

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

Тема: «Биполярное аффективное расстройство»

Выполнила:

Ординатор специальности психиатрия

Перевалова П. В

Проверила:

Зав. Кафедрой, д.м.н Березовская М. А

Красноярск 2023

Оглавление	
Актуальность	3
Эпидемиология.....	4
Этиология и патогенез.....	5
Критерии диагностики БАР в МКБ 10.....	6
Клиническая картина.....	11
Современные методы лечения	14
Выводы.....	16
Литература.....	17

Актуальность

Актуальность данной темы обусловлена тем, что биполярное аффективное расстройство, по данным ВОЗ, относится к десятку заболеваний, приводящих к дезадаптации людей трудоспособного возраста и к значительным социальным и экономическим потерям.

Не смотря на то, что история выделения БАР уходит корнями во вторую половину XIX века, когда Falret и Baillrget (1854), а затем Kraepelin (1896) установили, что фазные колебания настроения и периодичность их возникновения составляют сущность маниакально-депрессивного психоза, у психиатров XXI века остается еще много вопросов относительно течения данного заболевания, распространенности, и подходам к его лечению.

В настоящее время, БАР стали рассматривать как не менее значимое для психиатрии заболевание, чем шизофрения, в связи с сопоставимой с шизофренией заболеваемостью, смертностью и инвалидизирующим влиянием на пациента.

Это подтверждается такими данными: биполярное расстройство характеризуется преждевременной смертностью с потерей 10–20 лет жизни в связи с коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями и суицидом. Частота суицидов среди пациентов с биполярным расстройством в 20 раз выше, чем в общей популяции: около 30–50 % пациентов совершают как минимум одну суицидальную попытку, а 15–20 % – заверченный суицид.

Распространенность БАР по зарубежным данным составляет от 0,5 до 2% (в среднем около 1%), риск развития в течение жизни достигает 5%, а с учетом субсиндромальных форм - до 12%. Существенных географических или этнических различий в показателях заболеваемости не установлено. Расстройство чаще встречается у женщин, чем у мужчин, в соотношении примерно 3:2 (при рекуррентной депрессии — 2:1). БАР является заболеванием с высоким уровнем смертности, в том числе связанной с риском суицида и коморбидных соматических заболеваний. Риск завершённого суицида при БАР составляет 20% на протяжении жизни, что в 20–30 раз выше, чем в популяции, и выше, чем при рекуррентной депрессии. Информация о распространенности БАР в России практически отсутствует. В XXI веке в нашей стране не проводилось эпидемиологических исследований, касающихся этого заболевания. Единичные исследования прошлого века показывают, что существует огромный разрыв между показателями распространенности БАР, полученными в нашей стране и в зарубежных исследованиях. Так, в 80-х годах прошлого века распространенность БАР I (маниакально-депрессивный психоз по Международной классификации болезней (МКБ) 9 пересмотра) составляла 0,36 случая на 1000 населения (0,036%), а доля больных БАР среди состоящих на учете в психоневрологическом диспансере была равна 0,045 %. По статистическим данным МЗ РФ распространенность БАР в последние годы устойчиво составляет около 0,009%, то есть эти данные в 100 раз отличаются от мировой статистики. Это означает, что российские врачи редко выявляют БАР и вместо него диагностируют у пациентов шизофрению либо депрессию. В результате больные долгое время получают неправильную терапию антидепрессантами или классическими нейролептиками, в том числе и долгими курсами, что может нарушать качество жизни пациентов.

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 %. ¹

¹ Мосолов С.Н., Шафаренко А.А., Ушкалова А.В., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством// Современная терапия психических расстройств. – 2014. – Вып. 3.

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.

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.

Критерии диагностики БАР в МКБ 10

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

При установке диагноза БАР необходимо уточнить текущий эпизод. МКБ-10 предусматривает следующие возможности постановки диагноза в рамках БАР:

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)

F30.0 Гипомания

А. Повышенное или раздражительное настроение, которое является явно аномальным для данного индивидуума и сохраняется по меньшей мере 4 дня подряд.

Б. Должны быть представлены минимум три симптома из числа следующих, что сказывается на личностном функционировании в повседневной жизни:

а. повышенная активность или физическое беспокойство;

б. повышенная говорливость;

в. затруднения в сосредоточении внимания или отвлекаемость;

г. сниженная потребность во сне;

д. повышение сексуальной энергии;

е. небольшие кутежи или другие типы безрассудного или безответственного поведения;

ж. повышенная общительность или фамильярность.

В. Расстройство не отвечает критериям мании (F30.1 и F30.2), депрессивного эпизода (F32-), циклотимии (F34.0) или нервной анорексии (F50.0).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения:

Эпизод не может быть приписан употреблению ПАВ (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству, соответствующему критериям F00-F09 по МКБ-10.

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

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

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

F30.1 Мания без психотических симптомов

А. Преимущественно повышенное, экспансивное, раздражительное или подозрительное настроение, которое является аномальным для данного индивидуума. Это изменение настроения должно быть отчетливым и сохраняться на протяжении по меньшей мере недели (если только его тяжесть недостаточна для госпитализации).

Б. Должны присутствовать минимум три из числа следующих симптомов (а если настроение только раздражительное, то — четыре), приводя к тяжелому нарушению личностного функционирования в повседневной жизни:

а. повышение активности или физическое беспокойство;

б. повышенная говорливость ("речевой напор");

в. ускорение течения мыслей или субъективное ощущение "скачки идей"; г. снижение нормального социального контроля, приводящее к поведению, которое неадекватно обстоятельствам;

- д. сниженная потребность во сне;
 - е. повышенная самооценка или идеи величия (грандиозности);
 - ж. отвлекаемость или постоянные изменения в деятельности или планах;
 - з. опрометчивое или безрассудное поведение, последствия которого больным не осознаются, например, кутежи, глупая предприимчивость, безрассудное управление автомобилем;
 - и. заметное повышение сексуальной активности или сексуальная неразборчивость.
- В. Отсутствие галлюцинаций или бреда, хотя могут быть расстройства восприятия (например, субъективная гиперაკυζия, восприятие красок как особенно ярких).
- Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод не может быть объяснен употреблением ПАВ (F10-F19) или любым органическим психическим расстройством, соответствующим критериям F00-F09 по МКБ-10.

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

- 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)

F30.2 Мания с психотическими симптомами

Эпизод отвечает критериям мании без психотических симптомов (F30.1), за исключением критерия В.

- Б. Эпизод не отвечает одновременно критериям шизофрении (F20.0-F20.3) или маниакального типа шизоаффективного расстройства (F25.0).
- В. Присутствуют бред или галлюцинации, но помимо тех, что перечислены в качестве типичных для шизофрении в критериях F20 б), в) и г).
- Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод не может быть приписан употреблению ПАВ (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09).
- Бред и галлюцинации могут быть классифицированы как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению. «Неконгруэнтные» включают аффективно нейтральные бредовые и галлюцинаторные расстройства, например: бред отношения без чувства вины или обвинения, или голоса, которые беседуют с больным о событиях, которые не имеют эмоционального значения.

F31.3 Биполярное аффективные расстройства текущий эпизод умеренной или легкой депрессии⁺

⁺Примечание. 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 (АД).

- А. Текущий эпизод, подпадающий под критерии депрессивного эпизода (F 32) 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).

Пятый пункт должен быть использован для определения представленности в текущем эпизоде депрессии соматических симптомов, определенных в F32.:

F31.30 без соматических симптомов

F31.31 с соматическими симптомами

F 32. Депрессивный эпизод

Депрессивный эпизод (ДЭ) должен длиться, по крайней мере, две недели. Эпизод нельзя приписать употреблению ПАВ (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (F00-F09).

Некоторые депрессивные симптомы, имеющие особенное клиническое значение, обозначаются как "соматические" (в других классификациях для этих синдромов используются такие термины, как биологические, витальные, меланхолические или эндогенноморфные).

Для определения соматического синдрома четыре из следующих симптомов должны быть представлены:

- а. Снижение интересов или снижение удовольствия от деятельности, обычно приятной для больного;
- б. Отсутствие реакции на события или деятельность, которые в норме ее вызывают;
- в. Пробуждение утром за два или больше часа до обычного времени;
- г. Депрессия тяжелее по утрам;
- д. Объективные свидетельства заметной психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченные или описанные другими лицами);
- е. Заметное снижение аппетита;
- ж. Снижение веса (пять или более процентов от веса тела в прошлом месяце);
- з. Заметное снижение либидо.

F 32.0 Легкий депрессивный эпизод

А. Соответствует общим критериям для ДЭ (F32).

Б. Как минимум, два из следующих трех симптомов:

- а. депрессивное настроение до уровня, определяемого, как явно ненормальное для пациента, представленное почти ежедневно и захватывающее большую часть дня, которое в основном не зависит от ситуации и имеет продолжительность не менее двух недель;
- б. отчетливое снижение интереса или удовольствия от деятельности, которая обычно приятна для больного;
- в. снижение энергии и повышения утомляемости.

В. Дополнительный симптом или симптомы из следующих (до общего количества не менее четырех):

- а. снижение уверенности и самооценки;
- б. беспричинное чувство самоосуждения или чрезмерное и неадекватное чувство вины;
- в. повторяющиеся мысли о смерти или суициде, или суицидальное поведение;
- г. проявления и жалобы на уменьшение способности обдумывать или концентрироваться, такие как нерешительность или колебания;
- д. нарушение психомоторной активности с ажитацией или заторможенностью (субъективно или объективно);
- е. нарушение сна любого типа;
- ж. изменение аппетита (повышение или понижение) с соответствующим изменением веса тела.

F32.00 без соматических симптомов

F32.01 с соматическими симптомами

F32.1 Умеренный Депрессивный эпизод

А. Соответствует общим критериям для ДЭ (F32).

Б. По крайней мере два из трех симптомов в критерии Б, F32.0.

В. Дополнительные симптомы из критерия В, F32.0, чтобы в сумме их было не менее шести.

F32.10 без соматического синдрома

F32.11 с соматическим синдромом

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

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

F32.2 Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов

Примечание: Если выражены важные симптомы, такие как агитация или заторможенность, больной может быть не в состоянии или не испытывать желания детально сообщить о значительной части симптоматики. В таком случае может быть все же оправданной общая градация эпизода в качестве тяжелого.

А. Соответствует общим критериям для депрессивного эпизода (F32).

Б. Все три симптома в критерии Б, F32.0.

В. Дополнительные симптомы из критерия В, F32.0, до суммарного количества не менее восьми.

Г. Отсутствие галлюцинаций, бреда, либо депрессивного ступора.

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

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

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).

F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами

А. Соответствует общим критериям ДЭ (F32).

Б. Соответствует критериям тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2), за исключением критерия Г.

В. Отсутствуют критерии шизофрении (F20.0-F20.3) или шизоаффективного расстройства, депрессивного типа (F25.1).

Должно присутствовать любое из следующих:

бред или галлюцинации, кроме перечисленных в качестве типично шизофренических, в критерии G1.1 б), в) и г) для F20.0-F20.3, (т. е. бреда, иного, чем полностью невероятного по содержанию или культурально неадекватного и галлюцинаций, которые не обсуждают больного в третьем лице или ведут текущий комментарий); наиболее частые примеры включают депрессивный бред, бред вины, отнесения к себе, бред ипохондрического, нигилистического или персекуторного содержания; депрессивный ступор.

F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий смешанный эпизод

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).

F38.00 Смешанный аффективный эпизод

Аффективный эпизод, длящийся не менее 2-х недель и характеризующийся либо смешанными или быстро чередующимися (обычно в течение нескольких часов) гипоманиакальными и депрессивными симптомами.

F31.7 Биполярное аффективное расстройство, ремиссия

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 аффективные расстройства, неуточненные

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 (ЕЗ 1.0 по МКБ-10) характеризуется повышенным настроением, появлением чувства духовного подъема, 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. Выраженное двигательное возбуждение, выраженная отвлекаемость приводят к невозможности вести с больным последовательную беседу. На фоне переоценки собственной личности появляются бредовые идеи величия. 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.

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, больные теряют в весе, иногда значительно. 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»). 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.

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.

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. Заболеваемость примерно одинакова у мужчин и женщин.

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

Терапевтическая тактика определяется характером фазы (маниакальная, депрессивная) и ее психопатологической структуры (конкретного клинического варианта) с обязательным учетом степени выраженности симптоматики, возраста больного, длительности заболевания и др.

Принципы лечения.

При терапии аффективных расстройств выделяют три относительно самостоятельных этапа:

- 1) купирование острой аффективной симптоматики и достижение клинической ремиссии;
- 2) долечивающая или стабилизирующая терапия (подавление резидуальной симптоматики, борьба с аффективной неустойчивостью, прецидивными или ранними рецидивными состояниями);
- 3) профилактическая терапия, направленная на предотвращение развития рецидивов заболевания (основными препаратами являются нормотимики). Может проводиться неопределенно долго, но не менее 1 года.

Лечение маниакальных эпизодов. На этапе купирующей терапии препаратами первого выбора являются нормотимики, в первую очередь — соли лития. Доза подбирается таким образом, чтобы концентрация лития в плазме крови, определяемая утром, натощак, через 8–12 ч после приема последней дозы, была не ниже 0,8 и не выше 1,2 ммоль/л. Оксидбутират лития вводится внутримышечно или внутривенно капельно. Также в клинической практике нашли широкое применение такие нормотимики, как соли вальпроовой кислоты, карбамазепин, ламотриджин.

При выраженном психомоторном возбуждении, агрессивности, наличии маниакально-бредовой симптоматики или отсутствии эффекта литием течение первых дней терапии в схему добавляют антипсихотик, дозу которого по мере становления эффекта постепенно снижают до полной отмены. Выбор антипсихотика зависит от синдромальной картины, возраста пациента, сопутствующей терапии, соматической патологии. Используются антипсихотики как первого (например, галоперидол, хлорпромазин), так и второго поколений (например, оланзапин, кветиапин, рисперидон, zipразидон).

На втором этапе - долечивающей или стабилизирующей терапии, применение солей лития должно продолжаться вплоть до спонтанного окончания фазы, длительность которой устанавливают по предыдущим фазам (в среднем 46 мес).

Лечение депрессивных эпизодов. Основой терапевтических мероприятий является применение антидепрессантов. Выбор антидепрессанта должен проводиться с учетом:

- 1) спектра его психотропной активности и выявления преобладающей симптоматики (тревожной или адинамической) в структуре депрессии:
 - преобладание тревоги и ажитации (антидепрессанты-седатики)
 - преобладание адинамической симптоматики (антидепрессанты стимулирующего действия)
- по мере редукции адинамической симптоматики возможна актуализация тревоги, требующая дополнительного назначения транквилизаторов;

-сосуществование тревоги и заторможенности (антидепрессанты сбалансированного действия или антидепрессанты в сочетании с транквилизаторами);

2) соматического состояния пациента и противопоказаний к применению препарата;

3) сопутствующей медикаментозной терапии, назначенной в связи с наличием хронических соматических заболеваний и возможных нежелательных лекарственных взаимодействий препаратов.

Темп наращивания дозировок при применении классических антидепрессантов должен быть максимально быстрым для достижения индивидуальной терапевтически эффективной дозы.

Следует отметить, что согласно современным представлениям препаратами выбора при лечении биполярной депрессии являются нормотимики (литий, ламотриджин, вальпроат натрия, карбамазепин), в сочетании с антипсихотиками. Назначение антидепрессантов у этой группы больных может вызвать инверсию фазы, что ассоциируется с утяжелением течения заболевания, в связи с чем их использование ограничено.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод, что биполярное аффективное расстройство является серьезной проблемой для общества.

БАР часто сочетается с другими психическими и соматическими заболеваниями, такими как злоупотребление психоактивными веществами и тревожные расстройства. Не менее часто наблюдается коморбидность с соматическими заболеваниями (наиболее часто встречаются сердечно-сосудистая патология, диабет, ожирение и тиреоидная дисфункция).

В клинической картине БАР выделяют следующую симптоматику:

Маниакальная фаза представлена триадой основных симптомов: повышенное настроение (гипертимия), двигательное возбуждение, идеаторно-психическое возбуждение (тахипсихия). Депрессивная фаза представлена противоположной маниакальной стадии триадой симптомов: подавленным настроением (гипотимия), замедленным мышлением (брадипсихия) и двигательной заторможенностью. Также возможны смешанные состояния.

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

Терапевтическая тактика лечение БАР определяется характером фазы (маниакальная, депрессивная) и ее психопатологической структуры (конкретного клинического варианта). На этапе купирующей терапии препаратами первого выбора являются нормотимики, в первую очередь - соли лития.

Литература

- 1) Психиатрия : национальное руководство : краткое издание / гл. ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 768 с.
- 2) Клинические рекомендации "Биполярное аффективное расстройство" – российское общество психиатров; 2021.
- 3) Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 864 с.
- 4) Кирпиченко А.А. СОВРЕМЕННОЕ МЕСТО ВАЛЬПРОАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ // Медицинские новости. 2022. №5
- 5) Мосолов С.Н., Шафаренко А.А., Ушкалова А.В., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством// Современная терапия психических расстройств. – 2014. – Вып. 3.
- 6) Стал Стивен М. - Основы психофармакологии. Теория и практика. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2019. – 332-345 с.
- 7) Психиатрия. Основы клинической психопатологии : учеб. для студентов мед. вузов / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 384 с.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Психологии и наркотиков с курсом ПП
(наименование кафедры)

Рецензия д.м.н. Березвской Марины Викторовны
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора Р. 2 года обучения по специальности психиатрии
Гербасова Юлия Викторовна
(ФИО ординатора)

Тема реферата Бинокулярное зрительное пространство

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

Дата: « » 20 год

Подпись рецензента

[подпись]
(подпись)

Березвская М. В.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

[подпись]
(подпись)

Гербасова Юлия Викторовна
(ФИО ординатора)