

**Основні аспекти і завдання системи медичної реабілітації  
у Збройних Силах України: цілі і найважливіші принципи,  
сучасність та перспективи розвитку відновлювального лікування**

**I.K. АСАУЛЮК**

*В статті викладені основні аспекти, цілі, завдання системи медичної реабілітації, найважливіші принципи і перспективи подальшого розвитку відновлювального лікування на сучасному етапі.*

**Ключові слова:** *основні аспекти, цілі, завдання і принципи медичної реабілітації, сучасність і перспективи розвитку відновлювального лікування.*

**The basic aspects and tasks of medical rehabilitation system  
in the Ukrainian Armed Forces: aims and the most important principles,  
the present and prospects of development restorative treatment**

**I.K. ASAULYK**

*The basic aspects, aims, tasks of medical rehabilitation system, the most important principles, the present and prospects of further development restorative treatment are discussed in this article.*

**Key words:** *the basic aspects, aims, tasks and principles of medical rehabilitation, the present and prospects of development restorative treatment.*

**УДК:616.89-008-085**

**Биполярные аффективные расстройства.  
Клиника, диагностика и лечение**

**Ю.Н. АСТАПОВ, О.Г. СЫРОПЯТОВ**

*В статье рассматриваются клинические признаки, диагностика и лечение биполярного аффективного расстройства (БАР). Лечение БАР с депрессивными, маниакальными, смешанными аффективными фазами, с двойным диагнозом и противорецидивное лечение.*

**Ключевые слова.** *Биполярное аффективное расстройство, маниакация, депрессия, антидепрессанты, стабилизаторы настроения.*

Биполярные аффективные расстройства относятся к большой группе аффективных психических расстройств, основным клиническим признаком которых являются эмоциональные нарушения в виде маниакальных,

депрессивных или смешанных состояний (приступов, фаз, эпизодов), полной их обратимостью с восстановлением функций личности; не приводящие к слабоумию. БАР заболевают в основном лица трудоспособного возраста. Наследственный фактор составляет 25–30%, при наличии болезни у обоих родителей до 75%. По данным эпидемиологического исследования [1] около 50% больных имеют высшее и среднее образование.

За последние 50 лет частота расстройств настроения значительно возросла, причем в последующем поколении отмечается более раннее начало болезни – феномен, относящийся к эффекту поколений. Аффективные нарушения отмечены у каждого седьмого жителя планеты [5]. За последние 10 лет выявляемость депрессии возросла в 5–6 раз: с 5% до 25–30% [2]. Депрессии, принимающие «соматические маски» – наиболее часто встречаются в общемедицинской сети: это 1/3–2/3 всех пациентов, обращающихся за помощью к интернистам [3].

Клинико-генетические исследования позволили Leonhard, Angst [7, 8] выделить аффективные психозы в самостоятельные заболевания. Dunner и соавт. [9], а затем Angst [8] выделили 2 подтипа биполярного психоза: биполярный-I – наряду с субдепрессиями появлялись тяжелые развернутые маниакальные фазы; биполярный-II, при котором тяжелые депрессивные расстройства чередовались с гипоманиями. В последующем. Akiskal и соавт. [10] стали выделять биполярный-III, или условно монополярный психоз.

Кроме перечисленных форм БАР выделяются расстройства с частыми фазами, предложенный Dunner & Fieve [9]. Последовательно развитие дискретных аффективных фаз менее чем в течение 24 часов описано как ультра-частые фазы, или ультрарадианные [11]. Риск суицида достаточно высок, 25-50% пациентов совершают, как минимум, одну суицидальную попытку. Наиболее характерны сезонные колебания, депрессия – весной (март – май) и осенью (сентябрь – ноябрь), мания чаще развивается летом. Наивысший риск суицида зарегистрирован в мае, второй пик – в октябре, в целом суицидальный риск в 48 раз выше, чем в обычной популяции.

Доманифестные признаки БАР часто проявляются многочисленными симптомами терапевтических, хирургических, неврологических, кожных и других заболеваний. Goodwin G.M. [12] подсчитано, например, что 1500 больных с псевдоорганическими жалобами получили до начала патогенетически обоснованного психиатрического лечения 496 курсов консервативной терапии, перенесли 811 ненужных терапевтических вмешательств и 244 бесполезных операции в лучшем случае без какого-либо клинического эффекта [12].

**Целью работы** было освещение актуальности и значимости проблемы депрессивных расстройств, существующую к настоящему времени во всём мире, в том числе и в Украине.

Материалом статьи являются результаты анализа отечественной и иностранной литературы, посвященной биполярным аффективным расстройствам и представленной в статье 17-ю источниками в перечне литературы.

### **Результаты и их обсуждение**

Диагностика биполярного расстройства должна соответствовать его критериям (гипомания F30.0, мания с психическими симптомами F30.2 или без них F30.1, легкий или умеренный депрессивный эпизод F32.1, тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами F32.3 или без них F32.2).

Согласно критериям DSM-IV выделяются следующие типы БАР:

**Биполярное расстройство I типа.** Симптомы соответствуют критериям маниакального либо смешанного эпизода и настолько выражены, что требуют госпитализации. Может наблюдаться большой депрессивный или гипоманиакальный эпизод.

**Биполярное расстройство II типа.** У пациента наблюдается не менее одного большого депрессивного эпизода и не менее одного гипоманиакального, но не маниакального эпизода.

**Биполярное расстройство с быстрым чередованием эпизодов.** Чередующиеся маниакальные и депрессивные эпизоды с промежутком 48–72 ч., носит более тяжелый характер, чем БАР без чередования эпизодов.

**Циклотимическое расстройство.** Менее тяжелое, чем БАР, с чередующимися периодами гипомании и умеренно выраженной депрессии, часто сопровождается злоупотреблением психоактивными веществами.

#### **Клинические проявления**

Согласно классификации А.С.Тиганова [4] выделяются следующие клинические варианты БАР.

#### **Отчетливо биполярный психоз**

Дебютирует чаще к 40 годам. Манифестирует с классического депрессивного психоза, с типичными проявлениями эндогенной депрессии с картиной «депрессивной триады» [13]. Маниакальные фазы характеризуются признаками классической веселой мании. Динамика заболевания отличается увеличением длительности депрессивных и маниакальных фаз до 5 месяцев по сравнению с 2 месяцами в начале болезни. Сезонность фаз стирается. Длительность ремиссий варьирует незначительно и составляет 2–2,5 года.

В клинической структуре маниакальных фаз с классической веселой манией, в последующем усиливаются психопатоподобные расстройства, в ремиссиях обнаруживается некоторое заострение личностных особенностей. В целом, болезнь мало сказывается на образе жизни и трудоспособности.

### **Биполярный психоз с преобладанием депрессий**

В основном заболевание манифестирует до 25 лет, характеризуется доминированием эндореактивных и эндогенных депрессий. Обнаруживается выраженная тенденция к развитию аффективных фаз с отчетливой сезонностью их возникновения (весной или осенью). Со временем наблюдается укорочение фаз от 4 до 3 мес. и ремиссий от 3 до 2 лет.

На отдаленных этапах болезни все более заметны признаки астенизации личности, у больных отмечаются снижение их профессионального уровня и даже инвалидизация.

### **Биполярный психоз с преобладанием маний**

Маниакальные фазы возникают вдвое чаще, чем депрессивные. Болезнь манифестирует чаще в возрасте 20 лет с маниакальной фазы. Особенность манифестных фаз состоит в их сдвоенности, когда за манией сразу следует депрессия (чаще заторможенная). Удастся уловить сезонность возникновения аффективных фаз: конец лета – начало осени для маниакальных фаз и конец зимы – начало весны для депрессивных фаз. Продолжительность ремиссий сохраняется стабильной, приблизительно 2,6 года, иногда бывают стойкие 10–15-летние ремиссии. Клиника маниакальных состояний от фазы к фазе одинакова и характеризуется чертами психопатоподобной мании. На отдаленных этапах пациенты чаще имеют группу инвалидности, что свидетельствует о снижении их социально-трудовой адаптации.

### **Лечение депрессий при биполярных аффективных расстройствах**

Наиболее нерешенной проблемой БАР является проблема лечения депрессивной фазы заболевания. У пациентов с биполярным расстройством I типа депрессии встречается в три раза чаще мании, тогда как при биполярном расстройстве II типа относительный риск депрессии превышает относительный риск мании в 37 раз. Специфической группой препаратов для лечения БАР являются **нормотимики**. Современные рекомендации по терапии биполярной депрессии называют литий как основной препарат при лечении биполярной фазы любой полярности. Оптимальной считается доза лития, достаточная для поддержания его в крови в пределах 0,6–0,8 ммоль/л [14].

**Антидепрессанты** добавляют к основной терапии в случае ее недостаточной эффективности или значительной тяжести депрессии, когда немедленное купирование суицидальных намерений становится жизненно важно. Многие исследователи указывают на ингибиторы МАО (моклобемид и пиразидол) как на адекватный выбор при лечении биполярной депрессии [13]. Эти препараты наиболее эффективны и при лечении атипичной депрессии.

### **Лечение маний при биполярных аффективных расстройствах**

Пациенты с острой манией нуждаются в неотложной госпитализации. Медикаментозная терапия состоит из двух компонентов. Назначение

**нормотимиков** (лития, вальпроата натрия, карбамазепина). **Лития карбонат** назначают 750–1500 мг/сут внутрь в 2–3 приема или одного приема на ночь. Дозу повышают на 250–500 мг. в день в зависимости от концентрации в сыворотке крови, которая измеряется через 12 часов после введения. Терапевтическая концентрация при острой мании находится в интервале 0,8–1,4 ммоль/л. **Вальпроат натрия** при остром маниакальном состоянии назначают 400–500 мг/сут внутрь в 2 приема. В сравнительных исследованиях отмечено, что **депакин-хроно** уменьшает тяжесть мании более эффективно, чем литий, при лучшей его переносимости. Доза **карбамазепина** подбирается с учетом, как терапевтического эффекта, так и опасности развития побочных эффектов, в дозе 200–400 мг/сут. внутрь в 2 приема.

**Антипсихотические средства и/или бензодиазепины.** **Диазепам** 10–20 мг внутрь однократно, затем по необходимости повторять через 2–6 ч, не превышая суточной дозы 120 мг. **Оланзапин** 10–20 мг внутрь на ночь. **Галоперидол** 5–10 мг внутрь однократно, или 5–10 мг в/м, при необходимости дозу повторить через 15–30 мин (максимальная суточная доза 50 мг).

**Лечение биполярного аффективного расстройства с частыми фазами и смешанными состояниями**

Биполярное расстройство с частыми фазами трудно поддается лечению и сопровождается высоким риском суицида. Мания с частой сменой фаз составляет от 13 до 20% всех случаев БАР. **Частые фазы относительно резистентны к лечению литием.** Walden J. & all [15] установили, что у 72–82% больных с частыми фазами отмечалась низкая эффективность профилактического лечения литием. Вместе с тем, Okuma [14] обнаружил, что литий и карбамазепин оказывали неблагоприятное действие на больных с БАР с частыми эпизодами и затяжными рекуррентными эпизодами в анамнезе.

Депакин-хроно у пациентов со смешанной манией оказался значительно эффективнее лития, полностью купировал симптомы у 80% пациентов со смешанной манией [16].

**Ламотриджин** обладает экстренным и продолжительным действиями, как стабилизатор настроения у терапевтически резистентных больных с частыми фазами и без таковых [17].

#### **Противорецидивная терапия при БАР**

Поддерживающая и профилактическая терапия стабилизаторами настроения благоприятно влияет на течение БАР. Вальпроаты также эффективны для профилактики рецидива, как и литий. Карбамазепин в качестве монотерапии менее эффективен, чем литий. Ламотриджин более эффективен при депрессии, чем при мании при длительном назначении (Goodwin, 2003).

## Выводы

1. По прогнозам ВОЗ в XXI в. психические заболевания будут среди «лидеров» причин инвалидизации населения планеты, их доля среди всех заболеваний достигнет к 2020 г. 50%; депрессии будут занимать 2-е место в мире (после ИБС) по частоте инвалидизации.

2. Доманифестные признаки биполярного расстройства часто проявляются в форме многочисленных симптомов терапевтических, хирургических, неврологических, кожных и других заболеваний.

3. Необходимо обратить внимание интернистов всех специальностей к проблеме депрессивных расстройств, т.к. несвоевременная диагностика, лечебная тактика ведёт к дальнейшему развитию заболевания, инвалидизации значительной части населения, росту суицидальной активности в стране.

4. Проблема БАР может коснуться и Вооруженных Сил в связи с планируемым увеличением срока службы офицерскому составу, прапорщикам, а также переходом армии на контрактный набор военнослужащих рядового состава.

## Література

1. Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков, К.В. Михайлова, В.Л. Гавенко и др. – К.: Здоровья, 1989. – 512 с.
2. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. – М.: Медицина. 1996. – 384 с.
3. Морозова М.А. Новые подходы к лечению депрессий при аффективных расстройствах биполярного типа / М.А. Морозова // Психиатрия и психофармакотерапия – 2001. – Т. 3, № 1. – С. 9–12.
4. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т. 1 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 712 с.
5. Краус А. Новые психопатологические концепции личности больных маниакально-депрессивным психозом. Лекция / А. Краус // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1996, № 6. – С. 70-76.
6. S.V.Parikh S.V. Affective disorders / S.V. Parikh, R.W. Lam // Psychiat. Clin. N. Amer. – 2001. – Vol. 35, № 2. – P. 110–115.
7. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen / K. Leonhard. – Berlin: Acad. Verlag, 1980. – 342 s.
8. Angst J. The course of affective disorders. II Typology of bipolar manic-depressive illness / J. Angst // Arch. Psychiat. Nervenkr. – 1978. – Vol. 226. – P. 65–76.
9. Dunner L. Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure / L. Dunner, R.R. Fieve // Archives of General Psychiatry. – 1974. – Vol. 30. – P. 229–233.
10. Akiskal H.S. Diagnosis and treatment of affective disorders / H.S. Akiskal // Psychiat. Clin. N. Amer. – 1983. – Vol. 6, № 1. – P. 210–215.
11. Kramlinger K. Ultra-rapid and ultradian cycling in bipolar affective illness / K. Kramlinger, R.Post // British Journal of Psychiatry. – 1996. – Vol. 168. – P. 314–323.

12. Goodwin G.M. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: recommendation from the British Association for Psychopharmacology / G.M. Goodwin. – Journal of Psychopharmacology – 2003. – Vol. 17(2). – P. 149–173.

13. Okuma T. Effect of carbamazepine and lithium on the affective disorder / T. Okuma. – Neuropsychobiology. – 1993. – Vol. 27. – P. 138–145. Vocisano C. Demographic? Family history, premorbid functioning, developmental characteristic, and course of patients with deteriorated affective disorder / C. Vocisano, D.N. Klein, R.S.E. Keefe et al. – American Journal of Psychiatry. – 1996. – Vol. 153. – P. 248–255.

15. Post R. Conditioning and sensitization in the longitudinal course of affective disorder / R. Post, D.R. Rubinow, J.C. Ballinger. – British Journal of Psychiatry. – 1986. – Vol. 149. – P. 191–201.

16. Walden J. An open longitudinal study of patients with bipolar rapid cycling treated lithium or lamotrigine for mood stabilization / J. Walden, S. Schaerer, H. Grunze. – Bipolar disorder. – 2000, № 2. Bauer M.S. Multisite data reanalysis of the validity of rapid-cycling as a modifier for bipolar disorder in DSM-IV. Bauer M.S., Calabrese J., Dunner D.L. et al. // American Journal of Psychiatry. – 1994. – Vol. 151. – P. 506–515.

**Біполярні афективні розлади.  
Клініка, діагностика та лікування**

**Ю.Н. АСТАПОВ, О.Г. СЫРОПЯТОВ**

*В статті розглядаються клінічні прояви, діагностика та лікування біполярного афективного розладу (БАР). Окремо наведені питання лікування БАР з різноманітними фазами, ведення хворих з подвійним діагнозом та протирецидивне лікування.*

**Ключові слова.** біполярний афективний розлад, манія, депресія, антидепресанти, стабілізатори настрою.

**Bipolar affective disorder.  
Clinic, diagnostics and treatment**

**YU.M. ASTAPOV, O.G. SYROPYATOFF**

*Clinical attributes, diagnostics and treatment of bipolar affective disorders are considered. Questions of treatment the BAD with depressive, manic, frequent/mixed affective phases, conducting patients with the double diagnosis and long-term treatment are separately stated.*

**Key words.** bipolar affective disorder, mania, depression, antidepressants, stabilizers of mood.