

Клинические характеристики и лечение пациентов с делириозной манией: серия клинических случаев

Clinical characteristics and treatment responses of patients in delirious mania: a case series

doi: 10.17816/CP15501

Клинический случай

Raj K. Sahu¹, Ajayveer Rana²

¹ ESIC Medical College and Hospital, Alwar, India

² Rana Hospital, Nawanshahr, Punjab, India

Радж К. Саху¹, Аджайвир Рана²

¹ Медицинский колледж и Больница ESIC, Алвар, Индия

² Больница Рана, Наваншахр, Индия

ABSTRACT

BACKGROUND: Delirious mania (DM) is a severe psychiatric condition having rapid onset of delirium, mania, and psychosis. It is an emergency condition as it has acute onset and is characterized by extreme hyperactivity. Catatonic signs may also be present. Very few cases have been reported from India, hence making it imperative to study its clinical characteristics and possible treatment, which can help in providing care to such patients in emergency settings.

CLINICAL CASES DESCRIPTION: This paper describes four cases with a diagnosis of DM — demography, clinical features, investigations, treatment. All the patients had an acute onset and rapid progression of symptoms, with clinical symptoms of talkativeness, increased psychomotor activity, decreased need for sleep, aggressive and violent behavior, increased libido, increased appetite with delusion of grandiosity, disorientation to time/place/person, impaired memory of recent events, impaired attention with fluctuating course, negativism, echolalia, and echopraxia.

CONCLUSION: There is a high likelihood of misdiagnosing DM in the absence of diagnostic guidelines. There should be an active search for the underlying aetiology in all cases of DM. Atypical antipsychotics and mood stabilizers may be used to treat less severe forms of DM. Modified electric convulsive treatment and intravenous benzodiazepines elicit a good response.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Делириозная мания (ДМ) — это тяжелое психическое нарушение, характеризующееся быстрым возникновением и сочетанием делириозного помрачения сознания и мании, также возможны бредовые и кататонические симптомы. Такое состояние является неотложным ввиду характерных для него острого начала и крайнего возбуждения. В Индии зарегистрировано очень мало случаев этого расстройства, поэтому важно изучать его клинические характеристики и приемлемые методы лечения, чтобы иметь возможность обеспечить таким пациентам адекватную неотложную помощь.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ: В статье описано 4 случая пациентов с диагнозом ДМ — их демографические характеристики, клинические особенности, лабораторные и инструментальные данные, лечение. У всех пациентов отмечали острое начало и быстрое прогрессирование клинических симптомов. Частыми проявлениями были многоречивость, повышенная и психомоторная активность, сниженная потребность во сне, агрессивное и насильственное поведение, усиление либидо, повышенный аппетит, бред величия, дезориентация во времени/пространстве/личности, нарушение памяти на недавние события, нарушение внимания по типу неустойчивости, негативизм, эхолалия, эхопраксия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: В связи с отсутствием специфических диагностических рекомендаций для делириозной мании высока вероятность допущения диагностической ошибки. Во всех подобных случаях необходимо активно искать этиологические факторы, лежащие в основе ДМ. Для лечения менее тяжелых форм ДМ могут применяться атипичные антипсихотические препараты и нормотимики. Хороший терапевтический эффект дают модифицированная электросудорожная терапия и внутривенное введение бензодиазепинов.

Keywords: *mania; delirious mania; delirium; electroconvulsive therapy; case report*

Ключевые слова: *мания; делириозная мания; делирий; электросудорожная терапия; клинический случай*

ВВЕДЕНИЕ

Делириозная мания (ДМ) ранее была известна, как мания Белла. Основными клиническими проявлениями этого состояния являются делириозное помрачение сознания, мания. Это тяжелый психиатрический синдром, клинические признаки которого развиваются быстро. И поскольку возможно внезапное развитие тяжелого возбуждения, состояние пациента может потребовать неотложной помощи. Это состояние можно описать, как «синдром остро возникшей гиперактивности, эмоциональной лабильности, идей величия и бессонницы, характерных для мании, а также дезориентации и измененного сознания, характерных для делирия» [1]. Также могут отмечаться признаки кататонии и вегетативной дисфункции. Симптомы и признаки кататонии могут включать мутизм, гримасничанье, стереотипии, манерность, мышечную ригидность, негативизм, пассивную подчиняемость и эхопраксию/эхолалию (т.е. повторение чужих движений/речи) [2]. Впервые термин ДМ использовал Э. Крепелин; однако более подробно такие случаи описал Л.Ф. Кальмей. Он отмечал высокую частоту осложнений и смертность у пациентов с ДМ [3, 4]. На это также указывал А. Белл в 1849 году, по данным которого смертность среди госпитализированных пациентов с ДМ составляет 75% [4, 5]. Карлсон и Гудвин опубликовали серию случаев, в которой у 6 из 20 пациентов с диагностированной манией наблюдались дезориентация во времени и месте [6]. Ричи и соавт. отмечали, что частота развития делирия у госпитализированных пациентов с биполярным расстройством составляла 35,5% [7]. Поскольку общепринятые диагностические критерии ДМ отсутствуют, частота ДМ в различных исследованиях варьирует. Стандартизированные диагностические рекомендации или показатели клинической оценки отсутствуют. В Индии зарегистрировано очень мало случаев данного заболевания, поэтому важно изучать его клинические характеристики и возможные методы лечения,

чтобы обеспечить таким пациентам адекватную неотложную помощь. Выраженная гиперактивность, возникающая при данном состоянии, вызывает опасения как у лиц, осуществляющих уход за пациентами, так и у врачей, занимающихся их лечением. К сожалению, собранная к настоящему моменту информация ограничена сообщениями об аналогичных случаях. Мы надеемся, что данная работа поможет практикующим врачам в успешной диагностике и лечении пациентов с ДМ.

Нашей целью было изучить клинический профиль и ответ на лечение у пациентов с делириозной манией, находящихся в психиатрическом отделении государственной клиники.

Дата подписания информированного согласия на публикацию в медицинском журнале: 26.06.2019, 11.07.2020, 28.01.2021 и 11.01.2021 для случаев 1, 2, 3 и 4 соответственно.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Информация о пациенте

Пациент Н., 40 лет, женат, образование 8 классов, безработный, из мусульманской полной семьи с низким социально-экономическим статусом. У пациента в течение 3 дней наблюдались чрезмерная болтливость, повышенная целенаправленная деятельность, снижение потребности во сне, агрессивное поведение, повышение либидо, повышенный аппетит и снижение тщательности ухода за собой. В анамнезе маниакальный эпизод 9-летней давности, который потребовал проведения купирующей терапии в течение 20 дней, отмененной после достижения ремиссии. В личном и семейном анамнезе значимые данные отсутствуют.

Клинические данные

На момент поступления пациент был дезориентирован во времени и месте. Проявлял повышенную

психомоторную активность (ПМА), чрезмерную говорливость, крайнюю раздражительность, временами демонстрировал расторможенное поведение, раздеваясь перед другими. Отмечалась повышенная самооценка, неустойчивость внимания и нарушение памяти на недавние события. Пациент при осмотре отказывался выполнять такие просьбы, как «высунуть язык» или «поднять руки перед собой». Повторял сказанные ему слова, а также иногда имитировал поведение врача, проводившего осмотр.

Диагностическое обследование

Диагностические тесты: обследование выявило увеличение общего числа лейкоцитов (ОЧЛ) — 15 940/мм³ (норма — 4 000–11 000/мм³), увеличение абсолютного числа нейтрофилов (АЧН) — 14 940/мм³ (норма — 2 500–6 000/мм³), увеличение уровня сывороточной глутамат-оксалоацетат-трансаминазы, СГОТ (АСТ) — 223 Ед/л (норма — 8–45 Ед/л), увеличение уровня сывороточной глутамат-пируват-трансаминазы, СГПТ (АЛТ) — 142 Ед/л (норма — 7–56 Ед/л). Результаты остальных стандартных гематологических тестов соответствовали норме. Компьютерная томография головного мозга без контрастирования не выявила аномалий.

Трудности диагностики: поскольку обследование проводилось в государственном медицинском учреждении, диагностика для пациента была бесплатной.

Диагноз: предварительный диагноз — ДМ. Проводилась дифференциальная диагностика с биполярным расстройством и текущим эпизодом мании с психотическими симптомами, а также энцефалитом.

Терапия

Пациенту было введено несколько доз инъекционных препаратов: галоперидол 5 мг внутримышечно с прометазинем 25 мг внутримышечно. Поскольку эффект был недостаточным, была начата терапия лоразепамом 2 мг внутривенно с применением повторных доз (максимум — 8 мг/сут.) до достижения оптимального ответа. Также была начата терапия препаратом лития в дозе до 900 мг/сут. и тиоридазином в дозе до 500 мг/сут.

Последующее наблюдение и результаты лечения

На 6-е сутки с момента поступления отмечалось ослабление симптомов на 50% (при оценке по Шкале мании Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS) — с 36

до 20 баллов). На 7-е сутки у пациента появились лихорадка и одышка. После дообследования был диагностирован туберкулез легких с плевральным выпотом. Пациент был выписан по медицинским причинам.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Информация о пациенте

Пациентка С., 22 года, замужем, без образования, домохозяйка из индуистской полной семьи с низким социально-экономическим статусом. У пациентки в течение 4 дней отмечались гиперактивность, чрезмерная говорливость, оскорбительное поведение, гиперсексуальность (сексуальные жесты, раздевание), расстройство сна. В личном и семейном анамнезе значимые данные отсутствуют. Известно, что она страдала биполярным аффективным расстройством.

Клинические данные

На момент поступления пациентка не могла ориентироваться во времени и месте. Наблюдались неустойчивость внимания и нарушение памяти на недавние события. Пациентка проявляла крайнее беспокойство и часто бесцельно вскакивала с кровати. Из-за ускоренной речи иногда было трудно понять смысл ее слов. У пациентки отмечалась эмоциональная лабильность: она могла в одно мгновение перейти от плача к смеху. Также наблюдались «скачка идей», бред величия, недостаточная критика к своему состоянию и нарушение мышления. Пациентка часто повторяла сказанные ей слова, а также иногда имитировала поведение врача, проводившего осмотр. Результаты стандартных гематологических обследований — общего анализа крови, показателей функции печени, почек, щитовидной железы и сахара крови были в норме.

Креатинфосфокиназа (КФК) — 202 мкг/л (норма — 10–120 мкг/л). Нейровизуализация не выявила значимых изменений.

Терапия

На фоне терапии лоразепамом внутривенно до 12 мг/сут. в несколько введений улучшения не отмечалось. Поэтому была начата модифицированная электросудорожная терапия (МЭСТ), на которую наблюдался хороший ответ. Пациентке было проведено

6 сеансов МЭСТ, в результате чего отмечалось снижение оценки по шкале YMRS с 48 до 8 баллов. Делирий был купирован на 2-й день МЭСТ. При выписке рекомендован прием препарата лития 900 мг/сут., рисперидона 8 мг/сут. и тригексифенидила (ТГФ) 2 мг/сут. в несколько приемов.

Последующее наблюдение и результаты лечения

Пациентка была выписана со значимым улучшением.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

Информация о пациенте

Пациент К., 35 лет, женат, образование 5 классов, безработный, из мусульманской полной семьи с низким социально-экономическим статусом, с туберкулезом органов дыхания в анамнезе (получал лечение). В личном и семейном анамнезе значимые данные отсутствуют. У пациента отмечался эпизод ДМ 6 лет назад. На момент поступления наблюдались повышенная говорливость, повышенная целенаправленная деятельность (чрезмерные траты), повышение либидо, агрессивное поведение, идеи величия, а также короткий сон на протяжении 10 дней.

Клинические данные

При обследовании пациент был дезориентирован во времени, месте и собственной личности, отмечалась неустойчивость внимания и нарушение памяти на недавние события. Медицинские причины делирия не выявлены. Пациент часто повторял сказанные ему слова, а также иногда имитировал поведение врача, проводившего осмотр. Результаты всех стандартных гематологических исследований и нейровизуализации были в норме.

Терапия

Пациенту была начата терапия лоразепамом внутривенно в дозе до 6 мг/сут. в несколько введений, в результате чего проявления делирия уменьшились в течение 3 дней. Позже он получал вальпроат натрия в дозе до 1500 мг/сут., препарат лития в дозе до 900 мг/сут., рисперидон в дозе до 8 мг/сут. и был выписан на 25-е сутки с момента поступления с улучшением по шкале YMRS с 32 до 6 баллов.

Последующее наблюдение и результаты лечения

Этот пациент был выписан со значимым улучшением.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 4

Информация о пациенте

Пациент А., 38 лет, образование 12 классов, работает подсобным рабочим, из индуистской полной семьи с низким социально-экономическим статусом, с анамнезом, указывающим на многочисленные эпизоды мании 15 лет назад. На момент поступления описывалась внезапно возникшая 7 дней назад агрессия, крайняя религиозность, постоянная готовность к какой-либо деятельности, снижение потребности во сне, идеи величия, нарушение личной гигиены и сниженный аппетит.

Клинические данные

При поступлении пациент был дезориентирован во времени, отмечалась неустойчивость внимания и нарушение памяти на недавние события. В личном и семейном анамнезе значимые события отсутствуют. Речь пациента была ускорена, и он часто повторял сказанные ему слова. Во время осмотра он был крайне беспокоен и имитировал поведение осматривающего его врача. Пациент проявлял эмоциональную лабильность и утверждал, что обладает сверхъестественными способностями. Результаты рутинных гематологических обследований в норме.

Терапия

На фоне начальной терапии препаратом лития в дозе до 900 мг/сут. и тиоридазином в дозе до 600 мг/сут. улучшение было минимальным, поэтому было проведено 8 сеансов МЭСТ, которые привели к хорошему ответу в виде снижения оценки по шкале YMRS с 44 до 11 баллов. В дальнейшем проводилась терапия луразидоном в дозе до 160 мг/сут.; и вальпроатом натрия в дозе до 1000 мг/сут.

Последующее наблюдение и результаты лечения

Пациент был выписан со значимым улучшением.

Резюме клинических случаев

Резюме всех случаев представлено в табл. 1.

ОБСУЖДЕНИЕ

Это сообщение о клинических случаях дополняет имеющиеся литературные данные о клинических особенностях, факторах риска, необходимых обследованиях и лечении ДМ. Данная информация поможет

Таблица 1. Резюме клинических случаев

| Параметр | Случай 1 | Случай 2 | Случай 3 | Случай 4 |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Возраст пациента | 40 | 22 | 35 | 38 |
| Пол пациента | М | Ж | М | М |
| Биполярное расстройство в семейном анамнезе | - | - | - | - |
| Маниакальные эпизоды в анамнезе | + | + | + | + |
| Начало симптомов | Острое | Острое | Острое | Острое |
| Прогрессирование симптомов | Быстрое | Быстрое | Быстрое | Быстрое |
| Симптомы мании | ↑ речи, ↑ПМА, ↓ потребности во сне, ↑ либидо, ↑ аппетит, ↓ тщательность самообслуживания. Агрессивное и жестокое поведение. Бред величия. | Гиперактивность, «скачка идей». Гиперсексуальность (раздевание себя, сексуальные жесты). Оскорбительное и возбужденное поведение. Нарушение сна. Эмоциональная лабильность. | ↑ речи, ↑ПМА, ↓ потребности во сне, ↑ либидо, ↑ аппетит, ↓ тщательности самообслуживания, ↑ целенаправленная активность (чрезмерные траты). Агрессивное и жестокое поведение. Бред величия. | ↑ речи, агрессия, ↑ПМА, ↓ тщательности самообслуживания, ↓ потребности во сне. Чрезмерная религиозность. Раздевание себя. Бред величия. Эмоциональная лабильность. |
| Симптомы делирия | Дезориентация во времени/месте. Нарушение памяти на недавние события. Флуктуирующее неустойчивое внимание. | Дезориентация во времени/месте. Нарушение памяти на недавние события. Неустойчивость внимания. Флуктуирующая карфология. | Дезориентация во времени/месте/ собственной личности. Нарушение памяти на недавние события. Флуктуирующее неустойчивое внимание. | Дезориентация во времени. Нарушение памяти на недавние события. Неустойчивость внимания. Флуктуирующая карфология. |
| Симптомы кататонии | Негативизм Эхолалия Эхопраксия | Эхолалия Эхопраксия Негативизм | Эхолалия Эхопраксия | Эхолалия Эхопраксия |
| Лечение | Отсутствие ответа на внутримышечное введение антипсихотических препаратов. Тиоридазин 500 мг/сут. Препарат лития 900 мг/сут. ЛЗМ 8 мг/сут. внутривенно в течение 6 дней привел к уменьшению тяжести симптомов на 50% | Нет ответа на лоразепам внутривенно 12 мг/сут. Хороший ответ на 6 сеансов МЭСТ, делирий купирован после 2-го сеанса МЭСТ. После выписки препарат лития 900 мг/сут. Рисперидон 8 мг/сут. ТГФ 2 мг/сут. | Хороший ответ на лоразепам внутривенно 6 мг/сут. После выписки вальпроат 1 500 мг/сут. Препарат лития 900 мг/сут. Рисперидон 8 мг/сут. | Отсутствие ответа на внутримышечное введение антипсихотических препаратов и препарата лития 900 мг/сут. Тиоридазин 600 мг/сут. Хороший ответ после 8 сеансов МЭСТ. После выписки луразидон 160 мг/сут. Препарат вальпроевой кислоты 1000 мг/сут. |
| Результаты диагностических исследований | ↑ОЧЛ, ↑АЧН, ↑СГОТ (АСТ), ↑СГВТ (АЛТ) при лихорадке | Результаты лабораторных исследований, нейровизуализации — в норме | Результаты лабораторных исследований, нейровизуализации — в норме | Результаты лабораторных исследований, нейровизуализации — в норме |
| Оценка по шкале YMRS | 36-20 баллов | 48-8 баллов | 32-6 баллов | 44-11 баллов |
| Статус при выписке | Направлен в GHPU с диагнозом ТБ органов дыхания с ПВ | Выписана со значимым улучшением | Выписан со значимым улучшением | Выписан со значимым улучшением |

Примечание: ПМА — психомоторная активность, ЛЗМ — лоразепам, МЭСТ — модифицированная электросудорожная терапия, ТГФ — тригексифенидил, ОЧЛ — общее число лейкоцитов, АЧН — абсолютное число нейтрофилов, СГОТ — сывороточная глутамат-оксалоацетат-трансаминаза (АСТ), СГПТ — сывороточная глутамат-пируват-трансаминаза (АЛТ), YMRS — Шкала мании Янга, GHPU — отделение психиатрии больницы общего профиля (General hospital Psychiatry Unit), ТБ — туберкулез, ПВ — плевральный выпот. Стрелки (↑) показывают повышение уровня, стрелки (↓) - понижение уровня.

практикующим врачам углубить свои знания и изменить методы лечения, чтобы достичь более быстрого ответа. Это чрезвычайно важно, поскольку пациенты с ДМ проявляют крайнюю гиперактивность и могут причинить вред себе и окружающим. Данное исследование представляет собой серию случаев, но существует документация с описанием аналогичных случаев, которая датируется XIX веком. Для этого состояния не существует специфических диагностических рекомендаций и не доступны данные с высоким уровнем доказательности. Это ослабляет интерес исследователей, которые хотят анализировать такие же случаи. Тем не менее, психиатрические стационары, осуществляющие лечение большого числа пациентов, зачастую сталкиваются со сложностями в диагностике и адекватном лечении этого состояния. Таким образом, подобные исследования нужно продолжать, помогая улучшать знания и навыки практикующих врачей, чтобы облегчить страдания пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними. ДМ, как правило, возникает у пациентов молодого возраста. Это состояние характеризуется дезориентацией, чрезмерной психомоторной активностью, эмоциональной лабильностью, бредом и галлюцинациями [8, 9]. После выздоровления пациенты не могут вспомнить события, которые происходили во время эпизода заболевания. Такая клиническая картина указывает на необходимость проведения дифференциальной диагностики с лекарственной интоксикацией, метаболическими нарушениями и инфекциями центральной нервной системы. Эффективными методами лечения ДМ являются электросудорожная терапия и высокие дозы бензодиазепинов [10, 11]. Предполагаемая этиология ДМ:

- Klerman описывал ДМ как вариант классического биполярного расстройства [12];
- Mann и соавт. определяли этиологию ДМ как результат сочетания основной соматической и нейропсихиатрической патологии [13];
- Taylor, Fink описывали ДМ как вариант кататонии (т.е. кататонического возбуждения) [14];
- Dunayevich, Kesck отмечали, что ДМ сходна с шизофренией [15].

Bond определил критерии для диагностики ДМ [4, 16], которые включали следующее:

- острое начало с предвестниками в виде раздражительности, бессонницы, эмоциональной отгороженности, или без них;

- наличие гипоманиакального или маниакального синдрома (согласно критериям DSM-III) на определенном этапе заболевания;
- развитие признаков и симптомов делирия;
- мания или депрессия в анамнезе;
- биполярное аффективное расстройство в семейном анамнезе;
- восприимчивость к стандартным методам лечения мании.

В исследованиях отсутствуют упоминания о какой-либо специфической патофизиологии ДМ. Однако она предположительно может основываться на известной нейропатофизиологии трех нижеперечисленных основных клинических проявлений (табл. 2) [10].

Во всех 4 случаях в анамнезе регистрировались маниакальные эпизоды в прошлом [17]. При поступлении пациентов в стационар во время эпизода отмечалось острое начало заболевания и быстрое прогрессирование симптомов. Частыми клиническими симптомами являлись:

- симптомы мании — раздражительность/агрессия, сниженная потребность во сне, повышение ПМА, повышенная говорливость, повышенная целенаправленная активность (чрезмерная религиозность), гиперсексуальность, эмоциональная лабильность, идеи величия;
- симптомы делирия — дезориентация во времени/пространстве/собственной личности, нарушение памяти на недавние события, нарушение внимания;
- симптомы кататонии — негативизм/эхопраксия/эхолалия.

Результаты анализов крови и нейровизуализации были в норме, за исключением одного случая, когда был выявлен туберкулез органов дыхания в качестве сопутствующей патологии. Во всех случаях отмечался хороший ответ на внутривенное введение лоразепама или МЭСТ, что подтверждается в других исследованиях [17, 18]. Применение МЭСТ во всех случаях вело к значительному улучшению. После стабилизации состояния путем внутривенного введения лоразепама или МЭСТ отмечался хороший ответ на терапию антипсихотическими препаратами и нормотимиками. Во всех случаях, после выписки из стационара, пациенты наблюдались амбулаторно, рецидивов не отмечено. Пациентам назначали пероральные антипсихотические препараты и/или нормотимики, и/или бензодиазепины.

Таблица 2. Патофизиология делириозной мании [10]

| Патофизиология делирия | Патофизиология кататонии | Патофизиология мании |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ↓ацетилхолина — ведет к снижению осознания пациентом своего состояния | ↓связывания ГАМК в нейронах латеральной орбитофронтальной коры ведет к эхолалии / эхопраксии | ↓активности префронтальной коры — приводит к социально неприемлемому поведению |
| ↑дофамина — ведет к нарушению восприятия | Нарушение глутаматергической передачи в задней теменной коре приводит к позированию | ↑дофамина — приводит к маниакальным симптомам: повышению настроения, приливу энергии и психозу |
| ↑ГАМК — вызывает нарушения сна | Нарушение дофаминергической передачи в таламокортикальных путях приводит к нарушению вегетативной регуляции при злокачественной кататонии | |
| ↑серотонина — ведет к спутанности сознания | Увеличение уровня глутамата в области NMDA-рецепторов нейронов лобных долей приводит к снижению уровня ГАМК. Таким образом, антагонисты NMDA-рецепторов могут быть эффективны в лечении кататонии, поскольку они приводят к снижению активности глутамата и повышают уровень ГАМК | |

Практикующему врачу следует обязательно учитывать диагноз ДМ во всех случаях, когда у пациента одновременно наблюдаются проявления делирия, мании и психоза; дополнительное присутствие симптомов кататонии является подтверждением диагноза ДМ [19]. Применение бензодиазепинов и/или МЭСТ может дать быстрый эффект в тех случаях, когда высок риск причинения пациентом вреда себе или другим [3, 18].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ДМ по праву можно охарактеризовать, как тяжелое, но редкое состояние, сопровождающееся тяжелым непрерывным возбуждением. Это относит данное состояние к категории неотложных. В таких случаях очень вероятно ошибочная диагностика, наиболее частым диагнозом, рассматриваемым при дифференциальной диагностике, является маниакальный эпизод. Незнание этого состояния и различных методов его лечения может обернуться тяжелым испытанием для практикующих врачей, что приведет к неверному лечению, возникновению осложнений или смертности. В нашей современной системе классификации ДМ не упоминается в качестве самостоятельного заболевания, вследствие сложности ее симптоматики. Во всех случаях ДМ должны быть рассмотрены все потенциальные причины этого состояния. Для лечения менее тяжелых форм ДМ могут применяться атипичные антипсихотические препараты и нормотимики. Раннее распознавание

и купирующее лечение ДМ в неотложной ситуации может спасти жизнь пациента. Эта серия случаев поможет практикующим врачам в выявлении случаев ДМ и проведению лечения на ранних стадиях, что позволит получить быстрый ответ на лечение и уменьшить частоту осложнений.

История публикации

Рукопись поступила: 25.01.2024

Рукопись принята: 18.04.2024

Опубликована онлайн: 03.06.2024

Вклад авторов: Р.К. Саху (R.K. Sahu) является основным автором данной рукописи; А. Рана (A. Rana) принимал участие в сборе данных. Оба автора прочли и одобрили рукопись, требования к авторству были соблюдены, и каждый автор полагает, что рукопись представляет собой честную работу.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Саху Р., Рана А. Клинические характеристики и лечение пациентов с делириозной манией: серия клинических случаев // *Consortium Psychiatricum*. 2024. Т. 5, № 2. CP15501. doi: 10.17816/CP15501

Сведения об авторах

***Радж К. Саху**, Assistant Professor, ESIC Medical College and Hospital;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2974-9379>
E-mail: doctor.rajsahu@gmail.com

Аджайвир Рана, Consultant psychiatrist, Rana Hospital;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9362-3961>

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Fink M. Delirious mania. *Bipolar Disord.* 1999;1(1):54–60. doi: 10.1034/j.1399-5618.1999.10112.x
2. Rustad JK, Landsman HS, Ivkovic A, et al. Catatonia: An approach to diagnosis and treatment. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2018;20(1):17f02202. doi: 10.4088/PCC.17f02202
3. Calmeil L-F. *Dictionnaire de Medicine: Our repertoire general des sciences medicales considerees sous le rapport theorique et pratique.* Bechet: Paris, France. 1832.
4. Bipeta R, Khan MA. Delirious mania: can we get away with this concept? A case report and review of the literature. *Case Rep Psychiatry.* 2012;2012:720354. doi: 10.1155/2012/720354
5. Bell L. On a form of disease resembling some advanced stage of mania and fever. *The American Journal of Insanity.* 1849;6(Issue 2):97–127. doi: 10.1176/ajp.6.2.97
6. Carlson GA, Goodwin FK. The stages of mania. A longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry.* 1973;28(2):221–228. doi: 10.1001/archpsyc.1973.01750320053009
7. Ritchie J, Steiner W, Abrahamowicz M. Incidence of and risk factors for delirium among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 1996;47(7):727–730. doi: 10.1176/ps.47.7.727
8. Karmacharya R, England ML, Ongür D. Delirious mania: clinical features and treatment response. *J Affect Disord.* 2008;109(3):312–316. doi: 10.1016/j.jad.2007.12.001
9. Cordeiro CR, Saraiva R, Côrte-Real B, et al. When the bell rings: Clinical features of Bell's mania. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2020;22(2):19l02511. doi: 10.4088/PCC.19l02511
10. Jacobowski NL, Heckers S, Bobo WV. Delirious mania: detection, diagnosis, and clinical management in the acute setting. *J Psychiatr Pract.* 2013;19(1):15–28. doi: 10.1097/01.pra.0000426324.67322.06
11. Reinfeld S, Yacoub A. An examination of electroconvulsive therapy and delivery of care in delirious mania. *J ECT.* 2022;38(3):200–204. doi: 10.1097/YCT.0000000000000844
12. Klerman GL. The spectrum of mania. *Compr Psychiatry.* 1981;22(1):11–20. doi: 10.1016/0010-440x(81)90049-3
13. Mann SC, Caroff SN, Bleier HR, et al. Lethal catatonia. *Am J Psychiatry.* 1986;143(11):1374–1381. doi: 10.1176/ajp.143.11.1374
14. Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry.* 2003;160(7):1233–1241. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1233
15. Dunayevich E, Keck PE, Jr. Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Curr Psychiatry Rep.* 2000;2(4):286–290. doi: 10.1007/s11920-000-0069-4
16. Bond TC. Recognition of acute delirious mania. *Arch Gen Psychiatry.* 1980;37(5):553–554. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780180067006
17. Melo AL, Serra M. Delirious mania and catatonia. *Bipolar Disord.* 2020;22(6):647–649. doi: 10.1111/bdi.12926
18. Tripodi B, Carbone MG, Matarese I, et al. A case of delirious mania treated with electroconvulsive therapy. *Life (Basel).* 2023;13(7):1544. doi: 10.3390/life13071544
19. Arsan C, Baker C, Wong J, et al. Delirious mania: An approach to diagnosis and treatment. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2021;23(1):20f02744. doi: 10.4088/PCC.20f02744