

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО _____

(наименование кафедры)

Рецензия ___ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____

(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _2_ года обучения по специальности _Психиатрия_ _____

Огурцова Аскольда Александровича _____

(ФИО ординатора)

Тема реферата _Биполярное расстройство_ _____

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) | 5/3 |
| 9. Наличие общего вывода по теме | + |
| 10. Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале) | удовлетворительно |

Дата: «__» _____ 20__ год

Подпись рецензента _____ Березовская М.А.

Подпись ординатора _____

Реферат
по специальности "Психиатрия"
на тему:
«Биполярное расстройство».

Выполнил: Огурцов
Аскольд
Александрович

Руководитель:
Березовская Марина
Альбертовна

Красноярск, 2022

Содержание

Введение	4
1. Биполярные расстройства классификация	4
2. Этиология биполярных расстройств	4
3. Симптомы и признаки биполярных расстройств	5
4. Мания	5
5. Гипомания	7
6. Депрессия	7
7. Смешанные признаки	8
8. Диагностика биполярных расстройств	8
9. Лечение биполярных расстройств	9
10. Другие варианты лечения	10
11. Заключение	11
Список литературы	9

Введение

Биполярные расстройства характеризуются чередованием эпизодов мании и депрессии, хотя у большинства больных превалирует одно из этих состояний. Точная причина неизвестна, но в патогенезе может определяться наследственностью, изменениями уровня нейромедиаторов в головном мозге и психосоциальными факторами. Диагноз ставится на основании анамнеза. Лечение – медикаментозное, иногда в сочетании с психотерапией.

Биполярные расстройства обычно начинаются в подростковом возрасте, на 20-е или 30-е годы жизни (см. также Биполярное расстройство у детей и подростков). Частота встречаемости около 4%. Биполярное расстройство I типа у мужчин и женщин встречается с одинаковой частотой.

1. Биполярные расстройства классификация

Биполярное расстройство I типа: определяется наличием по крайней мере одного полноценного (т.е. нарушающего нормальную социальную и профессиональную функцию) маниакального эпизода и повторяющихся депрессивных эпизодов

Биполярное расстройство II типа: определяется наличием депрессивных эпизодов тяжёлой степени с одним, по крайней мере, гипоманиакальным эпизодом, однако без полноценного маниакального эпизода

Неспецифическое биполярное аффективное расстройство: заболевания с четкими биполярными нарушениями, которые не соответствуют определенным критериям других биполярных расстройств

У пациентов с циклотимическим расстройством наблюдаются продолжительные (> 2 лет) периоды, включающие как гипоманиакальные, так и депрессивные эпизоды; однако эти эпизоды не отвечают критериям диагностики биполярного расстройства.

2. Этиология биполярных расстройств

Точная причина биполярного расстройства неизвестна. Наследственность играет важную роль. Также имеются данные о нарушениях регуляции обмена серотонина, норадреналина и дофамина.

Также в процесс могут быть вовлечены психосоциальные факторы. Стрессовые жизненные ситуации также могут играть роль в развитии симптомов и последующих рецидивов, хотя их точная роль в патогенезе до конца не выяснена.

Определенные медикаменты могут провоцировать развитие рецидива у некоторых больных с биполярным расстройством; к таким препаратам относятся:

Симпатомиметики (например, кокаин, амфетамины)

Алкоголь

Определенные антидепрессанты (например, трициклические, ингибиторы моноаминоксидазы [ИМАО])

3. Симптомы и признаки биполярных расстройств

Биполярное расстройство характеризуется острым началом с последующими повторяющимися фазами ремиссий и рецидивов. Ремиссия часто бывает полной, но у многих пациентов сохраняются остаточные симптомы, и у некоторых способность к профессиональной деятельности значительно снижена. Рецидивы носят характер дискретных эпизодов интенсивной клинической картины мании, депрессии, гипомании или комбинации депрессивных и манических проявлений.

Продолжительность эпизодов составляет от нескольких недель до 3–6 месяцев.

Продолжительность цикла—от одного эпизода к другому—значительно отличается среди пациентов. У некоторых пациентов бывают редкие эпизоды, возможно, лишь несколько в течение всей жизни, в то время как у других происходят формы быстрого цикла (обычно определяются как ≥ 4 эпизодов/год). Только у меньшинства происходит чередование мании и депрессии в каждом цикле; в большинстве случаев одно или другое в некоторой степени преобладает.

Пациенты могут предпринять попытку самоубийства или совершить самоубийство. Распространенность самоубийств в течение жизни у пациентов с биполярным расстройством по оценкам как минимум в 15 раз выше, чем у остального населения.

4. Мания

Маниакальным эпизодом называется период длительностью ≥ 1 недели стабильно повышенного, экспансивного или раздражительного настроения, энергичности или постоянной усиленной целенаправленной активности, с как минимум 3 дополнительными симптомами:

- Завышенная самооценка или бред величия
- Сниженная потребность во сне
- Повышенная словоохотливость, чем обычно (болтливость)
- Полет идей или мыслей
- Рассеянность
- Повышенная деловая активность

Чрезмерное вовлечение в деятельность с высоким риском неприятных последствий (например, чрезмерная покупательская активность, неразумные денежные вложения)

Пациенты с маниакальным расстройством могут активно, чрезмерно и импульсивно принимать участие в различных рискованных мероприятиях (например, азартные игры, опасные виды спорта, беспорядочная половая жизнь), игнорируя возможные опасности. Симптомы настолько серьезны, что они не способны заниматься своей основной деятельностью (работа, школа, домашнее хозяйство). Неразумные вложения, увеличение расходов и другие личные предпочтения могут иметь непоправимые последствия.

При маниакальном эпизоде пациенты могут быть энергичными и ярко или красочно одетыми, а также часто имеют властные манеры поведения с быстрым, непрерывным потоком речи. У пациентов могут возникать ассоциации слов по звуковому сходству (новые образы, которые вызываются звуками слов, а не их смыслом). Пациенты в таком состоянии легко отвлекаются, постоянно переходят от одной темы к другой. Однако пациенты, как правило, считают, что пребывают в своем лучшем психическом состоянии.

Недостаточная самокритика и повышенная деловая активность часто приводит к развитию навязчивого поведения, что может быть опасной комбинацией. Межличностные конфликты могут приводить к развитию чувства у пациентов, что их незаслуженно или несправедливо преследуют. В результате пациенты могут представлять опасность для себя и окружающих. Активная умственная деятельность проявляется как скачки мыслей или полет идей.

Маниакальный психоз – это наиболее яркая форма нарушения с выраженными психотическими симптомами, которые сложно дифференцировать с шизофренией. У больных может развиваться бред преследования (например, больной считает себя Иисусом или человеком, которого ищет ФБР) иногда с галлюцинациями. Уровень активности заметно повышается; пациенты могут бегать и кричать, ругаться или петь. Лабильность настроения повышается, часто с увеличением раздражительности. Может развиваться резко выраженный бред (бредовая мания) с полной утратой когерентного мышления и поведения.

5. Гипомания

Гипоманиакальный эпизод – это менее выраженный вариант мании, когда отдельный эпизод длится ≥ 4 дней (причем поведение пациента резко отличается от поведения в обычном, недепрессивном состоянии) и включает ≥ 3 дополнительных симптомов, перечисленных выше в описании мании.

В течение гипоманиакального периода улучшается настроение, уменьшается потребность во сне и ускоряется психомоторная активность. Для некоторых пациентов гипоманиакальные периоды являются адаптивными, поскольку они дают высокую энергию, креативность, уверенность в себе и сверхъестественное социальное функционирование. Многие не хотят лишаться приятного, эйфорического состояния. Некоторые функции достаточно хороши и в большинстве случаев функционирование ухудшается незаметно. Тем не менее, некоторые больные отличаются плохой концентрацией внимания, раздражительностью и эмоциональной лабильностью, что причиняет пациенту и окружающим некоторый дискомфорт.

6. Депрессия

Депрессивный эпизод имеет черты, характерные для большой депрессии; эпизод должен включать ≥ 5 следующих признаков за 1 и тот же двухнедельный период, причем одним из них должно быть подавленное настроение или потеря интереса или удовольствия:

- Подавленное настроение в течение большей части дня
- Заметное снижение интереса или удовольствия от всех или почти всех видов деятельности в течение большей части дня
- Значительная ($> 5\%$) потеря/увеличение веса или снижение/повышение аппетита
- Бессонница (часто связанная с невозможностью поддержания сна) или гиперсомния
- Психомоторное возбуждение или заторможенность, наблюдаемые другими (не самооценка)
- Усталость или потеря энергии
- Чувство бесполезности или чрезмерной или необоснованной вины
- Снижение способности мыслить или концентрироваться, или нерешительность
- Повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, попытки самоубийства или конкретный план совершения самоубийства
- Психотические черты более характерны для биполярной депрессии, чем для монополярной.

7. Смешанные признаки

Эпизод мании или гипомании называется смешанным, если ≥ 3 депрессивных симптомов присутствуют в большинстве дней в течение эпизода. Этот тип расстройства часто трудно диагностировать, и он может скрываться за постоянным циклическим состоянием; прогноз хуже, чем при чистом маниакальном или гипоманиакальном состоянии.

Риск самоубийства во время смешанных эпизодов особенно высок.

8. Диагностика биполярных расстройств

-Клинические критерии

-Уровень тироксина (Т4) и тиреотропного гормона (ТТГ) для исключения гипертиреозидизма

-Исключение факта употребления психостимуляторов – клинически или по анализу крови или мочи

Диагностика биполярного расстройства основывается на идентификации симптомов мании или гипомании, описанных выше, и на анамнезе развития заболевания. Симптомы должны быть достаточно серьезны, чтобы заметно затруднить социальную или профессиональную деятельность или потребовать госпитализации для предотвращения нанесения вреда себе или окружающим.

Некоторые пациенты с симптомами депрессии, возможно, ранее переживали эпизоды гипомании или мании, но они не расскажут об этом сами, пока их об этом специально не спросят. Умелый опрос может выявить болезненные признаки (например, избыток расходов, импульсивные сексуальные эскапады, злоупотребление наркотиками), хотя такая информация, скорее всего, будет предоставлена родственниками. Со всеми пациентами следует провести ненавязчивый, но откровенный опрос о суицидальных наклонностях, планах или попытках.

Аналогичные острые маниакальные или гипоманиакальные симптомы могут возникать в результате злоупотребления стимуляторов или таких соматических расстройств, как гипертиреоз или феохромоцитомы. Пациенты с гипертиреозом обычно имеют другие физические симптомы и признаки, но тестирование функции щитовидной железы (уровни Т4 и ТТГ) является целесообразным методом обследования для новых пациентов. Пациенты с феохромоцитомой страдают выраженной гипертонией; если же нет, то тестирование не показано. Другие расстройства реже вызывают симптомы мании, но депрессивные симптомы могут возникнуть в ряде расстройств.

Сбор анамнеза по употреблению психоактивных веществ (особенно амфетаминов и кокаина) и скрининг крови или мочи на присутствие наркотиков может помочь определить медикаментозную причину состояния.

Однако в связи с тем, что эпизод мог быть вызван употреблением наркотиков у пациента с биполярным расстройством, поиск наличия симптомов (маниакальных или депрессивных), не связанных с употреблением наркотиков, имеет важное значение.

Некоторые пациенты, страдающие шизоаффективным расстройством, демонстрируют маниакальные симптомы, но такие пациенты могут не возвращаются к нормальному состоянию между эпизодами.

Пациенты с биполярным аффективным расстройством могут также иметь тревожные расстройства (например, социофобию, панические атаки, обсессивно-компульсивные расстройства), что может привести к возможной ошибке в диагнозе.

9. Лечение биполярных расстройств

-Нормотимики (например, литий, некоторые противосудорожные препараты) и антипсихотические средства второго поколения, или их комбинация

Поддерживающее лечение и психотерапия.

Лечение биполярного расстройства состоит из трех этапов:

-Ударное лечение: Стабилизация и контроль симптоматики

-Продолжающееся лечение: Достижение полной ремиссии

-Поддерживающее лечение или профилактика: Сохранение ремиссии

Хотя большинство больных с гипоманией можно лечить амбулаторно, тяжелая мания, как и депрессия, часто требует госпитализации больного.

Медикаментозная терапия биполярного расстройства

Препараты для лечения биполярного расстройства включают

-Нормотимики: литий и некоторые противосудорожные препараты, в частности вальпроат, карбамазепин и ламотриджин

-Антипсихотические препараты 2-го поколения: арипипразол, луразидон, оланзапин, кветиапин, рисперидон, zipразидон и карипразин.

Эти препараты назначают как по отдельности, так и в комбинации на всех этапах лечения, хотя и в разных дозировках.

Выбор медикаментозного лечения биполярного расстройства может представлять сложность, потому что все препараты имеют значительные побочные эффекты, частые лекарственные взаимодействия и ни один препарат

не является универсально эффективным. Выбор необходимо основывать на том, что ранее являлось эффективным и хорошо переносимым у данного пациента. Если пациенту ранее не назначались препараты для лечения биполярного расстройства (или медикаментозный анамнез неизвестен), выбор зависит от истории болезни пациента (в зависимости от побочных эффектов конкретного стабилизатора настроения) и тяжести симптомов.

Для лечения тяжелых форм депрессии назначают также некоторые специфические антидепрессанты (например, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина [СИОЗС]), но их эффективность является спорной; они не рекомендуются в качестве монотерапии при лечении депрессивных эпизодов.

10. Другие варианты лечения

В некоторых случаях для лечения рефрактерных форм депрессии используют электрошоковую терапию (ЭШТ), которая также эффективна и при маниах.

Фототерапия полезна для лечения сезонных биполярных нарушений I или II типа (при осенне-зимней депрессии и весенне-летней гипомании). Этот метод особенно эффективен в качестве вспомогательного лечения.

Образование и психотерапия

Заручившись поддержкой близких, врач может предотвратить развитие больших эпизодов аффективных расстройств.

Больным часто рекомендуется групповая терапия. На этих занятиях они узнают о биполярных расстройствах, их последствиях и важной роли нормотимиков в лечении этого нарушения.

Индивидуальная психотерапия может помочь больным справляться с жизненными трудностями и встать на новый путь самоосознания.

Пациенты с биполярным расстройством, особенно с расстройством II типа, могут не придерживаться режима лечения нормотимиками, потому что считают, что эти препараты делают их менее сообразительными и творческими. Врач может в таком случае провести разъяснения, что снижение креативности относительно редко, поскольку стабилизаторы настроения обычно дают возможность для более равномерного распределения энергии на межличностное и профессиональное взаимодействие, обучающую деятельность, художественное творчество.

Пациентов следует предупреждать о необходимости избегать приема стимулирующих препаратов и алкоголя, чтобы минимизировать нарушения сна, а также для выявления ранних признаков рецидива.

Если больной склонен к транжирству, то контроль денег семейного бюджета следует передать членам семьи. Пациентам с сексуальной гиперактивностью следует рассказать о последствиях такого поведения для

семьи (например, развод) и риске заражения инфекционными заболеваниями, например СПИДом.

Группы поддержки (например, Объединение по поддержке больных депрессией и биполярным расстройством) могут помочь больным, предоставляя возможность обменяться опытом и ощущениями с другими пациентами.

11. Заключение

Биполярное расстройство является циклическим состоянием, включающим эпизоды мании с депрессией или без (биполярное расстройство 1-го типа) или эпизоды гипомании в сочетании с депрессией (биполярное расстройство 2-го типа).

Биполярное расстройство заметно ухудшает способность к профессиональной деятельности и к социальному взаимодействию, высок риск самоубийства; однако, легкие маниакальные состояния (гипомания) иногда благоприятны, потому что в таких состояниях появляется энергичность, креативность, уверенность в себе и повышенная социальная активность.

Продолжительность и частота циклов у пациентов различны; у некоторых в течение всей жизни случается лишь несколько эпизодов, в то время как у других пациентов наблюдается ≥ 4 эпизодов в год (формы с быстрой циклическостью).

Только у немногих пациентов во время каждого цикла мания чередуется с депрессией; в большинстве же циклов преобладает какое-то одно состояние.

Диагноз основывается на клинических критериях, однако злоупотребление стимуляторами, а также наличие физических расстройств (такие, как гипертиреоз или феохромоцитома) должны быть исключены с помощью обследования и анализов.

Лечение зависит от проявлений и степени их серьезности, но, как правило, включает в себя нормотимики (например, литий, вальпроат, карбамазепин, ламотриджин) и/или нейролептики 2-го поколения (например, арипипразол, лurasидон, оланзапин, кветиапин, рисперидон, zipрасидон, карипразин).

Список Литературы

1. Зейгарник Б.В. Общая психопатология. – М., «Просвещение» преизд. 2019г.
2. Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В. Психиатрия. – М.: Медицина, Переизд. 2017г.
3. Мамцева В.Н. / Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей / Под ред. В.В. Ковалёва. – М.: Медицина, 2009г.
4. Менделевич В.Д. Клиническая (медицинская) психология. – М., 2002.
5. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Клинические проявления Биполярного расстройства // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, переизд. 2018г.