

Дифференциальная диагностика  
классического Биполярного  
аффективного расстройства с  
Органическим биполярным аффективным  
расстройством в целях улучшения  
оказания медицинской помощи

# Определение Биполярного аффективного расстройства (МДП)

(МДП) - (Маниакально-депрессивный психоз) эндогенное психическое заболевание, характеризующееся периодичностью возникновения аутохтонных аффективных нарушений в виде маниакальных, депрессивных или смешанных состояний (приступов, фаз, эпизодов), полной их обратимостью и развитием интермиссий с восстановлением психических функций и личностных свойств; не приводящее к слабоумию.

# Статистические данные

- ▶ Биполярное аффективное расстройство (прежнее название — маниакально-депрессивный психоз (МДП)) является распространенным и тяжелым, но курабельным расстройством настроения
- ▶ Расстройство затрагивает около 1–2 % населения. Последствиями этого заболевания являются значительные финансовые затраты здравоохранения и общества в целом, а также криминализация, инвалидизация, разрушение финансовой стабильности, семейных отношений, ухудшение здоровья и качества жизни пациентов и их родственников . МДП связан с повышенным риском самоубийства (10–15%) . Частота парасуицидов достигает 25–50%, особенно при смешанных, психотических и депрессивных эпизодах.

# Историческая справка

- ▶ История изучения расстройств настроения насчитывает более 2 тысяч лет. Понятия «меланхолия» и «мания» как медицинские термины встречаются еще у Гиппократ (5 век до н. э.).
- ▶ Впервые как самостоятельное заболевание биполярное расстройство было описано в 1854 году почти одновременно двумя французскими исследователями Ж. П. Фальере, 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).

# Историческая справка

- ▶ Крепелин ввёл для него наименование маниакально-депрессивный психоз (МДП), которое длительное время было общепринятым. Е. Клейст разделил маниакально-депрессивный психоз в понимании Е. Крепелина на так называемые краевые психозы, циклоидные психозы и психозы настроения. Последние феноменологически и по течению наиболее соответствовали понятию маниакально-депрессивного психоза. Позже Х. Поуп и Е.Валкер описали такие психозы как рекуррентное аффективное расстройство. В дальнейшем при уточнении границ маниакально-депрессивного психоза и создании различных его систематик все большее значение стали придавать полярности аффективных расстройств. К.Леонард впервые провел отчетливое разделение моно- и биполярных форм в группе фазных психозов, соответствующих психозам настроения К.Клейста. К монополярным (униполярным) психозам были отнесены фазные аффективные расстройства, характеризующиеся возникновением только депрессивных или только маниакальных состояний, к биполярным с наличием как депрессивных, так и маниакальных фаз.

# Историческая справка

- ▶ Клинико-генетические исследования позволили ученым К.Леонарду, а затем Д.Ангсту , С.Перрису высказать мнение о нозологической самостоятельности моно- и биполярных психозов. Такие представления о клинической и генетической гетерогенности аффективных психозов получили широкое распространение в современной психиатрии.
- ▶ Д.Дармер, а затем Д.Ангст выделили несколько подтипов биполярного психоза: (в настоящее время подобная классификация введена в ДСМ 4).

# Историческая справка

- ▶ С вступлением в действие классификатора МКБ-10 для заболевания ВОЗ было принято и рекомендовано более научно и политически корректное наименование «биполярное аффективное расстройство», которое по настоящее время используется в практике.
- ▶ До настоящего времени в психиатрии нет единого определения и понимания границ данного расстройства, что связано с его клинической, патогенетической и даже нозологической неоднородностью. К сожалению, несмотря на более чем двухтысячелетнюю историю изучения МДП, выявление этой патологии все еще остается проблемой для многих врачей.

# Диагностика и классификации БАР

- ▶ В МКБ-10 биполярное аффективное расстройство (F31) входит в рубрику F3 «Расстройства настроения».
- ▶ Классификация: А) по типу эпизода





# По выраженности маниакальной симптоматики

- ▶ МДП I типа

(закljučается в чередовании депрессивных и маниакальных (смешанных) эпизодов)

- ▶ МДП II типа

(депрессивные эпизоды чередуются с эпизодами легкой мании (гипомании)).

- ▶ МДП III типа

(циклотимия – хронические (не менее 2 лет) колебания настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и гипомании, никогда не достигающими умеренного уровня) .

- ▶ В МДП IV типа

(индуцированная лечением антидепрессантами гипомания или мания. Это расстройство оценивается и как побочный эффект терапии, и как принадлежность к расстройствам биполярного спектра.)

- ▶ МДП V типа

(униполярная, или рекуррентная мания (мания без депрессии))

## Дополнение к типам

- ▶ Известный исследователь расстройств настроения Н. Akiskal дополнил биполярный спектр следующими рубриками:
- ▶ биполярное расстройство, демаскированное злоупотреблением алкоголем и наркотиками;
- ▶ гипертимная депрессия, формирующаяся на фоне постоянной акцентуации личности;
- ▶ ложное униполярное расстройство.

# По течению

- ▶ - ремиттирующий (эпизод - ремиссия - эпизод. Пациенты обычно переносят более 10 приступов болезни)
- ▶ - со сдвоенными фазами (когда вслед за одним эпизодом следует второй, другой полярности)
- ▶ - континуальный (в большинстве случаев не имеет периодов ремиссии между эпизодами).
- ▶ К особой группе относятся так называемые быстроциклические формы БАР (rapid-cycling - быстрая смена фаз. Это состояние диагностируется, если пациент в течение года перенес 4 и более любых аффективных эпизодов. Быстрая смена фаз и «полифазный» характер эпизодов (когда наблюдается более двух смен эпизодов подряд без ремиссий) рассматриваются как клинически и терапевтически неблагоприятный признак

## Клиника маниакального эпизода

- ▶ В легких случаях (гипомания — F31.0) наблюдается легкий, в течение нескольких дней, подъем настроения, повышенная активность и энергичность, чувство благополучия и физической и психической продуктивности. Отмечается повышенная социальная активность, разговорчивость, чрезмерная фамильярность, гиперсексуальность, сниженная потребность во сне, рассеянность внимания. Иногда вместо повышенного настроения могут иметь место раздражительность, грубое поведение и враждебность (гневливая или дисфорическая мания).

# Клиника маниакального эпизода

- ▶ Для мании умеренной тяжести (мания без психотических симптомов — F31.1) характерны значительная приподнятость настроения, выраженная гиперактивность и речевой напор, стойкая бессонница; эйфоричное настроение чаще прерывается периодами раздражительности, агрессии и депрессии; пациент высказывает идеи величия. Нормальное социальное торможение утрачивается, внимание не удерживается, отмечается выраженная отвлекаемость. При некоторых эпизодах мании больной может быть агрессивным или раздражительным и подозрительным. Такое состояние должно длиться по крайней мере неделю и быть такой тяжести, что приводит к полному нарушению работоспособности и социальной деятельности.

# Клиника маниакального эпизода

- ▶ В тяжелых случаях (мания с психотическими симптомами – F31.2) отмечается 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. У пациентов выявляются бессвязность мышления, скачка мыслей; речь становится малопонятной, иногда возникают галлюцинации. При мании с психотическими симптомами присутствуют бред или галлюцинации, не типичные для шизофрении. Наиболее часты бред величия, отношения, эротический или преследования. Бред или галлюцинации могут быть как конгруэнтные (соответствующие), так и неконгруэнтные (несоответствующие) настроению. Конгруэнтным является бред величия или высокого происхождения, а неконгруэнтными – аффективно нейтральные бред и галлюцинации, например бред отношения без чувства вины, или «голоса», которые беседуют с больным о событиях без эмоционального значения.
- ▶ Специфичным для маниакальной депрессии является наличие аффективных эпизодов смешанного характера (F31.6) Если критерии мании известны большинству, то о смешанном эпизоде важно знать, что он характеризуется смешанной или быстрой сменой (в течение нескольких часов) симптомов гипомании, мании и депрессии в течение не менее двух недель.

# Клиника эпизода депрессии

- ▶ В начале развития фазы или в легких случаях настроение может иметь самые разнообразные оттенки (ощущение скуки, уныния, угнетение, мрачности, тревоги). В легких случаях, когда аффективные нарушения малодифференцированные, депрессивное окраска настроения оказывается ослаблением эмоциональности | 3 во время контактов с окружением, потерей способности радоваться, веселиться. Нередко больные испытывают усталость, становятся вялыми. Заметны общее снижение жизненного тонуса (психического и физического), чувство недовольства собой, иногда значительное, утрата способности к творческой деятельности. Нередко пациенты считают это лень, безволие, объясняют «невозможностью взять себя в руки», в характере начинает превалировать пессимизм. Их ничто не радует, они чувствуют себя одинокими, понимают, что изменились.
- ▶ Нередко бывают расстройства сна, аппетита, головная боль, нарушение функций пищеварительной, неприятное ощущение во всем теле.
- ▶ При легкой степени - преобладают субъективные нарушения и нет признаков его ни во внешности, ни в поведении больного.

# Клиника эпизода депрессии

- ▶ В случае углубления депрессии усиливаются аффективные расстройства и депрессивный аффект становится легче дифференцировать. Помимо объективных ощущений и переживаний, о депрессии свидетельствуют внешний вид, высказывания, поведение больного. Интеллектуальное и психомоторное торможение становится заметным. Пациенты подавлены, гипомимични, в глазах печаль, печаль. Мышление заторможено, ассоциации обедневшие. Речь тихая, монотонная, бедная, ответы короткие. В высказываниях преобладают пессимистические оценки прошлого, нынешнего и будущего. Звучат идеи неполноценности, вины. Движения медленные, взгляд потухший. Клиническая картина в эту стадию развития определяется как клиническая эндогенная депрессия.



# Клиника эпизода депрессии

- ▶ В сложных случаях формируется тяжелый депрессивный аффект, для которого характерна большая тоска, сопровождается физическими ощущениями тяжести в груди и сердце. Снижение двигательной активности может достигать степени депрессивного ступора. Больные неподвижно лежат или сидят, погружившись в тяжелые мысли, их лицо напоминает маску страдания и скорби.
- ▶ Сон и аппетит нарушены. Часто бывает запор. Пациенты худеют, поэтому очень заметным становится снижение тургора и эластичности кожи. Вегетативные изменения проявляются дистальным гипергидрозом, гипотермией, цианотичностью конечностей. Кроме того, болезнь сказывается на эндокринных функциях. У женщин становится другим менструальный цикл, вплоть до прекращения менструаций. У мужчин и женщин исчезает либидо. Состояние депрессивного ступора иногда прерывается приступами меланхолической истощенности, взрывом отчаяния, беспомощностью. В эти периоды больные могут искалечить себя, прибегнуть к суициду. Идеаторные расстройства проявляются вялостью, медленным мышлением, сужением объема ассоциаций, их монотематичностью. Больные не могут мыслить, тупеют, теряют память, не могут сосредоточиться. Язык становится не только медленной, но и не слишком лаконичным, элементарной. Взгляд унылый. При тяжелой депрессии он застывший, что свидетельствует о душевную боль, страдания.

# Дифференциальная диагностика классического Биполярного аффективного расстройства с Органическим биполярным аффективным расстройством

	Биполярное Аффективное расстройство	Органическое аффективное расстройство (биполярное)
Этиология	Эндогенного происхождения, в т.ч. наследственный фактор	Включаются: <ul style="list-style-type: none"><li>- ЧМТ в анамнезе</li><li>- эпилепсия</li><li>- сосудистые заболевания головного мозга</li><li>- опухоль гол. Мозга</li><li>- разл. Инфекции</li><li>- действия токсич.веществ</li><li>- сочетание нескольких факторов</li></ul>

	Биполярное Аффективное расстройство	Органическое аффективное расстройство (биполярное)
<p>Личностные особенности (до возникновения заболевания)</p>	<p>Меланхолический тип личности и Статотимический тип, которые определяются прежде всего подчёркнутой ориентацией на упорядоченность, постоянство, ответственность.</p> <p>Фактором риска являются также преморбидные особенности личности, связанные с эмоциональной неустойчивостью, которая выражается в чрезмерных аффективных реакциях на внешние причины, а также в спонтанных колебаниях настроения. С другой стороны, к заболеванию предрасположены люди, страдающие явлениями дефицитарности в какой-либо сфере психической деятельности. В их личностных проявлениях преобладают недостаточность собственно эмоций, консерватизм личности; их психические реакции отличаются ригидностью, монотонностью и однообразием.</p>	<p>Не выявлены определенные личностные особенности</p>

	<b>Биполярное Аффективное расстройство</b>	<b>Органическое аффективное расстройство (биполярное)</b>
<b>Возраст начала заболевания</b>	<b>Юношеский, подростковый возраст (до 20 лет)</b>	<b>Любой возраст (чаще зрелый)</b>
<b>Особенности течения во времени, фазах</b>	<b>характерны ограниченность во времени, фазовый характер расстройств, с полной обратимостью</b>	<b>Нет четкой очерченности во времени, фазности, заболевание чаще является транзиторным состоянием, приводящим в дальнейшем к более серьезной псих. патологии (часто на шизофреноподобное расстройство)</b>

	<b>Биполярное аффективное расстройство</b>	<b>Органическое аффективное расстройство</b>
<b>Клиника</b>	<b>Классическая клиника (депрессивный или маниакальный эпизод) с последующим благоприятным выходом на фоне адекватной терапии и ремиссией, в течение которой пациент продолжает работать, сохраняется критика, нет стойких личностных изменений</b>	<b>Аффективные нарушения в виде депрессий или маний нередко сочетаются с церебрастеническими жалобами, дисфориями, психопатоподобным поведением, отсутствием полных ремиссий, личностными изменениями по органическому типу, с снижением критики</b>

	Биполярное аффективное расстройство	Органическое аффективное расстройство
Отношение к лечению	Внимательное и заинтересованное отношение к своему заболеванию, профилактическая госпитализация, серьезное отношение к лечению	Даже при наличии таких личностных изменений, как вялость, обстоятельность, нет критичного отношения к своей болезни, приверженности к регулярной терапии
Прогноз	Относительно благоприятный (наступление полной ремиссии между эпизодами около 25%)	Не благоприятный (отсутствие полной ремиссии, утяжеление диагноза)

## Биполярное аффективное расстройство

## Органическое биполярное аффективное расстройство

### Медикаментозная терапия

- Стабилизаторы настроения (нормотимики) (НТ) - препараты лития, валь-проаты, карбамазепин, ламотриджин, для всех острых состояний и профи-лактической терапии.
2. Традиционные (типичные) нейролептики (ТНЛ) - галоперидол и трифлуоперазин (трифтазин), хлорпромазин (аминазин) и левомепромазин (тизерцин), хлорпротиксен, зуклопентиксол и др. - для маний, психотиче-ских симптомов и ажитации.
3. Атипичные нейролептики (АНЛ) - клозапин, рисперидон, оланза-пин, зипразидон, сертиндол, арипипразол, кветиапин - для любых форм маний и депрессий без и с психотическими симптомами, профилактической терапии.
4. Антидепрессанты, применяемые при биполярной депрессии (БД):
- А) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) - флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам - препараты выбора, остальные группы применяются при неэффективности СИОЗС;
- Б) селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина (СИОЗСН) - венлафаксин, милнаципрам;
- В) селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИОЗН) - мапротилин, ребоксетин;
- Г) обратимые ингибиторы моноаминооксидазы (О-ИМАО) - моклобемид;
- Д) гетероциклические (ГЦА) - миансерин, леривон;
- Е) трициклические (ТЦА) - амитриптилин, имипрамин.
5. транквилизаторы (феназепам, елзепам, грандаксин, атаракс)

1. Стабилизаторы настроения (нормотимики), Традиционные (типичные) нейролептики (ТНЛ), Атипичные нейролептики (АНЛ), Антидепрессанты, применяемые при биполярной депрессии, транквилизаторы.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНО!!!

2. Рассасывающая терапия
3. Ноотропные препараты (пантогам, глицин, фенибут)
4. Корректоры поведения (перициазин, вальпроаты)