

*Азатян А.С.,*

*студент*

*2 курс, Лечебный факультет*

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ*

*Россия, г. Москва*

*Балашова Е.П.,*

*Студент*

*2 курс, Лечебный факультет*

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ*

*Россия, г. Москва*

*Гасымов А.Х.,*

*студент*

*3 курс, Лечебный факультет*

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ*

*Россия, г. Москва*

*Дмитриев О.В.,*

*студент*

*2 курс, Лечебный факультет*

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ*

*Россия, г. Москва*

## **МАНИАКАЛЬНЫЙ СИНДРОМ КАК**

*Аннотация: Мания — это период продолжительностью 1 недели и более, в течение которого человек испытывает изменения в нормальном поведении, резко влияющие на качество жизни. Манию можно охарактеризовать как состояние с повышенной разговорчивостью, быстрой речью, сниженной потребностью во сне, скачкообразными сменами*

когнитивных возможностей, отвлекаемостью, гиперактивностью, направленной на достижение цели, и психомоторным возбуждением. Эта статья иллюстрирует клинические особенности мании, рассматривает оценку и диагностику, а также подчеркивает роль межпрофессиональной командной работы в ведении пациентов с манией.

**Ключевые слова:** Маниакальное расстройство , биполярное расстройство , лечение неотложной мании , этиология мании , психомоторное возбуждение.

**Annotation:** *Mania is a period of 1 week or more during which a person experiences changes in normal behaviour that dramatically affect quality of life. Mania can be characterised as a state with increased talkativeness, rapid speech, decreased need for sleep, cognitive shifts, distractibility, goal-directed hyperactivity, and psychomotor agitation. This article illustrates the clinical features of mania, reviews assessment and diagnosis, and emphasises the role of interprofessional teamwork in the management of patients with mania.*

**Keywords:** *Manic disorder , bipolar disorder , treatment of acute mania , etiology of mania , psychomotor agitation.*

## **Введение**

Маниакальная фаза — это период продолжительностью 1 неделя и более, в течение которого человек испытывает изменения в поведении. Важным аспектом в изучении данной патологии является дифференциация от иных состояний психотического профиля.

Так, мания отличается от гипомании тем, что гипомания не вызывает серьезного дефицита социального или профессионального функционирования и длится не 1 неделю, а как максимум 4 дня. Определяющими характеристиками мании являются повышенная разговорчивость, быстрая речь, снижение потребности во сне, бешеный ход мыслей, отвлекаемость, повышение активности, направленной на достижение цели, и психомоторное

возбуждение. Другими отличительными признаками мании являются приподнятое или экспансивное настроение, лабильность настроения, импульсивность, раздражительность и грандиозность. Если человеку, испытывающему эти симптомы, требуется госпитализация, то этот период автоматически квалифицируется как истинная мания, а не гипомания, даже если симптомы присутствуют менее одной недели [1] [2]

Манию следует отличать от повышенной энергичности и измененного функционирования, возникающих вследствие употребления психоактивных веществ, медицинских состояний или других причин. Мания — это естественное состояние, характерное для биполярного расстройства. Для постановки диагноза биполярного расстройства достаточно одной маниакальной фазы, хотя в большинстве случаев биполярное расстройство I также сопровождается гипоманическими и депрессивными эпизодами [3] [4].

Многие семьи приводят своих близких в отделение неотложной помощи из-за чрезмерных изменений в поведении, которые они заметили за короткий период времени. Пациенты в маниакальной фазе обычно занимаются целеустремленной деятельностью, которая может привести к пагубным последствиям, например, тратят чрезмерные деньги, начинают неподготовленные дела, путешествуют или ведут беспорядочную половую жизнь. Многие пациенты наносят ущерб имуществу или даже причиняют вред себе или окружающим, совершая словесные или физические нападения. Они также могут стать очень агрессивными, возбужденными или раздражительными. Хотя пациент может плохо соображать и не осознавать, что ведет себя нестандартно, для семьи или друзей становится очевидным, что такое поведение может быть вызвано психическим заболеванием [5]

Мания также обычно сопровождается психотическими чертами, которые включают бред или галлюцинации. Многие пациенты допускают грандиозные бредовые идеи, считая себя высокопоставленными оперативниками, такими как шпионы, правительственные чиновники, члены

секретных агентств, или знающими специалистами (даже если у них нет такого опыта). Эти люди также могут испытывать слуховые или зрительные галлюцинации, которые проявляются только в маниакальной фазе. Одними из наиболее распространенных бредовых идей являются паранойяльные галлюцинации, при которых пациенты считают, что люди преследуют, преследуют их или следят за ними. Они могут считать, что это делают правительственные учреждения, банды или другие люди. Такие пациенты с большой вероятностью не будут реагировать на мнение посторонних об их психозе, а также на их манию. Одним из компонентов маниакальной фазы является то, что сами люди, как правило, не осознают происходящего (слабая проницательность). В основном проблему замечают окружающие, включая членов семьи, друзей и даже незнакомцев или полицейских.

Быстрая цикличность при биполярном расстройстве определяется как наличие не менее 4 или более эпизодов настроения в течение 12 месяцев. Эти эпизоды настроения могут быть маниакальными, гипоманиакальными или депрессивными, но должны соответствовать всем критериям диагностики и продолжительности. Эти эпизоды должны быть разделены периодами частичной или полной ремиссии продолжительностью не менее 2 месяцев или переходом к эпизодам с противоположными полярностями, например, от мании или гипомании к большому депрессивному эпизоду. Переход от мании к гипомании или наоборот не будет считаться таковым, поскольку они не являются противоположной полярностью. Было установлено, что пациенты с быстроциклическим биполярным расстройством более устойчивы к фармакотерапии.

### **Этиология**

Этиология мании и, в более общем смысле, биполярного расстройства I неизвестна. Существуют убедительные доказательства того, что причиной является сочетание генетических, психологических и социальных факторов. Было проведено множество исследований с участием семей, которые показали

наличие определенного генетического компонента. В исследовании с участием монозиготных близнецов было выявлено, что до 80 % близнецов конкордантны по расстройству, когда один из братьев и сестер положителен по этому заболеванию. Это также свидетельствует о влиянии окружающей среды, поскольку 100-процентной конкордантности между монозиготными близнецами не бывает. Многочисленные исследования показали, что несколько частот аллелей участвуют в развитии как биполярного расстройства I, так и шизофрении. Существуют также многочисленные анекдотические свидетельства того, что стрессовые жизненные события и другие психосоциальные факторы способствуют возникновению и частоте маниакальных фаз [6] [7].

### **Эпидемиология**

Мания является диагностическим критерием биполярного расстройства, поэтому эпидемиология биполярного расстройства также говорит нам о распространенности мании. Распространенность биполярного расстройства составляет около 4 процентов. Мужчины и женщины одинаково подвержены этому заболеванию. Однако женщины гораздо чаще испытывают множество эпизодов плохого настроения в течение года. Средний возраст начала биполярного расстройства – около 25 лет. У мужчин, как правило, начало заболевания наступает раньше, чем у женщин. Исследования показали, что у мужчин вначале возникает маниакальный эпизод, а у женщин – депрессивный. Почти у двух третей пациентов с биполярным расстройством есть хотя бы один близкий родственник, у которого также было диагностировано это заболевание или униполярная депрессия.

### **Патофизиология**

Патофизиология мании и биполярного расстройства в целом, как показали некоторые исследования, связана с определенными областями мозга, однако точные механизмы до сих пор неизвестны. В функциональных и структурных исследованиях у пациентов с биполярным расстройством были

выявлены изменения в миндалинах, гиппокампе, базальных ганглиях, префронтальной коре и поясной извилине. У данных пациентов миндалина гиперактивна, а гиппокамп и префронтальная кора гипоактивны. Повышенная активность миндалин и снижение активности коры головного мозга могут быть причиной того, что при мании нарушается исполнительная функция, а эмоции становятся повышенными и несдержанными.

### **Возможности физикального осмотра**

При сборе анамнеза пациента с подозрением на манию необходимо расспросить его об основных характеристиках мании, таких как недавние изменения сна, активности, аппетита, раздражительности и т. Д. Чтобы не забыть спросить о рассеянности, безответственности или раздражительности, грандиозности, полетах мыслей, повышенной активности, снижении сна и чрезмерной болтливости, используется общая мнемоника «DIG FAST». Оценка должна включать все критерии DSM-5. Как указано в DSM-5, маниакальный эпизод диагностируется, если пациент испытывает резкое изменение настроения, описываемое как эйфория или гнев, которое длится не менее одной недели или любое количество времени, если пациенту требуется госпитализация [8].

### **Оценка результатов и дополнительные анализы**

Когда у пациента появляется мания, необходимо провести всестороннее обследование, чтобы исключить другие дифференциальные заболевания. Полный анализ крови (CBC), полная метаболическая панель (CMP), тиреоидная панель и анализ мочи на наркотики – вот некоторые из основных лабораторных показателей, необходимых для оценки состояния пациента с манией. Визуализация головного мозга в виде КТ или МРТ будет важна для определения органической причины маниакальных симптомов, особенно у пожилых или очень молодых пациентов (>60 или <13 лет).

## Лечение

Как правило, пациента с манией следует лечить как препаратами, снимающими острую манию, так и сопутствующими лекарствами для поддержания стабилизации настроения, чтобы предотвратить будущие эпизоды. [9]

Мания при биполярном расстройстве I сначала лечилась такими препаратами, как литий, вальпроевая кислота и карбамазепин. Основное внимание в лечении уделялось стабилизаторам настроения и противосудорожным препаратам, которые показали эффективность в стабилизации настроения. Сегодня класс стабилизаторов настроения включает в себя не только литий и противоэпилептические препараты, но и многие нейролептики второго поколения. Большой метаанализ препаратов, используемых при острой мании, показал, что атипичные антипсихотики более эффективны, чем стабилизаторы настроения, для этой цели, но не обязательно для поддержания биполярного расстройства. Примерами эффективных препаратов являются рисперидон, оланзапин и галоперидол. Литий, кветиапин и арипипразол были сравнительно эффективны. Вальпроевая кислота, карбамазепин и зипрасидон были эффективнее плацебо, но менее эффективны, чем их ранее упомянутые конкуренты. Габапентин, ламотриджин и топирамат не показали различий по сравнению с плацебо при лечении мании. Клозапин и электросудорожная терапия показали много преимуществ при лечении резистентной мании, но используются реже. Наконец, психообразование и психотерапия являются мощными долгосрочными инструментами для пациентов с биполярным расстройством, а также для их семей и опекунов.

## Дифференциальный диагноз

Существует множество дифференциальных диагнозов при обследовании пациентов с такими симптомами, как мания. У пациентов, может быть, множество других физиологических и психических расстройств. Одной из наиболее распространенных ситуаций, которая может имитировать

манию, является интоксикация кофеином или другими стимуляторами, особенно кокаином, амфетамином (включая метамфетамин), РСР и никотином. Галлюциногены также могут вызывать похожие симптомы. Чрезмерное употребление стероидов и гормона роста человека может привести к агрессии, раздражительности, тревожности и очень похоже на манию. Основными психическими заболеваниями, которые имитируют биполярную манию, являются шизофрения, сильная тревожность, тяжелое обсессивно-компульсивное расстройство или депрессивное расстройство с психотическими чертами. Любое смешанное аффективное расстройство должно быть в дифференциальной диагностике биполярного расстройства, особенно если присутствует психоз. Расстройства личности, такие как гистрионное и пограничное, могут иметь сходные с биполярным расстройством симптомы, включая лабильность настроения, дисрегуляцию гнева, неуместную и необычную одежду, а также причудливое поведение. Физиологические состояния, которые могут имитировать манию, включают гипертиреоз, гипертоническую болезнь, гиперкортизолемию, гиперальдостеронизм, образования или опухоли в головном мозге, серьезные нейрокогнитивные расстройства, акромегалию и делирий. [10]

### **Использованные источники**

[1] Wang YY, Xu DD, Feng Y, Chow IHI, Ng CH, Ungvari GS, Wang G, Xiang YT. Short versions of the 32-item Hypomania Checklist: A systematic review. *Perspect Psychiatr Care*. 2020 Jan, 1, 102-111.

[2] Tazawa Y, Wada M, Mitsukura Y, Takamiya A, Kitazawa M, Yoshimura M, Mimura M, Kishimoto T. Actigraphy for evaluation of mood disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019 Jun, 15,257-269.



[3] Jongsma HE, Turner C, Kirkbride JB, Jones PB. International incidence of psychotic disorders, 2002-17: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2019 May, 4: e229-e244.

[4] Nielsen RE, Kugathasan P, Straszek S, Jensen SE, Licht RW. Why are somatic diseases in bipolar disorder insufficiently treated? *Int J Bipolar Disord*. 2019 May, 7:12.

[5] Radulescu A, Niv Y. State representation in mental illness. *Curr Opin Neurobiol*. 2019 Apr, 5, 55:160-166.

[6] Kavanagh BE, Brennan-Olsen SL, Turner A, Dean OM, Berk M, Ashton MM, Koivumaa-Honkanen H, Williams LJ. Role of personality disorder in randomised controlled trials of pharmacological interventions for adults with mood disorders: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019 May, 1, e025145.

[7] Koyuncu A, İnce E, Ertekin E, Tükel R. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs Context*. 2019.

[8] Baker JT, Dillon DG, Patrick LM, Roffman JL, Brady RO, Pizzagalli DA, Öngür D, Holmes AJ. Functional connectomics of affective and psychotic pathology. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2019 Apr, 30 ,116(18):9050-9059.

[9] Stahl SM, Morrissette DA. Mixed mood states: Baffled, bewildered, befuddled and bemused. *Bipolar Disord*. 2019 Sep, 21(6):560-561.

[10] Au CH, Wong CS, Law CW, Wong MC, Chung KF. Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019 Mar-Apr, 57:7-12.