

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.895.1-071-082

В.С. Підкоритов, С.О. Сазонов, Н.А. Байбарак, О.І. Серікова, О.С. Серікова

**ПРОЕКТ КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД (F31)
(ЧАСТИНА ПЕРША)
ВИЗНАЧЕННЯ, УМОВИ І ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ТА КЛІНІКО-
ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Ключові слова: біполярний афективний розлад, клініка, діагностика, медична допомога

Згідно рішення МОЗ України стандартизація надання діагностично-лікувальної та реабілітаційної допомоги здійснюється через розробку, впровадження та поновлення кожні три роки Клінічних протоколів надання медичної допомоги. Допомога хворим на біполярний афективний розлад (БАР) натапер регламентується Клінічним протоколом надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія» [1]. Але новітні досягнення світової психіатричної науки, а також поширеність та важка курдильність, і внаслідок цього великий суспільно-економічний тягар цього розладу в Україні диктують актуальність та необхідність розробки поновленого Клінічного протоколу.

Варіант проекту протоколу згідно традиційних рубрик наведено нижче [1].

Визначення, ознаки та критерії діагностики захворювання.

Психіатричний діагноз БАР становиться лікарем-психіатром згідно критеріїв МКХ-10 в Україні.

Діагностичні критерії БАР за МКХ-10 [2].

БАР є розладом, який характеризується двома або більше епізодами, при яких настрої і рівень активності пацієнта значно порушені. Ці порушення являють собою випадки підйому настрою, збільшення енергії і посилення активності (гіпоманія або манія) та випадки падіння настрою і різкого зниження енергійності та активності (депресія) [3,4].

Тут слід згадати також стани змішаного афекту (див. нижче), який включає в себе:

1. Наявність відхилення настрою у бік одного афективного полюсу (депресивного чи маніакального),

2. Із супроводженням відповідних цьому по-

люсу інших афективних симптомів, а також

3. Наявність значної (у впливі на важкість стану хворого) вираженості афективних симптомів, які притаманні протилежному афективному полюсу.

4. Крім того, в структуру змішаного афекту можуть входити також такі феномени, які одночасно містять в собі ознаки обох афективних полюсів, і не можуть внаслідок цього бути віднесені лише до одного з полюсів, наприклад:

- тривожна або екзальтована ажитація, або
- гнівлива манія

Повернемось до офіційного опису критеріїв БАР за МКХ-10.

F31.0 БАР, поточний гіпоманіакальний епізод (критерії є ідентичними одиничному гіпоманіакальному епізоду F30.0, але F31.0 є повторним епізодом порушень настрою у пацієнта).

Розлад характеризується наявністю легкого підвищення настрою, збільшення енергії та активності. Також, як правило, відзначається почуття благополуччя та збільшеної фізичної і розумової працездатності. Підвищена товариськість, балакучість, надмірна фамільярність, підвищення сексуальності і зниження потреби в сні часто присутні, але не до такої міри, щоб призвести до серйозного порушення працездатності або соціального відторгнення. Дратівливість, марнославство і хамська поведінка можуть мати місце замість більш звичної ейфоричної товариськості. Порушення настрою і поведінки не супроводжується галюцинаціями або маренням.

F31.1 БАР, поточний маніакальний епізод (критерії є ідентичними одиничному маніакальному епізоду F30.1, але F31.1 є повторним епізодом порушень настрою у пацієнта)

Настрій є підвищеним невідповідно до життєвої ситуації пацієнта і може змінюватися від безтурботної веселості до майже неконтрольованого збудження. Відчуття збудження та підйому супроводжується збільшенням енергії, в результаті чого виникає гіперактивність, речовий напір і зниження потреби у сні. Увага не може бути стійкою, і часто спостерігається відволікання. Самооцінка часто завищена з грандіозними ідеями та самовпевненістю. Утрата соціальних заборон може призвести до безрозсудної та нерозважливої або недоречної обставинам поведінки. А також такої поведінки, яка не притаманна характеру індивіда.

F31.2 БАР, поточний маніакальний епізод із психотичними симптомами (критерії є ідентичними одиничному маніакальному епізоду F30.1, але F31.1 є повторним епізодом порушень настрою (депресивних, маніакальних, гіпоманіакальних або змішаних) у пацієнта)

На додаток до клінічної картині, описаної в F31.1 (F30.1) – див. вище, присутні марення (звичайно грандіозного змісту) або галюцинації (звичайно «голоси», які звертаються безпосередньо до пацієнта). Або хвилювання, надмірна рухова активність і політ думок є настільки вираженими, що мова пацієнта стає незрозумілою або недоступною для звичайного спілкування.

F31.3 Біполярний афективний розлад, поточний епізод легкої або помірної депресії.

В даний час пацієнт пригнічений, як і у випадку депресивного епізоду легкої або середньої важкості (F32.0 або F32.1), і в минулому зафіксований принаймні один достовірний гіпоманіакальний, маніакальний або змішаний афективний епізод.

Депресивний епізод легкої або середньої важкості характеризується наявністю двох – трьох та чотирьох або більше із нижченаведених ознак відповідно:

- зниження настрою,
- зниження енергії,
- зниження активності,
- зниження здатності отримувати задоволення від діяльності, яка раніше приносила задоволення, втрата приємних почуттів,
- зниження або втрата інтересів,
- зниження здатності до концентрації уваги,
- значна втома після навіть мінімальних зусиль,
- порушення сну, (частіше зниження або втрата, рідше збільшення прим. авт.)
- пробудження вранці за кілька годин до звичайного часу прокидання,

- порушення апетиту (частіше зниження або втрата, рідше збільшення прим. авт.),
- втрата ваги,
- зниження самоповаги та впевненості у собі,
- ідеї провини або власної нікчемності,
- акцент зниження настрою в ранці,
- психомоторна загальмованість,
- ажитація,
- зниження лібідо.

До цих критеріїв доцільно додати:

- суїцидальні думки та
- зниження здатності відчувати почуття (курсивом прим. авт.).

Наявність у пацієнта цих симптомів викликає порушення соціального функціонування та дистрес, ступінь якого може варіювати від пригнічення через наявність цих симптомів, але, ймовірно, можливості здійснювати звичайні види діяльності, – до ймовірного зазнавання великих труднощів у продовженні звичайної діяльності.

F31.4 Біполярний афективний розлад, поточний епізод важкої депресії без психотичних симптомів.

Пацієнт пригнічений, як і при важкому депресивному епізоді без психотичних симптомів (F32.2), і в минулому зафіксовано принаймні один достовірний гіпоманіакальний, маніакальний або змішаний афективний епізод.

F32.2 Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів.

Епізод депресії, в якій кілька з перерахованих вище симптомів є вираженими та викликають дистрес. Як правило, спостерігається втрата самоповаги та ідеї нікчемності, марності або провини. Суїцидальні думки і наміри є частинами, також, як правило, присутня низка «соматичних» симптомів.

F31.5 Біполярний афективний розлад, поточний епізод важкої депресії з психотичними симптомами

Пацієнт пригнічений, як і у випадку важкого депресивного епізоду з психотичними симптомами (F32.3), і принаймні один достовірний гіпоманіакальний, маніакальний або змішаний афективний епізод спостерігався в минулому.

F32.3 Важкий депресивний епізод з психотичними симптомами.

Епізод депресії, як описано в F32.2, але із наявністю галюцинацій, марення, психомоторної загальмованості або ступору, які є настільки серйозними, що звичайна соціальна активність є неможливою. Може існувати небезпека для життя від самогубства, зневоднення, або голо-

ду. Галюцинації та марення можуть бути конгруентними настрою або ні.

F31.6 Біполярний афективний розлад, поточний змішаний епізод.

У пацієнта раніше був зафіксований принаймні один достовірний гіпоманіакальний, маніакальний, депресивний або змішаний афективний епізод, і в даний час існує або суміш, або швидка зміна маніакальних і депресивних симптомів (власні синдромотаксичні міркування авторів щодо змішаного афекту див. вище).

F31.7 Біполярний афективний розлад, ремісія.

У пацієнта був принаймні один достовірний гіпоманіакальний, маніакальний або змішаний афективний епізод у минулому, і додатково як мінімум ще один афективний епізод (гіпоманіакальний, маніакальний, депресивний або змішаний), але в даний час пацієнт не страждає від будь-якого значного порушення настрою і цього не спостерігалось протягом декількох місяців. Періоди ремісії протягом профілактичного лікування повинні бути закодовані тут.

F31.8 Інші біполярні афективні розлади.

До цього шифру відносять БАР II типу за DSM-IV-TR та DSM-V. Для БАР II типу характерна висока частота депресивних епізодів та наявність гіпоманіакальних епізодів [2,5,6,7,8].

Також у F31.8 шифрують періодичні маніакальні епізоди без інших вказівок.

F31.9 Біполярний афективний розлад неуточнений.

Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Медична допомога при БАР надається в амбулаторних, стаціонарних та санаторно-курортних умовах.

Амбулаторний режим допомоги показаний при непсихотичному рівні розладу, відсутності небезпеки для себе, оточуючих, у відсутності суїцидального ризику (показники за шкалою C-SSRS 0 – 2 бали) [9], достатньому рівні соціальної та побутової адаптованості.

Стаціонарний режим допомоги слід застосовувати при важкому, тим більше психотичному рівні розвитку симптоматики. По можливості у дебюті захворювання або фази. У відсутності психозу, але наявності ознак психомоторного, психомовних або загальмованості збудження, недостатній критиці до свого стану, неадекватних соціальних, побутових або робочих установках, рішеннях, суїцидальних мотивах (показники за шкалою C-SSRS на рівні 3 і більше балів).

БАР вважається пожиттєвим стражданням і

хоча його перебіг, як правило, не призводить до виникнення так званого «дефекту», у деяких випадках БАР стає основною причиною загибелі хворих. Зокрема у наслідок суїцидів при депресивних або змішаних фазах, нещасних випадків через необачність у маніакальних та змішаних фазах. Інколи, здебільшого на висоті психомоторного збудження або при поєднанні із особистісною або екзогенною, наркологічною патологією, хворі на БАР можуть бути небезпечними також для оточуючих. Маніакальні фази нерідко є чинником необачної фінансової поведінки хворих, коли вони беруть кредити в банках, здійснюють непродумані бізнесові операції та інше.

Санаторно-курортне лікування у відповідних санаторіях може бути рекомендоване хворим на БАР у стані стійкої ремісії із метою реабілітації, зняття післяприступної астенизації, загального оздоровлення.

Клініко-діагностична програма

Діагностичний процес у хворих із підозрою на БАР переслідує наступні цілі:

- підтвердження/виключення БАР, визначення його типу (I -VI): характеру актуальної фази (депресивна, змішана та інші).

- дослідження можливої супутньої етіології афективних коливань (органічна, реактивно-невротична). Основною є точка зору «ендогенна», спадкова етіологія БАР.

- диференційна діагностика із якомога широким колом психічних та соматичних розладів за принципом «та/або». Тобто із урахуванням можливості поєднання, співіснування різних психічних та сомато-неврологічних розладів у одного хворого.

- скринінгове дослідження соматичного стану та спадкової обтяженості із визначенням індивідуальних ризиків побічних ефектів та ускладнень психофармакотерапії (медичний анамнез, зокрема хвороб крові, шкіри, обміну речовин, вживання алкоголю, нікотину, психоактивних речовин, спадкова обтяженість серцево-судинними, мозково-судинними розладами, артеріальною гіпертензією, дисліпідемією, діабетом, хворобами крові, вагітність, лактація та контрацепція, соматичний статус, вага та зріст, визначення Індексу маси тіла [10]., артеріального тиску, дослідження клінічного аналізу крові та сечі, при можливості тести на наявність психоактивних речовин у сечі, на вагітність (для жінок), стан електролітів, сечовини, креатиніну, печінкових проб, глюкози крові, ліпідного профілю).

При наданні медичної діагностично-лікувальної допомоги психічно хворим на БАР слід по-

стійно проводити дослідження на предмет обтяження коморбідними до нього психічними розладами (тривожні та панічні розлади (хоча нерідко дослідники інтерпретують симптом тривоги як компонент збагаченого, розгалуженого депресивного афекту та, за деякими міркуваннями тривога це один із головних симптомів, які, додаючись до маніакального афекту трансформують його у змішаний), хімічні залежності, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, розлади особистості) [7,8]. Також необхідно проводити постійне виключення органічних чинників загострень психічного стану.

Слід також приділяти увагу соматичній та неврологічній коморбідності БАР. Так, серед соматичної патології слід у першу чергу виключити наявність серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, гіперкортицизму але і інших ендокринних захворювань, мігрени.

Крім того, хворим на БАР, як і усім психічно хворим, які отримують тривалу психофармакотерапію, доцільне виключення побічних ефектів психофармакотерапії за допомогою зокрема лабораторного та інструментального моніторингу (клінічний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові, електролітний склад плазми, ЕКГ, рівень гормонів плазми крові).

План обстеження (первинного та динамічно-періодичного): Обов'язковий

- Клініко-анамнестико-катамнестичне обстеження.

- Клініко-психопатологічне та психодіагностичне - у тому числі для диференційної діагностики, виключення:

- прогресивних психічних розладів (відхилення сфери мислення),

- випадків «подвійного діагнозу» - маскуваня під афективним станом розладів особистості (особистісні опитувальники),

- психічної симптоматики органічного генезу

- проявів будь-яких психічних залежностей (алкогольної, наркотичної, ігрової та інших)

- синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дитячо-підлітковому та дорослому віці та інших розладів.

- Неврологічний статус, соматичне та фізикальне обстеження.

- АД, ЧСС, температура тіла, зріст, вага (також у динаміці), клінічний аналіз крові, сечі, цукор крові, електроліти крові – натрій, кальцій, калій, ЕКГ.

- Ниркові та печінкові проби, ліпідний та білковий спектр.

Бажаний

- Тиреоїдині гормони (Т3, Т4) та ТТГ.

- Рівень вітаміну В12 в плазмі крові.

- ЕЕГ.

Можливо корисні у окремих певних випадках (за показаннями) додаткові обстеження:

- за необхідності КТ або МРТ головного мозку

- за необхідності дексаметазоновий тест [11].

- огляд невропатолога, терапевта, ендокринолога, сексопатолога та інших спеціалістів задля виключення соматичних чинників чи ускладнень психічного розладу або інтеркурентних захворювань.

Загальні відомості щодо встановлення діагнозу БАР.

Дебют афективного розладу маніакальним синдромом згідно сучасних уявлень дає можливість встановлювати БАР одразу.

Доволі достовірним також є діагноз БАР у випадку наявності в анамнезі принаймні однієї маніакальної фази та поточного афективного епізоду будь-якої полярності.

Але і у цих випадках, якщо у клінічній картині з'являються психотичні, квазіпсихотичні симптоми або включення вимагає диференціації стану хворого із шизоафективним розладом або періодичною шизофренією із афективно-параноїдним синдромом.

Нажаль ніколи не можна бути впевненим у відсутності преморбідних гіпоманіакальних коливань настрою або вираженості гіпертимного характерологічного радикалу. Це є особливо важливим у випадку депресивного афекту, навіть рекурентного та може становити небезпеку розвитку БАР у пацієнта попри наявність розгорнутої депресивної симптоматики у статусі та нещодавньому або навіть віддаленому анамнезі.

Також увесь час слід мати на увазі можливість органічного генезу (походження або провокації) розладу.

Психогенно-реактивна провокація зазвичай потребує уваги більше у дебюті розладу.

Не викликають сумнівів клінічні випадки із наявністю в анамнезі-катамнезі хоча б по одній маніакальній та депресивній фазі. А випадки рекурентної або маніфестної депресії слід більш ретельно діагностувати на предмет атиповості симптоматики, компоненту змішаного, маніакального афекту в статусі та гіпертимного радикалу, гіпоманіакальних або маніакальних коливань настрою – в анамнезі-катамнезі. Тут можуть бути корисними такі інструменти як Біполярний Індекс G.S. Sachs (2004) [12].

Отже, задля надання кваліфікованої діагностичної а згодом і лікувальної допомоги хворим на БАР необхідне залучення значних ресурсів як загалом системи надання психіатричної до-

помоги та суміжних служб, так і індивідуальних зусиль лікаря-психіатра, а також максимального психопатологічного та загальноклінічного кругозору та пильності.

В.С. Подкорытов, С.А. Сазонов, Н.А. Байбарак, О.И. Серикова, О.С. Серикова

**ПРОЕКТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ (F31)
(ЧАСТЬ ПЕРВАЯ)
ОПРЕДЕЛЕНИЕ, УСЛОВИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ, КЛИНИКО-
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА**

ГУ “Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины” (г. Харьков)

Рассмотрены определение, признаки, критерии диагностики, вопросы организации оказания помощи, клинико-диагностическая программа и общие сведения по установлению диагноза в качестве первой части проекта Клинического протокола оказания медицинской помощи больным биполярным аффективным расстройством. С учетом современных экономических проблем в Украине программа обследования предложена в виде спектра объемов процедур от минимально необходимых – до широкого набора почти всех, которые могут быть полезными. Задекларированные принципы приведены к современным международным стандартам и требованиям. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 1 (33). — С. 14-18).

V.S. Pidkorytov, S.A. Sazonov, N.A. Baibarak, O.I. Syerikova, O.S. Serikova

**THE PROJECT CLINICAL PROTOCOLS OF CARE FOR PATIENTS WITH BIPOLAR
AFFECTIVE DISORDER (F31)
(PART ONE)
DEFINITION, CONDITIONS AND ORGANIZATION OF ASSISTANCE, CLINICAL AND
DIAGNOSTIC PROGRAM**

SI “Institute of Neurology Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine” (Kharkiv)

Definition, symptoms, diagnostic criteria, organization of care, clinical and diagnostic program and general information of diagnostics as the first part of the project Clinical protocol of care for patients with bipolar affective disorder were considered. Taking into consideration the current economic problems in Ukraine examination program offered as a range of volumes of procedures from minimally necessary to a broad set of almost all that can be useful. Stated principles brought to modern international standards and requirements. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 14-18).

Література

1. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ «Про надання клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія»» від 05.02.2007 № 59.
2. World Health Organisation. ICD-10 International Classification of Diseases. Version:2010. [Електронний ресурс]/ Режим доступу: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V>
3. Підкоритов В.С. Сучасна діагностика і лікування в психіатрії (2-ге видання, переробл. Та доповн.)/ За редакцією д.мед. н., проф. В.С. Підкоритова// Довідник лікаря «Психіатр» – К.: ТОВ «Доктор-Медіа». – 2011. – 292 с.
4. Підкоритов В.С., Серикова О.І. Сучасна клініко-типологічна структура маніакальних та змішаних епізодів біполярного афективного розладу/ В.С. Підкоритов, О.І. Серикова// Медицинская психология, Т.3 № 3 (11). – 2008. – С. 35-39
5. American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.
6. Angst J. Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems and perspectives/ J. Angst //International Journal of Bipolar Disorders –

2013; 1:12.

7. Марута Н.А. Биполярное аффективное расстройство: диагностика, терапия, профилактика. // Нейроновс психоневрология и нейропсихиатрия В № 8 (35) – 2011 – 26с.
8. Марута Н.А. Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики // Нейроновс. – 2011. – № 2(29). – С. 35-36.
9. Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003.
10. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.
11. Лаукс Г. Психиатрия и психотерапия: справочник / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Меллер; пер. с нем.; под. Общ. ред.акад.РАМН П.И.Сидорова – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 512 с.
12. Sachs G. Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management / G. Sachs //Acta Psychiatr Scand Suppl. – 2004. –№ 422 – P 7-17.

Поступила в редакцию 24.03.2014