УДК 616.895.1

Скворцов Всеволод Владимирович,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры внутренних болезней
ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ
Россия, г. Волгоград
Скворцова Екатерина Михайловна,
врач общей практики,
Клиника «Медси-Диалайн»
Россия, г. Волгоград
Махнач Даниил Александрович,
студент,
1 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ
Россия, г. Волгоград

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

***Аннотация**: Биполярное аффективное расстройство – хроническая патология настроения, проявляющаяся в виде аффективных состояний: депрессивных, маниакальных или смешанных, которые могут сменять друг друга. Фармакотерапия данной патологии имеет важное значение, так как в отсутствие лечения наблюдается смертность от суицидальных актов, заболеваний сердечно-сосудистой системы, новообразований и цереброваскулярной болезни. Биполярное расстройство разрушительно влияет на жизнь, вызывая потерю работы, распад семьи и злоупотребление психоактивными веществами. В статье рассмотрены препараты, их*

механизм действия, побочные эффекты и преимущества: соли лития, вальпроаты, антидепрессанты, атипичные антипсихотики.

***Ключевые слова**: биполярное аффективное расстройство, фармакотерапия, диагностика, соли лития, вальпроаты, антидепрессанты, атипичные антипсихотики.*

***Annotation**: Bipolar affective disorder is a chronic mood disorder that manifests itself in the form of affective states: depressive, subdepressive, manic, hypomanic, or mixed, which can replace each other. Pharmacotherapy of this pathology is important, because in the absence of treatment, mortality from suicidal acts, from diseases of the cardiovascular system, neoplasms and cerebrovascular disease is observed. Bipolar disorder has a devastating effect on life, causing job loss, family breakdown, and substance abuse. The article discusses the drugs, their mechanism of action, side effects and benefits.: lithium salts, valproates, antidepressants, atypical antipsychotics.*

***Key words**: bipolar disorder, pharmacotherapy, diagnosis, lithium salts, valproates, antidepressants, atypical antipsychotics.*

Биполярное аффективное расстройство (БАР) – хроническое тяжелое психическое расстройство, основными проявлениями которого являются мании или гипомании и депрессивные или субдепрессивные, а также смешанные состояния [1].

Имеется статистика, что при БАР отмечается в 15 раз выше суицидальная смертность, чем в целом в популяции [3]. Также есть данные о негативном влиянии БАР на жизнь человека, что проявляется в виде потери работы, злоупотребления психоактивными веществами и снижения продолжительности жизни на 10 лет [1].

Согласно классификации Американской психиатрической ассоциации 4-го пересмотра, выделяют несколько типов БАР:

- БАР I типа – один маниакальный или смешанный эпизод. Отмечается чаще эпизоды больших депрессивных расстройств;
- БАР II типа – один гипоманиакальный или один депрессивный эпизоды;
- БАР без дополнительных уточнений [1].

Этиология БАР

В развитии биполярного расстройства (БАР I типа) основную роль играют наследственные факторы, что подтверждается участием генов BDNF, ANK3, COMT и других. Также важны патологические сдвиги в организме: например, усиление адренергической, норадренергической и дофаминергической передач способствует мании, а их снижение — депрессии, равно как и гормональные нарушения. Кроме того, к БАР могут привести воздействия окружающей среды, такие как стрессовые ситуации и злоупотребление психоактивными веществами [2].

Клиническая картина

При биполярном аффективном расстройстве I типа ключевым проявлением являются маниакальные эпизоды. Они характеризуются приподнятым настроением и гиперактивностью, что приводит к речевому напору, снижению потребности во сне, гиперсексуальности, отвлекаемости и завышенной самооценке с идеями величия. Это провоцирует необдуманные поступки, а быстрый поток мыслей делает речь бессвязной. В дальнейшем это может перерасти в бред преследования. Распространенность БАР I типа одинакова у мужчин и женщин [2].

Гипомания – это амбулаторная форма мании (легкая степень мании) или маниакального расстройства. Для нее также характерны подъем настроения, высокая продуктивность, общительность, повышенная сексуальность и сниженная потребность во сне, однако эти проявления не приводят к тяжелым нарушениям. Данное состояние чаще наблюдается у женщин.

Диагностика БАР

Для диагностики биполярного расстройства необходимо использовать опросники, которые помогут оценить психологическое состояние пациента и выявить патологию. Основные из них:

1. Перечень контрольных вопросов по гипомании-32 (Angst, 2005) (HCL-32).
2. Краткий международный нейропсихиатрический опросник (MINI), версия 5,0.
3. Шкала личного и социального функционирования.
4. PSP (Morosini, 2000) [3].

Использование дополнительных характеристик также помогает в постановке диагноза:

— возраст, пол, уровень образования, статус занятости и семейное положение;

— семейный анамнез в отношении психических заболеваний;

— анамнез заболевания включает возраст начала, общее количество эпизодов и госпитализаций, а также суицидальные попытки. Фиксируются характеристики маниакальных и гипоманиакальных симптомов и длительность самого продолжительного эпизода. Отдельно учитывается вся история терапии: применение стабилизаторов настроения и антидепрессантов;

— характеристики последнего эпизода заболевания;

— актуальный статус: полный психиатрический диагноз в соответствии с медицинскими записями, МКБ-10, курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, сопутствующие соматические заболевания и состояния.

Современная фармакотерапия БАР

Основной целью лекарственной терапии является предотвращение очередного приступа БАР.

Классы психотропных препаратов, применяемые при БАР

1. Соли лития. С начала 19-го века они занимали лидирующее место среди психотропных средств-нормотимиков для борьбы с биполярным расстройством. Длительное время применяли именно эту группу препаратов, но после клинических исследований был выявлен ряд побочных действий: диспепсические расстройства, гипотиреоз, мышечный тремор, снижение почечной функции, головокружение, снижение работоспособности и сонливость. Все же, несмотря на негативное влияние, эффективность применения солей лития была доказана при БАР II [3].

2. Вальпроаты. Применяются для лечения и профилактики биполярного расстройства, особенно при неэффективности или непереносимости солей лития. Они помогают предотвращать как маниакальные, так и депрессивные фазы. Лечебная дозировка начинается с 20 мг/кг/день (1000-1500 мг) с постепенным увеличением до 2500 мг для достижения целевой концентрации в крови 125-150 мкг/мл. Для профилактики терапию начинают с 150-200 мг, плавно повышая дозу [3].

3. Карбамазепин используется для стабилизации настроения и может превосходить соли лития при лечении БАР II типа, а при БАР I типа эффективна его комбинация с литием. Его терапевтическая доза составляет 400–1200 мг/сут. Преимуществом карбамазепина является возможность применения у пациентов с нарушением функции почек. Однако его существенным недостатком является способность индуцировать цитохром P450, что ускоряет метаболизм других психотропных препаратов и снижает их эффективность [3].

4. Антидепрессанты. При лечении БАР эту группу препаратов рассматривают только с точки зрения комбинированного применения с солями лития, вальпроатами, нейролептиками, то есть со стабилизаторами настроения. С внедрением их в клиническую практику было замечено, что в результате терапии БАР они могут привести либо к развитию мании, либо к

быстропрогрессирующему течению заболевания, а отмена их способствует развитию депрессии [3].

5. Атипичные антипсихотики. Используются как самостоятельно, так и в комбинации с другими нормотимиками для лечения и профилактики обострения БАР. Их действие обусловлено влиянием на серотониновые, дофаминовые и другие рецепторы, что позволяет им воздействовать на симптоматику и улучшать когнитивные функции. Ключевое преимущество кветиапина — отсутствие зависимости клинического эффекта от его концентрации в плазме крови [4]. К этому классу препаратов также относится оланзапин, который используют для терапии маний, шизофрений и для купирования рецидивов БАР I типа. Но его недостаток – повышение уровня липопротеинов низкой плотности и холестерина, поэтому его необходимо назначать с осторожностью [4].

Использованные источники:

1. Пугачева М.Г., Щапкова М.Х., Кондрашов В.А. Актуальные вопросы в терапии биполярного // Вестник науки и творчества. 2018. № 10 (34). С.57-59.

2. Стуров Н. В., Романова О. Л. Биполярные расстройства: клиническая картина и принципы терапии // Трудный пациент. 2008. № 4. С.49-54.

3. Тювина Н.А., Смирнова В. Н. Биполярное аффективное расстройство: особенности течения и поддерживающая фармакотерапия // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. № 1. С.87-95.

4. Довженко Т.В., Царенко Д.М., Юдеева Т.Ю. Факторы риска и хронификации биполярного аффективного расстройства: биологические и психосоциальные аспекты // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Том 27. № 4. С. 81–97.