

**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 НА ТЕМУ: «Биполярное аффективное расстройство»

Зав. кафедрой д.м.н., доцент Березовская М.А.
Ординатор: Щетникова А.С.

Красноярск 2021 г.

Оглавление

Актуальность	3
Определение.....	3
Этиология	3
Эпидемиология	4
Классификация	5
Варианты течения	5
Клиника	6
Лечение	7
Купирование маниакального эпизода.....	7
Купирование депрессивного эпизода	8
Источники.....	9
Вывод	9

Актуальность

Проблема изучения биполярного аффективного расстройства (БАР) является актуальной, поскольку рост данного вида патологии подтверждается практически всеми исследователями. Около 5% населения всей планеты имеют диагноз «биполярное аффективное расстройство». По данным Всемирной Организации Здравоохранения, биполярное аффективное расстройство занимает 6 место в списке причин инвалидности. Биполярное расстройство оказывает гораздо более негативный эффект на жизнь человека, чем «обычная» депрессия, и по «разрушительному эффекту» сравнимо с шизофренией. Около 10% пациентов заканчивают жизнь самоубийством, большинство - в первые годы болезни. Из-за болезни пациенты чаще теряют работу, разводятся (частота разводов среди них в 3-6 раз выше), часто злоупотребляют алкоголем и наркотиками, у них нередко возникают проблемы с законом.

Определение

Биполярное аффективное расстройство (БАР)—хроническое рецидивирующее заболевание из категории психических расстройств аффективной сферы. БАР характеризуется повторными (по крайней мере двумя) эпизодами при которых настроение и уровень активности значительно нарушены. В некоторых случаях отмечается мания или гипомания, в других – депрессия, не обусловленные соматическим расстройством, употреблением психоактивных веществ (ПАВ), органическим психическим расстройством (F00-F09). Симптоматика острого эпизода, как правило, полностью редуцируется в периоды ремиссий. Больные, страдающие повторными эпизодами мании, встречаются редко. Они должны квалифицироваться как биполярные (F 31.8. Другие биполярные аффективные расстройства. Рекуррентные маниакальные эпизоды).

Этиология

Этиология и патогенез БАР до конца не ясны. Представления об этиологии основаны преимущественно на генетической теории. У родственников первой линии обнаруживается накопление числа случаев униполярной депрессии и БАР. Результаты генетических, биологических, нейромедиаторных и нейроэндокринных исследований, теоретические физиологические модели и психосоциальные теории дают возможность предполагать, что заболевание имеет сложную этиологию. Отдельные предрасполагающие генетические и биологические факторы взаимодействуют с влияниями внешней среды и различными психосоциальными факторами. По сравнению с шизофренией влияние на развитие заболевания средовых факторов (патология беременности и родов или проживание в крупных городах) менее достоверно,

однако наследственная отягощенность расстройствами биполярного спектра выше, чем при других психических расстройствах. Раннее начало и несвоевременная диагностика увеличивают риск формирования коморбидных психических расстройств и утяжеляют течение БАР.

Эпидемиология

Заболевание, как правило, манифестирует в молодом возрасте или в позднем пубертате (до 20 лет), то есть существенно раньше по сравнению с дебютом рекуррентной депрессии. Распространенность БАР по зарубежным данным составляет от 0,5 до 2% (в среднем около 1%), риск развития в течение жизни достигает 5%, а с учетом субсиндромальных форм — до 12%. Существенных географических или этнических различий в показателях заболеваемости не установлено. Расстройство чаще встречается у женщин, чем у мужчин, в соотношении примерно 3:2 (при рекуррентной депрессии — 2:1). БАР является заболеванием с высоким уровнем смертности, в том числе связанной с риском суицида и коморбидных соматических заболеваний. Риск завершённого суицида при БАР составляет 20% на протяжении жизни, что в 20–30 раз выше, чем в популяции, и выше, чем при рекуррентной депрессии. Информация о распространенности БАР в России практически отсутствует. В XXI веке в нашей стране не проводилось эпидемиологических исследований, касающихся этого заболевания. Единичные исследования прошлого века показывают, что существует огромный разрыв между показателями распространенности БАР, полученными в нашей стране и в зарубежных исследованиях. Так, в 80-х годах прошлого века распространенность БАР I (маниакально-депрессивный психоз по Международной классификации болезней (МКБ) 9 пересмотра) составляла 0,36 случая на 1000 населения (0,036%), а доля больных БАР среди состоящих на учете в психоневрологическом диспансере была равна 0,045 %. По статистическим данным МЗ РФ распространенность БАР в последние годы устойчиво составляет около 0,009%. По зарубежным данным, 60-70% пациентов с БАР первоначально ставится ошибочный диагноз, и в дальнейшем правильный диагноз устанавливается лишь спустя, в среднем, 8 - 10 лет после обследования тремя разными врачами. В России при тщательной диагностике в соответствии с современными операциональными диагностическими критериями МКБ-10 среди больных, наблюдающихся с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство» (РДР), доля пациентов с БАР составляет 40,8 %, а среди пациентов с диагнозом «приступообразная шизофрения, или шизоаффективное расстройство» - 40,3 %.

Классификация

В зарубежной литературе различают БАР-I и БАР-II типа. Американская классификация DSM-IV выделяет БАР I типа (наличие хотя бы одного развернутого маниакального или смешанного эпизода и одной депрессии) и II типа (наличие хотя бы одного гипоманиакального эпизода и одного депрессивного при отсутствии в анамнезе развернутых маниакальных состояний). БАР II типа — самостоятельное заболевание с крайне низкой вероятностью трансформации в БАР I типа. Эти варианты диагноза БАР представляются важными с точки зрения подбора дифференцированной терапии, поскольку имеются убедительные данные, полученные в рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) и показывающие различия в терапевтической эффективности препаратов при разных вариантах течения заболевания. В России диагноз БАР-II не ставится. Хотя В МКБ-10 не даны критерии диагностики БАР II типа, однако постановка этого диагноза возможна в рубрике F 31.8 «Другие биполярные расстройства». Униполярная мания встречается в 5—10% случаев БАР и в соответствии с МКБ-10 должна диагностироваться как БАР недифференцированное. При установке диагноза БАР необходимо уточнить текущий эпизод. МКБ-10 предусматривает следующие возможности постановки диагноза в рамках БАР.

Варианты течения

По вариантам клинического течения БАР выделяют альтернирующее, континуальное, быстроциклическое (БЦ) (включает ультрабыстроциклическое и ультраультрабыстроциклическое).

1. Альтернирующее течение - характеризуется наступлением эутимного периода после очередной аффективной фазы. Аффективные фазы, как правило, развиваются аутохтонно и имеют тенденцию к спонтанному разрешению. Интермиссия, формирующаяся вслед за завершением фазы, характеризуется эутимным настроением и появлением критики к перенесенному болезненному эпизоду. Социальная дезадаптация больных определяется прежде всего частотой развивающихся обострений, их длительностью и степенью тяжести.
2. Континуальное течение – отсутствие интермиссий, непрерывная смена фаз. Возможен переход альтернирующего течения в континуальное при спонтанном утяжелении болезни или при ошибочной фармакотерапии. Даже при таком неблагоприятном развитии заболевания иногда возможно становление довольно длительных эутимных периодов.
3. Быстроциклическое течение (БЦ) — один из наиболее неблагоприятных вариантов течения заболевания, определяется развитием не менее 4 аффективных фаз в течение одного года.

4. Ультрабыстрые циклы — развитие 4 или более аффективных фаз в течение одного месяца.

5. Ультра-ультрабыстрые циклы, возникающие в течение одного дня, которые практически невозможно отличить от персистирующего, крайне неустойчивого смешанного аффективного состояния .

Эти варианты и близкий к ним по клинической картине альтернирующий вариант смешанного аффективного состояния, а также смешанная мания являются достаточно типичными фазовыми проявлениями при континуальном течении, свидетельствующими о неблагоприятном прогнозе заболевания; они тяжело поддаются лечению. Быстрые циклы чаще наблюдаются у женщин и их возникновение связано с ранним началом болезни, злоупотреблением алкоголем, гипотиреозом, влиянием женских половых гормонов и приемом АД.

Клиника

БАР является сложным заболеванием, в структуре которого в разные периоды времени встречаются различные психопатологические симптомокомплексы. Аффективные фазы разного полюса, имеющие различную степень тяжести и типологию (мании, депрессии, смешанные состояния, аффективно-бредовые образования) могут завершаться спонтанно с формированием интермиссий, характеризующихся эутимным настроением и полноценной критичностью к перенесенному болезненному эпизоду. Наряду с нарушениями настроения и поведения, при БАР нередко наблюдаются расстройства и других сфер психической деятельности (например, когнитивной, восприятия), а также - нейровегетативные симптомы (нарушения сна, аппетита, циркадианной ритмики, энергетического баланса и т.д.). В разные периоды заболевания наличие и выраженность этих симптомов может в значительной степени изменяться.

Более, чем у половины больных БАР на разных этапах заболевания обнаруживается психотическая симптоматика. У 65% - диагностируются коморбидные заболевания (чаще всего злоупотребление психоактивными веществами или тревожные расстройства). Паническая симптоматика при БАР наблюдается чаще, чем при рекуррентной депрессии, и может существенно затягивать фазу. Риск развития алкогольной зависимости в 6-7 раз выше, чем в общей популяции, при этом у мужчин этот риск выше в 3 раза, а у женщин в 7 раз.

Не менее часто наблюдается коморбидность с соматическими заболеваниями (наиболее часто встречаются сердечно-сосудистая патология, диабет, ожирение и тиреоидная дисфункция). У таких больных нередко отмечается также недостаток волевых усилий и мотивации для борьбы с соматическими

факторами риска, что в конечном итоге приводит к повышению общей болезненности и смертности в популяции больных БАР.

Лечение

Купирование маниакального эпизода

Всем пациентам с установленным диагнозом МС рекомендуется фармакотерапия с целью купирования симптомов и достижения ремиссии. При лечении БАР для всех пациентов с целью максимально быстрого купирования актуальной психопатологической симптоматики и последующего поддержания эутимного периода рекомендовано выполнение трех обязательных этапов: купирующая терапия, долечивающая (поддерживающая) терапия и профилактическая (противорецидивная) терапия. Стратегия терапии МС при БАР строится с учетом последующего профилактического этапа. Рекомендовано поэтапное купирование МС с учетом тяжести (легкая, средняя, тяжелая) и типа маниакального синдрома: веселая (эйфорическая) мания, гневливая (дисфорическая) мания, мания с психотическими чертами (маниакально-бредовое состояние). Выбор терапии при купировании МС определяется не только особенностями действия различных групп препаратов, но и их переносимостью. Следует также учитывать, что назначение препарата для поддерживающей нормотимической терапии (соли лития, антиконвульсанты, антипсихотик второго поколения (АВП) должно проводиться достаточно рано и «накладываться» на начальный этап купирующей терапии, так как профилактическое действие этих препаратов развивается относительно медленно. Применение АВП в большинстве случаев предпочтительнее антипсихотиков первого поколения (АПП), в первую очередь за счет их лучшей переносимости (менее выраженные седация, риск развития экстрапирамидной симптоматики (ЭПС), риск гиперпролактинемии, депрессогенное действие, риск инверсии фазы). Кроме того, известно, что у больных аффективными расстройствами ЭПС при применении АПП развиваются в несколько раз чаще, чем у больных шизофренией, что требует дополнительного присоединения антихолинэргических препаратов.

Для пациентов с веселой (эйфорической) манией на начальном этапе терапии МС или при гипомании рекомендована монотерапия одним из нормотимических препаратов: карбонат лития, вальпроат натрия или АВП

Для пациентов с гневливой манией на начальном этапе терапии МС или при гипомании рекомендована монотерапия одним из нормотимических препаратов: Вальпроат натрия, карбамазепин или АВП.

Пациентам с недостаточной эффективностью начального этапа терапии в течение 3 – 4 недель рекомендовано присоединить к схеме антипсихотик (АВП или галоперидол) или использовать другой нормотимик.

Антиманиакальный эффект лечения карбонатом лития выше при концентрации 0,8-1,0 ммоль/л, которую при титровании дозы следует проверять 1 раз в неделю. Поэтому неэффективность курса карбоната лития может быть зафиксирована только при достижении терапевтического интервала препарата в плазме крови. Кроме того, нужно иметь в виду, что эффект карбоната лития при МС достигается не ранее, чем через 7-10 дней терапии.

Пациентом с тяжелой манией и сильным психомоторным возбуждением или при мании с психотическими симптомами рекомендовано терапию сразу начинать с комбинации нормотимик + антипсихотик (АВП или галоперидол). В первые дни предпочтительным является в/м путь введения.

После купирования острого МС для всех больных рекомендовано переходить к этапу стабилизации состояния (долечиванию) с целью редукции остаточной симптоматики, недопущения развития инверсии фазы и достижения устойчивой ремиссии. Терапию эффективным нормотимиком или комбинацией препаратов рекомендовано продолжать на протяжении 3-4 месяцев, постепенно уменьшая или отменяя седативную антипсихотическую терапию АПП и бензодиазепины, постоянное применение которых не рекомендовано более 1-2 месяцев из-за их высокого аддиктивного потенциала.

Купирование депрессивного эпизода

Всем пациентам с установленным диагнозом БД рекомендуется фармакотерапия с целью купирования симптомов и достижения ремиссии. Цель терапии: достижение ремиссии (для более точного психометрического определения ремиссии можно использовать шкалу Гамильтона для оценки депрессий, в соответствии с которой выраженность симптоматики не должна превышать 7 баллов, или шкалу Монтгомери-Асберг по которой ремиссия определяется при оценке симптоматики ниже 10 баллов).

Во всех случаях при лечении БД рекомендовано избегать назначения трициклических антидепрессантов (ТЦА) и классических нейролептиков. Всем пациентам с БД легкой или умеренной тяжести на фоне фармакотерапии рекомендуется проведение когнитивно-поведенческой и других видов психотерапии. При легких депрессиях такой коррекции терапии часто бывает достаточно для достижения эффекта. Важнейшим фактором для достижения успеха при ведении больных с легкой и умеренной депрессией является также быстрая нормализация нарушений сна и коррекция хронобиологических нарушений.

Всем пациентам с установленным диагнозом БД 1 типа без психотической симптоматики, с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендована одна из следующих препаратов: кветиапин, карбонат литий, ламотриджин, луразидон. Среди нормотимиков-антиконвульсантов с учетом последующего профилактического этапа терапии в случае преобладания в течении заболевания маниакальных фаз предпочтение рекомендовано отдавать вальпроату натрия, а депрессивных – ламотриджину. Доказательная база для карбамазепина хуже, его применение при БД оправдано только если пациент уже принимает данный препарат в качестве профилактической терапии.

Пациентам с установленным диагнозом БД 1 типа без психотической симптоматики при неэффективности терапии первого и второго этапа с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано использование одного из следующих препаратов: вальпроат натрия, комбинация вальпроата натрия с АД из группы СИОЗС, комбинация карбоната лития с АД из группы СИОЗС, комбинация АВП с АД из группы СИОЗС, комбинация оланзапина с флуоксетином, ЭСТ. Всем пациентам с установленным диагнозом тяжелой БД 2 типа с психотическими чертами с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано назначение комбинации нормотимика с АВП] с целью купирования симптомов и достижения ремиссии.

Источники

1. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2015-2017 гг. Аналитический обзор под ред. З.И. Кекелидзе. ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, М., - 2018.
2. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г. Биполярное аффективное расстройство// Национальное руководство. Психиатрия под ред. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. – Геотар Медиа.– 2018.
3. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б., Курсаков А.А., Образцова Л.В. Валидизация российской версии опросника HCL-32 для выявления пациентов с биполярным аффективным расстройством II типа среди больных, наблюдающихся с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, Вып. 1.

Вывод

Границы БАР до сих пор до конца не определены, учитывая множество переходных форм от рекуррентной депрессии к БАР. Однако с решением этих вопросов тесно связана проблема адекватной терапии маниакальных и депрессивных фаз разной степени выраженности и продолжительности и

последующей профилактики повторных приступов практически непрогнозируемой полярности. Использование для ПТ препаратов различных фармакологических групп и их многочисленных комбинаций нередко приводит к неоднозначным результатам, что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения этого расстройства.

ФГБОУ «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____

Рецензия _____ зав. Кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия

Щетниковой Анастасии Сергеевны

Тема реферата: «Биполярное аффективное расстройство».

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 литература (не старше 5 лет)	
9. Наличие общего вывода по теме	
10. Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	

Дата: «__» _____ 2021 год

Подпись рецензента _____ Березовская М.А.

Подпись ординатора _____