

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 13, №3

2014



УДК: 616.895.1

СЛУЧАЙ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПЕРВОГО ТИПА, МАНИФЕСТИРУЮЩЕГО В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

© Ваулин С.В., Алексеева М.В., Кольчугина Т.И.

Смоленская государственная медицинская академия, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Резюме: В статье описывается случай манифеста биполярного аффективного расстройства первого типа, манифестирующего в период менопаузы. Сложности диагностики типа течения биполярного расстройства у женщин связаны с дебютом заболевания в виде депрессивного расстройства, что часто приводит к неправильной тактике курации и неадекватной фармакотерапии.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, менопауза, депрессия, маниакальный синдром

A CASE OF FIRST TYPE BIPOLAR DISORDER IN MENOPAUSE

Vaulin S.V., Alexeeva M.V., Kolchugina T.I.

Smolensk State Medical Academy, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

Summary: This article describes a case of bipolar disorder of the first type diagnosed in menopause. The complexity of the diagnostics of bipolar disorder type in menopause women is associated with the onset of the disease in the form of depression frequently leading to inadequate tactics of medical care and inefficient pharmacotherapy.

Key words: bipolar disorder, menopause, depression, mania.

Введение

Распространенность биполярного аффективного расстройства (БАР) первого типа составляет 0,8%, а манифестация приходится на возраст от 15 до 50 лет. В его дебюте у женщин преобладает депрессивное состояние. Основная роль в возникновении заболевания принадлежит генетическим факторам [2,3]. В развитие и течение БАР вовлечены такие нейротрансмиттеры как норадреналин, дофамин, серотонин, а также глюкокортикоиды и другие стрессовые гормоны. Среди гипотез, объясняющих природу БАР, интерес представляет концепция киндлинга (kindling- «зажигание»). В соответствии с ней основная роль в возникновении БАР принадлежит церебральным патофизиологическим механизмам, близким к пароксизмальным. Запуск этих механизмов может происходить под влиянием стрессовых факторов, физиологических сдвигов. Они предрасполагают к возникновению первого эпизода заболевания с последующей аутохтонностью повторения приступов.

Ниже представлен случай биполярного аффективного расстройства 1-го типа манифестирующего в период менопаузы.

Пациентка П. 51 год, поступила повторно в психиатрическую больницу, в связи с нарушением поведения, в сопровождении сотрудников полиции. Была агрессивна, несколько дней не спала, высказывала нелепые идеи эротического содержания в отношении полицейских.

Анамнез: родилась в семье служащих, младшей из двоих детей. Данных за психопатологически отягощенную наследственность нет. Возраст матери на момент рождения пациентки 37 лет. Беременность и роды протекали без особенностей. Росла и развивалась соответственно возрасту. Часто болела ОРВИ, наблюдалась у педиатра с хроническим тонзиллитом. Menses с 12 лет, установились не сразу, болезненные.

Посещала ДДУ. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо, получала похвальные грамоты. Закончила 10 классов. Оценивает себя в этот период активной, упрямой, старалась добиться цели «любой ценой». В 22 года закончила факультет иностранных языков педагогического института. Сразу устроилась на работу учителем в родном поселке. С работой справлялась, отношения с

коллегами были ровные. В 29 лет вышла замуж, через год родила сына. Отношения с мужем не сложились, так как он алкоголизировался. Практически сразу брак был формальным, проживали раздельно. Два года назад муж умер при неизвестных обстоятельствах.

В 34 года перенесла тонзилэктомию. Длительное время отмечались беспричинные подъемы температуры до 37,5 градусов, после операции состояние не изменилось. Несколько лет назад выявлена миома матки. На пенсии по выслуге лет с 2011 г.

С 30-летнего возраста стала отмечать у себя немотивированные перепады настроения: периоды приподнятого настроения, когда «все успевала, была деятельна, активна» сменялись периодами апатии, упадка сил. Продолжительность колебаний настроения составляла от нескольких дней до двух-трех недель. Иногда отмечались незначительные перепады настроения в течение дня. С возраста 45 лет, когда началась менопауза, отмечалось нарастание тяжести депрессивных расстройств. В этот период не хотелось ничего делать, с трудом ходила на работу, заставляла себя заниматься повседневными делами, отмечалась сонливость, чувство вины по отношению к близким, постоянная тревога, необъяснимый страх. Эти симптомы преобладали в утренние часы, а к вечеру «становилось лучше». В 2009 г. обращалась к психиатру по месту жительства по поводу депрессии, назначались «какие-то препараты». Лечение принимала нерегулярно, состояние постепенно улучшилось, но преобладало пониженное настроение.

Летом 2012 г. состояние изменилось, резко повысилось настроение, появилось желание «что-то делать», была активна. Строила планы на будущее, для их реализации брала кредиты в банках, так как «не хотела быть хуже других», сделала ремонт в квартире, «поставила пластиковые окна». Отмечалась склонность к необдуманным покупкам, критику и замечания родных игнорировала. Осенью 2012 г. приятельница, по мнению пациентки, украла у нее из сумочки документы и значительную сумму денег, после чего резко снизилось настроение, испытала тревогу, не могла находиться дома, уехала к сыну. Устроилась на низкоквалифицированную работу, но работать не смогла, вернулась домой. Весной 2013 г. резко снизился аппетит, похудела, потеряла интерес к жизни, залеживалась в постели, появились мысли о самоубийстве, пыталась сама себя задушить руками. Описывает ощущение невыносимой тяжести в груди и «комка в горле». В этом состоянии поступила на стационарное лечение в СОКПБ. В ходе лечения amitриптилином, сертралином, рисперидоном, реланиумом, психическое состояние улучшилось, но в связи с ухудшением соматического состояния (эндокардит, острая почечная недостаточность) была переведена в СОКБ. После выписки лечение принимала нерегулярно.

Состояние ухудшилось в сентябре 2013 г. Стала неусидчива, появилась бессонница, «достаточно было поспать один час». Устроилась на работу в фирму по продаже БАДов, внесла крупную сумму денег, за свой счёт посещала тренинги по продаже продукции в Орле и в Херсоне. На эти цели брала кредиты в банке. Вела активную деятельность по «восстановлению справедливости», обращалась в правоохранительные органы с требованием об эксгумации тела мужа, так как считала, что его убили. Обвиняла сотрудников полиции в укрывательстве преступников. Была агрессивна к родственникам, высказывала бредовые идеи величия, считала себя «последней комсомолкой», собирала деньги на «комсомольский праздник», утверждала, что должен приехать президент В.В. Путин. Родственниками в сопровождении полицейских была доставлена на лечение.

Психический статус на момент поступления: контакту доступна, ориентирована верно в собственной личности, месте нахождения, путает число, месяц и год называет верно. Возбуждена, периодически смеется, бросается к окружающим с поцелуями. Речь ускорена по темпу, перескакивает с темы на тему, высказывает бредовые идеи различного содержания. Утверждает, что благодаря ей произведены аресты высшего начальства, «верхушки ФСБ», местной власти и полиции, которые охотятся за ее «проклятым наследством-домом». При рассказе об этом смеется, потирает руки. Просит отпустить ее для подготовки комсомольского праздника, называет себя «последней комсомолкой», «вождем ВЛКСМ». Обманы восприятия не выявлены, суицидальные идеи не высказывает. Мышление ускорено, непоследовательное. Внимание отвлекаемое, быстро переключается на другие темы, называет себя «бизнес-леди». Критика к состоянию отсутствует.

В результате проведенной терапии поведение больной упорядочилось, нормализовался уровень настроения и темп мышления, продуктивная симптоматика отсутствует, появилось критическое отношение к патологическим переживаниям. Выписана домой на тимостабилизирующей терапии под диспансерное наблюдение.

Переходя к клиническому разбору описанного случая биполярного аффективного расстройства следует очертить круг психических расстройств для проведения дифференциальной диагностики. В описанном примере можно предполагать следующие нозологические формы психических

расстройств: биполярное аффективное расстройство, шизофрению, шизоаффективный психоз, климактерическую депрессию, реактивную манию.

Депрессивные расстройства у больной имели ряд клинических особенностей, которые затрудняли дифференциальную диагностику заболевания, в частности за счет наличия психотравмирующих событий в жизни пациентки, сочетания аффективной симптоматики с проявлениями климактерического синдрома, эндогенную динамику суточного ритма, наличие в переживаниях витального компонента. С учетом того, что у женщин биполярное аффективное расстройство нередко дебютирует с депрессивного эпизода, наиболее частой ошибкой в клинической практике является диагностирование рекуррентной депрессии, что и произошло в нашем клиническом примере. При этом тактика психофармакотерапии при монополярной депрессии не ограничивает применение антидепрессантов (низкий риск инверсии полярности аффекта) как в купирующих целях, так и в длительной профилактической терапии, не требуются назначения нормотимиков.

При выявлении гипоманиакальных эпизодов или смены аффекта на фоне тимоаналептической терапии (некоторые исследователи [1] такую инверсию приравнивают к фазному состоянию) также возможна диагностическая ошибка. В разбираемом клиническом случае гипоманиакальные состояние оказались незамеченными врачами, что привело к неадекватному назначению антидепрессантов без тимоизолептической терапии.

Заключение

Таким образом, у больной наблюдалось психическое расстройство представленное характерным комплексом эмоциональных (гипоманиакальных, маниакальных и депрессивных), вегетативно-соматических, сенсорных, двигательных, мотивационно-волевых, когнитивных и общих поведенческих нарушений. Аффективное бредообразование маниакального типа (идеи величия) не имели характерных структурных особенностей систематизированного интерпретативного бреда.

Литература

1. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: Изд. «Социально-политическая мысль», 2012. – 1080 с.
2. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.
3. Психиатрия. Руководство для врачей в 2-х томах / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 2012. – 424 с.

Информация об авторах

Ваулин Сергей Викторович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: sv_vaulin@mail.ru

Алексеева Марина Владимировна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: mvalexeeva@yandex.ru

Кольчугина Тамара Игоревна – ординатор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: sv_vaulin@mail.ru