

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психологии и карологии с курсом по
(наименование кафедры)

Рецензия зав. кафедрой Дин Борисовича Мирча Альбертовича
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности психологии
серебрянников Илья Александрович
(ФИО ординатора)

Тема реферата математический анализ

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+ / —
6.	Логичность доказательной базы	+ / —
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+ / —
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	5
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4 / хорошо

Дата: «12» 12 20 23 год

Подпись рецензента

Б.А. Альбертович
(подпись)

Борисович Дин
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

И.А. Серебрянников
(подпись)

Серебрянников Илья Александрович
(ФИО ординатора)

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО**

РЕФЕРАТ

Тема: «Маниакальный эпизод»

Выполнил:

Ординатор специальности психиатрия

Серебренников М.А

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М. А

Красноярск 2023

Актуальность

Маниакальные эпизоды являются актуальной проблемой в области психического здоровья. В свете растущей глобальной нагрузки психических расстройств, включая биполярное аффективное расстройство (БАР), важно обратить внимание на маниакальные эпизоды и их актуальность. Вот несколько причин, почему эта тема является важной для исследований и практического применения:

1. Распространенность: Биполярное аффективное расстройство является одним из наиболее распространенных психических расстройств в мире. Маниакальные эпизоды являются ключевым компонентом этого расстройства и затрагивают значительное число людей во всем мире. Они могут стать причиной значительных трудностей в повседневной жизни и приводить к снижению качества жизни.
2. Воздействие на близких: Маниакальные эпизоды не только влияют на самого человека, испытывающего эти симптомы, но и оказывают влияние на его близких. Родственники и друзья должны справляться с нестабильностью настроения, эмоциональной напряженностью и повышенной активностью, что может стать источником стресса и конфликтов в семье и социальной среде.
3. Потеря возможностей: Маниакальные эпизоды могут привести к значительным проблемам и потере возможностей в различных сферах жизни. Люди, испытывающие маниакальные эпизоды, могут столкнуться с проблемами в профессиональной сфере, в учебе, в отношениях или финансовых вопросах. Отсутствие контроля над энергией и необузданное поведение могут привести к временной потере возможности для личного и профессионального развития.
4. Публичное мнение и осведомленность: несмотря на распространенность и влияние маниакальных эпизодов, публичного сознания и осведомленности о БАР все еще не хватает. Неразумение, стигма и предубеждение по отношению к таким психическим заболеваниям ограничивают доступ к поддержке и адекватному лечению. Повышение осведомленности и образование в этой области могут помочь снизить

стигму и создать более доброжелательную и демократичную среду для людей, испытывающих маниакальные эпизоды.

В целом, маниакальные эпизоды являются актуальной проблемой, которая требует дальнейших исследований, образования, понимания и ресурсов для поддержки. Идентификация рисков факторов, разработка эффективных методов диагностики и лечения, а также создание поддерживающей среды важны для того, чтобы помочь людям, страдающим от маниакальных эпизодов, и улучшить их жизнь

Определение

Маниакальный эпизод — аффективное расстройство длительностью, как правило, более одной недели, если не будет сокращено в ходе лечения и характеризующееся чрезвычайно повышенным настроением, чувством благополучия, продуктивностью и повышенной активностью.

Маниакальные эпизоды характеризуются присутствием маниакального синдрома. Характерен подъём настроения, высокая энергичность (иногда гиперактивность), завышенная самооценка, но встречаются и маниакальные эпизоды с преимущественно раздражённым настроением.

Происхождение (этиология) и факторы риска:

Наиболее часто маниакальный синдром наблюдается в рамках биполярного аффективного расстройства. В этих случаях он протекает приступообразно, в виде «эпизодов» с характерными этапами развития. Выраженность симптомов, входящих в структуру маниакального эпизода, может быть различной, меняться у одного больного в зависимости от стадии развития заболевания.

Кроме того, маниакальный синдром может наблюдаться при инфекционных, токсических, органических и других психозах, на почве церебрального или общесоматического заболевания. Поэтому необходимо производить тщательное соматическое обследование маниакальных пациентов¹. В частности, маниакальный синдром может быть проявлением гипертиреоза.

Маниакальный синдром также может быть индуцирован наркотиками или лекарственными средствами (например, антидепрессантами, тетурамом,

бромидами, мепакрином (акрихином), изониазидом, кортикостероидами, леводопой, бромокриптином, галлюциногенами, опиатами, кокаином и другими стимулирующими препаратами), развиться после перенесённого соматического заболевания или хирургической операции. Маниакальный синдром при применении антидепрессантов развивается не только у пациентов с биполярным аффективным расстройством, но и (значительно реже) у пациентов с униполярной депрессией и у пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством. При дифференциальной диагностике у пациентов, у которых маниакальный синдром присутствует на фоне приёма антидепрессантов (а также у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами), о диагнозе биполярного аффективного расстройства можно думать лишь в том случае, если симптомы мании отмечались до начала приёма антидепрессанта или наркотика или если они длятся не менее месяца после его отмены.

К факторам риска развития маниакального синдрома у пациентов с биполярной депрессией относятся (по данным, полученным главным образом в небольших или в ретроспективных исследованиях):

- Приём антидепрессантов (особенно трициклических)
- Относительно более молодой возраст
- Снижение уровня ТТГ.
- Быстрая цикличность
- SS-генотип транспортера серотонина
- Наличие биполярного расстройства I типа
- Гипертимический темперамент (гипертимическая акцентуация личности)
- Наличие смешанной депрессии
- Предшествующее количество маниакальных эпизодов у пациент
- Отсутствие в схеме лечения нормотимика
- Женский пол
- Наличие психоза

Симптоматология

Маниакальный синдром, подобно депрессивному, определяют как наличие триады признаков — у маниакального синдрома эта триада противоположна триаде признаков при депрессии

1.Повышение настроения (гипертимия). Аффект тоски, покинутости, безысходности не возникает даже тогда, когда его следовало бы ожидать по психологически понятным причинам.

2.Ускорение мышления (тахипсихия) с облегчением ассоциативного процесса (уменьшением задержки между мыслями, уменьшением строгости критериев для появления ассоциаций) вплоть до скачки идей (при этом не теряется логика отдельных суждений), появлением идей величия (в первую очередь собственного) и, возможно, с отрицанием вины и ответственности (импунитивные тенденции).

Повышение побудительной и двигательной активности (гипербулия). Одним вариантом гипербулии является растормаживание активности, направленной на получение удовольствия: больные в маниакальном состоянии больше пьют алкоголя (дипсомания), употребляют наркотики, едят, заводят множество сексуальных связей и т. д. Другим вариантом является использование множества видов деятельности с неизбежным падением продуктивности: ни одно дело не доводится до конца.

Классификация МКБ 10

F30 Маниакальный эпизод (включаются «маниакальный эпизод при маниакально-депрессивном психозе» и «биполярное расстройство, единичный маниакальный эпизод»).

- F30.0 Гипомания
- F30.1 Мания без психотических симптомов.
- F30.2 Мания с психотическими симптомами.
- F30.8 Другие маниакальные эпизоды.
- F30.9 Маниакальный эпизод неуточнённый (включается мания БДУ).

Клиническая классификация

Все симптомы выражены в равной степени:

Классическая, или «чистая» мания.

Гипомания — состояние, при котором все три симптома присутствуют, но не достигают уровня расстройства, то есть не нарушают поведение и

социальное функционирование человека и не сочетаются с психотическими расстройствами.

Один из симптомов более выражен, чем обычно:

Гипертимическая (радостная) мания — самым выраженным симптомом является необычайно высокое настроение (гипертимия), выражающаяся празднованием, ликованием.

Спутанная мания — ускорение ассоциаций (тахипсихия), достигающее степени скачки идей.

Один из симптомов меняется на противоположный (см. Смешанное состояние):

Гневливая мания — ускорение мышления и повышение двигательной активности сопровождается снижением настроения, что проявляется в виде повышенной злобности, раздражительности, агрессивных поступков, в части случаев доходит до деструктивного и ауто-деструктивного поведения.

Маниакальный ступор — повышенное настроение и ускоренное мышление, сопровождающиеся двигательной заторможенностью.

Непродуктивная мания — повышенное настроение и двигательная активность в сочетании с замедлением мыслительной активности. Также бывает, что мания протекает вместе с психотическими симптомами.

Примеры:

Маниакально-параноидный вариант — маниакальный синдром с появлением бредовых идей отношения и преследования.

Бредовый вариант — в структуре маниакального синдрома центральное место занимает стойкий бред величия — бред собственной положительной исключительности. При маниакальном синдроме бредовые идеи лишены нелепости и фантастичности, обладают определённой логичной последовательностью, их содержание чаще связано с профессиональной деятельностью больного.

Онейроидная мания — на высоте маниакального синдрома появляются нарушения сознания по онейроидному типу с фантастическими галлюцинаторными переживаниями.

Диагностика

Диагностика болезни мания проводится только врачом-психиатром, имеющим соответствующее образование. Специалист при общении с пациентом собирает анамнез, обращает внимание на семейную предрасположенность к психическим заболеваниям, проводит различные тесты. Для определения маниакальных наклонностей и их выраженности используется шкала Альтмана, состоящая из нескольких пунктов оценки настроения, активности, речи и так далее. Также используется оценочная шкала маний Янга.

Шкала Альтмана для самооценки мании (англ. *Altman self-rating mania scale*) разработана в Университете Иллинойса для оценки наличия и/или выраженности маниакальных (гипоманиакальных) симптомов. Пункты шкалы оценивают изменения психического состояния на основе изменений в настроении, самооценке, потребности во сне, речи и активности. Шкала Альтмана имеет высокую степень корреляции с оценочными шкалами, основанными на клиническом интервью, и в частности, шкалой маний Янга.

Оценочная шкала маний Янга (англ. *Young Mania Rating Scale*); **YMRS** — клиническое пособие, разработанное специалистами Королевского колледжа психиатров (The Royal College of Psychiatrists). Впервые была опубликована в 1978 году, Шкала Янга является клиническим инструментом, используемым для определения выраженности маниакальных симптомов. Заполняется имеющим опыт клиницистом.

Состоящая из 11 пунктов оценочная шкала маний Янга (YMRS) заполняется при проведении клинического интервью (занимающего примерно 15—30 минут). Пункты шкалы оцениваются на основании сведений о клиническом состоянии пациента за последние 48 часов, которые он представляет во время клинического интервью.

Дополнительная информация, на которой основывается оценка, получается из клинического наблюдения во время проведения интервью.

Лечение

При тяжелых маниакальных психозах, когда состояние угрожает безопасности и здоровью пациента, ургентная поведенческая терапия, как правило, требует седации, антипсихическими средствами второго поколения иногда в комбинации с бензодиазепинами, такими как

лоразепам или клонозепам в дозах 2–4 мг в/м или перорально 3 раза в день.

При менее тяжелых острых эпизодах пациентам без противопоказаний (например, со стороны почек) препараты лития рассматривают в качестве терапии первого выбора как мании, так и депрессивных эпизодов. Так как заболевание начинается постепенно (от 4 до 10 дней), то больным с выраженной симптоматикой можно назначать противосудорожные средства или антипсихотические средства 2 поколения.

Противосудорожные препараты, которые действуют как нормотимики, в частности вальпроат и карбамазепин, часто используются для лечения острой мании и смешанных состояний (мании и депрессии). Ламотриджин эффективен для стабилизации настроения и лечения депрессии. Точный механизм действия противосудорожных препаратов при биполярном расстройстве до конца не изучен, но может включать механизмы гамма-аминомасляной кислоты и в конечном счете систему сигнализации G-белка. К их основным преимуществам по сравнению с литием относятся более широкий терапевтический запас и отсутствие нефротоксичности.

Ударная доза вальпроата составляет 20–30 мг/кг, с последующим назначением дозы 250–500 мг перорально 3 раза в день (можно назначать форму с замедленным высвобождением); целевая концентрация в крови составляет 50–125 мкг/мл (347–867 мкмоль/л). Этот подход не приводит к большему числу побочных эффектов, чем постепенное титрование дозы. Побочные эффекты: тошнота, головная боль, седация, головокружение, увеличение веса тела; к редким серьезным осложнениям относятся гепатотоксичность и панкреатит.

Карбамазепином не следует нагружать, стартовая его доза составляет 200 мг 2 раза в день перорально, с постепенным повышением дозы на 200 мг/день до достижения целевой концентрации в крови 4–12 мкг/мл (17–51 мкмоль/л; максимум 800 мг 2 раза в день). Побочные эффекты: тошнота, головокружение, седация и неустойчивое настроение. К очень серьезным последствиям относятся апластическая анемия и агранулоцитоз.

В начале терапии ламотриджин назначают в дозе 25 мг перорально 1 раз в день в течение 2 недель, затем 50 мг 1 раз в день в течение 2 недель, затем 100 мг/день в течение 1 недели, с последующим повышением на 50 мг

каждую неделю, по мере необходимости повышая дозу до 200 мг 1 раз в день. Дозу снижают больным, принимающим вальпроат, и повышают больным, принимающим карбамазепин. Ламотриджин может вызвать сыпь и, редко, опасный для жизни синдром Стивенса-Джонсона в частности, если дозировка повышается быстрее, чем рекомендуется. Больным следует объяснить, что во время приема ламотриджина необходимо сообщать врачу о каком-либо новом появлении сыпи, крапивницы, повышении температуры, отеке гланд, появлении язв во рту и на глазах, отека губ или языка.

Острый маниакальный психоз часто купируется антипсихотическими препаратами 2 поколения такими как:

- Арипипразол (10–30 мг перорально 1 раз/день)
- Карипразин (1,5–3,0 мг 1 раз/день)
- Луразидон (от 20 до 120 мг 1 раз/день)
- Оланзапин (как правило, от 5 до 10 мг перорально 2 раза в день)
- Кветиапин (200–400 мг перорально 2 раза в день)
- Рисперидон (как правило, от 2 до 3 мг перорально 2 раза в день)
- Зипразидон (40–80 мг перорально 2 раза в день)

Заключение

В заключение, маниакальные эпизоды являются серьезным состоянием, которое требует внимания и адекватного лечения. Они затронут не только самого человека, но и его близких, влияя на качество жизни всех вовлеченных сторон.

Актуальность темы обусловлена высокой распространенностью биполярного аффективного расстройства, в состав которого входят маниакальные эпизоды. Они могут приводить к серьезным проблемам в различных сферах жизни, а также вызывать негативное воздействие на общественное мнение и осведомленность о данном расстройстве.

Лечение маниакальных эпизодов включает фармакотерапию, психотерапию и поддержку окружающих. Однако, кроме предоставления медицинской помощи, важно также рассматривать профилактические меры, включающие поддержание стабильного образа жизни, соблюдение

режима дня, управление стрессом и регулярные консультации у специалистов.

Дальнейшие исследования в области маниакальных эпизодов необходимы для лучшего понимания этого состояния и разработки более эффективных методов диагностики, лечения и профилактики. Осведомленность общества о биполярном аффективном расстройстве и его проявлениях играет важную роль в борьбе со стигмой и создании более поддерживающей среды для людей, страдающих от маниакальных эпизодов.

Непрерывное образование для психиатров, психологов и других специалистов, работающих в области психического здоровья, поможет повысить качество предоставляемой помощи и дать людям, испытывающим маниакальные эпизоды, шанс на лучшую жизнь и восстановление.

В целом, понимание маниакальных эпизодов, их последствий и способов лечения является крайне важным для эффективной поддержки и помощи тем, кто страдает от этого состояния. Только совместными усилиями общества, профессионалов и людей, испытывающих маниакальные эпизоды, можно достичь прогресса в борьбе с этим расстройством и создании более здорового общества.

Список литературы

Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 2018; 528 с.

Алексеева Д.Н., Ларских М.В. Патопсихологическое обследование как диагностический инструмент врача-психиатра. Прикладные информационные аспекты медицины. 2020. Т. 17. № 1. С. 8-13.

Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под редакцией С.Н. Мосолова М.: МЕДпресс-информ, 2018. – с.15

Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии // Восток. – 2020. – 374 с.
Шафаренко А. А., Мосолов С.Н. Современная терапия маниакальных и маниакально-бредовых состояний: от доказательных научных исследований к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств: доказательная медицина – клинической практике / Под ред. С.Н. Мосолова. – М., 2022. – с. 554–585.