

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

СНО психиатрии, наркологии и психологии

Биполярное аффективное расстройство

Доклад подготовила
Студентка 514 группы
Лечебного факультета

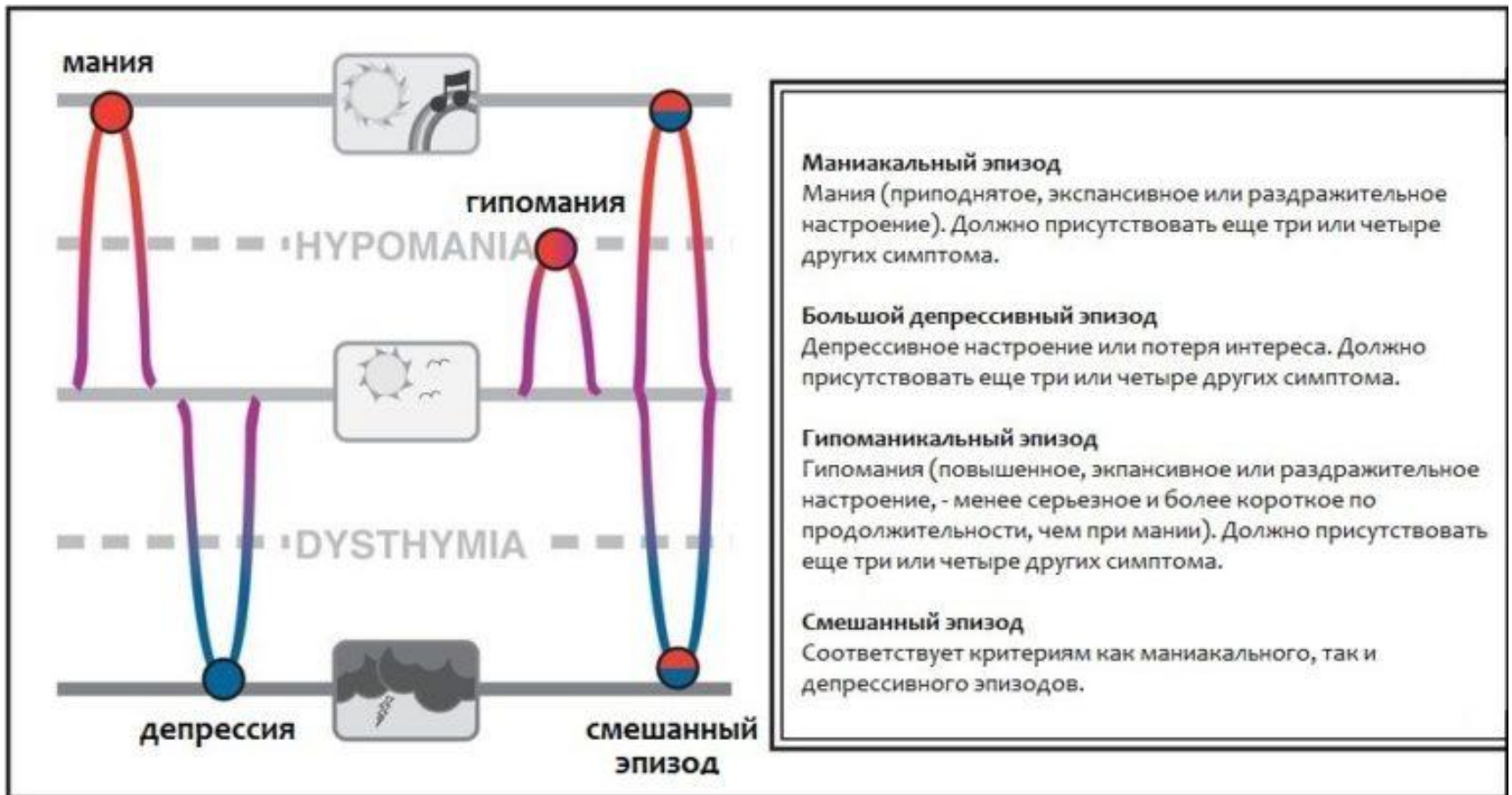
Мальцева Наталья Витальевна

Пермь, 2020 г.

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Психическое расстройство, проявляющееся маниакальными (гипоманиакальными), депрессивными, а также смешанными аффективными состояниями, при которых у больного наблюдаются симптомы депрессии и мании одновременно (в том числе, тоска со взвинченностью, беспокойством, или эйфория с заторможенностью – непродуктивная мания), либо быстрой сменой симптомов (гипо)мании и (суб)депрессии

Биполярное аффективное расстройство



Краткая характеристика

- БАР – широко распространенное инвалидизирующее хроническое заболевание;
- Начинается в молодом возрасте;
- Имеет серьезные последствия (длительная нетрудоспособность, суицидальный риск);
- Затрудняет социальную адаптацию пациентов;
- Трудно для диагностики;
- Клиническое ведение пациентов должно быть индивидуальным и пожизненным.

История вопроса

- История изучения расстройств настроения насчитывает более 2 тысяч лет
- Медицинские термины «меланхолия» и «мания» встречаются в трудах Гиппократ (5 век до н.э.)
- Основным признаком заболевания он считал необычную длительность печали или горя.

История вопроса

как самостоятельное психическое заболевание биполярное аффективное расстройство было впервые представлено в 1854 году практически одновременно французскими исследователями

Ж.П. Фальре (Falret) – «циркулярный психоз»

Ж.Г.Ф. Бейарже (Baillarger) – «помешательство в двух формах»

Эмиль Крепелин (Emil Kraepelin) (1856-1926)

В 1896г. предложил концепцию МДП.

Концепция описывала:

- Полярные синдромы расстройства настроения – манию и депрессию;
- Течение расстройства с чередованием обострений и ремиссий;
- Благоприятный прогноз МДП по сравнению с шизофренией.



Этапы диагностики МДП

Первый этап – данные независимых исследований J. Angst, C. Perris, A. Vinokur (60-е годы XX века)

о наличии двух форм заболевания:

- ***Монополярная (рекуррентная) депрессия***
- ***Биполярное (маниакально-депрессивное) расстройство***

Этапы диагностики МДП

Второй этап – Blythe Danner выделил два типа МДП (1976 год)

- **I тип** – эпизоды депрессии чередуются с маниями (явно повышенное настроение, приводящее к серьезному нарушению функционального статуса и требующее лечения в стационаре);
- **II тип** – эпизоды депрессии чередуются только с гипоманиями (легкими подъемами настроения).

Этапы диагностики МДП

Третий этап – концепция биполярного спектра (Н. Akiskal, 1983; J. Klerman, 1987)

в концепцию включены расстройства настроения, не отвечающие критериям полного МДП:

- **МДП III типа** (циклотимия)
- **МДП IV типа** (повторные эпизоды депрессии и индуцированной антидепрессантами гипомании)
- депрессия при гипертимном темпераменте

МДП – концепция XX века

- Охватывает все расстройства настроения (маниакально-депрессивные и депрессивные)
- Не всегда сопровождается психозом
- Не всегда наблюдаются оба типа фаз

БАР – концепция XXI века

**БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ
РАССТРОЙСТВО** – научно и политически
более корректное название

- **DSM-III** – в 1980 г.
- **МКБ-10** – в 1994 г.

Эпидемиология

- БАР имеет высокую распространенность, которая составляет в среднем около 1% в популяции
- Риск его развития в течение жизни, по некоторым данным, достигает 3-5%, а с учетом субсиндромальных форм - 7-12%

1. Hwu H.G. et al., 1989; Wittchen H.U. et al., 1992; Hirschfeld R.M. et al., 2002; Kessler R.C. et al., 1994
2. Kessler R.C. et al., 1994
3. Angst J. et al., 2003

Эпидемиология

**Распространенность БАР I и II типа
составляет:**

на протяжении жизни – $3,9 \pm 0,2\%$

в течение последнего года – $2,6 \pm 0,2\%$

Из них:

I тип – 1,0 и 0,6%

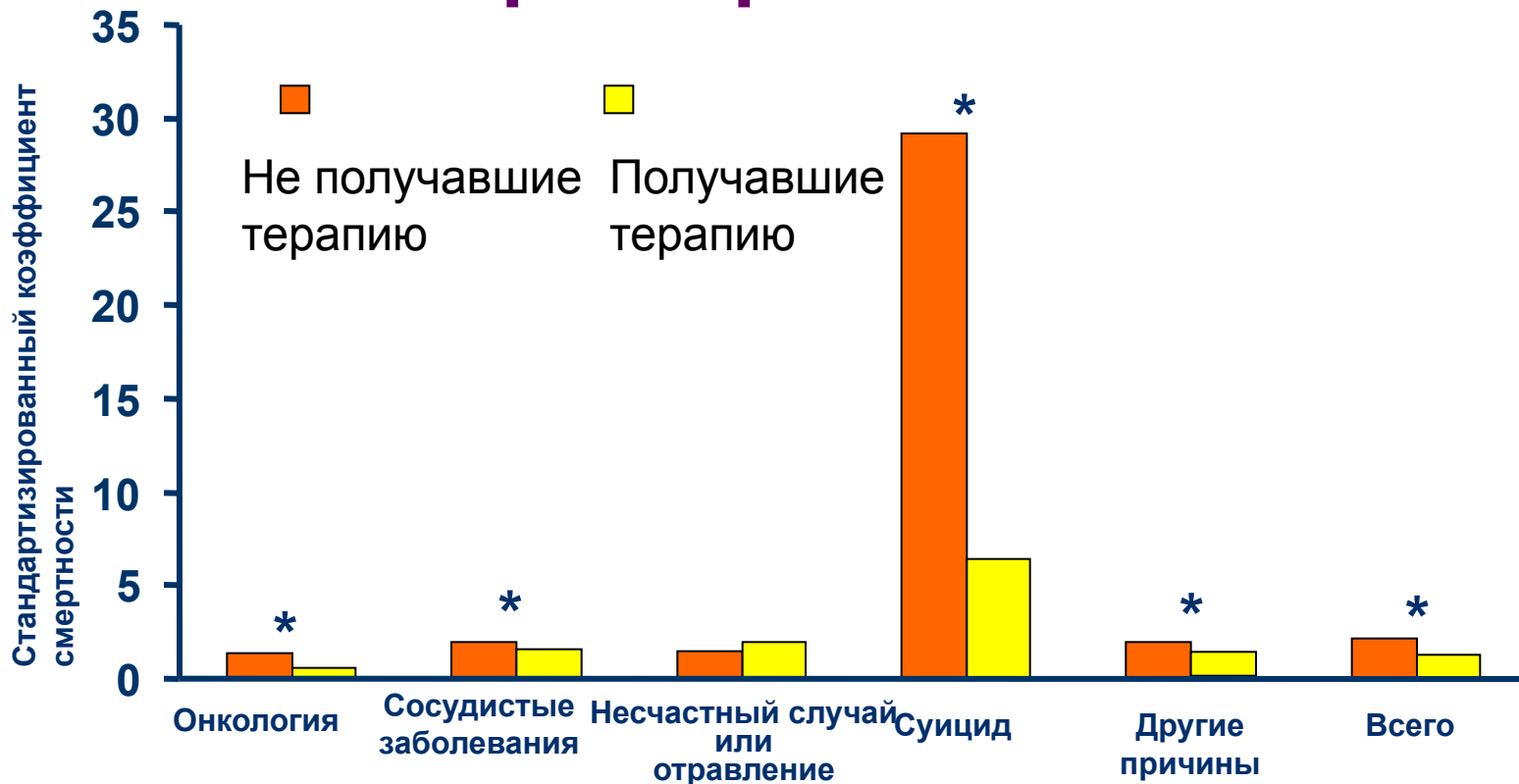
II тип – 1,1 и 0,8%

«подпороговое БАР» - 2,4 и 1,4%

Эпидемиология

- Пик первых симптомов заболевания – 15-19 лет
- Пик заболеваемости – 21 год
- В дебюте у мужчин преобладает мания / гипомания, у женщин – депрессивные состояния
- У мужчин чаще встречаются БАР I типа и тяжелые мании
- У женщин чаще встречаются БАР II типа, тяжелые депрессии и быстрые циклы

Смертность при биполярном расстройстве

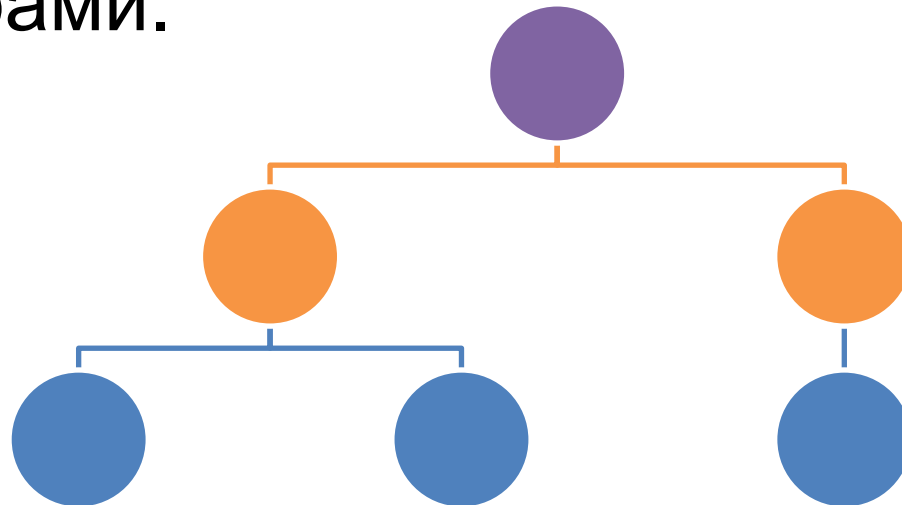


220 стационарных пациентов с биполярным расстройством, наблюдаемые в течение 22 или более лет

*** $p < 0.001$ в сравнении с пациентами, получавшими терапию**

Этиология и патогенез

- Единой концепции нет.
- Множественный генез – отдельные предрасполагающие генетические и биологические факторы взаимодействуют с влияниями внешней среды и различными психосоциальными факторами.



Этиология и патогенез

- БАР и шизофрения – различные эндогенные заболевания.
- Отдельные мнения: это единое аффективное расстройство с симптомами шизофрении в части случаев.

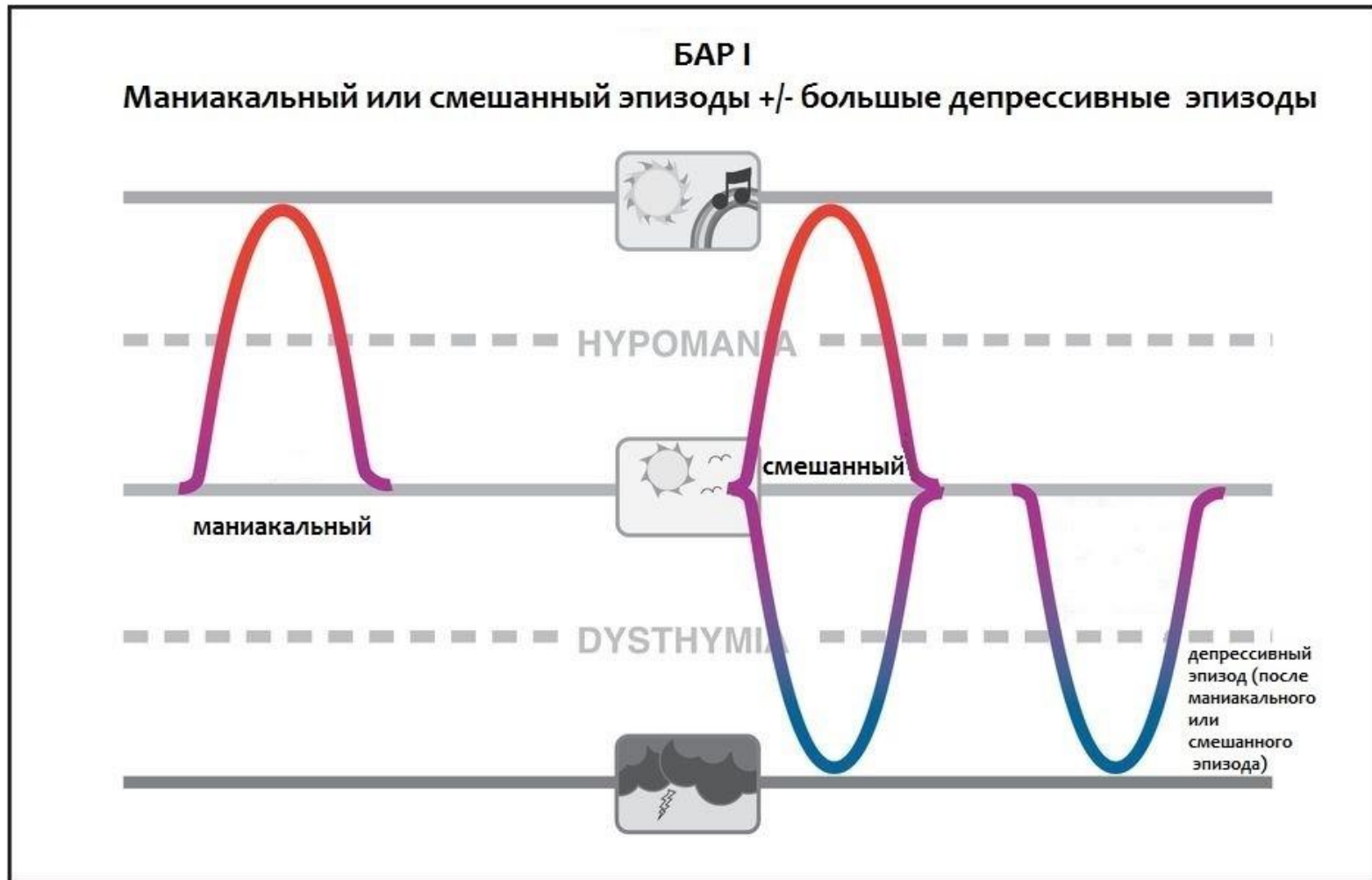
Типы биполярного расстройства

- **Биполярное расстройство типа I**
 - Наличие по крайней мере одного **маниакального или смешанного** эпизодов
- **Биполярное расстройство типа II**
 - Наличие по крайней мере одного **гипоманиакального** и одного депрессивного эпизодов
 - Маниакальные и смешанные эпизоды отсутствуют

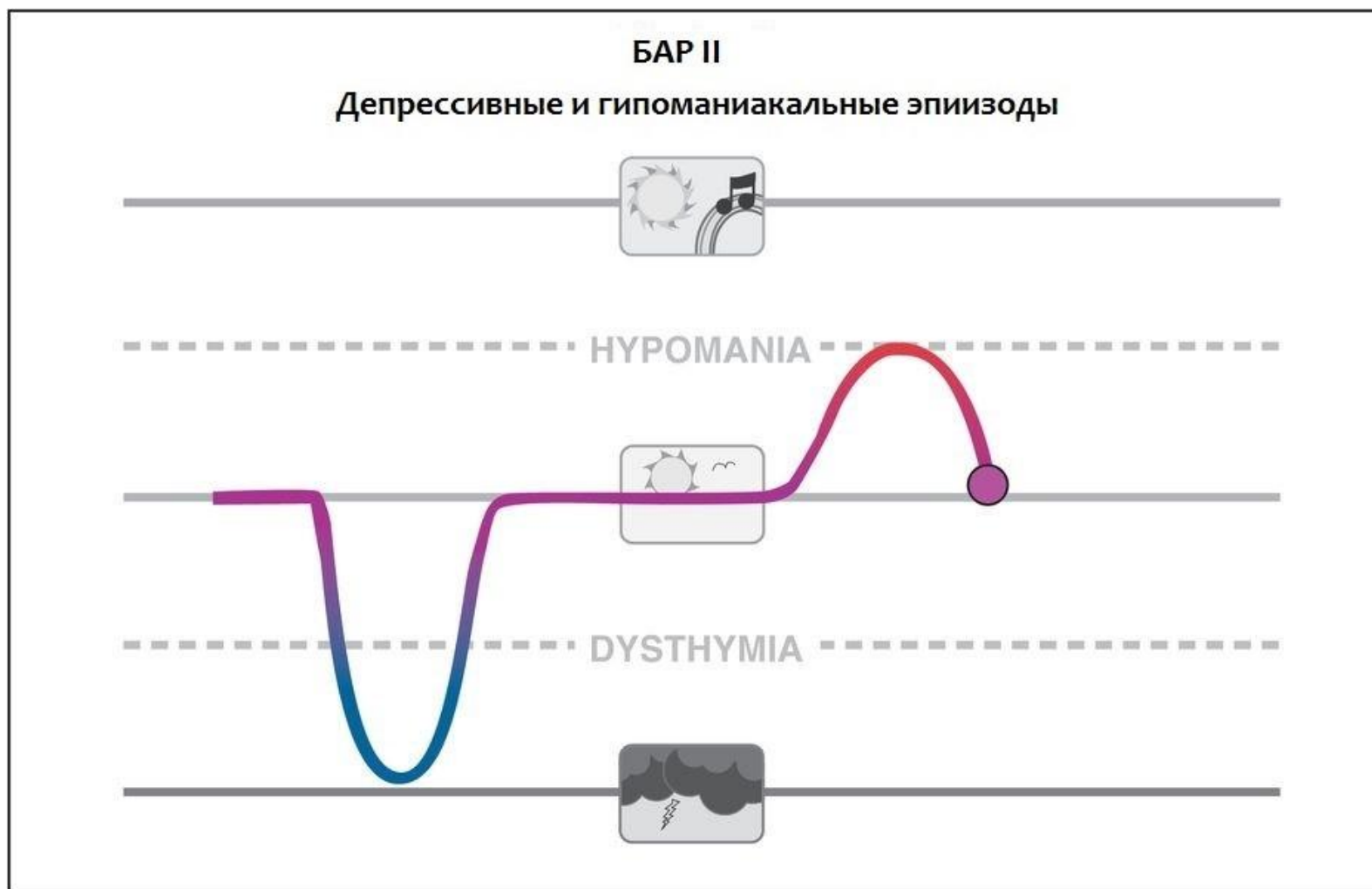
Типы биполярного расстройства

- **Биполярное расстройство типа I**
 - Большую часть времени – депрессия
 - Длительный период нормального состояния
- **Биполярное расстройство типа II**
 - Длительные периоды депрессии, иногда гипомания
 - Фактическое отсутствие светлых промежутков

Типы биполярного расстройства



Типы биполярного расстройства



Типы биполярного расстройства

- **Циклотимия**

- Множественные эпизоды гипомании и субдепрессии

- **Смешанное состояние**

- Признаки мании и депрессии наблюдаются одновременно

- **Быстроциклическая форма**

- Множество циклов мании и депрессии в год

(четыре и более эпизода в год)

Циклотимия

Циклотимия



HYPMANIA



DYSTHYMIA



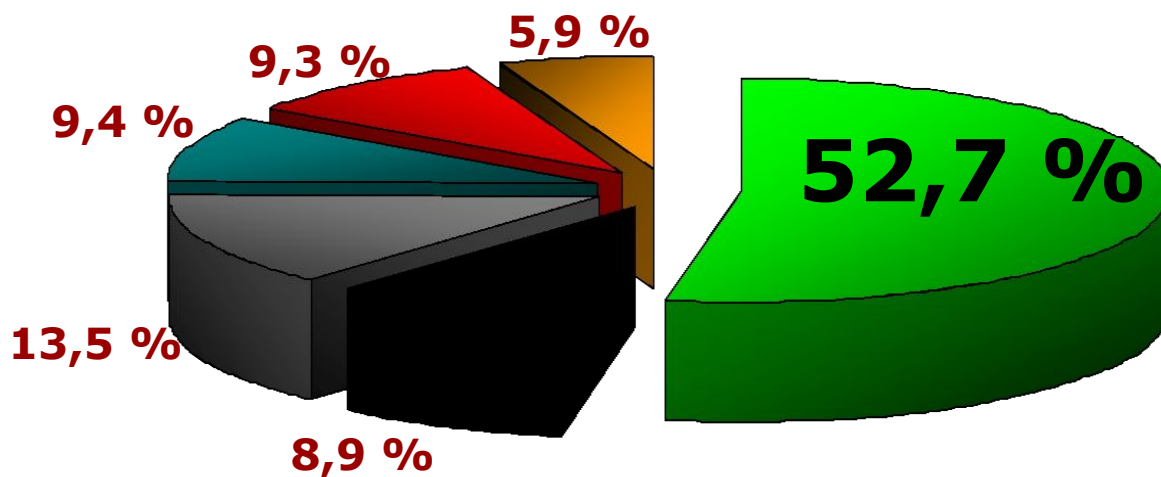
БА
Р

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



- Эутимия
- Депрессия
- Дистимия
- Субсиндромальное состояние
- Мания/гипомания
- Цикличность

При БАР 1/3 жизни пациента приходится на депрессию

Обязательные признаки

- **А.** Присутствие симптомов аффективного эпизода (депрессивного, маниакального или смешанного синдрома) в текущем статусе пациента
- **Б.** Данные анамнеза или медицинской документации о наличии хотя бы одного депрессивного эпизода и одного маниакального (гипоманиакального) или смешанного эпизода.

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.*

Текущие эпизоды биполярного расстройства

- Эпизоды мании
- Эпизоды гипомании
- Эпизоды больших депрессивных расстройств
- Смешанные эпизоды
- Циклотимия
- Быстрая цикличность

Степени тяжести мании

- **Легкая** – гипомания;
- **Умеренной тяжести** – мания без психотических симптомов;
- **Тяжелая** – мания с психотическими симптомами.

Гипомания наиболее сложна для диагностики

КРИТЕРИИ МАНИАКАЛЬНОГО ЭПИЗОДА по МКБ-10 (F30)

Основные симптомы	Дополнительные симптомы
<ul style="list-style-type: none">• Повышенное настроение (вне зависимости от ситуации)• Повышенная энергичность и физическая активность• Увеличение объема и темпа психической активности	<ul style="list-style-type: none">• Выраженная отвлекаемость• Повышенная самооценка, чувство благополучия, физической и психической продуктивности• Идеи величия• Чрезмерный оптимизм• Повышенная сексуальная активность• Сниженная потребность в сне• Повышение аппетита• Психотические симптомы
Длительность: не менее 1 недели	

Маниакальная фаза

- Гиперактивность, беспокойство
- Значительное количество планов и идей, быстрое переключение с одной идеи на другую
- Скачущие мысли и быстрая речь
- Повышенная отвлекаемость внимания
- Завышенная самооценка, нереалистичная вера в собственные способности и силу
- Малая потребность в сне
- Мотовство
- Сексуальная расторможенность
- Провокационное или агрессивное поведение
- Психотические симптомы

Гипомания

Отличается от мании меньшей выраженностью и большей краткостью симптоматики:

- Легкий подъем настроения в течение нескольких 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 симптомов

«Позитивные» стороны гипомании (F 31.0)

- 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
- Повышенная оптимистичность
- Легкие шутки, смех
- Быстрое мышление

«Негативные» стороны гипомании

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

Мания умеренной тяжести (мания без психотических симптомов- F31.1)

- Значительная приподнятость настроения, выраженная гиперактивность и речевой напор, стойкая бессонница;
- Эйфоричное настроение чаще прерывается периодами раздражительности, агрессии и депрессии;
- Идеи величия.
- Нормальное социальное торможение утрачивается, внимание не удерживается, выраженная отвлекаемость.

Тяжелая (мания с психотическими симптомами - F31.2)

- 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.
- Выявляются бессвязность мышления, скачка мыслей, речь малопонятна, иногда возникают галлюцинации.

Тяжелая (мания с психотическими симптомами - F31.2)

- Наиболее часты бред величия, отношения, эротический или преследования.
- Бред или галлюцинации могут быть как конгруэнтные (соответствующие), так и неконгруэнтные (несоответствующие) настроению.
- Конгруэнтный – бред величия или высокого происхождения.

Депрессивный синдром

- Тяжелый депрессивный эпизод может дополняться бредом, галлюцинациями или депрессивным ступором
- Бредовые идеи чаще имеют фабулу греховности, обнищания, грозящих несчастий
- Слуховые галлюцинации, как правило, присутствуют в виде обвиняющих или оскорбляющих голосов; обонятельные - в виде запахов загнивающей грязи или плоти

Депрессивный синдром

- Выраженная психомоторная заторможенность может перейти в ступор.
- Психотические симптомы могут быть *конгруэнтными настроению* и/или *не конгруэнтными настроению*

Смешанные эпизоды

- Соответствуют критериям мании и депрессии
- Длятся более 7 дней
- Смешанные эпизоды ассоциируются с ухудшением прогноза

Другие виды эпизодов

Циклотимия

- Длительные (< 2 лет) субдепрессивные и гипоманиакальные симптомы
- Отсутствие выраженных депрессий и маний
- Тенденция к переходу в БАР у части больных

Быстрая цикличность

- Четыре или более эпизодов депрессии, мании или гипомании за прошедший год
- Преобладает при БАР типа II у женщин
- В большинстве случаев не поддается лечению антидепрессантами

Симптомы дистимии

- Снижение аппетита либо переедание
- Инсомния либо гиперсомния
- Снижение энергии или усталость
- Пониженное самоуважение
- Плохая концентрация внимания, трудности в принятии решения
- Чувство безнадежности

Дистимия:

Ключевые положения

- Более низкая градация:
меньшая тяжесть симптомов в отличие от БД
- Хронификация:
длительность не менее 2 лет

Признаки, позволяющие предположить БАР

- Ранний первый эпизод депрессии (до 20 лет)
- Тяжелая послеродовая депрессия
- Резкое начало эпизода (за 1-2 дня)
- Многочисленные эпизоды депрессии (более 2 в год)
- Атипичность депрессии

Особенности течения БАР

- В большинстве случаев БАР имеет раннее начало – детский и подростковый возраст, причем распространенность в этой популяции составляет 0,5- 1%.
- Значительные проблемы в связи с БАР обнаруживаются в 60% случаев уже в популяции детей и подростков в возрасте до 20 лет, что требует их выявления.
- Заболев в юности, пациенты большую часть своей жизни живут с этим хроническим рецидивирующим расстройством.

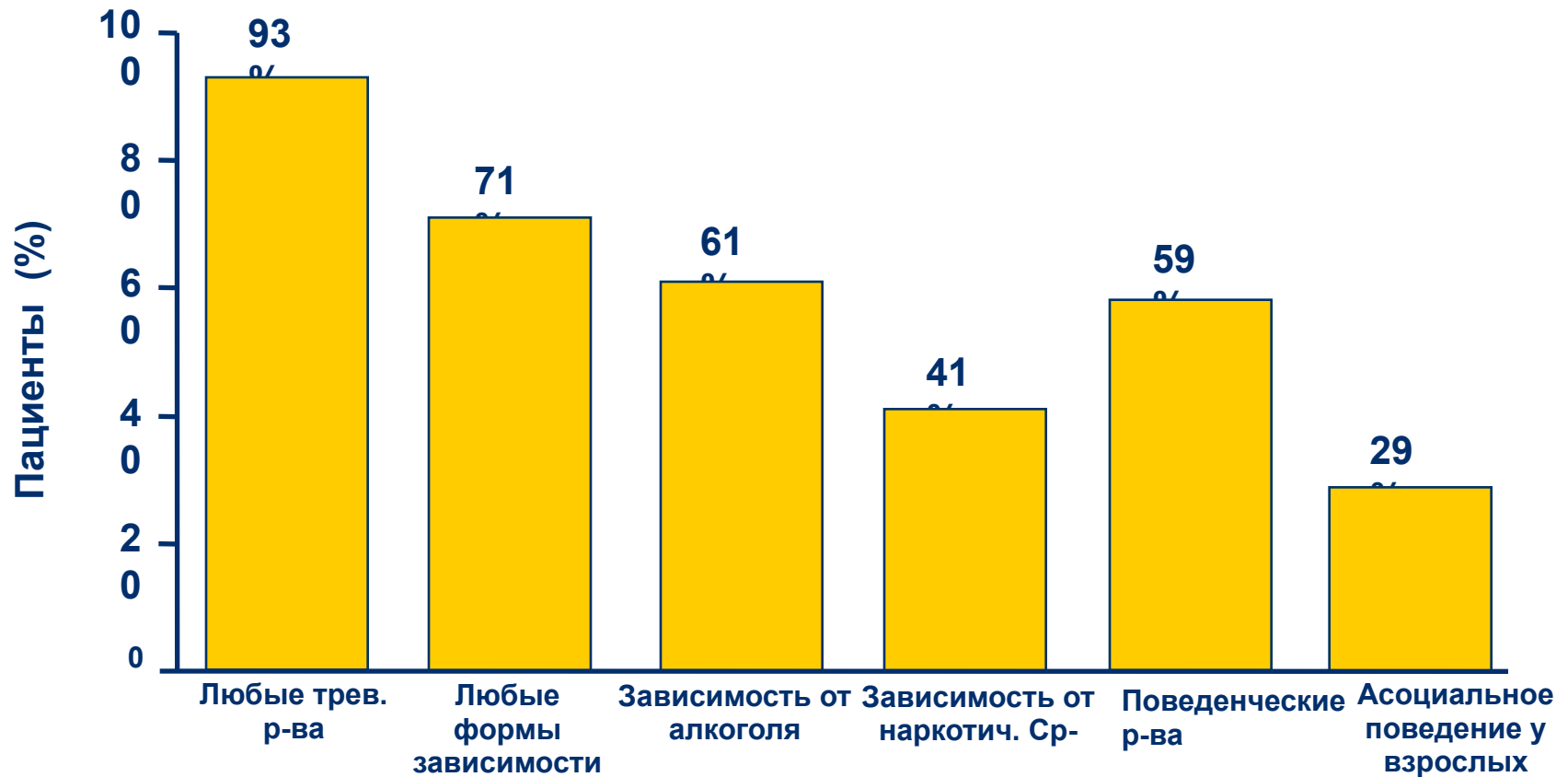
Прогноз БАР

- До 90% больных перенесших эпизод расстройства настроения, имеют повторные обострения;
- Из них 35-50% становятся инвалидами;
- У 30% наблюдается непрерывное течение болезни.

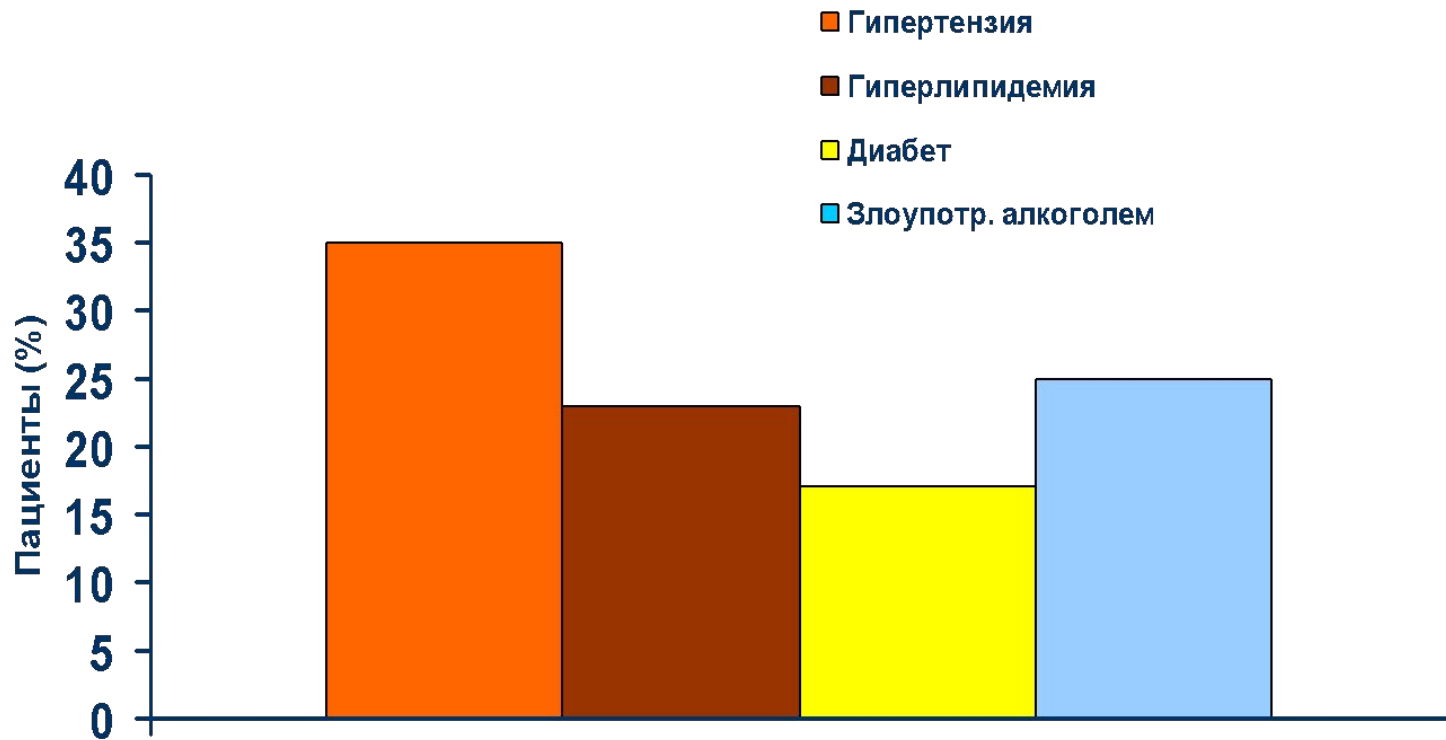
Социальные последствия

- Ущерб общества от БАР превышает таковой от депрессий, так как пациенты дезадаптированы в профессиональной, социальной и семейной жизни
- БАР занимает 6-е место среди причин инвалидности.
- Безработица среди таких больных может достигать 57% в течение первых 6 месяцев и 75% после 2 лет болезни.
- Биполярные пациенты составляют до 10% популяции заключенных, в том числе за счет высокой распространенности зависимостей от ПАВ (53%) и рискованного поведения.

Коморбидные психические расстройства



Соматические заболевания при биполярном расстройстве



Проблема диагностики

Как пациенты представляются клиницистам

- Депрессивные
- Тревожные
- С колебаниями настроения
- С бессонницей
- Раздражительные
- С низкой активностью
- Неспособные сосредоточиться
- Чрезмерно употребляющие алкоголь
- Имеющие проблемы с законом
- Имеющие проблемы в межличностных отношениях
- Импульсивные

Диагнозы, предшествующие установлению биполярного расстройства

- Депрессия 60%
- Тревожное расстройство 26%
- Шизофрения 18%
- Личностное расстройство 17%
- Злоупотребление
психоактивными веществами 14%
- Шизоаффективное расстройство 11%

Этапы лечения

- **купирующая терапия** → достижение ремиссии;
- **поддерживающая (продолженная) терапия** → предотвращение рецидива
- **профилактическая терапия** → предотвращение развития повторных аффективных фаз.

Лечение биполярной депрессии

Лечение начинают со стабилизатора настроения

- Литий, вальпроат – 1-ый выбор
- Карбамазепин, ламотриджин – 2-ой выбор

При неэффективности: нормотимик + СИОЗС

- Литий + СИОЗС
- Вальпроат + СИОЗС

Атипичные антипсихотики

- Кветиапин – монотерапия
- Оланзапин в комбинации с СИОЗС

Фармакотерапия мании / гипомании

Классическая мания при БАР-I типа

– литий или вальпроат

Гипомания при БАР-II типа

– вальпроат

Преимущества Депакина

- Возможность быстрой титрации (1-2 дня)
- Отсутствие феномена «рикошетной мании»
- Эффективность при атипичных вариантах маниакального синдрома
- Эффективность у больных с зависимостью от ПАВ
- Лучший профиль безопасности-переносимости по сравнению с препаратами лития
- Безопасность у пациентов с коморбидной неврологической патологией

Депакин

- Начальная доза 400-500 мг/сутки внутрь в 2 приема
- При необходимости увеличение дозы на 200-300 мг каждые 2 дня
- Средняя суточная доза 1000-2000 мг/сутки
- Максимальная суточная доза 3000 мг/сутки
- Противопоказания – острый и хронический гепатит

Лекарственное взаимодействие

- При одновременном применении Депакина с нейролептиками, антидепрессантами, ингибиторами МАО, бензодиазепинами возможно усиление их фармакологического действия
- При одновременном применении Депакин может усиливать токсический эффект карбамазепина
- При совместном применении Депакин может замедлять биотрансформацию ламотриджина и увеличивать его $T_{1/2}$, а также повышается вероятность появления кожной сыпи

Лечение мании с психотическими симптомами

Лечение начинают с монотерапии стабилизатором настроения

- Литий, вальпроат

При неэффективности: нормотимик + АА

- Литий + АА
- Вальпроат + АА

Традиционные нейролептики

- Предпочтительно не применять из-за плохой переносимости

Поддерживающая терапия

Литий и вальпроат:

- препараты первого выбора
- профилактический эффект сопоставим

Оланзапин:

- профилактический эффект при мании превосходит нормотимики
- мягче проходит отмена

Быстрая цикличность:

- литий + карбамазепин
- вальпроат + ламотриджин

Резюме лекарственной терапии

- Нет краткосрочных фармакологических вмешательств
- Депрессия не является единственной терапевтической мишенью
 - Скрытые стороны гипомании, циклотимии
 - Симптомы гипомании могут сосуществовать с депрессией (смешанные состояния)
 - Коморбидность (тревога, импульсивность и др.)

Резюме лекарственной терапии

- Использование нормотимиков или антиманиакальных средств перед назначением антидепрессантов
- Соблюдение осторожности при назначении антидепрессантов
 - Более длительное состояние возбуждение
 - Дестабилизация течения болезни
- В ряде случаев может быть необходимо комплексное вмешательство