

Биполярные аффективные расстройства



К.М.Н., доцент кафедры
психиатрии с наркологией ВГМУ
Гречко Т.Ю.

Аффективная патология (от Гиппократа до картирования генома)

лексикон психиатрии по этапам развития

- Идиотизм *Pinel Ph., 1809*
- Мания *Esquirol J., 1838*

Донозологический период - «туманность»
(Еу Н., 1954)

Выделение аффективных расстройств как
рядоположенных заболеваний:

- Психозы *Feuchtersleben E., 1845*
- Циркулярное помешательство *Falret J. P., 1854*
- Помешательство «о двух формах» *Baillarger M., 1854*
- Периодическое и циркулярное сумашествие

Schule H., 1879

Аффективная патология (от Гиппократа до картирования генома)

лексикон психиатрии по этапам развития

Отказ от унитарных концепций: дегенерации

(Morel B.A., 1857) – единого психоза (Griesinger W., 1861)

Нозологический период - «крепелиновский синтез» (Наджаров Р.А., 1972)

- **Мания/меланхолия - первая стадия единого психоза**

Griesinger W., 1845

- **Краевые психозы, циклоидные психозы, психозы настроения**

Kleist K., 1921

Дихотомические концепции:

- **Маниакально-депрессивный психоз – раннее слабоумие**

Kraepelin E., 1899

- **Эндогенные/органические заболевания – психогенные (пограничные) психические расстройства**

Pelman C., 1909

Аффективная патология (от Гиппократа до картирования генома)

лексикон психиатрии по этапам развития



Современный (посткрепелиновский) период

- **Подразделение фазовых аффективных психозов на моно- (униполярные) и биполярные формы**
Leonharg K., 1957
- **Пересмотр границ между монополярной депрессией и биполярным расстройством**
Akiskal H.S. et al., 1983; Coryell W. et al., 1984; Angst J. et al., 2002
- **Создание концепций аффективного спектра (Winokur G., 1982) и циклотаксии (Findling R., 2000)**
- **Построение дискретных (димерсиональных) моделей аффективных расстройств (May M., 2003)**

Аффективная патология (от Гиппократа до картирования генома) *лексикон психиатрии по этапам развития*




Современный (посткрепелиновский) период

- **Выделение биполярных расстройств I и II типов**
(Angst J., 1980), рекуррентных аффективных расстройств (Pope H., 1980)
- **Использование операциональных подходов в современных классификациях**
МКБ-10, 1992; DSM-IV, 1994
- **Дальнейшее уточнение классификации аффективных расстройств**

Goodwin F.K., 1990; Akiskal H.S. et al., 1995; Ferrier H., 2001; May M., 2003

БАР: конституциональная «почва»



РЛ пограничного типа
Вялотекущая
шизофрения с
явлениями
ремиттирующей
реактивности
Псевдопсихопатии с
картиной «нажитой
циклотимии»

Частота встречаемости биполярного аффективного расстройства в течение жизни

- БАР-I распространённость 1 на 100 человек
- Доля БАР составляет 5% всех психически больных, госпитализированных в стационар
- 6,3% больных БАР не госпитализируются вообще
- 30,2% госпитализируются только 1 раз в жизни
- У 5,5% больных отмечается биполярный спектр
- Одинаково часто поражает лиц любой расы (в США страдает около 1% людей, в Европе – 4 млн., в России от 2 до 7%)

Распространенность БАР в соответствии с подходами к классификации

Биполярное расстройство 0,4-1,7%

Циклотимия 5-6%; гипомания 3-5%

Полный биполярный спектр 5-7%

Диагноз верифицируется при
длительном катamnестическом
наблюдении

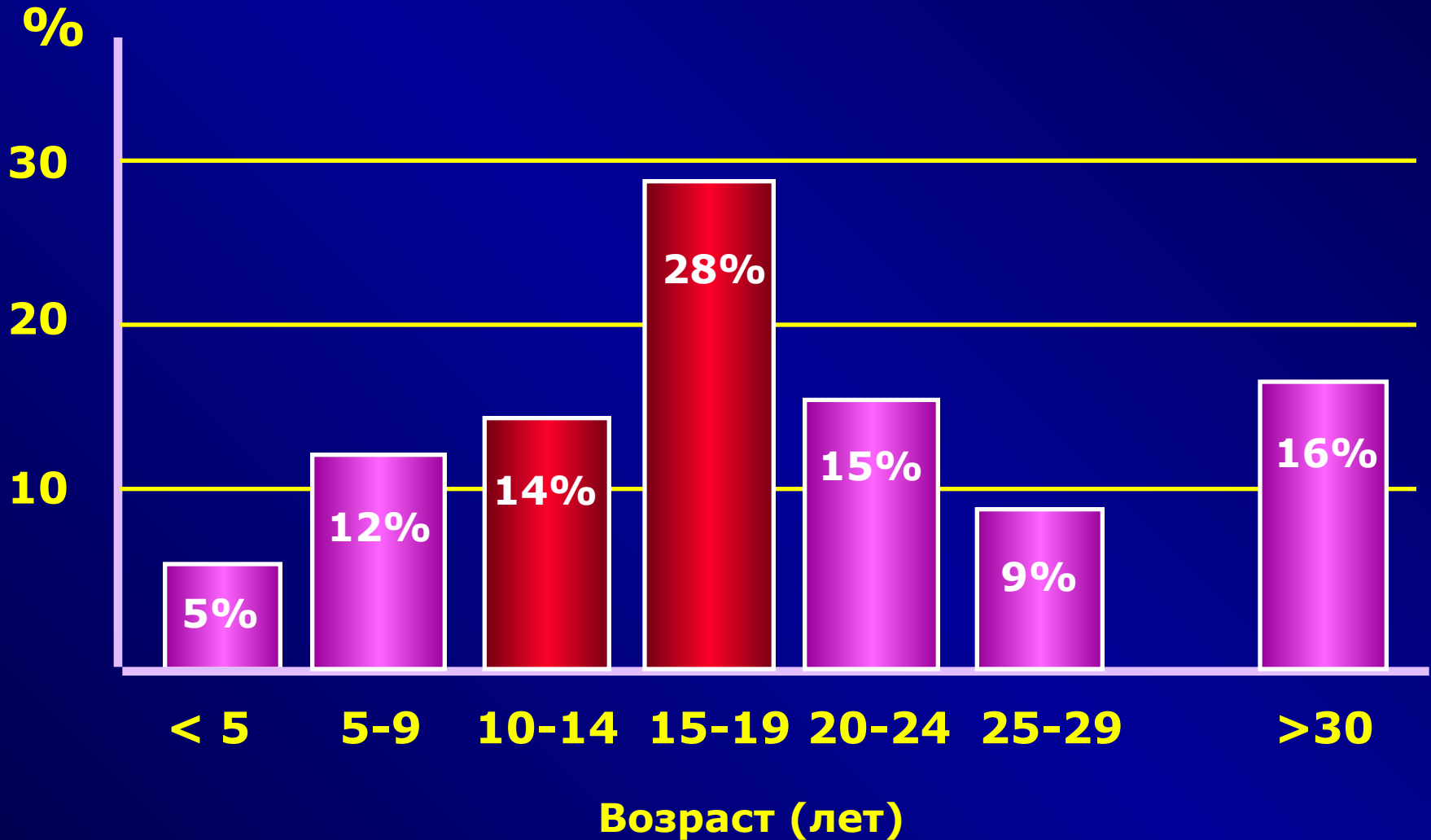


У 27 - 65% больных с БАР регистрируется
«ложное» (false) униполярное расстройство –
дефиниция основана на ошибочной
первоначальной диагностике

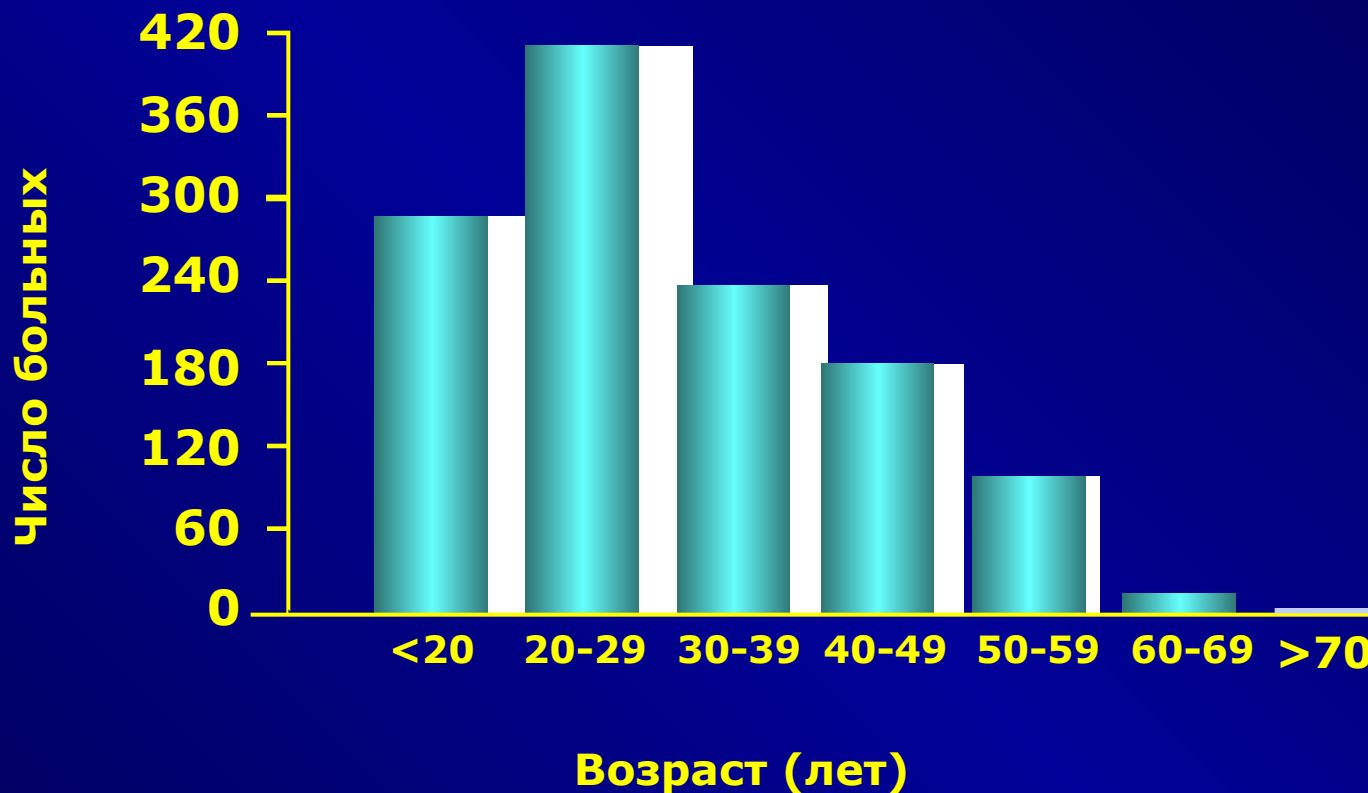
Возраст начала БАР

- Средний возраст начала: 25-30 лет
 - Около 25% больных перенесли первый эпизод до 20-летнего возраста
 - Средний возраст первой госпитализации: 26 лет
- Позднее начало бывает сравнительно редко, в возрасте старше 50 лет

БАР: течение – возраст манифестации



БАР: течение – возраст первого обращения и назначения терапии

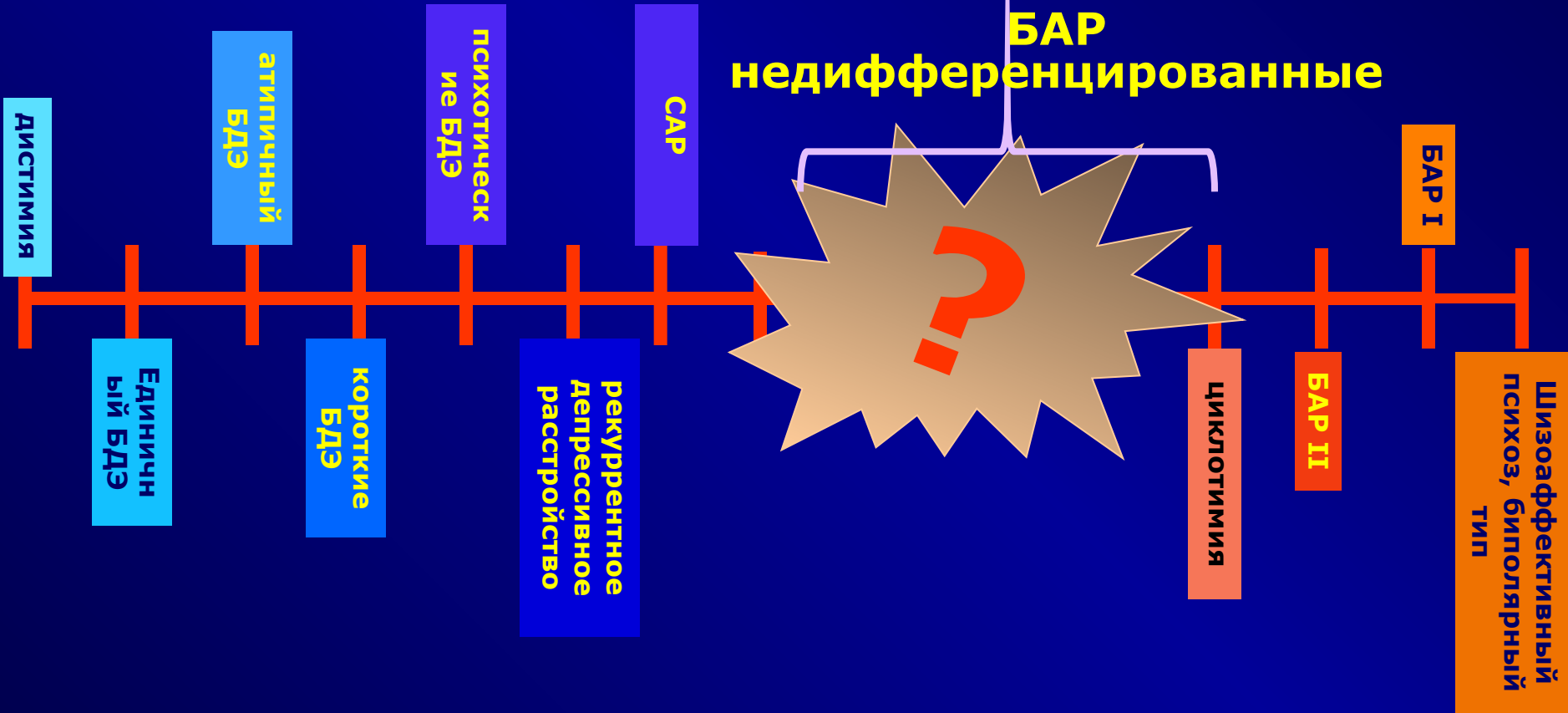


Маниакально-депрессивный спектр

Униполярный

Биполярный

БАР
недифференцированные



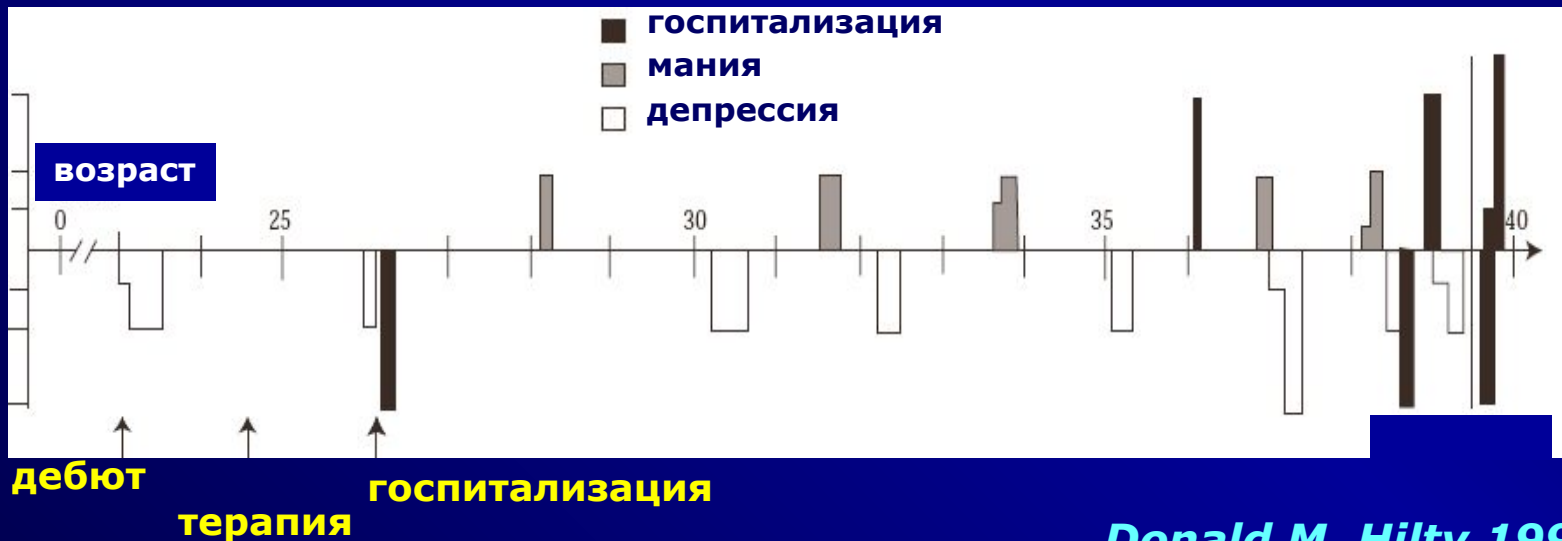
БАР: течение



**БАР - марафон,
а не спринт**

Perlis R., 2005

депрессия
mania
(по степени тяжести)



Donald M. Hilty, 1999

Характеристики биполярного расстройства

- Периодическое, возвращающееся, продолжительное заболевание
- Характеризуется поочередной сменой разнополярных аффективных (маниакальных, депрессивных, субклинических и смешанных) фаз
- Не имеет прогрессивности, аффективные нарушения полностью обратимы с развитием интермиссии
- БАР-I встречается чаще у женщин
- Начало у мужчин обычно с маниакального эпизода
- Начало у женщин обычно с депрессивного эпизода

Типы биполярного расстройства

● Биполярное расстройство типа I:

- Преобладают развёрнутые маниакальные эпизоды либо равномерно чередуются маниакальные и депрессивные эпизоды
- Длительный период нормального состояния

● Биполярное расстройство типа II

- Длительные развёрнутые депрессивные эпизоды, с отдельными гипоманиакальными состояниями
- Фактическое отсутствие светлых промежутков

- **Циклотимия**

- Множественные эпизоды гипомании и субдепрессии без психотических явлений, по количеству и степени тяжести не соответствующие критериям определения биполярного расстройства I и II типов

- **Смешанное состояние**

- Когда признаки мании и депрессии наблюдаются одновременно

- **Быстроциклическая форма**

- Множество циклов мании и депрессии в год (четыре и более эпизода в год)

Биполярность без дополнительных определений

(Американская психиатрическая ассоциация, 2000)

Варианты течения БАР

(Г.П. Пантелеева, 1999 г.)

- Течение с медленными циклами (не более 2 циклов в год);
- Течение с быстрыми циклами до 4 в год;
- Течение умноженными (сдвоенными, строенными) фазами, когда в одном цикле отмечается не одна, а большее число аффективных фаз с последующим развитием интермиссии;
- Континуальное или альтернирующее течение без светлых промежутков (*psychosis circularis continua* С.С. Корсакова)

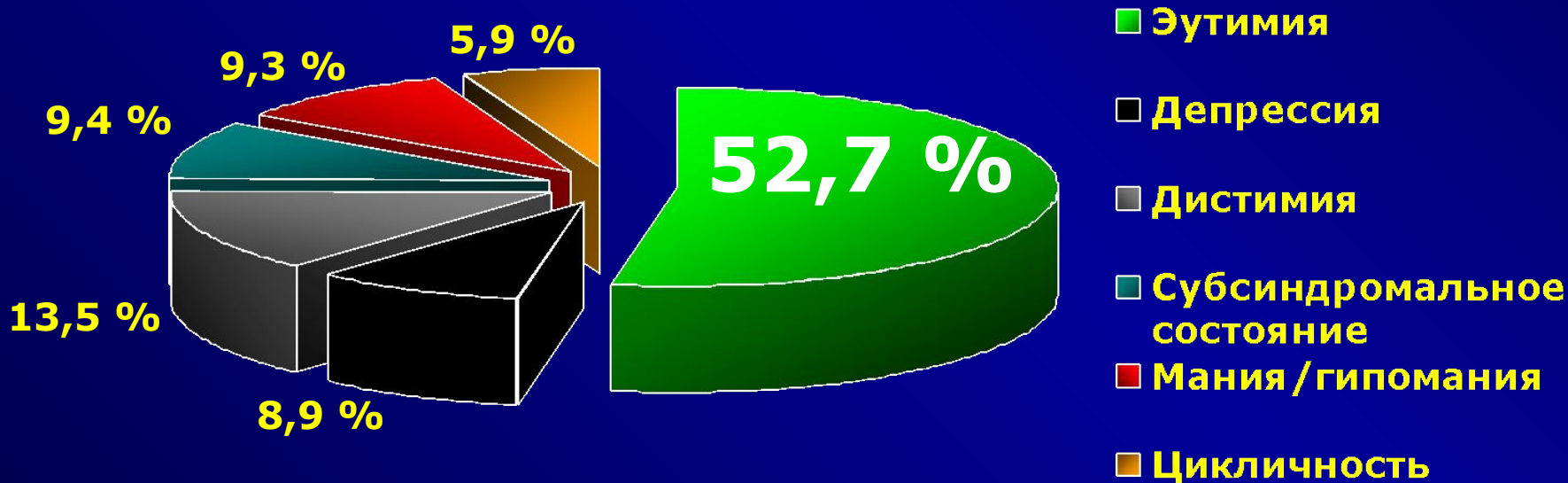


Систематика биполярных аффективных расстройств (БАР) в DSM-IV

Биполярное расстройство I тип:
эпизоды большой депрессии и мании

Биполярное расстройство II тип:
эпизоды большой депрессии и гипомании

Циклотимия

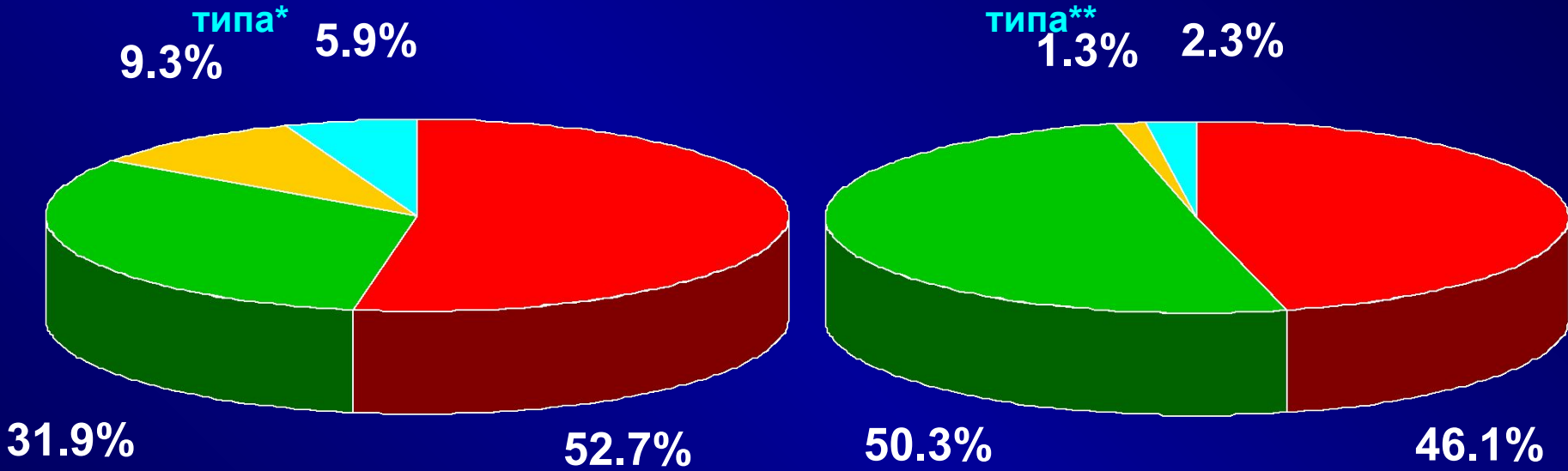


При БАР 1/3 жизни пациента приходится на депрессию

Частота симптомов

Биполярное расстройство I

Биполярное расстройство II



■ Период бессимптомного течения	■ Период мани/гипомании
■ Период депрессии	■ Период циклический/смешанный

Независимо от подтипа биполярного расстройства, пациенты большую часть времени проводят в состоянии депрессии.

n=146, биполярное расстройство I; n=86, биполярное расстройство II
 Наблюдение: *12.8 лет; **13.4 лет

Маниакальная фаза

- Характерны:
 - Гиперактивность
 - Сверхвовлеченность
 - Завышенная самооценка
 - Повышенная отвлекаемость
 - Малая потребность в сне
- Гипомания
 - Менее выражена
 - Не вызывает серьезного дистресса



ГИПОМАНИЯ

(подробнее)

Отличается от мании меньшей выраженностью и большей краткостью симптоматики:

- Легкий подъем настроения в течение нескольких или более дней
- Прилив энергии и активности
- Заметное чувство физического благополучия и усиления умственной деятельности
- Снижение потребности в сне
- Незначительное ухудшение социальной и профессиональной активности (иногда - усиление)
- Отсутствие психотических черт

Депрессивное состояние

Активность и поведение

- Уменьшение всех сторон эмоциональной жизни и поведения
- Замедление моторики и речи, ослабление энергии и сексуальности
- Утрата способности получать удовольствие
- Нарушение сна и аппетита

Настроение

- Подавленность, тоска, пессимистичность, меланхолия

Мышление и восприятие

- Симптоматика может варьировать от легкой степени психической заторможенности, с небольшим нарушением познавательной деятельности и восприятия до глубокого депрессивного ступора, тяжёлого депрессивного бреда, деперсонализации и дереализации
- Типичны мысли о самоубийстве

ПРИЗНАКИ БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИИ

АФФЕКТИВНЫЕ

Грусть

Апатия

Ангедония

Чувствительность

Тревога

Ощущение
безнадежности

Суицидальные
настроения

КОГНИТИВНЫЕ

Низкая
самооценка

Отсутствие
концентрации

Нерешительность

Склонность к
самообвинению

замедление темпа
речи и мышления

ФИЗИЧЕСКИЕ

Нарушения:

- сна

- эндокринной
функции

- аппетита и/или
веса

- активности

-
жизнедеятельности

Почему нужно лечить БАР и факторы осложняющие ведение больных

- Рецидивирующее, длительное расстройство (наиболее тяжелое аффективное расстройство)
- Часто осложняется коморбидностью (наркомании и т.п.)
- Высокий риск самоубийств
- Психотические симптомы
- Психосоциальные последствия (социальное и, в частности, профессиональное снижение)

«Плата» за биполярное расстройство



Потеря 8 лет
эффективного
функционирования



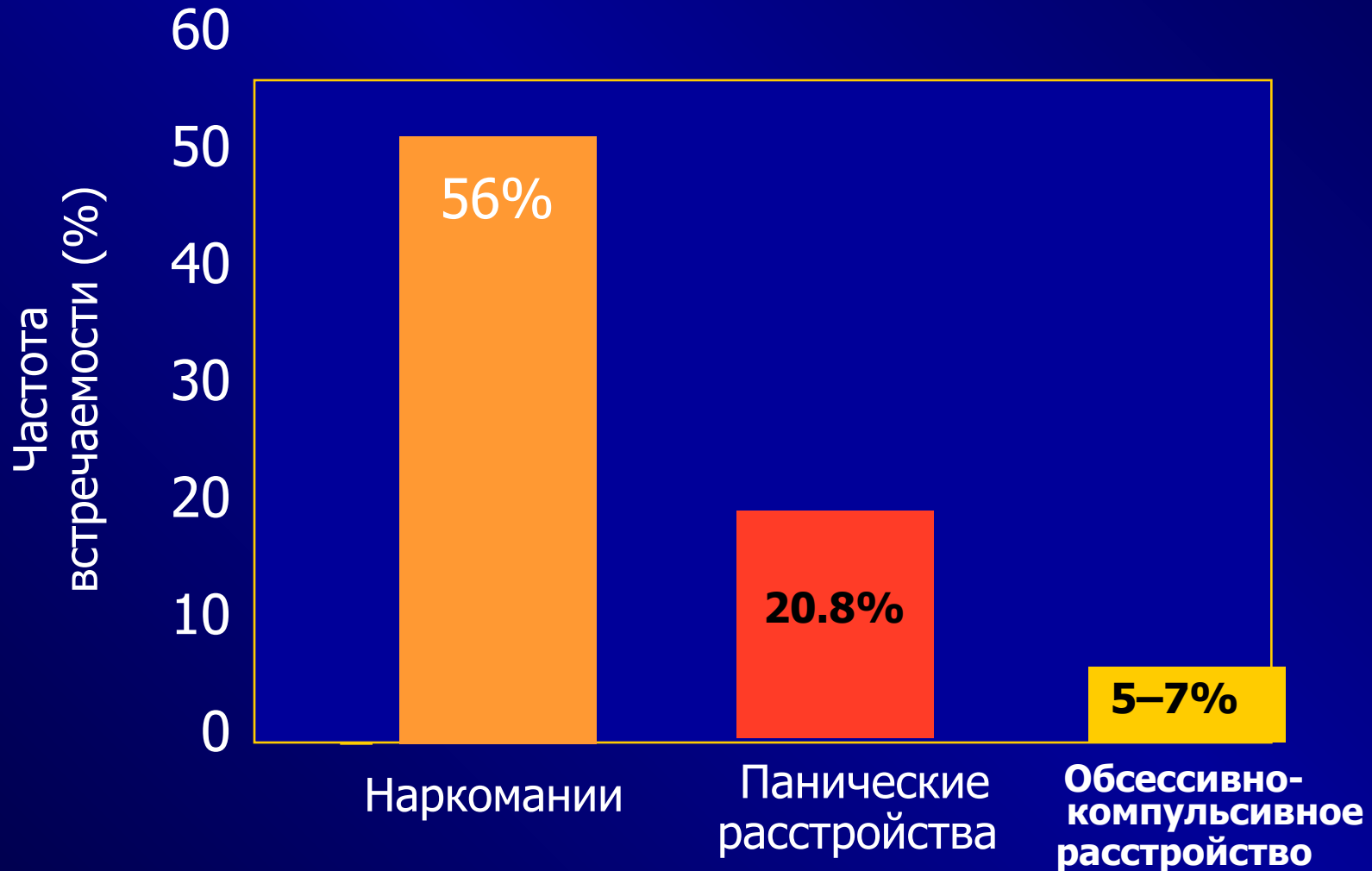
Смертность от суицида
в 29 раз выше, чем в
населении



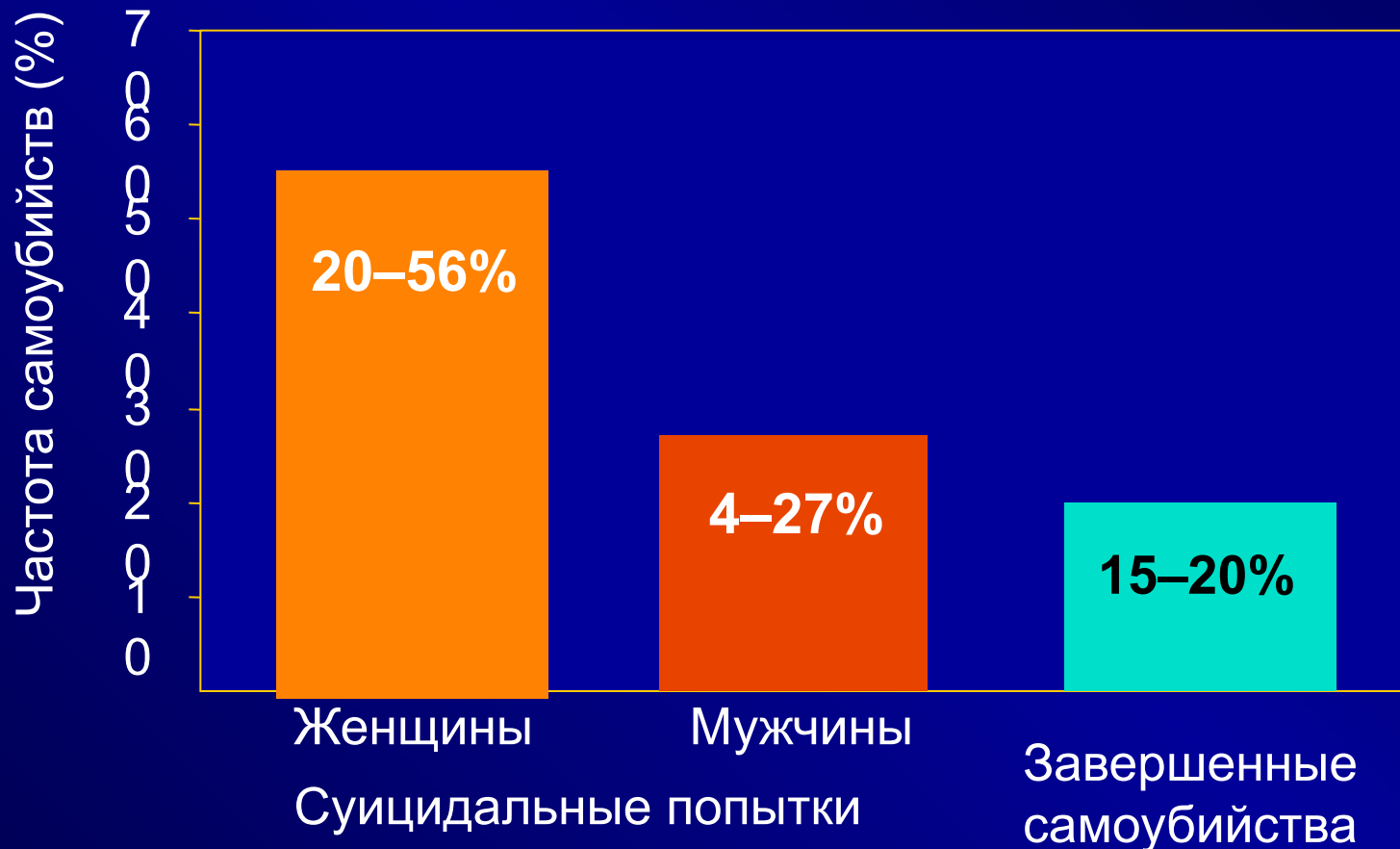
>>60 миллиардов
долларов

Мужчины/женщины 1:1

Коморбидность при биполярном расстройстве



Частота самоубийств



Расходы, связанные с лечением биполярного расстройства

(по данным Ассоциации психиатров США)



БАР: предикторы резистентности к терапии

- **Постепенное развитие приступа**
- **Большая продолжительность приступа**
- **«Застывание» персистирующей симптоматики**
- **Континуальное течение с формированием феномена быстрой цикличности**
- **Аномальная преморбидная личность**
- **Психические расстройства в анамнезе**
- **Манифестация в детском/пубертатном/позднем возрасте**
- **Несвоевременное начало терапии**
- **Недостаточный комплаенс**

Цели лечения

- Лечить обострение болезни
- Предотвратить рецидив
- Улучшить жизнь в период ремиссии
- Обеспечить помощь, обучить и оказать поддержку больному и его семье

Лечение

- Биологическое
 - Лекарственное
 - ЭСТ – электросудорожная терапия
- Психотерапевтическое
- Психосоциальная коррекция

БАР: алгоритм адекватной терапии

Клиническая оценка всей системы данных, включая признаки, выходящие за рамки операциональной диагностики

Выбор адекватной методики комплексной терапии

Антидепрессант +
нормотимик
(mood-stabilizer)

Отсутствие эффекта -
стратегии по
преодолению
резистентности

Нормотимики:

- соли лития
- антиконвульсанты (вальпроат натрия, карбамазепин, ламотриджин);
- антипсихотики с нормотимическим действием (оланзапин, кветиапин)

Смена препаратов

!
Интенсивная
психофармакотерапия
(в/в капельное введение
препаратов, депо-формы)

Антипсихотик +
нормотимик

**Обязательная
превентивная
терапия**

Шоковые - стрессовые методики (ЭСТ, плазмаферез)

● **Назначение антидепрессантов должно ограничиваться острой фазой биполярной депрессии.**

● *Ghaemi S. N. et al., 2001 Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н., 2003; Gijsman H.J., 2005*

БАР: выбор антипсихотиков

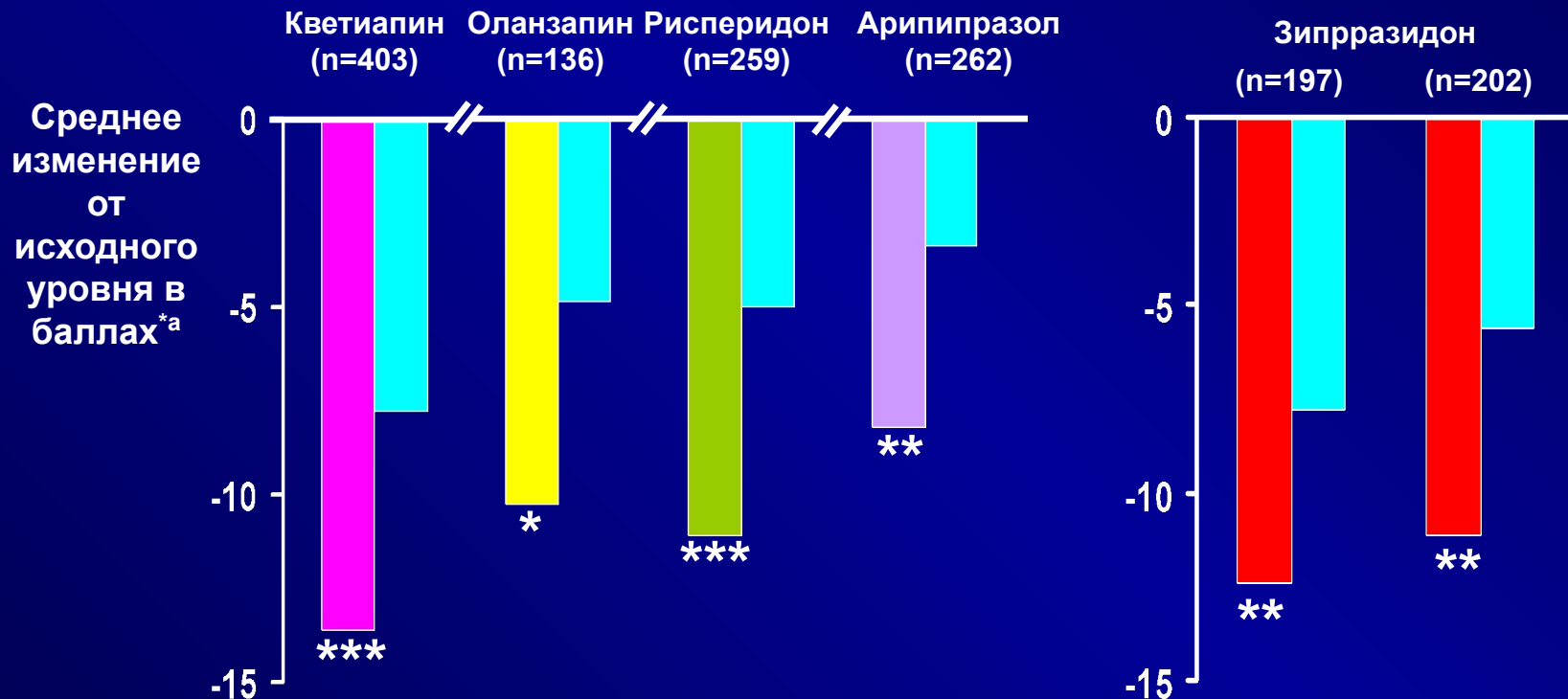


Препараты, одобренные федеральным управлением по лекарственным средствам - FDA

	Мания	Смешанные	Профилактика		Депрессия	
			Мании	Депрессии	БР тип I	БР тип II
Стабилизаторы настроения						
Литий	✓	—	✓	—	—	—
Дивалпрокс DR	✓	—	—	—	—	—
Дивалпрокс ER	✓	✓	—	—	—	—
Карбамазепин ER	✓	✓	—	—	—	—
Атипичные нейролептики						
Рisperидон	✓	✓	—	—	—	—
Оланзапин	✓	✓	✓	—	—	—
Кветиапин	✓	—	—	—	✓	✓
Зипрасидон	✓	✓	—	—	—	—
Арипипразол	✓	✓	✓	—	—	—
Другие						
Ламотриджин	—	—	✓	✓	—	—
Оланзапин/флуоксетин	—	—	—	—	✓	—

ЭФФЕКТ АТИПИЧНЫХ НЕЙРОЛЕПТИКОВ: УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ МАНИИ

Данные шести исследований монотерапии, проводившихся в течение 3 недель



Зипрасидон: шкала аффективных расстройств и шизофрении, измененная версия (Оценочная Шкала Мании); другие: YMRS

Соотношение - «активное вещество/плацебо».

* $p < 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p < 0.001$ / плацебо

Tohen et al 1999; Hirschfeld et al 2002

Keck et al 2003a, 2003b; Segal et al 2003; Vieta et al 2005

Спасибо за внимание!

