

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 _____
Воробьёва Дарья Викторовна _____
(ФИО ординатора)

Тема реферата _____ Биполярное аффективное 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)	8/8
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/отлично

Дата: «05» декабря 2022год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Воробьёва Д.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

на тему

«Биполярное аффективное расстройство»

Выполнила: ординатор специальности «Психиатрия»
Воробьева Дарья Викторовна

Проверила: д.м.н., доцент Березовская Марина
Альбертовна

Красноярск, 2022

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Исторические данные.....	4
3. Этиология и патогенез.....	5
4. Эпидемиология	7
5. Классификация заболевания или состояния.....	8
6. Клиническая картина заболевания или состояния.....	11
7. Диагностика заболевания или состояния.....	12
8. Лечение.....	16
8.1 Терапия маниакальных состояний.....	16
8.2 Терапия депрессивных состояний.....	18
8.3 Профилактика.....	20
9. Заключение.....	21
10. Список использованной литературы.....	22

Введение

Биполярное аффективное расстройство (БАР) - является хроническим рецидивирующим заболеванием из категории психических расстройств аффективной сферы. 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»).

Ранее считалось, что эти аффективные состояния периодически, в виде фаз, сменяют друг друга, непосредственно или через «светлые» промежутки психического здоровья (так называемые интермиссии, или интерфазы), без снижения или почти без снижения психических функций, при любой продолжительности болезни, даже при большом числе перенесённых фаз.

Современная точка зрения: Биполярное аффективное расстройство (Маниакально - депрессивный психоз в прошлом) - представляет собой широко распространенное инвалидизирующее хроническое заболевание, возникающее в молодом возрасте и имеющее серьезные последствия, такие как длительная нетрудоспособность и высокий суицидальный риск (около 25 - 30% пациентов предпринимают суицидальные попытки).

Заболевание оказывает значительный урон как для социальной адаптации пациентов, так и их семьям и обществу в целом, хотя зачастую остается невыявленным, диагностически недооцененным и без соответствующего лечения. Продолжительность жизни у больных с биполярным аффективным расстройством сокращена по сравнению с общей популяцией. Главная причина этого - коморбидные соматические расстройства.

Клиническое ведение пациентов с биполярным аффективным расстройством является процессом с индивидуальной направленностью. Важна эффективность лечения в отношении редукции симптоматики и обеспечение достаточного уровня жизни.

Исторические данные

Более 2-х тысяч лет насчитывает история изучения расстройств настроения. Аффективные расстройства (депрессии) описаны еще в древнеегипетских источниках. «Меланхолия» и «мания» как медицинские термины встречались у Гиппократ (5-й век до н.э.). Описывая меланхолию как болезнь, Гиппократ отмечал, как признак заболевания, необычную длительность печали или горя.

Окончательно расстройство выделил в отдельную нозологическую единицу Э. Крепелин, в 1896г. он предложил концепцию «Маниакально - депрессивного психоза», она описывала полярные синдромы расстройств настроения - манию и депрессию; течение расстройства с чередованием обострений и ремиссий; благоприятный прогноз маниакально - депрессивного психоза в сравнении с шизофренией. Э. Крепелин определил сущность маниакально - депрессивного психоза - как периодичность возникновения фазовых колебаний настроения.

По Крепелину маниакально - депрессивный психоз охватывал все расстройства настроения, как маниакально - депрессивные, так и депрессивные. Эта концепция оставалась основной в отечественной психиатрии на протяжении XX века. Наименование маниакально - депрессивный психоз длительное время было общепринятым.

Сейчас с современных позиций термин «маниакально - депрессивный психоз» считается устаревшим, научно некорректным и является обидным, стигматизирующим, по отношению к больным. Данное заболевание не всегда сопровождается психозом, и при нем не всегда наблюдаются оба типа фаз. Поэтому для данного психического расстройства принято научное и политически более корректное наименование - «Биполярное аффективное расстройство».

В 1976г. биполярное расстройство было разделена на 2 типа - БАР I типа и БАР II типа. Диагностические критерии II типа впервые привел Даннер при описании пациентов с депрессивным эпизодом и «легкой» манией, не требующей госпитализации.

В 1994г. понятие «биполярное аффективное расстройство» появилось в международной классификации болезней.

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез биполярного аффективного расстройства до конца не ясны. Представления об этиологии основаны преимущественно на генетической теории. У родственников первой линии обнаруживается накопление числа случаев униполярной депрессии и биполярного аффективного расстройства.

У ближайших родственников риск развития заболевания составляет до 15 %, что в семь раз выше средних цифр в популяции. Конкордантность для монозиготных близнецов - от 33 до 90 %, а для дизиготных только до 23 %. Если один из родителей страдает биполярным аффективным расстройством, то риск заболеть биполярным аффективным расстройством, шизоаффективным расстройством или шизофренией составляет до 50 % (Краснов В.Н., 2012г.).

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.

Некоторые исследования подтверждают сходство шизофрении с биполярным аффективным расстройством, обнаружено, что эти заболевания развиваются на основе одних и тех же генетических дефектов. Один и тот же набор вариаций SNP (однонуклеотидных полиморфизмов) связан как с шизофренией, так и с биполярным расстройством. «Возможно, оба расстройства порождаются общим изъяном развития мозга. Конечно, ключевой вопрос в том, почему у одних возникает шизофрения, а у других биполярное расстройство» (Томас Инзел, директор Национального института психического здоровья США, 2011).

Кроме того, известно, что в патогенез биполярного аффективного расстройства и шизофрении вовлечены дофаминергическая и серотонинергическая системы (общая биологическая основа заболеваний). Все

это дает право на существование теории континуального развития аффективных и психотических расстройств, без четких разграничений - от депрессии к биполярному аффективному расстройству и от биполярного аффективного расстройства к шизофрении.

В соответствии с континуальной теорией развития психозов, больной в различные периоды жизни может находиться в разных точках континуума в зависимости от преобладания у него униполярной депрессии, биполярного расстройства или психотических симптомов (Мосолов Н.Н, 2018).

В развитии и течении биполярного расстройства участвует ГАМКергическая система (нормотимический эффект антиэпилептиков), нейротрансмиттеры серотонин, норадреналин, дофамин, что объясняет эффект антидепрессантов, нейролептиков и в том числе атипичных антипсихотиков. Атипичные антипсихотики, в отличие от классических нейролептиков, отличаются хорошей переносимостью, близки к спектру действия нормотимиков (купирующее действие при депрессии или мании) и обладают в отличие от нормотимиков, доказанной антипсихотической эффективностью. Не исключена роль других нейромедиаторов, эндорфинов, мелатонина.

К развитию биполярного аффективного расстройства считают также причастными глюкокортикоиды и другие стрессовые гормоны (Goodwin F.K., Jamison K.R., 2007). На развитие и течение депрессии оказывают влияние изменения циркадных ритмов с характерным сокращением латентного периода REM-фазы сна (Мосолов С.Н., 2018г.).

На основании имеющихся в настоящее время данных пока не представляется возможным создание единой концепции этиологии и патогенеза. Первопричина формирования биполярного аффективного расстройства остается неясной, а этиология и патогенез - до конца не известны. По видимому, заболевание имеет множественный генез - отдельные предрасполагающие генетические и биологические факторы взаимодействуют с влияниями внешней среды и различными психосоциальными факторами.

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 биполярного аффективного расстройства среди населения составляет 0,3-1,5 % (в среднем 1%).

Согласно данным международных исследований, проведенных в последние 30 лет, вероятность развития биполярного аффективного расстройства на протяжении жизни человека составляет около 1 %, что сопоставимо с распространенностью шизофрении.

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).

В дебюте биполярного аффективного расстройства, особенно I типа, у мужчин преобладает мания/гипомания, а у женщин - депрессивное состояние.

Биполярное аффективное расстройство является заболеванием с высоким уровнем смертности, в том числе связанной с риском суицида и коморбидных соматических заболеваний. Риск завершенного суицида при биполярном аффективном расстройстве составляет 20% на протяжении жизни, что в 20 - 30 раз выше, чем в популяции, и выше, чем при рекуррентной депрессии.

Вся аффективная симптоматика занимает в среднем 47 % жизни у биполярных пациентов. Депрессия становилась причиной госпитализации в 59 %, мания - в 43 %, смешанные состояния - в 33 %.

При этом большинство эпизодов при биполярном аффективном расстройстве депрессивных - 68 %, а маниакальных и смешанных - 20 и 12 %.

Информация о распространенности биполярного аффективного расстройства в России практически отсутствует. В XXI веке в нашей стране не проводилось эпидемиологических исследований, касающихся этого заболевания. Существует огромный разрыв между показателями распространенности биполярного аффективного расстройства, полученными в нашей стране и за рубежом.

Классификация заболевания или состояния

Особенности кодирования заболевания или состояния по МКБ-10

F 31 – Биполярное аффективное расстройство

F 31.0 – Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод

F 31.1 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов текущий

F 31.2 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами текущий.

F31.3 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии текущий

F31.30 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии текущий без соматических симптомов

F31.31 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии текущий с соматическими симптомами

F31.4 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов текущий

F31.5 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами текущий

F31.6 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанный

F31.7 – Биполярное аффективное расстройство, состояние ремиссии

F31.8 – Другие биполярные аффективные расстройства

F31.9 – Биполярное аффективное расстройство неуточненное

В соответствии с МКБ-10 диагноз ставится при наличии в течении заболевания хотя бы одного маниакального или смешанного эпизода.

В зарубежной литературе различают *БАР-I* и *БАР-II* типа.

Американская классификация Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-V) выделяет БАР I типа (наличие хотя бы одного развернутого маниакального или смешанного эпизода и одной депрессии) и БАР 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 биполярного аффективного расстройства представляются важными с точки зрения подбора дифференцированной терапии, поскольку имеются убедительные данные, полученные в рандомизированных контролируемых исследованиях 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 биполярного аффективного расстройства и в соответствии с МКБ-10 должна диагностироваться как биполярное аффективное расстройство недифференцированное. При установке диагноза биполярное аффективное расстройство необходимо уточнить текущий эпизод.

Классификация по вариантам клинического течения:

1. Альтернирующее
2. Континуальное
3. Быстроциклическое (
 - Ультрабыстроциклическое
 - Ультра-ультрабыстроциклическое

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 - один из наиболее неблагоприятных вариантов течения заболевания, определяется развитием не менее 4 аффективных фаз в течение одного года.

- Ультрабыстрые циклы - развитие 4-х или более аффективных фаз в течение одного месяца.
- 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 антидепрессантов.

Клиническая картина заболевания или состояния

Биполярное аффективное расстройство 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, аффективно - бредовые состояния) могут завершаться спонтанно с формированием интермиссий, характеризующихся эутимным настроением и полноценной критичностью к перенесенному эпизоду болезни.

Начало биполярного расстройства у большинства пациентов протекает без явных симптомов. В типичных случаях предвестниками заболевания могут быть незначительные колебания настроения в течение нескольких дней, иногда - недель с последующей кристаллизацией в клинически развернутый эпизод.

Более, чем у половины больных на разных этапах заболевания обнаруживается психотическая симптоматика.

По современным данным, прогноз биполярного расстройства хуже, если первый эпизод депрессивный. Наряду с нарушениями настроения и поведения, при биполярном аффективном расстройстве наблюдаются расстройства и других сфер психической деятельности (например, когнитивной, восприятия), а также - нейровегетативные симптомы (нарушения сна, аппетита и т.д.). В разные периоды заболевания выраженность этих симптомов может изменяться.

У 65% - диагностируются соматические и коморбидные заболевания (злоупотребление ПАВ, алкоголем, тревожные расстройства, сердечно - сосудистая патология, сахарный диабет, тиреоидная дисфункция и др). У таких больных нередко отмечается 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 с БАР. Риск развития алкогольной зависимости в 6 - 7 раз выше, чем в общей популяции, при этом у мужчин риск выше в 3 раза, а у женщин в 7 раз.

Паническая симптоматика наблюдается чаще, чем при рекуррентной депрессии, и может существенно затягивать фазу.

Раннее начало и несвоевременная диагностика увеличивают риск формирования коморбидных психических расстройств и утяжеляют течение биполярного аффективного расстройства.

Диагностика заболевания или состояния

При биполярном аффективном расстройстве могут обнаруживаться различные типы эпизодов расстройства настроения (маниакальный, депрессивный и смешанный) с различными степенями тяжести (легкая, умеренная и тяжелая).

Эпизодом расстройства настроения называют состояние, при котором нарушение настроения выражено в определенной степени и определенное время: для депрессии - 2 недели; для мании - 1 неделя.

Наличие маниакальных, гипоманиакальных или смешанных эпизодов любой степени выраженности является основным критерием принадлежности расстройства настроения к биполярному спектру.

Маниакальный эпизод: □

Патологически и устойчиво повышенное, экспансивное или раздражительное настроение, сохраняющееся, по крайней мере, на протяжении 1 недели (или же любой продолжительности, в случае необходимости госпитализации). □

Присутствие, по крайней мере, 3-х из перечисленных признаков (4-х в случае раздражительной мании):

- Повышенная самооценка или идеи величия
- Снижение потребности во сне
- Необычная многоречивость
- Скачка идей
- Повышенная отвлекаемость
- Повышение активности или психомоторное возбуждение
- Чрезмерное вовлечение в досуговые мероприятия с потенциально неблагоприятными последствиями
- Выраженное нарушение трудового и социального функционирования или сопутствующие психотические симптомы

Выделяют 3 степени тяжести мании:

1. Легкая - гипомания
2. Умеренной тяжести - мания без психотических симптомов
3. Тяжелая - мания с психотическими симптомами.

Гипомания более сложна для диагностики: наблюдается легкий, в течение нескольких дней, подъем настроения, повышенная активность и энергичность, чувство благополучия и физической и психической продуктивности, повышенная социальная активность, разговорчивость, чрезмерная фамильярность, гиперсексуальность, сниженная потребность во сне, рассеянность внимания. Иногда вместо повышенного настроения могут иметь место раздражительность, грубое поведение и враждебность (гневливая или дисфорическая мания).

Основным отличием от состояния мании является то, что гипомания может быть диагностирована через 4 дня и не характеризуется выраженными нарушениями функционирования □ (Suppes T., et al., 2015).

Многие из симптомов гипомании воспринимаются как «нормальные» и зачастую как желаемые (позитивные, «радостные» проявления гипомании).

«Позитивные» проявления гипомании:

- Меньшая потребность во сне
- Больше энергичности
- Большая уверенность в себе
- Повышение мотивации к работе
- Более высокая социальная активность
- Более высокая физическая активность
- Больше планов, идей
- Менее выражены застенчивость, закомплексованность
- Большая, чем обычно, разговорчивость
- Крайне веселое настроение, повышенная оптимистичность
- Быстрое мышление.

«Негативные» проявления гипомании:

- Большое число разъездов, безрассудное вождение
- Повышенные траты или покупки
- Безрассудные денежные вложения
- Высокая раздражительность, нетерпеливость
- Легкая отвлекаемость
- Повышение сексуального интереса
- Повышенное употребление кофе, сигарет
- Повышенное употребление алкоголя, психоактивных веществ.

Для мании умеренной тяжести (без психотических симптомов) характерны:

- Значительная приподнятость настроения
- Выраженная гиперактивность и речевой напор
- Стойкая бессонница
- Эйфоричное настроение чаще прерывается периодами раздражительности, агрессии и депрессии. Пациент высказывает идеи величия, нормальное социальное торможение утрачивается, внимание не удерживается, отмечается выраженная отвлекаемость. □ □

При некоторых эпизодах мании больной может быть агрессивным или раздражительным и подозрительным. Такое состояние должно длиться, по крайней мере, неделю и быть такой тяжести, что приводит к полному нарушению работоспособности и социальной деятельности.

В тяжелых случаях (мания с психотическими симптомами): отмечается неудержимое психомоторное возбуждение, которое может сопровождаться агрессией и насилием. Повышенная самооценка и идеи величия могут развиваться в бред, а раздражительность и подозрительность - в бред преследования.

У пациентов выявляются бессвязность мышления, скачка мыслей, речь становится малопонятной, иногда возникают галлюцинации.

Смешанный эпизод.

Специфичным для маниакальной депрессии при биполярном аффективном расстройстве является наличие аффективных эпизодов смешанного характера (F31.6). Смешанный эпизод характеризуется смешанной или быстрой сменой (в течение нескольких часов) симптомов гипомании, мании и депрессии в течение не менее двух недель. Симптомы соответствуют критериям как маниакального, гипоманиакального, так и большого депрессивного эпизода.

Депрессивный эпизод.

Биполярное аффективное расстройство в большей части случаев манифестирует депрессией, что создает проблему дифференциальной диагностики с рекуррентной депрессией.

К клиническим особенностям биполярной депрессии, отличающим ее от рекуррентной, можно отнести психомоторную заторможенность с сочетанием с атипичными симптомами: гиперфагия, гиперсомния (вместо нейровегетативной симптоматики). Биполярное аффективное расстройство в сравнении с рекуррентной депрессией имеет: начало в более раннем возрасте, более быстрое

развитие и формирование депрессивной симптоматики, большую частоту депрессий, меньшую длительность депрессий.

Общие диагностические указания депрессивного эпизода включают в себя:

- Сниженное настроение
- Утрату интересов и удовольствий.
- Снижение способности к концентрации внимания
- Заниженные самооценка и уверенность в себе
- Идеи вины и самоуничужения
- Мрачное пессимистическое видение будущего
- Идеи и действия самоповреждения или суицидальные
- Нарушения сна
- Сниженный аппетит.

Состояние пониженного настроения мало подвержено изменениям в течение депрессивного эпизода, но настроение может претерпевать суточные колебания.

Варианты депрессивного приступа:

Различные соотношения компонентов депрессивной триады позволяют выделить три варианта депрессивного приступа:

1. *Гармоничный депрессивный приступ:* проявляется соразмерностью доминирующего аффекта (тоскливого, тревожного, либо апатического) идеаторным и моторным расстройством.

2. *Дисгармоничный депрессивный приступ:* с диспропорцией (несоответствием) между выраженностью доминирующего аффекта и степенью выраженности идеаторных и моторных нарушений. Например, выраженная тоска и малая идеаторная и моторная заторможенность, либо слабая выраженность аффективных расстройств и наличие идеаторного торможения.

3. *Диссоциированный депрессивный приступ:* несоответствие ведущего доминирующего аффекта и идеаторных и моторных нарушений. Например, выраженный тоскливый аффект и ускоренное течение ассоциаций и высокая скорость двигательных актов, либо тревога с идеаторным и моторным торможением.

Лечение

Всем пациентам с целью максимально быстрого купирования актуальной психопатологической симптоматики и последующего поддержания эутимного периода рекомендовано выполнение трех обязательных этапов:

1. Купирующая терапия
2. Долечивающая (поддерживающая) терапия
3. Профилактическая (противорецидивная) терапия

Терапия маниакальных состояний:

Рекомендовано поэтапное купирование маниакальных состояний 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 определяется не только особенностями действия различных групп препаратов, но и их переносимостью.

Существенно повысить эффективность терапии возможно, следуя определенным методическим правилам ее проведения. Адекватная дозировка и динамичное и своевременное изменение терапии позволяют быстро купировать симптоматику и препятствуют затягиванию эпизода.

Следует учитывать, что назначение препарата для поддерживающей нормотимической терапии - должно проводиться рано и «накладываться» на начальный этап купирующей терапии, так как профилактическое действие препаратов развивается относительно медленно.

Применение антипсихотических средств 2-го поколения в большинстве случаев предпочтительнее антипсихотических средств 1-го поколения, в первую очередь за счет их лучшей переносимости (менее выраженные седация, риск развития экстрапирамидной симптоматики, риск гиперпролактинемии, депрессогенное действие, риск инверсии фазы).

Цель терапии: достижение ремиссии (для более точного психометрического определения ремиссии можно использовать шкалу Янга, в соответствии с которой выраженность симптоматики не должна превышать 10 - 12 баллов).

Задачи терапии: максимально быстрое купирование маниакальной симптоматики, быстрый контроль психомоторного возбуждения и агрессивности, предотвращение развития или усиления (при смешанных состояниях) депрессивной симптоматики, подбор препаратов с учетом индивидуальной переносимости для последующего длительного профилактического приема.

План терапии: строится на основании анализа статуса пациента, данных анамнеза и доминантной полярности течения заболевания.

Для пациентов с веселой (эйфорической) манией на начальном этапе терапии рекомендована монотерапия препаратом, обладающим нормотимическим действием: лития карбонат, вальпроевая кислота или антипсихотические средства 2-го поколения.

Для пациентов с гневливой манией рекомендована монотерапия одним из препаратов, обладающих нормотимическим действием: вальпроевая кислота, карбамазепин или антипсихотические средства 2-го поколения.

Выбор препарата купирующей терапии должен проводиться с учетом последующего профилактического этапа терапии и учитывать индивидуальную переносимость пациентом выбранного лекарственного средства при его длительном применении.

Вальпроевая кислота предпочтительнее лития карбоната, она не требует регулярного мониторинга плазменной концентрации и обладает более благоприятным профилем побочных эффектов. Другие антиконвульсанты (карбамазепин, окскарбазепин, топирамат, габапентин и блокаторы кальциевых каналов могут применяться для альтернативной терапии.

Не рекомендуется назначение галоперидола на первом этапе купирования маниакальных состояний, за исключением случаев выраженного психомоторного возбуждения или выраженной гневливости и агрессивности.

Пациентам с тяжелой манией и сильным психомоторным возбуждением или при мании с психотическими симптомами рекомендовано терапию сразу начинать с комбинации нормотимическая терапия + антипсихотическое средство 2-го поколения или галоперидол.

В первые дни предпочтительным является в/м путь введения.

Пациентам, у которых в течение первых дней не удалось купировать возбуждение, комбинацией нормотимической терапии с антипсихотическим

средством 2-го поколения или галоперидолом, рекомендовано присоединить производные бензодиазепина (инъекционные формы мидазолама, диазепама, бромдигидрохлорфенилбензодиазепина) или применить седативные антипсихотические средства (хлорпромазин, инъекционный «короткий» пролонг зуклопентиксола).

Пациентам, у которых не был достигнут эффект терапии в двух последовательно примененных курсах антипсихотических средства 2-го или 1-го поколения, рекомендовано назначать клозапин или комбинацию 2-х антипсихотических средств 2-го поколения и противосудорожного препарата - топирамата.

Терапия биполярной депрессии:

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).

Задачи терапии: максимально быстрое купирование симптомов депрессии, предотвращение суицидальных попыток, предотвращение инверсии фазы (развития маниакальной симптоматики).

План терапии: строится на основании анализа клинического статуса пациента, данных анамнеза и доминантной полярности течения заболевания.

При решении вопроса о стационарном или амбулаторном лечении важно учитывать: тяжесть состояния, суицидальный риск, наличие или отсутствие психотической симптоматики, анамнестические данные, условия микросоциальной среды и степень участия близких в терапевтическом процессе.

Госпитализация обязательна при наличии суицидального риска или психотической симптоматики.

Терапевтическая тактика при депрессивных фазах в рамках БАР I и БАР II существенно не различается, однако выбор препарата рекомендовано осуществлять с учетом преобладающей полярности аффекта в течении заболевания, тяжести состояния и клинического варианта депрессии,

наличия/отсутствия смешанных черт, эффективности того или иного препарата при купировании предшествующих депрессий, а также риска инверсии фазы.

Во всех случаях при лечении биполярной депрессии рекомендовано избегать назначения трициклических антидепрессантов и классических нейролептиков. В случае выраженной тревоги к основной схеме можно добавить алимемазин.

При комбинации антиконвульсантов необходимо учитывать лекарственные взаимодействия на уровне ферментов печени. Так, вальпроевая кислота повышает сывороточную концентрацию ламотриджина, поэтому рекомендовано корректировать дозировки последнего и использовать более медленную титрацию. Карбамазепин ускоряет клиренс, снижает концентрацию вальпроата натрия в крови и потенцирует токсическое воздействие на печень, в связи с чем эта комбинация является нежелательной.

Всем пациентам с биполярной депрессией 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.

Терапия биполярной депрессии 1 типа без психотической симптоматики: Кветиапин, лития карбонат, ламотриджин, карипразин, комбинация луразидона с литием карбоната или вальпроевой кислотой. Если пациент уже принимает с профилактической целью нормотимическую терапию, купирование депрессии проводится на фоне принимаемой нормотимической терапии.

При неэффективности терапии рекомендовано использование комбинация нормотимической терапии и антипсихотических средств 2-го поколения

Среди противосудорожных препаратов с учетом последующего профилактического этапа терапии в случае преобладания в течении заболевания маниакальных фаз предпочтение рекомендовано отдавать вальпроевой кислоте, а депрессивных - ламотриджину, его применение оправдано только если пациент уже принимает данный препарат в качестве профилактической терапии.

При неэффективности терапии, с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано использование: комбинация вальпроевой кислоты с антидепрессантами из группы СИОЗС

Всем пациентам с установленным диагнозом *тяжелой биполярной депрессии с психотическими чертами* рекомендовано назначение комбинации нормотимической терапии с антипсихотическими средствами 2-го поколения. При неэффективности рекомендовано назначение комбинации нормотимической терапии с антипсихотическими средствами 1-го поколения.

Терапевтические стратегии при неэффективности: арипипразол, карбамазепин, эйкозапентаеновая кислота.

Пациентам с установленным диагнозом *биполярная депрессия 2 типа без психотической симптоматики*: рекомендовано назначение кветиапина. При его неэффективности: лития карбонат, ламотриджин, сертралин.

Стратегии терапии при *тяжелой биполярной депрессии 2 типа с психотическими чертами*: комбинация нормотимической терапии с антипсихотическими средствами 2-го поколения. При неэффективности: комбинация нормотимической терапии с антипсихотическими средствами 1-го поколения. При недостаточной эффективностью фармакотерапии с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано применение электросудорожной терапии.

Для профилактики биполярного аффективного расстройства используют поддерживающие схемы лечения, которые были успешными в остром эпизоде. Необходимо избегать долгосрочного применения антидепрессантов.

Недостаточная диагностика биполярных аффективных расстройств и отнесение этих случаев к группе шизофрении часто приводит к тому, что основными препаратами, используемыми в лечении, выбирают нейролептики.

Однако препаратом выбора в лечении и профилактике расстройств с фазным течением традиционно являются нормотимики - «стабилизаторы настроения».

Заключение

На сегодняшний день продолжается активное изучение различных аспектов биполярного аффективного расстройства. Проводятся многочисленные исследования в области нейробиологии: ученые ищут объективные биологические маркеры, которые могли бы помочь клинической диагностике, выявлять риск заболевания до того, как оно проявилось.

Генетические исследования позволяют выявлять группу риска людей, у которых может возникнуть это заболевание, чтобы относиться к ним более внимательно. Также продолжаются исследования нейрохимических и метаболических процессов в мозге, в том числе с использованием высокотехнологичного оборудования, роли воспалительных факторов и даже влияния микрофлоры кишечника на течение заболевания.

Продолжаются исследования лекарственных средств, поскольку даже при существующем достаточно широком арсенале препаратов не у всех пациентов удается добиться полноценной ремиссии. Проводится поиск и адаптация наиболее эффективных методик психотерапии и реабилитации.

В перспективе исследования биполярного аффективного расстройства в современном обществе могут развиваться в нескольких направлениях:

Во-первых, предстоит увеличить глубину компаративного анализа, выяснив отличительные социокультурные особенности распространения этого заболевания в России и новых индустриальных странах.

Во-вторых, несомненную значимость должны получить исследования, касающиеся социально - экономических и социокультурных контекстов медицинского знания о расстройствах настроения, позволяющие понять, как происходит производство медицинских диагнозов, какие социальные силы задействованы в конструировании новых видов психических заболеваний и что значит быть пациентом - биполярником в условиях новой информации, предоставляемой нейробиологией, нейрофармакологией и другими науками.

В-третьих, неизбежно дальнейшее продолжение разговора об исторически меняющихся границах между социальной нормой и патологией, расширении сферы патологического, но также и ее размывании в виду дальнейшего изменения социальной чувствительности в отношении таких явлений, как боль, болезнь и страдание.

Список использованной литературы

1. Мосолов С.Н. «Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия». Издательство: МЕДпресс-информ. 2018г.
2. Костюкова Е.Г. «Аффективные расстройства». Психиатрия, справочник практического врача. Под редакцией проф. Гофмана А.Г. Издательство МЕДпресс-информ. 2021г.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. «Динамика ремиссии у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством». 2019г.
4. «Психиатрия»: Научно-практический справочник / Под. ред. Академика РАН Тиганова А.С. - М.: ООО «Издательство», 2020г.
5. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. «Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике», 2018 год.
6. Незнанов Н.Г., «Психиатрия» (Электронный ресурс): учебник Н.Г. Незнанов - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2021г.
7. Клинические рекомендации (электронный ресурс), 2021г.
8. <http://www.elibrary.ru>