

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

### **Биполярное аффективное расстройство.**

Зав. кафедрой: Березовская Марина Альбертовна

Выполнила: Гутман Вера Яковлевна

Красноярск

2021

## План

|                                            |        |
|--------------------------------------------|--------|
| 1. Актуальность.....                       | стр 3  |
| 2. Введение.....                           | стр 4  |
| 3. Этиология и патогенез заболевания ..... | стр 6  |
| 4. Клиническая картина.....                | стр 7  |
| 4.1 Маниакальная фаза.....                 | стр 8  |
| 4.2 Депрессивная фаза.....                 | стр 9  |
| 5. Классификация заболевания.....          | стр 11 |
| 5.1 По МКБ-10.....                         | стр 11 |
| 5.2 По типам БАР .....                     | стр 13 |
| 5.3 По вариантам клинического течения..... | стр 14 |
| 6. Диагностика заболевания.....            | стр 15 |
| 7. Лечение.....                            | стр 16 |
| 8. Заключение.....                         | стр 18 |
| 9. Список литературы.....                  | стр 19 |

## Актуальность.

Биполярное расстройство, известное также как маниакально-депрессивный психоз, представляет собой психическое заболевание, которое характеризуется нетипичной сменой настроений, перепадами энергии и способности функционировать. В отличие от нормальной смены настроений, с их взлетами и падениями, которые присущи всем и каждому, симптомы биполярного расстройства могут привести к весьма серьезным последствиям. Они способны разрушить личные отношения, повлиять на качество работы или успеваемость в школе, и даже привести к самоубийству. К счастью для нас, биполярное расстройство всё-таки поддается лечению, и больные этим заболеванием способны вести полноценную и продуктивную жизнь.

Биполярное расстройство обычно проявляется в позднем подростковом или в раннем взрослом возрасте. Однако, в некоторых случаях первые симптомы проявляются уже в детстве, а в других - симптоматика выявляется лишь на поздних этапах жизни. Довольно часто биполярное расстройство не поддается диагностике, и людям приходится страдать годами, прежде чем их правильно диагностируют и начнут необходимый курс лечения. Так же как диабет или сердечно-сосудистые заболевания, биполярное расстройство - хроническое заболевание, которое необходимо тщательно контролировать в течение всей жизни.

Маниакальная депрессия нарушает нормальный ход настроений и мыслей, провоцирует неадекватное поведение, подрывает основы рационального мышления и довольно часто разрушает желание и волю к жизни. Эта болезнь, органическая по своей природе, на практике протекает, как психологическое расстройство; она уникальна своей способностью увлекать и приносить удовольствия, но при этом последствия ее приносят невыносимые страдания и нередко приводят к самоубийству.



## Введение.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) является хроническим рецидивирующим заболеванием 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).

Впервые как самостоятельное заболевание биполярное аффективное расстройство было описано в 1854 году почти одновременно двумя французскими исследователями Ж. П. Фальре, под названием «циркулярный психоз», и Ж. Г. Ф. Байярже, под названием «помешательство в двух формах». Однако в течение почти полувека существование этого расстройства не признавалось психиатрией того времени и своим окончательным выделением в отдельную нозологическую единицу обязано Э. Крепелину (1896). Крепелин ввёл для него наименование *маниакально-депрессивный психоз* (МДП), которое длительное время было общепринятым, но со вступлением в действие в 1993 году классификатора МКБ-10 его принято считать не вполне корректным, поскольку данное заболевание отнюдь не всегда сопровождается психотическими нарушениями, и не всегда при нём наблюдаются оба типа фаз (и мании, и депрессии). Кроме того, термин «маниакально-депрессивный психоз» является в определенной степени стигматизирующим по отношению к больным. В настоящее время для данного заболевания принято в США и рекомендовано ВОЗ более научно и политически корректное наименование «биполярное аффективное расстройство», сокращенно БАР.

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 распространённости 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 распространённости БАР, полученными в нашей стране и в зарубежных исследованиях. Так, в 80-х годах прошлого века распространённость 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 распространённость 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 время, 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 %.

## Этиология и патогенез заболевания.

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.

## Клиническая картина.

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.



Маниакальная фаза представлена триадой основных симптомов:

- повышенное настроение (гипертимия)
- двигательное возбуждение
- идеаторно-психическое возбуждение (тахипсихия)

В течении «полной» маниакальной фазы выделяют пять стадий.

1. Гипоманиакальная стадия (F31.0 по МКБ-10) характеризуется повышенным настроением, появлением чувства духовного подъёма, физической и психической бодрости. Речь многословная, ускоренная, падает количество смысловых ассоциаций с нарастанием механических ассоциаций (по сходству и созвучию в пространстве и времени). Характерно умеренно выраженное двигательное возбуждение. Внимание характеризуется повышенной отвлекаемостью. Характерна гипермнезия. Умеренно снижается продолжительность сна и повышается аппетит.

2. Стадия выраженной мании характеризуется дальнейшим нарастанием выраженности основных симптомов фазы. Больные непрерывно шутят, смеются, на фоне чего возможны кратковременные вспышки гнева. Речевое возбуждение выраженное, достигает степени скачки идей (лат. *fuga idearum*). Выраженное двигательное возбуждение, выраженная отвлекаемость приводят к невозможности вести с больным последовательную беседу. На фоне переоценки собственной личности появляются бредовые идеи величия. На работе больные строят радужные перспективы, вкладывают деньги в бесперспективные проекты, проектируют безумные конструкции. Длительность сна снижается до 3—4 часов в сутки.

3. Стадия маниакального неистовства характеризуется максимальной выраженностью основных симптомов. Резко двигательное возбуждение носит беспорядочный характер, речь внешне бессвязна (при анализе удаётся установить механически ассоциативные связи между компонентами речи), состоит из отрывков фраз, отдельных слов или даже слогов.

4. Стадия двигательного успокоения характеризуется редукцией двигательного возбуждения на фоне сохраняющегося повышенного настроения и речевого возбуждения. Интенсивность двух последних симптомов также постепенно снижается.

5. Реактивная стадия характеризуется возвращением всех составляющих симптомов мании к норме и даже некоторым снижением по сравнению с нормой настроения, лёгкой моторной и идеаторной заторможенностью, астенией. Некоторые эпизоды стадии выраженной мании и стадия маниакального неистовства у больных могут амнезироваться.

Для определения тяжести выраженности маниакального синдрома используется оценочная шкала маний Янга.



Депрессивная фаза представлена противоположной маниакальной стадии триадой симптомов: подавленным настроением (гипотимия), замедленным мышлением (брадипсихия) и двигательной заторможенностью. В целом БАР чаще проявляется депрессивными, нежели маниакальными состояниями. В течение депрессивной фазы выделяют четыре стадии.

У больных исчезает аппетит, пища кажется безвкусной («как трава»), больные теряют в весе, иногда значительно (до 15 кг). У женщин на период депрессии исчезают менструации (аменорея). При неглубокой депрессии отмечаются характерные для БАР суточные колебания настроения: самочувствие хуже с утра (просыпаются рано с чувством тоски и тревоги, бездеятельны, безразличны), к вечеру несколько повышается настроение, активность. С возрастом в клинической картине депрессии все большее место занимает тревога (немотивированное беспокойство, предчувствие, что «что-то должно случиться», «внутреннее волнение»).

1. Начальная стадия депрессии проявляется нерезким ослаблением общего психического тонуса, снижением настроения, умственной и физической работоспособности. Характерно появление умеренных расстройств сна в виде трудности засыпания и его поверхностности. Для всех стадий течения депрессивной фазы характерно улучшение настроения и общего самочувствия в вечерние часы.

2. Стадия нарастающей депрессии характеризуется уже явным снижением настроения с появлением тревожного компонента, резким снижением физической и психической работоспособности, двигательной заторможенностью. Речь медленная, немногословная, тихая. Нарушения сна выливаются в бессонницу. Характерно заметное снижение аппетита.

3. Стадия выраженной депрессии — все симптомы достигают максимального развития. Характерны тяжёлые психотические аффекты тоски и тревоги, мучительно переживаемые больными. Речь резко замедленная, тихая или шёпотная, ответы на вопросы односложные, с большой задержкой. Больные подолгу могут сидеть или лежать в одной позе (т. н. «депрессивный ступор»). Характерна анорексия. На этой стадии появляются депрессивные бредовые идеи (самообвинения, самоуничижения, собственной греховности, ипохондрические). Также характерно появление суицидальных мыслей, действий и попыток. Суицидальные попытки наиболее часты и опасны в начале стадии и на выходе из неё, когда на фоне резкой гипотимии отсутствует выраженная двигательная заторможенность. Иллюзии и галлюцинации редки, однако они могут быть (главным образом слуховые), чаще в виде голосов, сообщающих о безнадёжности состояния, бессмысленности бытия, рекомендующих покончить с собой.

4. Реактивная стадия характеризуется постепенной редукцией всех симптомов, некоторое время сохраняется астения, но иногда, наоборот, отмечается некоторая гипертимия, говорливость, повышенная двигательная активность.

## Варианты течения депрессивной фазы:

- простая депрессия — триада депрессивного синдрома без бреда;
- ипохондрическая депрессия — депрессия с аффективным ипохондрическим бредом;
- бредовая депрессия («синдром Котара»);
- ажитированная депрессия характеризуется отсутствием или слабой выраженностью двигательной заторможенности;
- анестетическая депрессия характеризуется наличием явления болезненной психической нечувствительности (лат. *anaesthesia psychica dolorosa*), когда больной утверждает, что совершенно утратил способность любить близких, природу, музыку, утратил вообще все человеческие чувства, стал абсолютно бесчувственным, причём эта утрата глубоко переживается как острая душевная боль.



## Классификация заболевания.

По МКБ-10.

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

**F31 – Биполярное аффективное расстройство**

**F31.0 – Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод**

А. Текущий эпизод отвечает критериям гипомании (F30.0)

Б. В анамнезе был по крайней мере еще один аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный).

**F31.1 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов текущий**

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерии мании без психотических симптомов (F30.1)

Б. В прошлом хотя бы один другой аффективный эпизод подпадающий под критерий гипоманиакального или маниакального эпизода (F30. -) депрессивного эпизода (F32. -) или смешанного аффективного эпизода (F38.00)

**F31.2 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами текущий.**

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерий мании с психотическими симптомами (F30.2)

Б. Бывший в прошлом, хотя бы один другой аффективный эпизод, подпадающий под критерий гипоманиакального или маниакального эпизода (F30. -), депрессивного эпизода (F32. -) или смешанного аффективного эпизода (F38.00).

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

Критерии депрессивного эпизода при БАР и РДР, к сожалению, не различаются, хотя есть очевидные клинические особенности и различия. Для депрессии при БАР более характерны по сравнению с депрессией при РДР такие признаки, как начало в более молодом возрасте (до 25 лет) или в послеродовой период, острое начало (дни или часы) симптоматики и ее быстрое завершение, черты атипичной депрессии с гиперфагией,

гиперсомнией, инвертированной суточной ритмикой и т.д., наличие психотической симптоматики, затяжной характер течения, низкая чувствительность к терапии антидепрессантами.

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерии депрессивного эпизода (F32) как легкой (F32.0), так и умеренной тяжести (F32.1)

Б. По крайней мере, один аффективный эпизод в прошлом, подпадающий под критерии гипоманиакального или маниакального эпизода (F30. -), или смешанного аффективного эпизода (F38.00).

**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

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерий тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2).

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

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерий тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами (F32.3)

Б. Бывший в прошлом, хотя бы один хорошо описанный гипоманиакальный или маниакальный эпизод (F30.-) или смешанный аффективный эпизод (F38.00).

**F31.6** – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанный

А. Текущий эпизод характеризуется или смешанной, или быстрой сменой (за несколько часов) гипоманиакальных, маниакальных и депрессивных симптомов.

Б. И маниакальные, и депрессивные симптомы должны быть выраженными в большую часть периода продолжительностью по крайней мере в две недели.

В. Наличие в прошлом, по крайней мере одного хорошо описанного гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), депрессивного (F32.-) или смешанного аффективного эпизода (F38.00).



**F31.7** – Биполярное аффективное расстройство, состояние ремиссии.

А. Настоящее состояние не подпадает под критерий для депрессии или мании любой тяжести, или других расстройств настроения в F30-F39 (возможно из-за терапии, направленной на снижение риска будущих эпизодов).

Б. В прошлом, по крайней мере хорошо описанный гипоманиакальный или маниакальный эпизод (F30.-) и также по крайней мере еще один аффективный эпизод (гипомания или мания) (F30.-), депрессивный (F32.-) или смешанный (F38.00).

**F31.8** – Другие биполярные аффективные расстройства

**F31.9** – Биполярное аффективное расстройство неуточненное

По типам биполярного аффективного расстройства.

В зарубежной литературе различают БАР-I и БАР-II типа. Американская классификация Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition (DSM-IV) выделяет БАР I типа и II типа:

Биполярное расстройство I типа – это состояние, при котором у пациента наблюдаются постоянные мании, то есть перевозбуждение, восторженное неадекватное поведение, маниакальный психоз, как и тяжелые депрессии. Симптомы этого типа более тяжелые, поэтому в большинстве случаев показана госпитализация.

Для биполярного расстройства II типа характерны короткие периоды гипомании, сменяющиеся периодами глубокой депрессии. Гипомания – это предманиакальное состояние с меньшей активностью проявлений. Гипомании длятся очень непродолжительный отрезок времени – от нескольких дней до нескольких часов, поэтому иногда больные даже их не замечают и не информируют об этом доктора. Только тщательная, кропотливая работа с пациентом позволяет выявить гипоманию, поставить правильный диагноз и назначить лечение.

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.

По вариантам клинического течения БАР выделяют:

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.

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.

Быстроциклическое течение (БЦ) — один из наиболее неблагоприятных вариантов течения заболевания, определяется развитием не менее 4 аффективных фаз в течение одного года. Включает ультрабыстроциклическое и ультра-ультрабыстроциклическое течения:

- Ультрабыстрые циклы — развитие 4 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.



## Диагностика заболевания.

БАР является хроническим рецидивирующим заболеванием 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 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).

Критерии установления диагноза/состояния:

- 1) анамнестические данные,
- 2) физикальное обследование

В дополнение к стандартному физикальному обследованию всем пациентам рекомендовано провести:

- осмотр кожных покровов с целью выявления следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ или лекарственных препаратов, которые могут вызывать маниакальные или депрессивные симптомы;
- оценку патологических произвольных движений и мышечного гипертонуса для исключения экстрапирамидных побочных эффектов при приеме антипсихотиков.

- 3) данные лабораторного диагностического исследования
- 4) данные инструментального диагностического исследования (дифференциальной диагностики),
- 5) данные иных методов диагностики.

Проведение дифференциальной диагностики БАР необходимо практически со всеми видами психических расстройств: невротами, инфекционными, психогенными, токсическими, травматическими психозами, олигофренией, психопатиями, шизофренией. Значительные трудности представляет собой дифференциальная диагностика БАР с униполярной депрессией, а также с расстройствами шизофренического спектра, что на территории России и других стран постсоветского пространства нередко приводит к гиподиагностике БАР, необоснованной длительной терапии нейрорепрессантами и антидепрессантами и к отягощению течения заболевания, к социальной дезадаптации и инвалидизации.

## Лечение.

Решение вопроса о стационарном или амбулаторном лечении:

При мании умеренной тяжести или тяжелой рекомендовано госпитализировать пациента.

При гипомании - для решения вопроса о стационарировании рекомендовано учитывать:

- степень выраженности нарушений поведения и социальной дезадаптации
- суицидальный риск (при наличии смешанных состояний)
- анамнестические данные (риск развития мании и быстроту развития предшествующих маниакальных эпизодов)
- уровень критичности пациента к имеющейся у него симптоматике
- условия микросоциальной среды и степень участия близких в терапевтическом процессе

Проведение амбулаторной терапии при гипомании возможно при следующих условиях:

- пациент сохраняет относительную критичность к состоянию
- пациент способен выполнять назначения врача
- у пациента есть близкие, способные оказать помощь в контроле за выполнением назначений и состоянием пациента

При депрессии легкой или умеренной для решения вопроса о стационарировании рекомендовано учитывать:

- степень выраженности социальной дезадаптации
- суицидальный риск
- анамнестические данные (риск инверсии фазы, утяжеления симптоматики с формированием суицидальных тенденций, выраженность симптомов тревоги)
- уровень критичности пациента к имеющейся у него симптоматике
- условия микросоциальной среды и степень участия близких в терапевтическом процессе
- при депрессии с суицидальными тенденциями рекомендовано госпитализировать пациента.



Всем пациентам с установленным диагнозом БАР рекомендовано назначение препаратов нормотимического действия для проведения вторичной профилактической терапии с целью предотвращения рецидивов и поддержания эутимного периода.

В период подбора профилактической терапии осмотры пациента врачом должны проводиться ежемесячно с целью контроля переносимости терапии и выявления предрецидивных расстройств.

Всем пациентам с установленным диагнозом БАР рекомендована психосоциальная поддержка и психотерапия с целью повышения эффективности терапии депрессивной фазы и снижения интенсивности рецидивирования на профилактическом этапе лечения.

Купирование маниакального и депрессивного состояний:

Особенности терапии определяются глубиной аффективных нарушений и наличием других продуктивных симптомов. При депрессивных эпизодах используют чаще антидепрессанты, электросудорожная терапия, лечение депривацией сна. При лечении депрессивной фазы антидепрессантами необходимо учитывать риск инверсии фазы, то есть перехода больного из депрессивного состояния в маниакальное, а что более вероятно, в смешанное, что может ухудшить состояние пациента и, что более важно, смешанные состояния очень опасны в плане суицида. Лечение антидепрессантами необходимо сочетать со стабилизаторами настроения – нормотимиками и атипичными антипсихотиками.

Основную роль в лечении маниакальной фазы играют нормотимики: препараты лития, карбамазепин, вальпроевая кислота и сочетание их с нейролептиками.

### Заключение.

Подводя общий итог наблюдениям и ряду исследований, можно заключить, что гиподиагностика биполярного аффективного расстройства и недостаточно правильная его терапия могут привести к значимым последствиям: повышенная смертность, прежде всего из-за суицидов, нарушений в профессиональной, социальной и семейной жизни, и проблемы со здоровьем. Значимой проблемой для биполярных пациентов являются сопутствующие соматические заболевания. Высокая частота сопутствующей соматической патологии также ведет к ухудшению качества жизни пациентов с БАР и значительному сокращению ее продолжительности.

Прогноз БАР не столь благоприятен, как предполагал Крепелин: до 90% больных, у которых выявляется эпизод расстройств настроения, имеют повторные обострения, 35—50% из них становятся инвалидами, почти у 30% наблюдается непрерывное течение болезни.

До настоящего времени в психиатрии разных стран и разных школ в пределах одного государства нет единого определения и понимания границ данного расстройства.

В связи с этим особенно важным представляется расширение и углубление знаний психиатров и врачей других медицинских специальностей в сфере диагностики проявлений мании и БАР.



## Литература:

1. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинулькина М.А. «Психиатрия и медицинская психология»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
2. Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г.
3. Клинические рекомендации МЗ РФ «Биполярное аффективное расстройство», 2021г.
4. Незнанов Н.Г., Абриталин Е.Ю., Александровский Ю.А. «Психиатрия. Национальное руководство»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
5. <http://opb-evgrafova.ru/%D0%B1%D0%B5%D0%B7-%D1%80%D1%83%D0%B1%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B8/bipolyarnoe-affektivnoe-rasstrojstvo>, 2021г.
6. <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=272>, 2019г.