

**АХМЕДОВА
АМИНА
МАГОМЕДНАБИЕВНА**

Расстройства настроения:
биполярные аффективные расстройства.

КУРСОВАЯ РАБОТА

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 34.02.01

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

БАЗОВОЙ ПОДГОТОВКИ

Руководитель

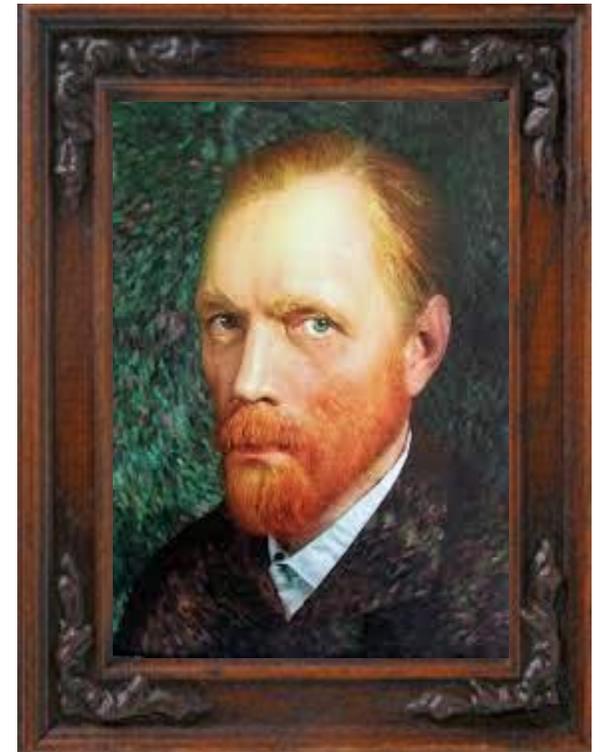
Юнусова Саида Абдулбасировна



Биполярное расстройство – это хроническое психическое заболевание, при котором периоды нормального настроения (интермиссии) чередуются с эпизодами повышенного (типомании или мании) и сниженного (субдепрессии и депрессии) настроения.

Ранее **БАР** именовалось маниакально-депрессивным психозом.

Маниакально-депрессивный психоз



Данное заболевание в отдельную нозологическую единицу выделил немецкий психиатр **Эмиль Крепелин** в 1896 году.

И такие известные личности, как **Наполеон Бонапарт**, **Винсент ван Гог**, **Александр Пушкин**, **Эрнест Хэмингуэй** страдали биполярным аффективным расстройством.

Причины развития БАР
на сегодняшний день
точно не установлены.

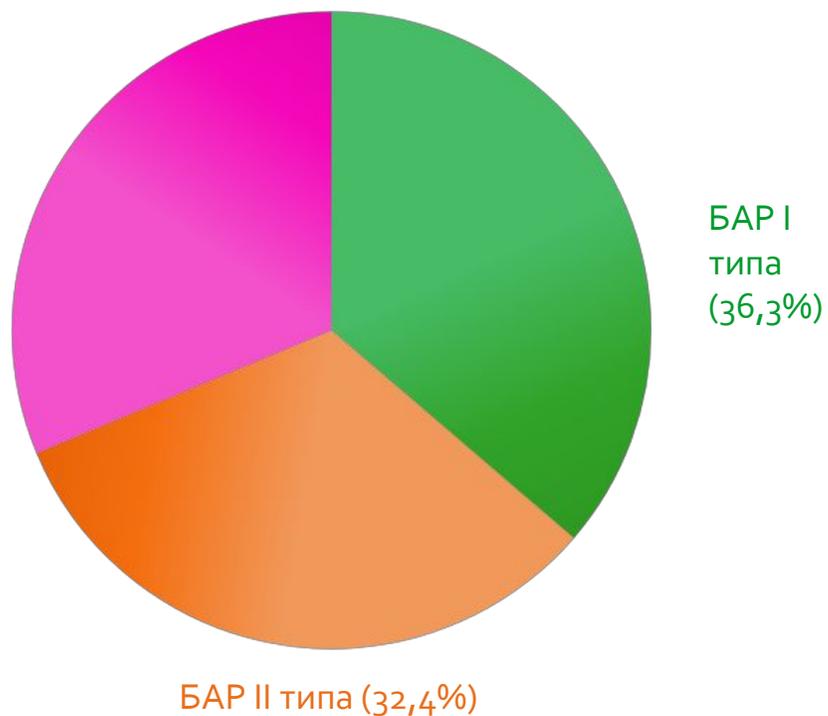
Но наиболее распространена
генетическая теория
возникновения болезни.

Заболевание может возникнуть без
видимой причины или же после ка-
либо провоцирующего фактора.



Статистические данные

Суицидальный риск в течение жизни:



Согласно зарубежным исследованиям биполярным расстройством I типа чаще заболевают мужчины, а БАР II типа – женщины. У женщин риск алкогольной зависимости увеличивается в 7 раз, а у мужчин – в 3 раза.

Типы биполярного расстройства:



Патогенез БАР

Повышенный риск развития биполярного расстройства связан с определенными личностными особенностями, к которым можно отнести:

- меланхолический тип личности;
- тревожно-мнительные черты личности;
- эмоциональная лабильность.

На сегодняшний день известно, что **возникновение депрессии** имеет связь с нарушением обмена ряда моноаминов и биоритмов (циклов сон-бодрствование), а также с дисфункцией тормозных систем коры мозга. Помимо прочего существуют данные об участии норадреналина, серотонина, дофамина, в патогенезе развития депрессивных состояний.

Причины возникновения **маниакальных фаз** БАР кроются в повышенном тоне симпатической нервной системы, гиперфункции щитовидной железы и гипофиза.

На рисунке, расположенном выше, можно увидеть кардинальное различие мозговой активности при маниакальной (А) и депрессивной (В) фазе БАР. Светлые (белые) зоны указывают на самые активные участки головного мозга, а синие, соответственно, наоборот.

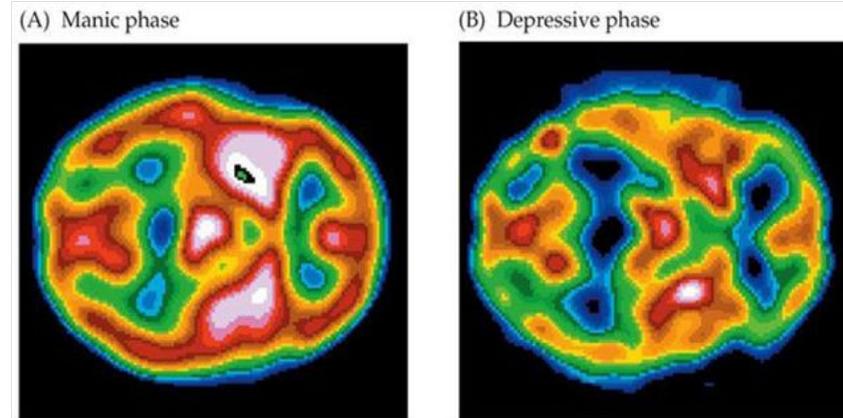


Рисунок 1. Мозговая активность при маниакальной и депрессивной фазе биполярного расстройства

Клинические проявления биполярного аффективного расстройства

Выделяют две фазы биполярного расстройства: депрессивную и маниакальную. Последняя, в свою очередь, может быть и слабо выраженной – гипоманиакальной.

Для БАР I типа

Присущи маниакальные и депрессивные эпизоды.

Маниакальная фаза:

- говорливость, бурная жестикуляция
- излишняя веселость
- повышенное настроение
- ускорение мышления
- двигательное возбуждение, неусидчивость, бурная деятельность
- бессонница (укорочение сна), но бодрость
- плохая концентрация внимания, раздражительность, гневливость
- бред величия

Депрессивная фаза:

- эндогенная депрессия (резко пониженное настроение, грусть, слезливость, нарушение сна – ранее пробуждение, снижение аппетита и веса, тревога, «чувство отсутствия чувств»)

Для БАР II типа

Выражены депрессивные эпизоды и гипоманиакальные.

Депрессивная фаза:

- депрессивная триада
- суточные колебания настроения (хуже в первой половине дня)
- снижение аппетита
- чувство тоски и боли за грудиной
- психомоторная заторможенность
- реже бред и галлюцинации.

Гипоманиакальная фаза:

- легкий подъем настроения
- «прилив» энергии и настроения
- заметное усиление умственной деятельности
- сниженная потребность во сне
- отсутствие психотических черт

Диагностика БАР

проводится согласно МКБ-10 и DSM-IV

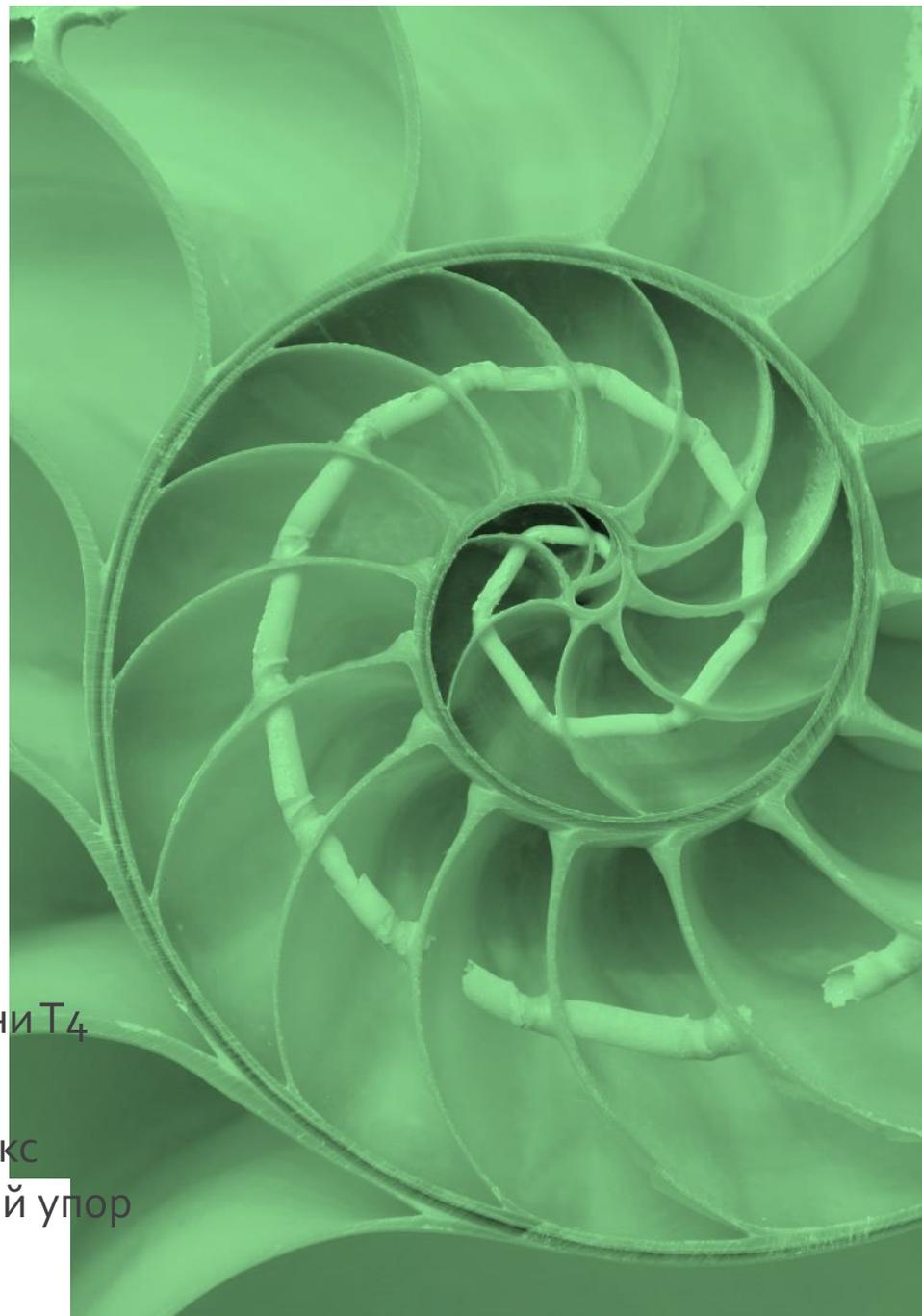
Обязательным критерием диагностики являются как минимум два аффективных эпизода, из которых как минимум один должен быть *(гипо)маниакальным* либо *смешанным*.

Может оказаться полезным структурированный инвентарь, такой как Опросник расстройств настроения ([Mood Disorder Questionnaire](#)).

Со всеми пациентами следует провести ненавязчивый, но откровенный опрос о суицидальных наклонностях, планах или попытках.

Аналогичные острые маниакальные или гипоманиакальные симптомы могут возникать в результате злоупотребления стимуляторов или таких соматических расстройств, как [гипертиреоз](#) или [феохромоцитома](#). Нужно проверить уровни Т₄ и ТТГ (для назначения терапии тоже).

При постановке диагноза в расчет принимается умелый комплекс факторов, тщательным образом анализируется анамнез. Особый упор делают на дифференциальную диагностику.



Дифференциальная диагностика

Недостаточно брать краткий анамнез пациентов. Может быть полезно опросить членов семьи, чтобы определить последовательность симптомов, временную шкалу, приводят ли изменения настроения к поведенческим последствиям и являются ли они заметными для других.

Если в структуре болезни имеются психотические симптомы необходимо отделить БАР от шизофрении и шизоаффективных расстройств. БАР II типа нужно отличать от рекуррентной депрессии.

Частые, длительные или рецидивирующие галлюцинации нехарактерны для БАР, их наличие позволяет отнести заболевание к шизофрении или шизоаффективному расстройству.

Депрессивный эпизод БАР:

- гиперсомния и/или дневная сонливость
- психотические черты и/или идеи виновности
- симптомы атипичной депрессии (триада Протопопова, «свинцовый паралич»)
- гиперфагия и /или > веса

Маниакальный эпизод БАР:

- психоз (не обязателен, но может возникнуть из-за аффекта)
- эпизодическое, фазное (циклическое) течение
- бред/мания величия (чаще из-за АД)

Рекуррентная депрессия:

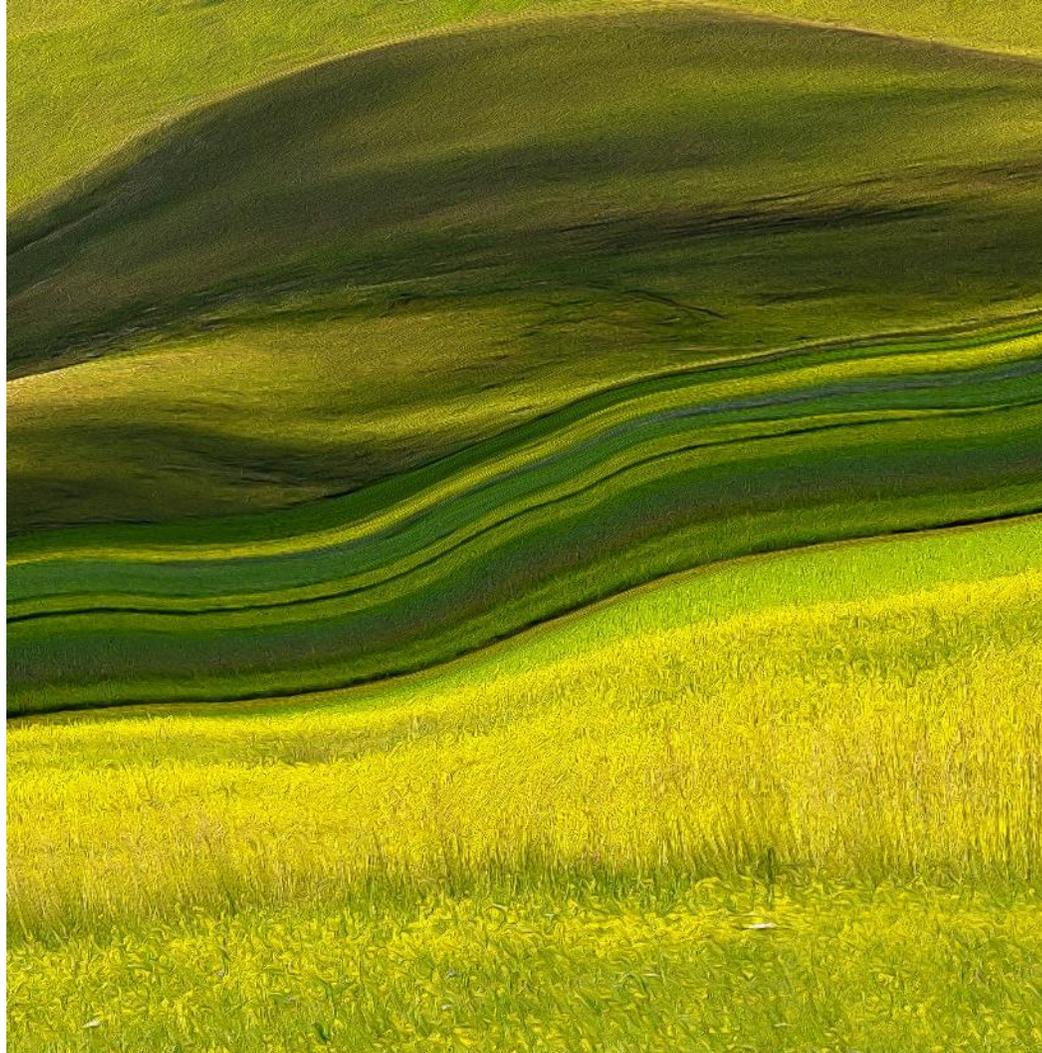
- инсомния или редукция сна
- потеря аппетита и веса

ШАР:

- психоз обязателен
- выраженные аффективные нарушения

Шизофрения:

- психоз обязателен
- хроническое течение
- в целом неблагоприятный прогноз
- бред, галлюцинации, кататония



Лечение биполярного аффективного расстройства

Выбор медикаментозного лечения биполярного расстройства может представлять сложность, потому что все препараты имеют значительные побочные эффекты, частые лекарственные взаимодействия и ни один препарат не является универсально эффективным. Выбор необходимо основывать на том, что ранее являлось эффективным и хорошо переносимым у данного пациента.

Лечение биполярного расстройства состоит из трех этапов:

- купирующая терапия – для устранения симптоматики и минимизации побочных эффектов
- поддерживающая терапия – сохраняет эффект, на этапе купирования
- противорецидивизирующая терапия – для сохранения ремиссии/предотвращения аффективных фаз

Препараты **лития** и **противоэпилептические препараты** (вальпроаты, ламотриджин, карбамазепин) - для стабилизации настроения/нормотимики.

Антипсихотические препараты (часто в антидепрессивной дозе) - **кветиапин**.

Транквилизаторы – для купирования приступов тревоги.

Крайне редко на короткие сроки прибегают к **антидепрессантам**.



Спасибо за просмотр !