

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобров, А. Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии: учебник / А. Е. Бобров. – М.: ООО Издательство «Альманах клинической медицины», 2015. – 51 с.
2. Менделевич, В. Д. Клиническая медицинская психология: учебник / В. Д. Менделевич. – М.: ООО Издательство «МЕДпресс», 2014. – 360 с.
3. Демешкина, Л. В. Нервная анорексия: обзор и клинический случай / Л. В. Демешкина, О. Н. Сердюченко // Гастроэнтерология. – 2015. – № 3. – С. 59–65.

УДК 616.895.1-07

**А. А. Краснова**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Толканец*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## ПРОБЛЕМАТИКА ДИАГНОСТИКИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА 2-ГО ТИПА

### ***Введение***

Биполярное аффективное расстройство 2-го типа (БАР-2 типа) – эпизодическое расстройство настроения, определяемое возникновением одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и по меньшей мере одного депрессивного эпизода, такие гипомании не попадают в поле зрения психиатров, пациент не осознает, как патологическое состояние [1].

Эмоциональные проявления данного расстройства охватывают все виды гипертимии – от легкой приподнятости настроения или чрезмерного выражения радости в связи с относительно адекватным поводом, неспособности по-настоящему огорчаться до безудержной неадекватной веселости, бурной радостной экзальтации. В гипоманиакальных состояниях нередко встречается эмоциональная лабильность, но с доминированием гипертимии.

Характерна диссомния с укорочением сна, ранними пробуждениями. Больные почти неистощимы, потребность в сне снижена. Иногда больные сообщают об особой яркости восприятия и даже об улучшении зрения, слуха, обоняния [3].

Также за фасадом тревоги обнаруживаются конативные и поведенческие проявления, которые свойственны гипомании: общее повышение активности, подвижность, ловкость, точность движений принимается окружающими, даже врачами как социально приемлемые. Пациенты склонны к экстравагантным поступкам, беспечной трате средств, ненужным покупкам, раздаче денег и подарков, присутствует повышение сексуального влечения, нередко с «романтическими увлечениями». К тому же далеко не всегда гипомания представлена классической структурой. Она часто имеет гневливые выражения, либо тревожные [4].

Ключевым дифференциальным критерием диагностики БАР, является наличие гипоманиакальных или маниакальных фаз в анамнезе заболевания. Однако частая ошибочная постановка диагноза рекуррентного депрессивного расстройства больным БАР связана с тем, что пациенты не оценивают гипоманиакальное или маниакальное состояние как болезненное, поэтому не обращаются к врачу и не сообщают о перенесенном «подъеме настроения» при сборе анамнестических сведений. Во французском исследовании EPIDEP уровень распространенности БАР среди депрессивных больных увеличился практически в 2 раза – с 22 до 40 %.

К факторам, затрудняющим процесс диагностики, можно отнести частую коморбидность БАР с другими расстройствами, особенно с тревожными и аддиктивными, а также отставленное появление маниакальной или гипоманиакальной симптоматики у больных с повторными депрессивными фазами [2].

Применение трициклических антидепрессантов для лечения депрессивных состояний может провоцировать развитие полярного аффекта, так называемого «гипоманиакального выража» с последующей хронизацией.

**Цель**

Выявить причину и факторы, затрудняющие процесс диагностики БАР 2-го типа.

**Материал и методы исследования**

Метод исследования – клинический.

Материалы исследования – клинические случаи.

**Результаты исследования и их обсуждение**

*Клинический случай № 1:* Женщина, 46 лет.

Росла и развивалась нормально. Преморбид subtilный, тревожно-мнительный. Социально адаптирована. С 30 лет – домохозяйка. Наблюдается с 23 лет после депрессии в послеродовом периоде. Со становлением фазного течения наблюдалась с рекуррентным депрессивным расстройством. Проводилась терапия трициклическими антидепрессантами. В связи с повторными депрессивными эпизодами переводилась на курсовое лечение вальпроатом (4 года). Практически всегда опрашивалась на предмет наличия гипоманиакальных эпизодов. Спонтанное возникновение депрессии (в формате субдепрессии) при желанной второй беременности (в 40 лет). Беременность выносила без медикаментозных назначений, с поддерживающей психотерапией. Субдепрессия тоскливой модальности с тревожными, обсессивными включениями, переживанием «пелены». Течение приняло персистирующий характер с хронификацией гипотимии. Предпринята ревизия анамнеза. Установлено раннее начало болезни в 10 лет в формате тревожных расстройств (с версией испуга собаки). Дважды лечилась в отделении неврозов с тревожными симптомами (вегетососудистая дистония; фобический невроз). С 15 лет – аутохтонная тревога с предполагаемой гипоманией. При ведении установлены гипоманиакальные эпизоды в последние 2 года в летние месяцы с переживанием воодушевления, с повышенной активностью, оживлением влечений. Называла это «вспышками». Не усматривала в этом ничего болезненного ввиду положительного характера переживаний, социальной приемлемости. В настоящем клиническом случае решающим оказалось выявление гипоманиакальных эпизодов как дискретных, так и на фоне лечения антидепрессантами в формате гипоманиакального выража. Это обусловило квалификацию аффективного расстройства как биполярного, коррекцию лечения (вальпроат). На этапе последних 6 месяцев наметилась тенденция к стабилизации состояния, улучшению качества жизни.

Заключение: Биполярное аффективное расстройство 2-го типа.

*Клинический случай № 2:* Женщина, 58 лет, пенсионер.

Анамнез без особенности. В преморбиде умеренно мнительная, жалостливая, сдержанная, в меру осторожная. При этом социально адаптирована, включалась в социальные акции, выступления. Оставалась внешне веселой, «радостной», даже «шустрой», подвижной. В 49 лет – реактивная депрессия на смерть племянника. В последующем аутохтонные депрессивные эпизоды с фазным течением. Неоднократно лечилась стационарно с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство. При поступлении определялся тревожно-тоскливый аффект, телесные (сенестоалгии, симптомы соматодеперсонализации) сенсации. Состояние изменилось накануне осмотра по типу «включения» с полярным изменением настроения – «отличным», приподнятым, с отвлекаемостью, говорливостью, смешками, гедонией («жить хочется»).

Заключение: БАР 2 типа, депрессивный эпизод с инверсией аффекта (симптоматика гипоманиакального выража).

*Клинический случай № 3:* Женщина, 35 лет.

В 21 год реактивная депрессия на утрату. Последующие аутохтонные эпизоды с углублением регистра до степени меланхолии. Неоднократно лечилась в отделении по-

граничных состояний с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство. Анамнестически установлено незарегистрированное в документации по февраль 2015 – продолжительное гипоманиакальное состояние – 4 месяца в 2015 г. «летала», с оживлением, вдохновением («словами не передать»), спала по три часа; избыток сил, повышенная трудоспособность, осознание отличия гиперактивности от своего привычного модуса.

Поступила в отделение с жалобами на вялость, сонливость, залеживаемость, плаксивость. Осмотрена на 5-й день после поступления. При осмотре – цепкий взгляд, ускоренный темп речи, напористый стиль изложения. Говорливость, экспансивность сочетается с гипорефлексией, эмоциональной монотонией. Признает приподнятость, оживление. Инверсия аффекта – с момента поступления (несколько дней), резкая, по типу «включения» («резко включилась», готова приступить к работе), заметным возрастанием аппетита. Довольна, «все прекрасно!». Эмоционально-восторженный комментарий – «за 10 лет пришла в человеческое состояние». В статусе – актуальная гипомания.

Заключение: Биполярное аффективное расстройство 2-го типа, гипоманиакальный вираж на фоне депрессивного эпизода.

### **Выводы**

Обобщая изложенное выше, следует отметить, что аффективные расстройства весьма распространены, и большая их часть остается нераспознанной.

В приведенных наблюдениях, ключевыми стали приемы анамнестической реконструкции согласно клиническому алгоритму и своевременная квалификация транзиторного повышения настроения на фоне проводимого лечения антидепрессантами – т.н. гипоманиакальный вираж. Квалификация БАР как второго типа позволила оперативно скорректировать лечение и создать предпосылки стабилизации. Диагностика данного расстройства важна, так как она ниже популяционных значений в 150 раз. Следствием этого может явиться проблематичная диагностика данного заболевания и неадекватная терапия таких пациентов. В следствие этого, возникает и обострение и далее хронизация этих состояний.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. МКБ-11 [Электронный ресурс]/2022. – Режим доступа: <https://icd11.ru/bipolarnye-rasstoystva-vtor-typ/> – Дата доступа: 03.04.2022.
2. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
3. Психиатрия: Научно-практический справочник / под ред. РАН А. С. Тиганова. – М.: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – 608 с.
4. Психиатрия: Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.

**УДК 378.6-057.875**

**Д. Ю. Лебешев, И. П. Карнацевич**

*Научный руководитель: д.м.н, доцент, И. М. Сквиря*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА САМООРГАНИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБРАЗОВАНИЯ**

#### **Введение**

Современное медицинское общество требует от системы здравоохранения подготовки умных, дисциплинированных, ответственных молодых специалистов. Подготовка