

Красноярский государственный Медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом ПО

Тема: Биполярное аффективное расстройство

Выполнил: Супрунов А.А.,

Врач-ординатор

Проверил: Березовская М.А.,

Доктор медицинских наук,

Доцент.

Красноярск 2019

Содержание

1. Введение-----	3
2. Определение-----	4
3. Эпидемиология -----	5
4. Этиология и патогенез -----	6
5. Клиническая картина -----	8
6. Клинические варианты -----	10
7. прогноз -----	12
9. Список литературы-----	13

Введение

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. С целью узнать уровень осведомленности общественности о биполярном аффективном расстройстве, была составлена анкета, включающая в себя 25 вопросов: с ответом да/нет, вопросы с множественным выбором ответа и вопросы с открытым ответом. В исследовании приняли участие 400 человек возрастной категории от 16 до 27 лет. Все респонденты являются студентами различных университетов. В ходе исследования было выявлено, что более 80% респондентов затруднялись ответить на 50% вопросов, только 3% ответов оказались корректными. В результате, мы сделали вывод, что уровень знаний общества о биполярном аффективном расстройстве очень низок.

Определение

Биполярное аффективное расстройство («F31» по МКБ-10) - (маниакально-депрессивный психоз, циклофрения, циркулярный психоз, циклотимия) – эндогенное заболевание, которое протекает в виде приступов или фаз с активными аффективными расстройствами, светлыми промежутками между приступами, т.е. полным восстановлением психического здоровья и отсутствием изменений личности, независимо от количества перенесенных приступов. Заболевание может протекать в виде биполярных приступов и монополярных (монополярное депрессивное расстройство и монополярное маниакальное расстройство).

Термин «циклотимия» впервые применил К.Кальбаум для мягких, ослабленных вариантов болезни.

В 1883г. Э.Крепелин назвал это заболевание «циркулярной душевной болезнью». В 1899г. В 6-м издании своего учебника он ввела понятие «маниакально- депрессивный психоз», в который включил все формы периодических психозов.

Эпидемиология

Распространенность БАР, по данным клинико-эпидемиологических исследований, варьирует от 0,11 до 12 на 1000 населения. Вариабельность показателей распространенности заболевания, полученных в разных исследованиях, преимущественно связаны с отсутствием единых формализованных диагностических критериев.

Распространенность рекуррентной депрессии в популяции составляет 3-6%, биполярного аффективного расстройства – 0,5- 2%. Риск развития рекуррентной депрессии в течении жизни достигает 20%, биполярного аффективного расстройства – 5%, а с учетом субклинических форм – 12 %.

Среди больных БАР преобладают женщины (60-70%). Соотношение лиц мужского и женского пола при биполярном аффективном расстройстве составляет 3/2, при рекуррентной депрессии - 2/1.

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез БАР представляются весьма сложными. Считают, что для развития заболевания необходимо взаимодействие наследственных предрасполагающих факторов с внешними биологическими и психосоциальными влияниями.

Данные клинико-генетических исследований свидетельствуют о существовании наследственной предрасположенности к заболеванию. Установлено, что в семьях, больных БАР происходит накопление случаев расстройств аффективного спектра (БАР, циклотимии, шизоаффективного расстройства). Существуют данные, указывающие на генетическую гетерогенность БАК. В частности, наследственная отягощенность при биполярном варианте в несколько раз превышает аналогичный показатель при монополярном варианте заболевания. Результаты близнецовых исследований подтверждают вклад генетического фактора в развитие заболевания. Конкордантность монозиготных близнецов превышает аналогичный показатель у дизиготных близнецов в 3-5 раз. Существующие данные о роли генетической предрасположенности не исключают влияния внешних средовых факторов на риск развития болезни. Риск развития заболевания не достигает 100% даже у монозиготных близнецов как при монополярном, так и при биполярном варианте заболевания.

Патогенез БАР связывают с нарушением центральных норадренергической и серотонинергической медиаторных систем. Считают, что в основе нарушения аффективных нарушений лежит дисбаланс серотонинергической –норадренергической системы головного мозга, определяющей дефицит либо избыток биогенных аминов в синапсах нейронов. При этом развитие депрессии связывается с дефицитом, а мании – с избытком катехоламинов.

Впрочем, данная гипотеза отражает лишь одно звено патогенеза аффективных нарушений. Определенную роль в генезе заболевания играет дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и тиреоидной систем.

Существуют данные по связи аффективных нарушений с десинхронизацией биологических ритмов, в частности расстройством

регуляции цикла сон-бодрствование, вследствие нарушенной продукции продукции гормона эпифиза мелатонина.

В исследованиях последних лет установлено, что при БАР имеют место морфологические изменения (атрофия и гипертрофия) в гиппокампе и миндалевидном теле – участках головного мозга, играющих ключевую роль в регуляции эмоций.

Клиническая картина

Для БАР характерно чередование аффективных фаз и светлых промежутков. Аффективные фазы или эпизоды могут быть различной тяжести и продолжительности.

Маниакальные фазы обычно менее продолжительны, чем депрессивные. Средняя продолжительность маниакальных состояний составляет 5 -6 месяцев. Минимальная продолжительность аффективной фазы, согласно критериям МКБ-10, - не менее 1 нед при условии полного нарушения обычной работоспособности и социальной деятельности». Максимальная продолжительность фазы может достигать нескольких лет.

Депрессивная фаза характеризуется триадой симптомов: гипотимией, идеаторным и двигательным торможением. Выраженность гипотимии различна: от неглубокой подавленности, угнетенности до переживания вселенской тоски, скорби. Характерна витализация аффекта - физическое телесное ощущение сниженного настроения. Переживание «предсердечной тоски» характеризуется ощущением «тяжести», «сдавления», «сжатия» в перикардиальной или за грудиной области. Обычно отмечают достаточно четкие колебания настроения с максимальной выраженностью гипотимии в утренние часы. Во второй половине дня, к вечеру, состояние несколько улучшается.

Для маниакальных состояний характерны идеи переоценки личности - преувеличение своих достижений, талантов, заслуг. Больные переоценивают свои внешние данные, охотно рассказывают окружающим о своих любовных победах и успехах, много говорят на эротические темы, легко вступают в половые связи. Критика к состоянию и поведению отсутствует. Наряду с классической веселой манией при БАР иногда наблюдают атипичный вариант маниакального синдрома - гневливую манию. В этом случае на фоне приподнятого настроения отмечают склонность к дисфорическим реакциям, раздражительность, придирчивость. При непродуктивной мании выпадает идеаторный компонент триады, приподнятое настроение не сопровождается ускорением ассоциативных процессов. В случае заторможенной мании выпадает двигательный компонент триады, повышенное настроение не сопровождается моторным возбуждением.

Наибольшие трудности представляет диагностика, так называемых скрытых, маскированных депрессий и маний. Наиболее часто наблюдают соматические «маски» аффективных фаз. В этом случае пониженное, либо приподнятое настроение скрывается за «фасадом» соматических жалоб. В клинической практике чаще выявляют соматизированные депрессии, значительно реже – соматизированные мании. Диагностика соматизированных аффективных фаз основывается на следующих клинических признаках :

- суточные колебания выраженности симптоматики, аналогичные динамике аффекта при классических аффективных фазах.
- фазное течение заболевания.
- чередование соматизированных и манифестных аффективных фаз.
- наличие наследственной отягощенности по аффективным расстройствам.
- отсутствие органической причины симптомов, подтвержденное клиническими , лабораторными и инструментальными методами. Отсутствие эффекта от обычной терапии соматической патологии.

Клинические варианты.

Монополярный вариант

Монополярный вариант прогностически более благоприятен, по сравнению с биполярным.

- при монополярном депрессивном варианте (F33 рекуррентное депрессивное расстройство в МКБ -10) в клинической картине на всем протяжении заболевания наблюдают только депрессивные фазы. Начало заболевания ,как правило, приходится на возраст 40-45 лет.
- при монополярном маниакальном варианте клиническая картина представлена исключительно маниакальными состояниями. Заболевание обычно начинается после 35 лет, характерна сезонность возникновения аффективных фаз. Прогностически менее благоприятен в сравнении с монополярным депрессивным вариантом. Прослеживается тенденция к затяжному течению аффективных фаз с трансформацией в континуальное течение.

Биполярный вариант

Биполярный вариант ,как правило, манифестирует в более молодом возрасте. При биполярных тенденциях отмечают тенденцию к более быстрому развитию и редукции симптоматики. Риск суицида при биполярной депрессии выше, чем при рекуррентной.

Для биполярно аффективного расстройства характерны большая частота и длительность фаз по сравнению с рекуррентной депрессией. Доминирование маниакальных состояний в клинической картине расценивается как прогностически менее благоприятный вариант болезни, по сравнению с биполярной формой с преобладанием депрессии.

В рамках биполярного варианта заболевания принято выделять биполярное расстройство I и II типа.

- биполярное расстройство I типа характеризуется регулярной сменой маниакальных и депрессивных фаз психотического уровня. Типичны классические аффективные фазы по типу меланхолической депрессии и веселой мании. Основанием для постановки диагноза этой формы считают

«наличие хотя бы одного развернутого или смешанного эпизода». На начальном этапе болезни часто наблюдают смешанные аффективные фазы.

- при БАР 11 типа клиническая картина, наряду с преобладающими по степени выраженности и количеству депрессивными фазами, представлена относительно кратковременными гипоманиакальными состояниями. Основным для диагностики этой формы считают «наличие хотя бы одного гипоманиакального и одного депрессивного эпизода при отсутствии в анамнезе развернутых депрессивных состояний».

Циклотимия (F34)

Циклотимия – легкий, abortивный вариант БАР. В литературе циклотимию относят к заболеваниям биполярного спектра. Манифестные психотические маниакальные и депрессивные состояния не наблюдают. Колебания настроения при циклотимии могут быть выражены в меньшей степени в сравнении с колебаниями самооценки, общей и социальной активности, витальных функций (сна и аппетита).

Больные с циклотимией редко активно обращаются за медицинской помощью. Заболевание, как правило, диагностируют ретроспективно.

Прогноз

Прогноз при БАР в целом благоприятный, так как фазы болезни заканчиваются полным восстановлением здоровья, социального статуса и трудоспособности.

При затяжных фазах и значительном сокращении светлых промежутков прогноз ухудшается. Это наблюдается и при континуальном течении, при котором наблюдается переход из одной фазы в другую без светлых промежутков.

Для оценки прогноза имеет значения возраст, к которому относится начало заболевания, клинические проявления первой фазы. Отмечено, если первая фаза маниакальная, то статистически подтверждается монополярное течение с несколькими фазами.

При рано начавшемся заболевании с монополярными маниями к 50-60 годам может наступить выздоровление, при монополярных депрессиях это наблюдается реже, но частота фаз в пожилом возрасте уменьшается. Прогноз при биполярном течении хуже, реже наблюдается выздоровление.

У больных, страдающих биполярным аффективным расстройством, сравнительно часто наблюдаются соматические осложнения, у них обнаруживаются гипертоническая болезнь и диабет.



Список литературы:

1. Психиатрия. Учебник. Н.Г.Незнанов – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010.- 496с.
2. Психиатрия. Учебник. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.:
Изд:Медицинское информационное агентство, 2012.
3. Депрессия и риск развития соматических заболеваний. Руководство для врачей. Н.Г. Незнанов , Г.Э. Мазо, А.О. Кибитова. Изд.;
Специальное Издательство Медицинских Книг, 2018г.