

К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОСТРЫХ ТРАНЗИТОРНЫХ ПСИХОЗОВ

Е. А. Мельникова

ОГУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница»

Острые психотические расстройства занимают неоднозначное место в структуре психических расстройств. Несмотря на многочисленные исследования (1–6), до сих пор ведутся споры их нозологической оценки, клинической типологии, классификации, патогенеза (7). С момента введения МКБ-10 эти проблемы вновь актуализируются как для теоретических исследований, так и для практической психиатрии. Диагностические рубрики МКБ-10 описывают симптомы, отдельные признаки, но не клиническую картину этой группы расстройств.

Целью настоящего исследования являлось изучение синдромальной картины острых психозов, их удельного веса, длительности, динамики.

Число мужчин в исследуемой выборке составило 114 человек (41,4%), женщин – 161 (58,5%), отмечалось достоверное ($p < 0,001$) преобладание женщин.

Средний возраст пациентов в исследуемой группе составил – $33,4 \pm 11,5$ (минимальный – 17, максимальный – 59) лет; средний возраст женщин – $36,4 \pm 11,2$ (минимальный – 17, максимальный – 59) лет; средний возраст мужчин – $28,6 \pm 10,3$ (минимальный – 17, максимальный – 55) лет.

Внимание привлекли различия в возрастном профиле у мужчин и женщин. Возрастной профиль заболеваемости у мужчин соответствовал таковому при шизофрении (максимальные цифры в молодом

возрасте с постепенным снижением случаев заболеваемости), в то время как «женская» кривая демонстрирует повышение частоты случаев в возрастном периоде 40–49 лет (рис. 1).

Как видно из таблицы из 275 обследованных пациентов более чем в половине случаев (175 чел.) был установлен диагноз острого полиморфного психотического расстройства, что составило 63,7% от общей выборки. Причем острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении было диагностировано в 25,5% случаев (70 чел.), а острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении в 38,2% (105 чел.).

Это, вероятно, объясняется большим удельным весом в клинической картине первых психотических эпизодов синдромально неоднородной, аффективно насыщенной, быстро меняющейся структуры. Следует отметить, что острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении и острое преимущественно бредовое расстройство достоверно чаще встречались у женщин

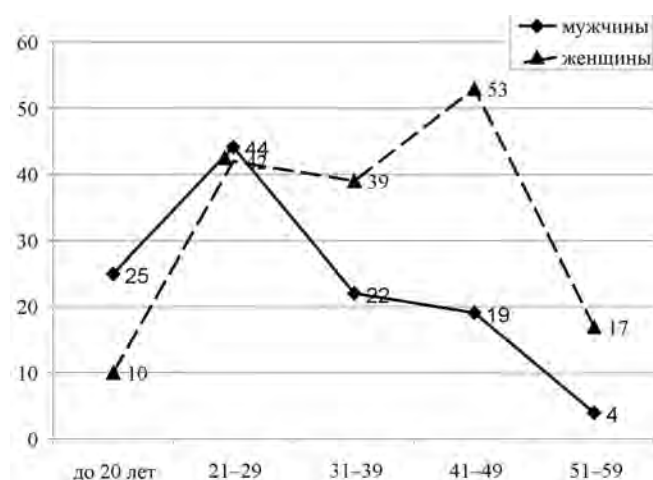


Рис. 1. Соотношение половозрастных различий в исследуемой выборке

Распределение пациентов по полу
в соответствии с диагнозом

	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении	18	25,7	52	74,3	70	25,5
Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении	54	51,4	51	48,6	105	38,2
Острое шизофреноподобное психотическое расстройство	30	55,6	24	44,4	54	19,6
Острое преимущественно бредовое психотическое расстройство	4	12,1	29	87,9	33	12,0
Другие острые и транзиторные психотические расстройства	8	61,5	5	38,5	13	4,7%
Всего	114	100	161	100	275	100

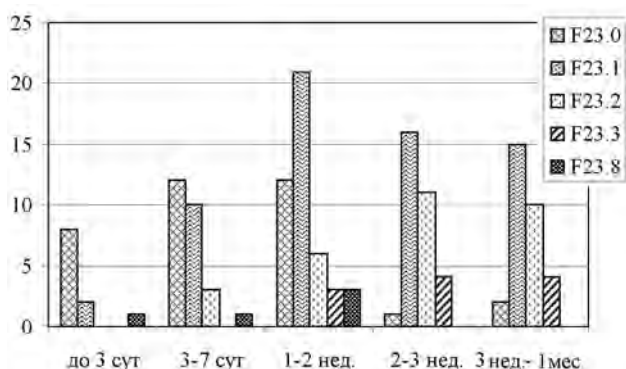


Рис. 2. Соотношение клинического диагноза и длительности психоза

(значение $p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно). А острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении и острое шизофреноподобное расстройство достоверно чаще наблюдалось у мужчин ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно)

Другие острые и транзиторные психотические расстройства составили наименьшую группу из числа обследованных больных – 4,7% (13 чел.). Этот факт можно объяснить кратковременностью, скоротечностью данной группы психозов, длительность которых составляет порой 1–3 суток. Вероятно, часть пациентов не попадают в поле зрения психиатров в связи с быстрой редукцией психотической симптоматики.

Продолжительность разных форм острых психотических расстройств представлена на рис. 2.

Согласно диаграмме, острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении протекало с различной продолжительностью от 3 суток до 1 месяца. Причем в 70% случаев психозы этой диагностической рубрики укладывались в двухнедельные временные рамки.

Продолжительность острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении и острого шизофреноподобного расстройства имела общую склонность к более длительному течению. Так, в группе F23.1 кратковременное (до 3 сут.) течение психоза наблюдалось лишь в двух случаях, что составило 1,9% от общего числа этой

диагностической группы. В группе F23.2 такие случаи не наблюдались. Приблизительно в трети случаев в этих диагностических группах (33,3% – F23.1; 35,2% – F23.2) психоз длился около 1 месяца. В половине случаев длительность психоза составила от 2 до 3 недель (49,5% – F23.1, 51,8% – F23.2).

Острое бредовое расстройство в 3,0% случаев длилось от 3 до 7 суток, в 27,3% – от 1 до 2 недель, в 24,2% – от 2 до 3 недель, в 45,5% случаев – от 3 недель до месяца. Более быстрой редукции психотической симптоматики в данной диагностической группе не наблюдалось.

Другие острые транзиторные психозы отличались кратковременным течением. Не наблюдалось ни одного случая, когда диагностированное в этой рубрике состояние длилось более 2 недель. В 38,5% психоз продолжался до 3 суток, в 23,0% – от 3 до 7 суток, в 38,5% – от 1 до 2 недель.

Таким образом, острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении встречалось преимущественно у женщин, отличалось кратковременным течением, разнообразной, быстро меняющейся, синдромально незавершенной симптоматикой.

Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении и острое шизофреноподобное расстройство диагностировались чаще у мужчин, отличались более длительным течением, клиническая картина носила более стабильный характер с очерченными синдромами.

В картине острого преимущественно бредового расстройства также отсутствовали варианты abortивного течения, расстройство встречалось преимущественно у женщин, преобладала персекуторная тематика.

В группу других острых и транзиторных расстройств вошли краткосрочные эпизоды психотических расстройств с синдромально незавершенной и, нередко, слабо дифференцированной, abortивной симптоматикой.

Все клинические группы отличались большим удельным весом аффективного, в особенности, тревожного компонента, что соответствует результатам других исследований (2).

ЛИТЕРАТУРА

1. Наджаров Р.А. Приступообразная шизофрения и проблема периодических психозов // Новые данные о патогенезе, клинике и лечении нервных и психических заболеваний. Тезисы докладов на пленуме правления Всесоюзного научно-медицинского общества невропатологов и психиатров. – Кишинев: «Карта Молдовянскэ», 1977. – С. 165–167
2. Папандопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика). – М.: Медицина, 1975. – 192 с.
3. Петракова А.В. Клинические варианты, психопатология и прогноз транзиторных психозов. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, 2003.
4. Langfelt G. Schizophrenia und schizophrenoforme Zuschtande // Arch. Psychosen. – 1958. – Bd. 6. – S. 196.
5. Moller H.-J. Problems associated with the classification and diagnosis of psychiatric disorders // WLD J. Biol. Psychiatry. – 2005. – Vol. 6, N 1. – P. 45–56.
6. Opjordsmoen S. Reactive psychosis and other brief psychotic episodes // Current psychiatry reports. – 2001. – Vol. 3. – P. 338–341.
7. Pichot P. The concept of «Bouffee delirante» with special reference to the Scandinavian concept of reactive psychosis // Psychopathology. – 1986. – Vol. 19. – P. 35–43.
8. Retterstol N. The Scandinavian concept of reactive psychosis, schizophreniform psychosis and schizophrenia // Psychiat. Clin. – 1978. – Vol. 11. – P. 180–187.