greden J.F. Benzodiazepines and catatonia. *Biol. Psychiatry*. 1990; 28(2): 178-9.
16. Bogoslovskaya A.K. *Early Diagnosis and Treatment of Acute Delusional States: guidelines [Rannaya Diagnostika i Lechenie Ostrykh Bredovykh Sostoyaniy: metodicheskie rekomendatsii]*. Moscow; 1982. (in Russian)
17. Kozlovskiy V.L. Experimental Study of Psychoneuroimmunology Calcium Channel Blockers (rationale for clinical use): Diss. St. Petersburg; 1997. (in Russian)
18. Kalinin V.V., Sulimov G.Yu. Relief of acute psychotic symptoms in patients with schizophrenia atypical neuroleptic Rispolept: comparison with classical neuroleptics. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2000; 3: 69—71. (in Russian)
19. *International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD - 10)*. Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, WHO; 1992: 419.
20. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987; 13(2): 261—76

Поступила 03.06.15  
Принята в печать 29.09.15