

АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

**Клиника, дифференциальная
диагностика, лечение**

Доцент Пермякова О.А.

Биполярное аффективное расстройство

F 31 (МДП)

- **Заболевание имеет свой доманифестный период, признаки которого часто проявляются в виде необоснованных соматических жалоб и эти больные могут длительное время находиться в медицинских учреждениях различного профиля.**
- **Первый приступ МДП обычно возникает в связи с воздействием каких-либо неблагоприятных факторов (травмы, соматические заболевания, интоксикации), а также в кризисные периоды развития, в предменструальный и менструальный периоды у женщин. И чаще всего, этот приступ депрессивный.**
- **Для обозначения психотического состояния в рамках биполярного аффективного расстройства принято выражение «фаза». Этот термин подразумевает, что мы имеем дело с ограниченным по времени психопатологическим состоянием, которое по миновании фазы полностью исчезает и наступает интермиссия, почти выздоровление (*restitutio ad integrum*)**

Разновидности биполярного аффективного психоза (по полярности аффекта)

1. монополярный маниакальный тип (10%)
2. монополярный депрессивный тип (60%)
3. отчетливо биполярный тип (30%)
4. биполярный тип- с преобладанием депрессивных расстройств (неправильно перемежающийся).
5. биполярный тип аффективного психоза с преобладанием маниакальных расстройств
6. Иногда может быть тип *continua*- смена одной фазы другой без светлого промежутка.

Депрессивная фаза биполярного аффективного расстройства-1

Характеризуется «депрессивной триадой»

Для депрессивной фазы при биполярном аффективном расстройстве характерна «триада Протопопова» :

- **тахикардия**
- **медриаз**
- **запор**
- **а также умеренное снижение артериального давления, сухость слизистых и кожи, уменьшение массы тела, отсутствие аппетита, дисменоррея.**
- **Триаду Протопопова ещё называют «соматической триадой».**

Клинические формы хронических расстройств настроения



- **Циклотимия** - сменяющие друг друга периоды умеренной депрессии и гипомании

Клинические формы хронических расстройств настроения



- **Дистимия** - хроническая, слабо выраженная депрессия длительностью более 2-х лет



Лечение биполярных расстройств

Лечение биполярных расстройств

- Препараты первого выбора- нормотимики, которые обязательно должны назначаться на начальных этапах заболевания с последующим непрерывным приемом на протяжении всей жизни.
- Нормотимики оказывают профилактическое действие в отношении фаз и обладают купирующим действием в отношении депрессивной или маниакальной симптоматики.

Нормотимики

- Соли лития(карбонат лития др.)- профилактическая эффективность при БР., особенно в отношении маний. Купирующее антиманиакальное действие (профилактическая доза 750-900мг(конц. в плазме 0,4- 0,8мэкв/л), лечение маний-1200-1500мг(конц. в плазме 0,8-1,2мэкв/л)
- Вальпроат натрия- спектр нормотимического действия аналогичен спектру лития.
- Карбамазепин- по общей эффективности уступает солям лития и вальпроатам, однако в большей мере проявляет себя в отношении редукции депрессий по сравнению с маниями. (суточная доза 600-1200 мг.)

Е.Г. Костюкова Мосолов С.Н. «Социальная и клиническая психиатрия»,2003,

том4,стр. 106-114.



Лечение депрессий

Методы терапии депрессии

Медикаментозная терапия:

- эффективна при депрессиях различной степени тяжести;
- может использоваться как самостоятельный метод терапии и как компонент комплексной терапии.

Психотерапия:

- используется как самостоятельный метод терапии у больных с депрессиями легкой степени тяжести;
- может являться составной частью комплексной терапии депрессии;
- показана при выявлении психосоциальных проблем (как во время депрессивного эпизода, так и вне его).

Комбинированное лечение депрессии более эффективно, чем изолированная психофармакотерапия. Сочетание психотерапии и медикаментозного лечения улучшает межличностные отношения, социальную адаптацию.

Критерии выбора антидепрессантов

- 1. Терапевтическая эффективность.**
- 2. Безопасность, хорошая переносимость, отсутствие тяжелых побочных эффектов, минимальный риск нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами.**
- 3. Учет предыдущего опыта лечения антидепрессантами или другими психотропными средствами.**

Основные группы антидепрессантов (1)

1. Трициклические антидепрессанты (ТЦА):

амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, нортриптилин, доксепин.

2. Ингибиторы моноаминооксидазы (ИМАО):

ниаламид, фенелзин.

3. Обратимые ингибиторы моноаминооксидазы типа А (ОИМАО-А):

пирлиндол, моклобемид.

4. Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина антагонисты норадреналина (СИОЗН):

миансерин, мапротилин.

5. Селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС):

тианептин.

Основные группы антидепрессантов (2)

6. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС):

сертралин, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, циталопрам.

7. Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН):

венлафаксин, милнаципран.

8. Антагонисты пресинаптических альфа 2 – адренорецепторов и постсинаптических серотониновых рецепторов (ААСР):

миртазапин.

9. Ингибиторы обратного захвата серотонина / антагонисты серотонина (ИОЗСАС):

тразодон, нефазодон.

Флуоксетин-прозак, продеп-первый антидепрессант, получивший мировое признание, обладает стимулирующим действием.

Флувоксамин –феварин-противотревожное действие;

Пароксетин-паксил-тимоаналептическое и анксиолитическое действие, стимулирующий эффект;

Ципрамил-не снижает когнитивных функций, но может вызвать ЧСС-брадикардию.

Венлафаксин-4 поколение-сбалансированное действие; Милнаципан(иксел)-эндогенные депрессии

Миртазапин-ремерон-седативное действие; Тразодон-вызывает приапизм

Соматотропные эффекты ТЦА



Соматотропные эффекты СИОЗС



Клиническая классификация антидепрессантов

СТИМУЛЯТОРЫ

сбалансированные

Мелипрамин
Ципрамил
Прозак
Аурорикс
Паксил

Пиразидол
Стимулотон
Симбалта

Амитриптилин
Миансерин
флувоксамин

Стимулотон (сертралин)

таблетки 50 и 100 мг



- **Обладает высокой безопасностью и переносимостью**
- **Имеет наиболее высокий профиль кардиологической безопасности (не влияет на АД, ЧСС, проводимость сердца и др.)**
- **Не взаимодействует с кардиотропными лекарственными препаратами**
- **Не требует специального подбора дозы у пожилых пациентов**
- **Единственный из СИОЗС разрешен к применению **у детей с 6 лет****

Стимулотон

сертралин 50 и 100 мг



- Период полувыведения 26 ч, что делает возможным однократный прием в течение суток и обеспечивает довольно короткий wash-out период

- Обладает линейной фармакокинетикой, что облегчает титрование дозы и уменьшает вероятность синдрома отмены

- Может использоваться в одинаковых дозах у молодых и пожилых пациентов



Антидепрессант. Относится к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. **Показания:**

-депрессия всех типов

-обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) (доказано сохранение эффективности препарата при лечении ОКР в течение, по крайней мере, 1 года и в профилактике рецидивов ОКР);

– паническое расстройство с агорафобией и без нее (эффективность препарата сохраняется в течение 1 года, предотвращая рецидивы панического расстройства);

– социальное тревожное расстройство/социальная фобия (эффективность препарата сохраняется при длительном лечении этого расстройства);

– генерализованное тревожное расстройство (эффективность препарата сохраняется при длительном лечении этого расстройства);

– посттравматическое стрессовое расстройство.

*У пациентов **пожилого возраста** лечение следует начинать со стартовой дозы для взрослых, в дальнейшем доза может быть увеличена до 40 мг/сут.*

Этапы терапии депрессий (1)

Лечение депрессий включает три этапа:

Этап активной, купирующей терапии

Цель – достижение клинической ремиссии, полное устранение симптомов депрессивного расстройства, восстановление преморбидного уровня профессионального и социального функционирования

Этапы терапии депрессий (1)

Клинический эффект антидепрессантов развивается через 10-30 дней их применения в адекватных дозах.

На начальных этапах терапии депрессии возможно назначение небольших доз транквилизаторов в течение непродолжительного времени для уменьшения выраженности тревоги, беспокойства, нормализации сна. *

При достижении терапевтического эффекта антидепрессантов транквилизаторы постепенно исключаются из схемы лечения.

Частота приема антидепрессантов зависит от длительности периода их полувыведения из плазмы крови.

Продолжительность этапа активной терапии составляет 8-12 недель

Этапы терапии депрессий (2)

Этап стабилизирующей терапии

Цель - предотвращение возобновления симптомов депрессивного расстройства. Прием эффективного препарата продолжается с момента достижения терапевтической ремиссии до полного окончания депрессивного эпизода. Длительность этого этапа зависит от характера и тяжести депрессивного эпизода, в среднем, она составляет 4 - 6 месяцев.

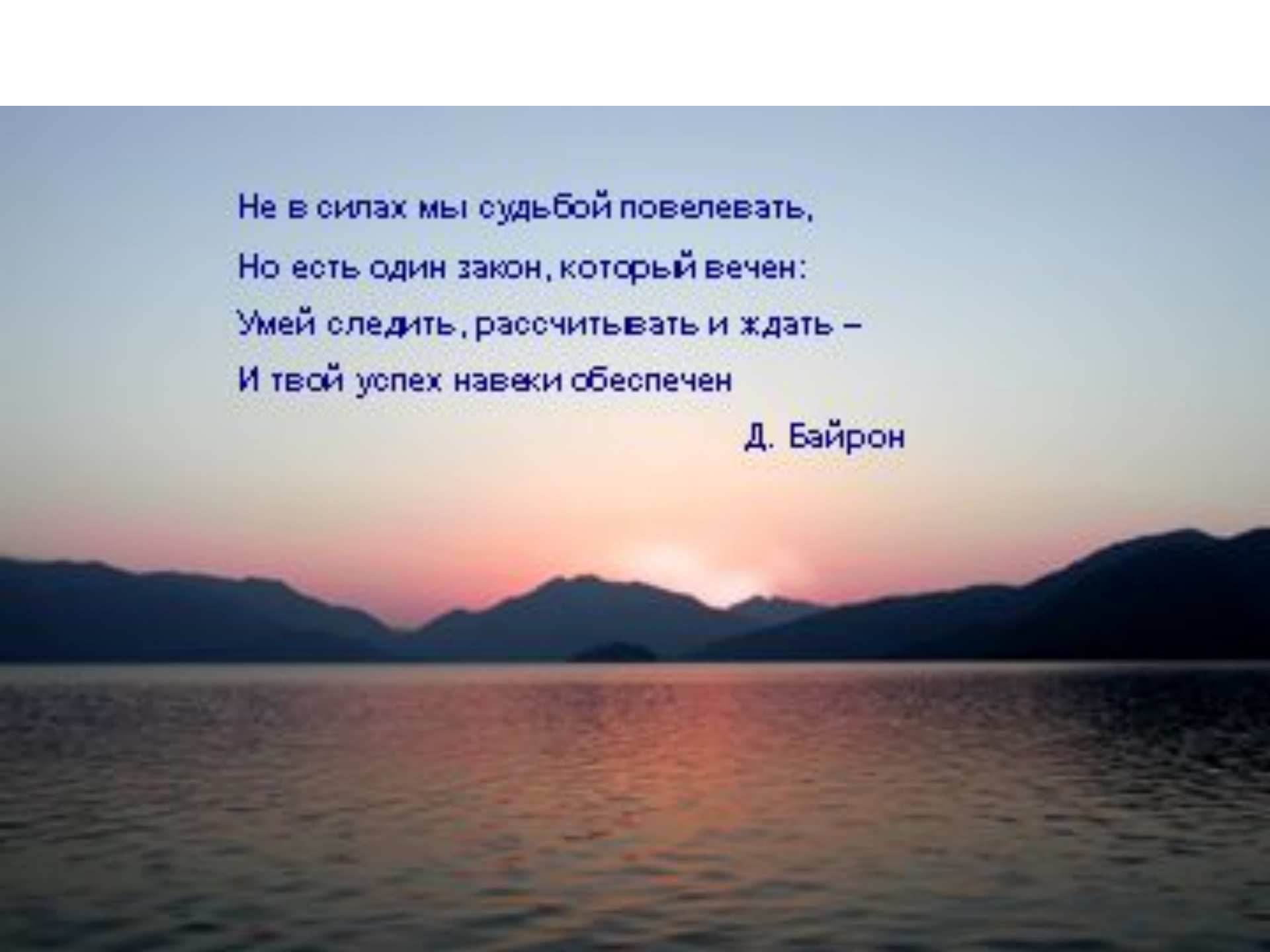
Этапы терапии депрессий (3)

Этап профилактического, противорецидивного лечения

необходим для предотвращения новых эпизодов депрессивного расстройства, рецидивов депрессии, каждый из которых ухудшает прогноз заболевания.

Показанием для проведения этого этапа терапии является наличие трех и более депрессивных эпизодов.

Длительность этого этапа может быть различной в зависимости от характера и тяжести депрессивного расстройства.



Не в силах мы судьбой повелевать,
Но есть один закон, который вечен:
Умей следить, рассчитывать и ждать –
И твой успех навеки обеспечен

Д. Байрон