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

## Определение Биполярного аффективного расстройства (МДП)

- (Маниакально-депрессивный психоз (МДП)) 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.

- История изучения расстройств настроения насчитывает более 2 тысяч лет. Понятия «меланхолия» и «мания» как медицинские термины встречаются еще у Гиппократа (5 век до н. э.).
- Впервые как самостоятельное заболевание биполярное расстройство было описано в 1854 году почти одновременно двумя французскими исследователями Ж. П. Фальре, под названием «циркулярный психоз», и Ж. Г. Ф. Байярже , под «помешательство в названием двух формах». Однако в течение почти полувека расстройства существование этого признавалось психиатрией того времени и окончательным выделением СВОИМ отдельную нозологическую единицу обязано Э. Крепелину (1896).

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.

- Клинико-генетические исследования позволили ученным 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).

- 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

► <u>МДПІтипа</u>

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

МДП II типа

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

► <u>МДП III типа</u>

(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

- <u>ремиттирующий</u> (эпизод ремиссия эпизод. Пациенты обычно переносят более 10 приступов болезни)
- <u>со сдвоенными фазами</u> (когда вслед за одним эпизодом следует второй, другой полярности)
- <u>континуальный</u> (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 удерживается, отмечается выраженная отвлекаемость. не 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 развиться 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. Заметные 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

углубления депрессии случае усиливаются аффективные расстройства и депрессивный аффект становится легче дифференцировать. объективных ощущений и переживаний, о депрессии свидетельствуют внешний вид, высказывания, Интеллектуальное поведение больного. психомоторное торможение становится заметным. Пациенты подавлены, гипомимични, в глазах печаль, Мышление заторможено, печаль. ассоциации обедневшие. Речь тихая, монотонная, бедная, ответы В преобладают короткие. высказываниях 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, погрузившись 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, цианотичнистю конечностей. Кроме того, 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 меланхоличной исступления, взрывом отчаяния, беспомощностью. В эти периоды больные могут искалечить себя, прибегнуть к суициду. Идеаторные расстройства проявляются вялостью, мышлением, сужением объема ассоциаций. медленным 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: - ЧМТ в анамнезе - эпилепсия - сосудистые заболевания головного мозга - опухоль гол. Мозга - разл. Инфекции - действия токсич.веществ - сочетание нескольких факторов

	Биполярное Аффективное расстройство	Органическое аффективное расстройство (биполярное)
Личностные особенности (до возникновения заболевания)	Меланхолический тип личности и Статотимический тип, которые определяются прежде всего подчёркнутой ориентацией на упорядоченность, постоянство, ответственность.  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 какойлибо сфере психической деятельности. В их личностных проявлениях преобладают недостаточность собственно эмоций, консерватизм личности; их психические реакции отличаются ригидностью, монотонностью и однообразием.	Не выявлены определенные личностные особенности

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

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

	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 вязкость, обстоятельность, нет критичного отношения к своей болезни, приверженности к регулярной терапии
Прогноз	Относительно благоприятный (наступление полной ремиссии между эпизодами около 25%)	Не благоприятный (отсутсвие полной ремиссии, утяжеление дианоза)

#### Биполярное аффективное расстройство

#### Медикаментозна я 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;
- $\Gamma$ ) обратимые ингибиторы моноаминооксидазы (О-ИМАО) моклобемид;
- Д) гетероциклические (ГЦА) миансерин, леривон;
- Е) трициклические (ТЦА) амитриптилин, имипрамин.
- 5. транквилизаторы (феназепам, елзепам, грандаксин, атаракс)

#### Органическое биполярное аффективное расстройство

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)