

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

Зав. кафедрой: ДМН, Доцент М.А. Березовская

## РЕФЕРАТ

На тему: Кататония

Выполнила: ординатор 1-го года

Гуралева М.С.

Красноярск, 2019

## **СОДЕРЖАНИЕ:**

1. Определение. Введение	3 стр.
2. Этиология. Патогенез	3 стр.
3. Клиническая картина.	4 стр.
4. Диагностика	6 стр.
5. Лечение	7 стр.
6. Осложнения	8 стр.
7. Выводы	9 стр.
8. Список использованной литературы	10 стр.

## 1. Введение. Определение.

**Кататонический синдром, кататония** (от др.-греч. *κατατείνω* — «натягивать, напрягать») — психопатологический синдром (группа симптомов), основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства.

Впервые кататония описана Кальбаумом в 1874 году как самостоятельное психическое заболевание, впоследствии Крепелином и Блейлером отнесена к шизофрении, хотя далеко не все авторы того времени разделяли эту точку зрения. В структуре кататонического синдрома выделяют кататоническое возбуждение и кататонический ступор.

Если в начале XX века кататония рассматривалась главным образом как подтип шизофрении, то в настоящее время постепенно становится очевидным, что она представляет собой синдром, часто развивающийся при аффективных и других психических расстройствах, соматических заболеваниях, интоксикациях.

## 2. Этиология и патогенез

Кататонический синдром может возникать при различных заболеваниях. При шизофрении кататонический синдром развивается как в рамках рекуррентного и приступообразно-прогредиентного течения, так и при непрерывно текущей (злокачественной, юношеской) шизофрении. При этом он может проявляться в виде симптомов, входящих в структуру сложного полиморфного синдрома (гебефреническая и рано начавшаяся параноидная шизофрения), или в виде синдрома, определяющего картину болезни в целом.

Кататонический синдром может развиваться при симптоматических (соматогенных инфекционных и интоксикационных) психозах, как острых, так и протрагированных, на фоне делирия, аменции, депрессивно-параноидного и галлюцинаторно-параноидного состояний, а также при органических и сосудистых заболеваниях головного мозга.

Существуют различные точки зрения на патогенез Кататонического синдрома:

Считают, что развитие его связано с воздействием на организм вещества белковой природы - тараксеина. Не исключена возможность, что это вещество является не только первичным, но и вторичным продуктом обмена и обладает токсическими свойствами.

Исследование периодически возникающей кататонии, проявляющейся ступором или возбуждением, позволяет сделать вывод об известной роли в патогенезе кататонии нарушений азотистого обмена: полагают, что развитие Кататонического синдрома связано с повышенным накоплением или повышенным выделением азота.

Причины развития кататонического ступора объясняют также расторможением глубоких отделов мозга, причём считают, что возникновение тотального охранительного торможения, захватывающего анализаторы окружающей среды, ведёт к развитию онейроидной кататонии, в то время как охранительное торможение, распространяющееся по двигательному анализатору, приводит к возникновению люцидной кататонии.

Так же в литературе были приведены возможные гипотезы о механизме развития кататонии:

Согласно Northoff (2002), “модуляция сверху вниз” в базальных ганглиях, обусловленная недостаточностью в коре гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), основного ингибиторного нейротрансмиттера головного мозга, может объяснять двигательные симптомы кататонии. Это объяснение, возможно, основывается на выраженном терапевтическом действии бензодиазепинов, которые вызывают повышение активности ГАМК. Аналогично полагают, что повышенная активность глутамата, основного возбуждающего нейротрансмиттера, также лежит в основе нейрохимических нарушений (Northoff *et al*, 1997).

Osman и Khurasani (1994) полагают, что кататония обусловлена внезапной и массивной блокадой дофамина. Этим можно объяснить, почему антипсихотические препараты, блокирующие дофамин, в основном не приносят пользы при кататонии. Действительно, при остром дефиците дофамина эти средства на самом деле приводят к ухудшению состояния.

Утверждают, что кататония обусловлена возобновлением повышенной активности холинергической и серотонинергической систем после отмены клозапина (Yeh *et al*, 2004).

### **3. Клиническая картина.**

Кататонический синдром в практике представлен двумя основными формами – кататонический ступор и кататоническое возбуждение.

Симптомы, которые встречаются в структуре кататонического синдрома:

- *стереотипии* (однообразные повторения) движений и позы;
- *вербигерация* (однообразное повторение слов и фраз);
- *эхоимптомы* - повторение движений другого человека (эхопраксия, или эхокинезия) либо его слов и фраз (эхолалия, или эхофразия);
- *негативизм* (*пассивные и активный*) - при пассивном негативизме больной не выполняет обращенные к нему просьбы, при активном совершает вместо предлагаемых действий другие, прямо противоположные тем, которые его просят выполнить), сюда же включается мутизм – отказ от речи;

- *каталепсия* - расстройство двигательной функции, заключающееся в том, что отдельные части тела больного (голова, руки, ноги) могут сохранять приданное им положение; кроме того, сам больной может на длительное время застывать в какой-либо, даже неудобной позе. Включаются: симптом «воздушной подушки», восковая гибкость

## **Формы:**

### **Кататонический ступор**

Кататонический ступор характеризуется двигательной заторможенностью, молчанием, мышечной гипертонией. В скованном состоянии больные могут находиться в течение нескольких недель и даже месяцев. Нарушены все виды деятельности, в том числе инстинктивная. Различают три вида кататонического ступора:

1. Ступор с восковой гибкостью (каталептический ступор) характеризуется застыванием больного на длительное время в принятой им или приданной ему позе, даже очень неудобной. Не реагируя на громкую речь, могут отвечать на тихую шёпотную речь, спонтанно растормаживаться в условиях ночной тишины, становясь доступными контакту.
2. Негативистический ступор характеризуется, наряду с двигательной заторможенностью, постоянным противодействием больного любым попыткам изменить его позу.
3. Ступор с оцепенением характеризуется наибольшей выраженностью двигательной заторможенности. Больные принимают и подолгу сохраняют позу эмбриона, может наблюдаться симптом воздушной подушки.

### **Кататоническое возбуждение**

Выделяют три формы кататонического возбуждения:

1. Патетическое кататоническое возбуждение характеризуется постепенным развитием, умеренным двигательным и речевым возбуждением. В речи много пафоса, может отмечаться эхолалия. Настроение повышенное, но имеет характер не гипертимии, а экзальтации, периодически отмечается беспричинный смех. При нарастании симптоматики появляются черты гебефрени — гебефрено-кататоническое возбуждение. Возможны импульсивные действия. Расстройств сознания не возникает.
2. Импульсивное кататоническое возбуждение развивается остро, действия стремительные, часто жестокие и разрушительные, носят общественно опасный характер. Речь состоит из отдельных фраз или слов, характерны эхолалия, эхопраксия, персеверации. При предельной выраженности данного вида кататонического возбуждения движения хаотичные, могут приобретать хореиформный характер, больные склонны к самоповреждениям.
3. Немое (безмолвное) возбуждение — хаотическое, бессмысленное, нецеленаправленное возбуждение с агрессией, яростным сопротивлением, нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений.

## **Синдромокинез**

Возможны взаимные переходы одного вида ступора в другой, патетического возбуждения в импульсивное, хотя это наблюдается достаточно редко. Возможны взаимные переходы кататонического возбуждения в ступор и наоборот: патетическое возбуждение может сменяться каталептическим ступором, импульсивное — негативистическим или ступором с оцепенением, равно как и ступор может внезапно прерываться соответствующим видом возбуждения.

Кататонический синдром может иметь различные проявления, в том числе в форме яктации.

При каталептическом ступоре могут наблюдаться галлюцинации, бредовые расстройства, иногда признаки нарушения сознания по типу онейроида — т. н. *онейроидная кататония*, по выходе из которой большая часть продуктивной симптоматики амнезируется. Негативистический ступор и ступор с оцепенением представлены т. н. *люцидной (прозрачной, чистой) кататонией*, при которой отсутствуют продуктивные симптомы, нет помрачения сознания, больные ориентированы, осознают и запоминают окружающее.

## **4. Диагностика**

### ***МКБ–10***

Для диагностики кататонической шизофрении в МКБ–10 (категория F20.2) требуется, чтобы у пациента на протяжении двух недель четко проявлялась, по крайней мере, одна из следующих характеристик кататонии: ступор, возбуждение, застывание в различных позах, негативизм, ригидность, восковая гибкость и “командный автоматизм” (автоматическая подчиняемость).

Если пациент с тяжелой депрессией находится в ступоре, то ставится диагноз “тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами” (F32.3), даже если бредовые идеи и галлюцинации отсутствуют.

Аналогично будет поставлен диагноз “мании с психотическими симптомами” (F30.2) пациенту с маниакальным ступором.

Таким образом, при депрессии или мании только ступор, самое крайнее проявление кататонии, по-видимому, имеет диагностическое значение, тогда как для диагностики шизофрении требуется гораздо более широкий спектр соответствующих признаков.

Кататония, обусловленная соматическими заболеваниями, диагностируется как “органическое кататоническое расстройство” (F06.1).

### **Оценочные шкалы для кататонии**

Применение оценочных шкал помогает выявлять лиц с кататонией, которая иначе, возможно, не была бы диагностирована (Van der Heijden *et al*, 2005).

Для выявления кататонии, очевидно, чаще всего используют такой инструмент, как шкала Bush–Francis для оценки кататонии (Bush–Francis Catatonia Rating Scale — BFCRS). Она содержит 23 пункта, также существует и более краткая скрининговая версия из 14 пунктов.

Еще одна шкала для оценки кататонии, модифицированная шкала Rogers (Modified Rogers Scale — MRS), также была валидизирована (Starkstein *et al*, 1996). Она позволяет оценивать нарушения движений, волевых актов, речи и поведения в целом, а также помогает дифференцировать симптомы кататонии и внешне схожие экстрапирамидные побочные эффекты (Lund *et al*, 1991).

Peralta и Cuesta (2001) установили, что наличие трех или более из следующих 11 симптомов свидетельствует о диагнозе кататонического синдрома: обездвиженность / ступор, мутизм, негативизм, сопротивляемость, вычурные позы, каталепсия, автоматическая подчиняемость, эхо-феномены, ригидность, вербигерация и аутизм.

## **5. Лечение кататонии.**

Лечение проводят в психиатрическом стационаре; оно направлено на основное заболевание.

За пациентами, у которых возникла кататония, необходим интенсивный медсестринский уход и регулярный мониторинг основных показателей жизненно важных функций организма. Соматическое состояние пациента, особенно в случае затяжной кататонии, может обуславливать необходимость внутривенного введения жидкости и парентерального питания.

Бензодиазепины являются препаратами выбора при кататонии.

В проспективном открытом исследовании (Ungvari *et al*, 1994a) 18 пациентов с кататонией проходили лечение либо лоразепамом перорально, либо диазепамом внутримышечно: у 16 наблюдалось существенное клиническое улучшение в течение 48 часов, причем у двоих наступила полная ремиссия после всего лишь одной дозы. Однако у девяти пациентов в последующем потребовалось проведение ЭСТ, чтобы достичь дальнейшего улучшения. Rosebush и коллеги (1990) сообщили еще о более выраженной и быстрой терапевтической реакции на лоразепам — у 12 из 15 пациентов с кататонией полностью исчезли симптомы в течение двух часов. Низкие дозы бензодиазепинов эффективны как при кататоническом ступоре, так и при кататоническом возбуждении (Ungvari *et al*, 1994b). Органическая кататония также хорошо поддается лечению бензодиазепинами (Rosebush *et al*, 1990, 1995).

Подобно бензодиазепинам, ЭСТ эффективна при кататонии, обусловленной либо функциональными психическими расстройствами (включая шизофрению), либо органическими причинами (Rohland *et al*, 1993); она эффективна даже при истерической кататонии (Dabholkar, 1988). Venegal и соавторы (1993) сообщили о хорошей терапевтической реакции на ЭСТ в своей выборке из 65 пациентов с кататонией, включавшей 30 индивидов с идиопатической кататонией, 19 с шизофренией и 16 с депрессией. Продолжительность заболевания была короче в

группе пациентов с идиопатической кататонией. Кроме того, количество сеансов ЭСТ, необходимых для улучшения, не зависело от основного диагноза.

Неотложное применение ЭСТ является лечением выбора при злокачественной кататонии (Rommeru & Januel, 2002). В методических рекомендациях по ЭСТ Королевского колледжа психиатров (Scott, 2005) уточняется, что при кататонии можно проводить ЭСТ в случае, если лечение лоразепамом оказалось неэффективным.

Обычно антипсихотические препараты не рекомендуются во время лечения кататонической стадии, даже если она обусловлена психотическим заболеванием, например шизофренией, поскольку существенно возрастает риск провоцирования злокачественного нейрорептического синдрома.

## **6. Осложнения кататонии.**

К тяжёлым осложнениям при кататонии могут приводить нарушение контакта с пациентом вследствие мутизма или других симптомов, неподвижность, недостаток ухода (в том числе в учреждениях длительного ухода, таких как дома престарелых, государственные психиатрические больницы), излишний пессимизм врачей в отношении состояния пациентов, когда состояние ошибочно оценивается как безнадежное, который приводит к пассивности в плане лечения и профилактики осложнений.

У пациентов с кататонией возможны следующие тяжёлые осложнения:

-пневмония вследствие аспирации, недоедания или других причин

-венозный тромбоз и лёгочная эмболия

-пневмоторакс, бронхоплевральный свищ

-нарушения со стороны желудочно-кишечной системы (запор и кишечная непроходимость, эзофагит, диарея, бактериальная колонизация желудка и др.)

-метаболические последствия кормления через трубку (гипогликемия, гиперкапния, электролитные нарушения)

-кариес, заболевания дёсен, грибковые инфекции полости рта

-повреждения кожи (пролежни)

задержка мочи, недержание мочи, инфекции мочевых путей

-вагинальные инфекции у женщин

-нервно-мышечные осложнения (сгибательная контрактура, нервный паралич)

## **7. Выводы.**

Кататонию все еще нельзя считать редким явлением. Она чаще ассоциируется с аффективными расстройствами, нежели с шизофренией, но механизмы ее развития еще не установлены. Кататонический ступор встречается редко, и у большинства пациентов с кататонией отмечается стертая симптоматика, которую можно легко пропустить, если не искать их специально.

Хотя кататония встречается как при функциональных, так и при органических расстройствах, лечение практически одинаковое, и большинство пациентов хорошо поддаются лечению бензодиазепинами или ЭСТ. Возможно, в некоторых случаях следует избегать лечения основного расстройства (например, не использовать антипсихотические препараты при острой кататонической шизофрении) до тех пор, пока не разрешится кататоническая стадия. Это указывает на то, что кататония является уникальным синдромом, который требует собственного лечения, независимо от вызвавшего ее расстройства. Для кататонии характерно несколько определенных признаков и симптомов. Однако в рамках этого синдрома определенные особенности, такие как ступор, вычурные позы, восковая гибкость и негативизм, по-видимому, более специфичны для кататонии, чем для обусловившего ее расстройства, тогда как менее острые симптомы, например манерность, стереотипии и нарушения речи, очевидно, более специфичны для основного расстройства, чем для кататонии. Следовательно, более специфическим характеристикам придают большее значение при постановке диагноза кататонии, и именно эти специфические характеристики обычно диктуют, следует ли проводить отдельное лечение в дополнение к стандартному лечению основного расстройства либо — в некоторых случаях — вместо него.

Важно помнить, что состояние кататонии, как возбуждения, так и ступора могут развиваться в жизнеугрожающие неотложные состояния – фебрильную кататонию, ЗНС, в связи с чем пациентам с данным синдромом необходимы особенно тщательный уход, наблюдение и своевременные лечебно-тактические мероприятия.

## **8. Список использованной литературы.**

1. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б., Цукарзи Э.Э. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении, 2014. – 41с.
2. Тиганов А.С. - Общая психопатология. Курс лекций. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 128с.
3. Стал Стивен М. - Основы психофармакологии. Теория и практика. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2019. – 332-345 с.
4. Общие вопросы психопатологии и классификация психических расстройств // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Дмитриевой Т. Б., Краснова В. Н., Незнанова Н. Г., Семке В. Я., Тиганова А. С.. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 299. — 1000 с.
5. Abrams, R. & Taylor, M. A. (1976) Catatonia. A prospective clinical study. *Archives of General Psychiatry*, 33, 579–581
6. Клинические разборы в психиатрической практике/ Под ред. А.Г.Гофмана. -М.: МЕДпресс-информ, 2016. -704 с
7. Сумин С.А. Экстренные и неотложные состояния : Учебное пособие для подготовки кадров высшей квалификации. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2019. – 624с.