

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: «Кататонический синдром»

Выполнила:

Ординатор специальности психиатрия

Перевалова П. В

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М. А

Оглавление

Актуальность.....	3
Этиология и патогенез.....	4
Клиническая картина.....	5
Диагностика.....	7
Лечение кататонии.....	9
Осложнения кататонии.....	10
Выводы.....	11
Список использованной литературы.....	12

Кататонический синдром (от греч. *Katátonos* - напряженный) - психопатологический синдром, основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства в виде состояний возбуждения и обездвиженности (ступора) с мышечным напряжением, которые носят немотивированный характер (не определяются ситуацией или другими психопатологическими синдромами).

После описания К. Kahlbaum кататонии как типового психомоторного расстройства, оно было концептуализировано Е. Краепелин, а затем Е. Bleuler в качестве одного из синдромов шизофрении. Однако уже в конце прошлого века кататония стала рассматриваться как относительно независимый диагностический кластер двигательно-поведенческих нарушений, обусловленных широким кругом психопатологических, неврологических, метаболических, иммунологических и токсикологических расстройств.

Вопрос диагностической принадлежности кататонических нарушений, а также подходы к их выявлению, с момента первого описания кататонии всегда оставался спорным и вызывал бурную полемику. На сегодняшний день большинством исследователей кататонические нарушения рассматриваются, как неспецифическое осложнение тяжело протекающих психических расстройств различной этиологии, наиболее часто встречающееся в рамках аффективных нарушений.

До сих пор в мировом исследовательском сообществе не ослабевает интерес к проблеме кататонии. Не только в рамках изучения этиологии и патогенеза данного синдрома, но и решения актуальных проблем практического здравоохранения, таких как ранняя диагностика, и, как следствие, выбор правильной тактики лечения пациентов с кататонической симптоматикой, с целью предупреждения осложнений, увеличения эффективности лекарственной терапии, сокращения сроков госпитализации.

Изучение клиники, диагностики и лечения кататонического синдрома остается актуальным так же и для практики врача-психиатра, в связи с тем, что кататонический синдром опасен как для пациента (в связи с возможными осложнениями, перехода кататонических симптомов в жизнеугрожающее состояние – фибрилльную кататонию), так и для медицинского персонала (вследствие кататонического возбуждения, немотивированных импульсивных действий, или резкой смены кататонического ступора на возбуждение, что может быть не всегда очевидным и предсказуемым, особенно в условиях недостаточной информированности, осведомленности о синдромокинезе данного состояния).

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 галлюцинаторнопараноидного 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).

Клиническая картина

Кататонические состояния в зависимости от наличия или отсутствия помрачения сознания соответственно подразделяют на онейроидные и люцидные. Экстатическое, импульсивное и гебефреническое возбуждение, а также ступор с явлениями восковой гибкости и субступорозные состояния развиваются при онейроидном помрачении сознания. Ступор с негативизмом и оцепенением обычно свойствен люцидной кататонии.

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);
- эхосимптомы - 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.

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:

Клиническая картина

Кататонические состояния в зависимости от наличия или отсутствия помрачения сознания соответственно подразделяют на онейроидные и люцидные. Экстатическое, импульсивное и гебефреническое возбуждение, а также ступор с явлениями восковой гибкости и субступорозные состояния развиваются при онейроидном помрачении сознания. Ступор с негативизмом и оцепенением обычно свойствен люцидной кататонии.

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);
- эхосимптомы - 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.

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 гебефрении - 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 хореоформный характер, больные склонны к самоповреждениям.

3. Немое (безмолвное) возбуждение - хаотическое, бессмысленное, нецеленаправленное возбуждение с агрессией, яростным сопротивлением, нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений.

Состояния кататонического возбуждения и ступора возникают аутохтонно, могут сменять друг друга достаточно быстро (иногда внезапно) и часто; носят функциональный характер (т.е. по миновании болезненного периода или на фоне лечения контроль над двигательной сферой полностью восстанавливается).

Диагностика

Своевременное выявление кататонических расстройств является важным аспектом психиатрического обследования, так как существенно влияет на выбор дальнейшей тактики лечения пациента.

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).

В настоящее время предлагается большой спектр диагностических инструментов для выявления кататонических расстройств. Наиболее распространенной и изученной является шкала Bush Fransis Catatonia Rating Scale (BFCRS), разработанная в 1996 году. Она состоит из двух блоков и включает в себя помимо пунктов, направленных на оценку степени тяжести кататонии, инструмент для скрининга кататонических расстройств — Bush Fransis Catatonia Screening Instrument (BFCSI). Данная шкала используется в большинстве современных исследований, направленных на выявление и количественную оценку кататонических расстройств. Она достаточно проста в использовании, так как изначально разрабатывалась с целью рутинного обследования пациентов. По замыслу авторов время, необходимое на оценку состояния с ее помощью, составляет около 5 минут.

Пункты полной версии шкалы Буша – Фрэнсиса (первые 14 пунктов соответствуют скрининговой версии):

- 1) Возбуждение - Моторная гиперактивность
- 2) Ступор и неподвижность - Обездвиженность, замирание, слабая реакция на стимулы
- 3) Мутизм - Полное отсутствие речи при условии сохранности речедвигательного аппарата
- 4) Фиксированный взгляд - Фиксированный взгляд на предметы, редкое мигание
- 5) Катаlepsия - Сохранение неудобной позы на протяжении длительного времени
- 6) Гримасничанье - Вычурная мимика, не соответствующая внешним и внутренним обстоятельствам
- 7) Эхопраксия/эхолалия - Непроизвольное повторение или имитация человеком жестов, поз и движений окружающих его лиц
- 8) Стереотипии - Повторяющаяся бесцельная двигательная активность

- 9) Манерность - Вычурность, неестественность поведения
- 10) Вербигерации - Стереотипное повторение одних и тех же слов или фраз
- 11) Ригидность - Сохранение принятого положения тела, несмотря на попытки привести человека в движение
- 12) Негативизм - Стойкое сопротивление попыткам привести пациента в движение
- 13) Восковая гибкость - Патологически длительное сохранение приданной позы
- 14) Реакция отказа - Отказ от еды, питья, зрительного контакта
- 15) Импульсивность - Внезапное неуместное поведение
- 16) Автоматическая подчиняемость - Автоматическое выполнение указаний и инструкций
- 17) Податливость - Придание неудобной позы, возможность касанием двигать тело пациента, которое возвращается в исходное положение
- 18) Моторный негативизм - Сопротивление пассивному движению пропорционально силе стимула
- 19) Амбигуэнтность - Одномоментное подчинение и сопротивление получаемым указаниям
- 20) Хватательный рефлекс - Рефлекторное хватание объекта, стимулирующего ладонь. Выявляется при неврологическом осмотре
- 21) Персеверации - Многократные речевые или двигательные повторы
- 22) Агрессивность - Агрессивное и нецеленаправленное поведение
- 23) Вегетативная дисфункция - Колебания температуры, артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания

Каждый из симптомов оценивается по шкале интенсивности от 0 до 3. При сохранении двух и более пунктов шкалы в течение суток кататония является наиболее вероятным диагнозом. Во избежание гипердиагностики такие признаки, как импульсивность и агрессивность, исключены из скрининговой версии.

Большой интерес также представляет разработанная в 1999 году Northoff Catatonia Rating Scale (NCRS). В отличие от BFCRS, опирающейся, преимущественно, на критерии DSM, для выявления кататонической симптоматики, и оценивающей, в основном, ее количественную представленность, NCRS построена по другому принципу. Спектр симптомов, оцениваемых при помощи данной шкалы, намного шире и включает расстройства, описанные в работах Кальбаума, Крепелина, Блейлера, Ясперса, Клейста и Леонгарда. Особенностью данной шкалы является разграничение всех представленных симптомов на три группы — моторные, аффективные и поведенческие симптомы.

Менее широко в настоящее время используются такие инструменты как Rogers Catatonia Scale (RCS), Modified Rogers Catatonia Scale (MRS), Braunig Catatonia Rating Scale (BCRS) и Neuropsychiatric and Neuromovement Examination Rating. “Золотым стандартом” для оценки кататонических расстройств как в исследовательской, так и в практической деятельности в настоящее время остается Bush Francis Catatonia Rating Scale.

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.

Эффективность бензодиазепинов обусловлена регуляцией ГАМКергической системы, участие которой подтверждается в патогенезе КС. Кроме того, важную роль в достижении клинического эффекта бензодиазепинов при КС, по-видимому, играет их миорелаксирующее действие. Терапевтический эффект при применении бензодиазепинов, по различным данным, достигается в 66–100 % случаев, лучше лечению поддаются пациенты с быстрым развитием симптоматики. В тех исследованиях, где лечению бензодиазепинами предшествовала длительно текущая симптоматика кататонии, наблюдался более слабый терапевтический ответ. Клиническое улучшение наступало быстрее при многократном введении препаратов в течение дня.

Среди бензодиазепинов наиболее исследованным средством является лоразепам в дозах от 2 до 16 мг/сут. В трех сравнительных исследованиях диазепама и лоразепама при КС продемонстрирована большая эффективность последнего. Доказательных исследований эффективности феназепама в лечении кататонической симптоматики не обнаружено, однако имеются клинические наблюдения положительного эффекта феназепама при терапии КС.

При хорошей реакции на терапию бензодиазепинами эффект обычно отмечается в течение нескольких дней. Во многих исследованиях изучалась роль антипсихотиков в лечении КС. Считается, что клозапин оказывает благотворное влияние на кататонические симптомы, уменьшая их выраженность, а классические нейролептики могут приводить к клиническому ухудшению и, по-видимому, связаны с индуцированием летальной кататонии или злокачественного нейролептического синдрома, вызывая усиление экстрапирамидных и кататонических симптомов, а также спутанности и ажитации.

В целом назначение антипсихотических препаратов при КС считается нецелесообразным ввиду высоких рисков утяжеления кататонической симптоматики и развития ЗНС. Исключение может быть сделано для антипсихотиков с хорошим профилем неврологической переносимости, прежде всего клозапина, но даже такие антипсихотики лучше применять в низких терапевтических дозах и на более поздних этапах терапии.

Ряд специалистов для лечения кататонии предлагают использовать антиконвульсанты как препараты с ГАМКергическими свойствами. Так, в открытом проспективном исследовании у 9 больных с КС при недостаточном эффекте лоразепама назначался карбамазепин, при этом у четырех пациентов наблюдалось значительное улучшение состояния и еще у одного – частичное. (Kritzinger P.R., Jordaаn G.P. Catatonia: an open prospective series with carbamazepine //Int J Neuropsychopharmacol. – 2001.)

Помимо антиконвульсантов терапевтическую эффективность у нескольких больных с КС продемонстрировали антагонисты NMDA-рецепторов амантадин (100–500 мг/сут) и мемантин (10–20 мг/сут).

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). 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); повреждения кожи (пролежни) задержка мочи, недержание мочи, инфекции мочевых путей; вагинальные инфекции у женщин; нервно-мышечные осложнения (сгибательная контрактура, нервный паралич).

Выводы

Несмотря на исчерпывающее клиническое описание кататонического синдрома, до сих пор сохраняются трудности его диагностики и терапии. Если раньше кататонический синдром рассматривался преимущественно в рамках шизофренического процесса, то в современных классификациях он представлен в качестве состояния, которое может встречаться в рамках различной этиологии, в том числе неврологической и соматической. Среди психиатрических причин КС, чаще ассоциируется с аффективными расстройствами.

Для кататонии характерен ряд признаков и симптомов, таких как: моторная гиперактивность, или, напротив, обездвиженность, замирание, мутизм, каталепсия, эхопраксия/эхолалия, стереотипия, манерность, ригидность, негативизм, автоматическая подчиняемость.

У большинства пациентов с кататонией отмечается стертая симптоматика, которую можно легко пропустить, если не искать ее специально. Хотя кататония встречается как при функциональных, так и при органических расстройствах, большинство пациентов хорошо поддаются лечению бензодиазепинами.

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.

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.

Список использованной литературы

1. Психиатрия : национальное руководство : краткое издание / гл. ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 768 с.
2. Психиатрия. Основы клинической психопатологии : учеб. для студентов мед. вузов / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 384 с.
3. Стал Стивен М. - Основы психофармакологии. Теория и практика. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2019. – 332-345 с.
4. Конорева , А., Цукарзи, Э., & Мосолов, С. (2019). КАТАТОНΙΑ: ПАТОФИЗИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ. Современная Терапия Психических Расстройств, (4), 2–10.
5. Дунаевский В.В., Кузнецов А.В. Кататония — эволюция взглядов и современные представления (обзор литературы). Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2019;(4-2):29-40

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 Кафедра психиатрии и наркологической ПП
(наименование кафедры)

Рецензия зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психиатрии

Тема реферата "кататонический синдром."
(ФИО ординатора)

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)	5/5
9.	Наличие общего вывода по теме	1
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

Дата: «9» июня 2023 год

Подпись рецензента

(подпись)

Березовская М.А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(подпись)

Третьякова Т.В.
(ФИО ординатора)