

**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 (гипомании или мании) и сниженного (субдепрессии и депрессии) настроения.*

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

# Маниакально-депрессивный психоз



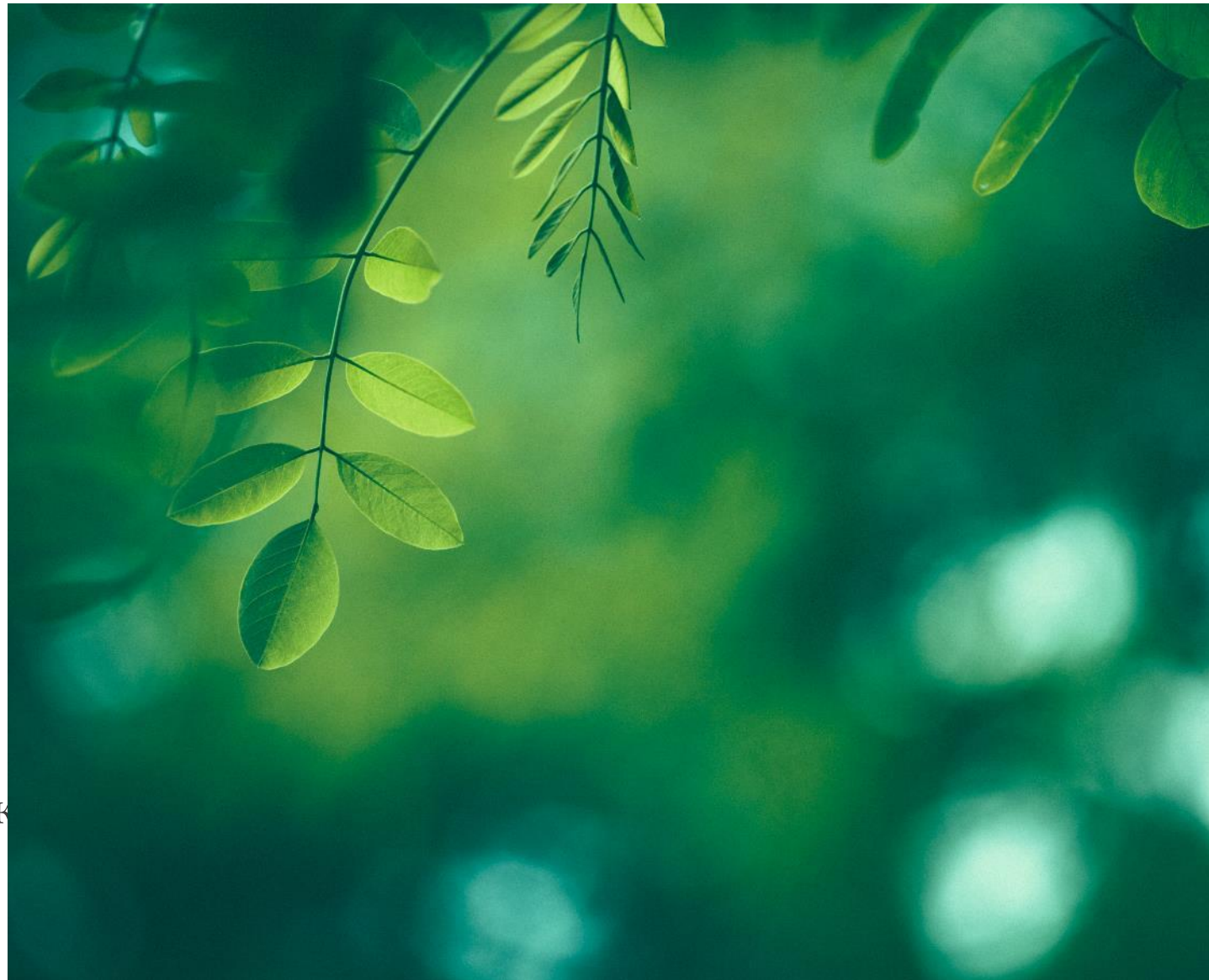
Данное заболевание в отдельную нозологическую единицу выделил немецкий психиатр **Эмиль Крепелин** в 1896 году.

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.

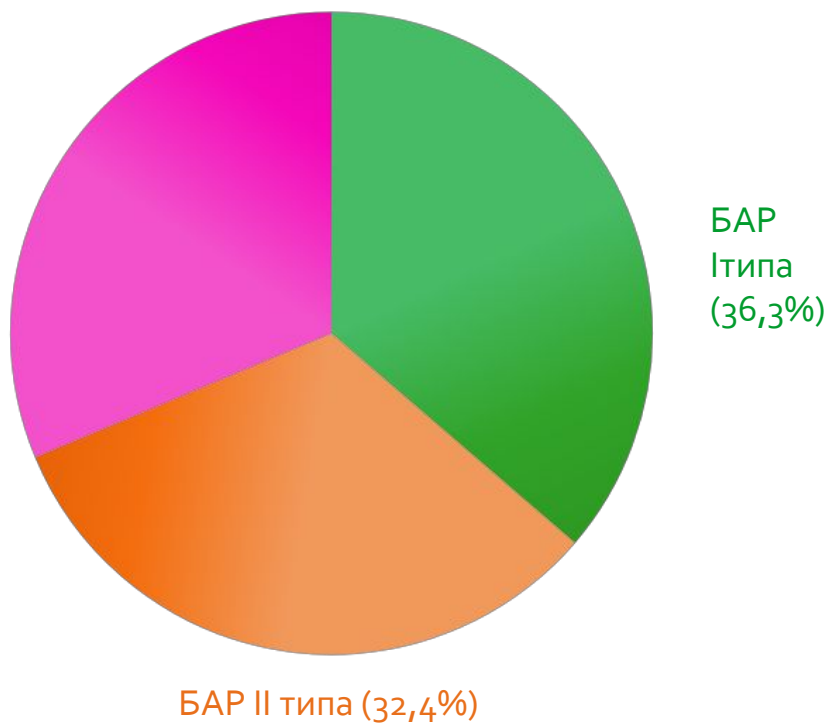
Заболевание может возникнуть без видимой причины или же после какого-либо провоцирующего фактора.





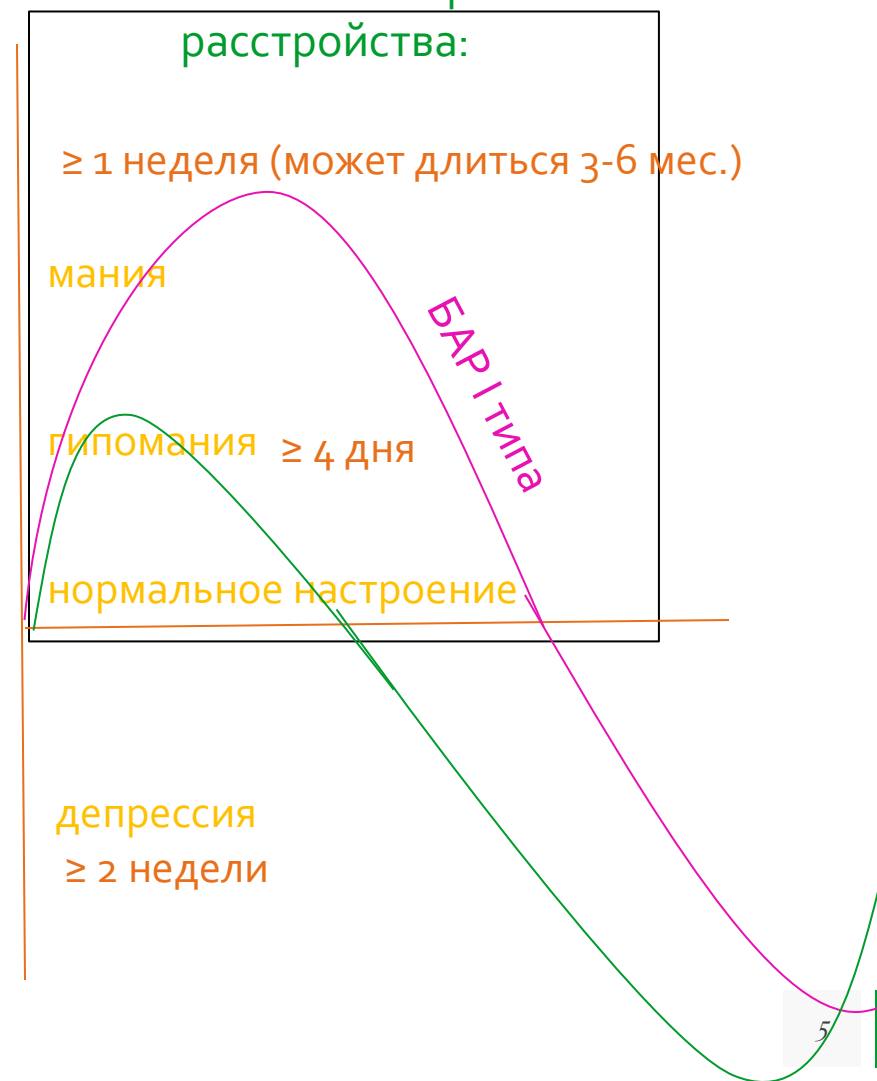
# Статистические данные

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.

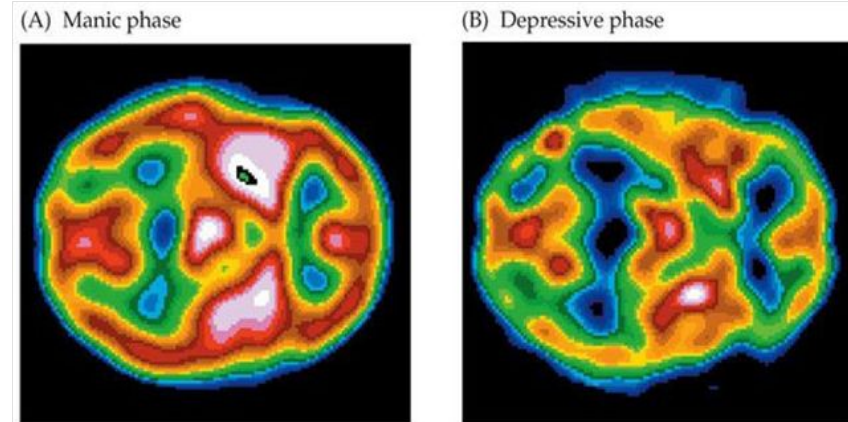


Рисунок 1. Мозговая активность при маниакальной и депрессивной фазе биполярного расстройства

# 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

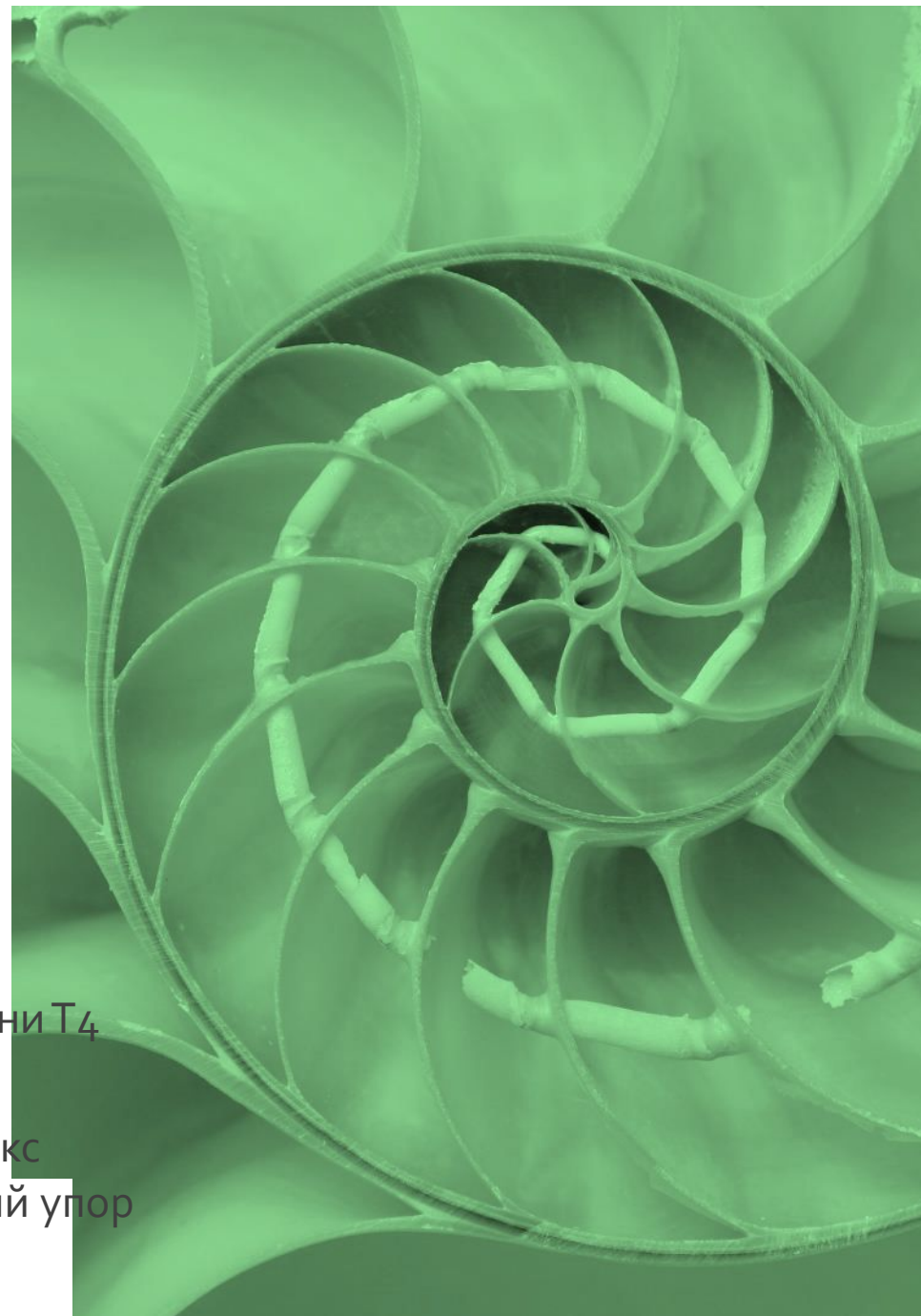
Обязательным критерием диагностики являются как минимум два аффективных эпизода, из которых как минимум один должен быть *(гипо)маниакальным* либо *смешанным*.

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 Т<sub>4</sub> 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:

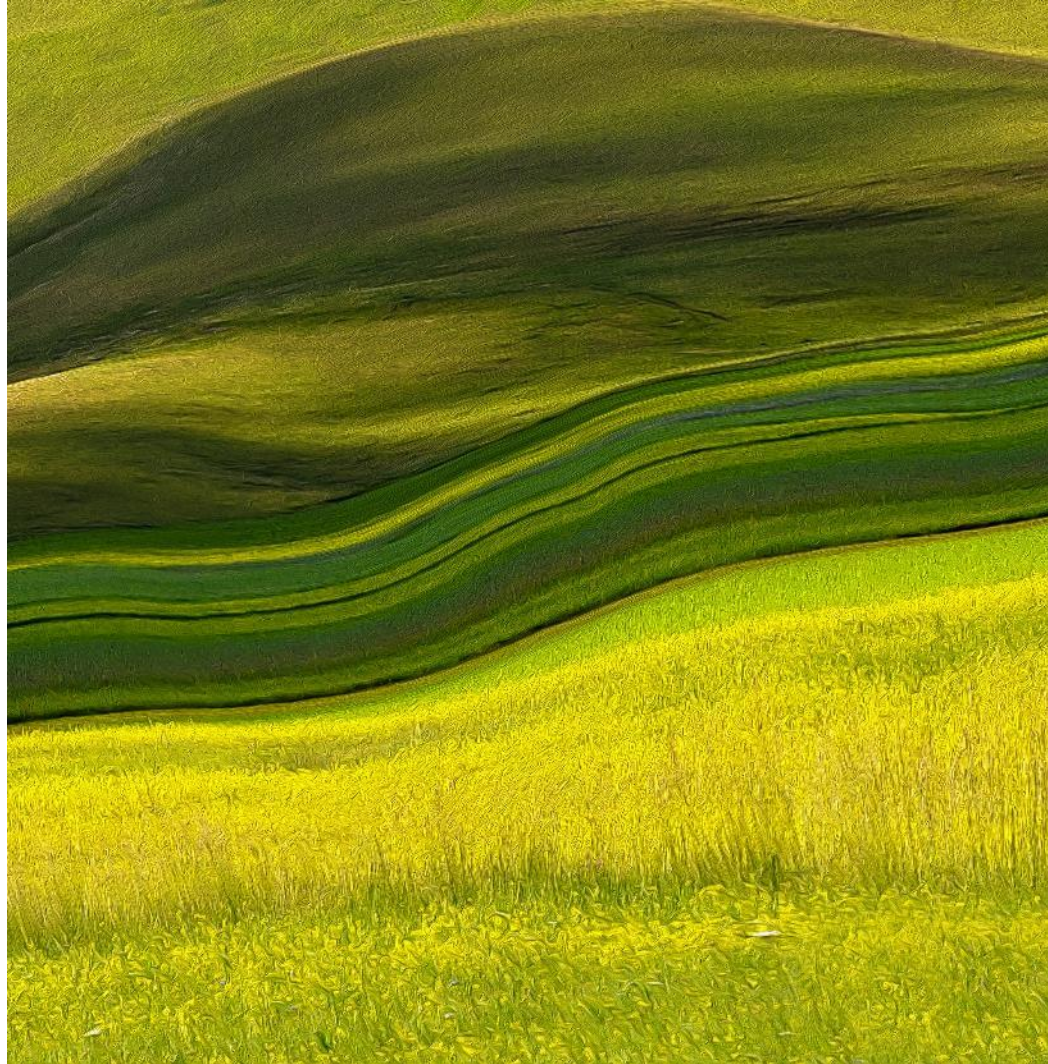
- инсомния или редукция сна
- потеря аппетита и веса

## 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 !

