

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ПЕРВОГО ТИПА И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ

Н.Н. Петрова, Ю.В. Ашенбреннер

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»

Распространенность биполярного аффективного расстройства (БАР) в популяции по различным источникам колеблется от 1 до 5% [1–4, 15, 17, 32]. БАР является шестой главной причиной инвалидизации среди всех заболеваний в мире [48]. По данным The Global Burden of Disease от 2013 года, БАР было на пятом месте среди психических и связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) расстройств по показателю, оценивающему суммарное «бремя болезни» [10]. При этом заболевании происходит уменьшение трудоспособных лет жизни больше, чем при эпилепсии и болезни Альцгеймера [24, 25]. БАР связано с высоким риском смертности и сокращением продолжительности жизни на 10–20 лет [26]. Риск суицида при БАР в 20–30 раз выше, чем в популяции [33].

Нарушение функционирования в ремиссии отмечено у 10–15% пациентов с БАР [6]. По данным другого источника, при достижении полной клинической ремиссии у 30–50% пациентов с БАР не восстанавливается преморбидный уровень психосоциального функционирования, что приводит к снижению способности принимать участие в обычной трудовой жизни [38]. По данным MacQueen и соавт., 30–60% больных имеют социальные и профессиональные проблемы [22]. Нарушения функционирования затрагивают различные сферы жизнедеятельности, такие как работа, общение, семейные взаимоотношения, отдых, любая социальная активность [16, 49].

Колебания настроения и нестабильность самооценки присутствуют у пациентов с БАР в ремиссии [20]. Одним из дезадаптирующих факторов у этих больных является наличие когнитивного дефицита как во время обострения, так и в эутимии [46], в том числе, нарушений вербальной памяти и исполнительных функций в ремиссии [23]. При этом обнаружена взаимосвязь между плохим соблюдением фармакологического лечения и нарушением вербальной памяти [11].

У 27% больных БАР протекает по циркулярному типу, когда между фазами нет «светлого промежутка», что, несомненно, имеет негативные соци-

ально-экономические последствия [41, 42]. Биполярное расстройство часто сочетается с другими психическими (например, токсикомания, изменение личности) или соматическими (например, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания) расстройствами, что ещё больше ухудшает социальное и физическое функционирование пациентов [39]. Имеется указание, что социальная адаптация лучше у пациентов с более высоким уровнем образования, наличием семьи или гражданского брака, меньшей давностью заболевания [47].

Основными задачами лечения БАР являются стабилизация настроения, которая в свою очередь предотвращает острые эпизоды, госпитализации и суициды, а также улучшение качества жизни путем оптимизации социального и физического функционирования. Лечение носит, преимущественно, симптоматический характер и затрагивает, главным образом, острый период [31]. Результаты лечения зачастую субоптимальны: 60–85% пациентов, получающих лечение, имеют, по крайней мере, один рецидив маниакальной или депрессивной структуры за период 4–5 лет. Для них характерны остаточные симптомы, снижение рабочего потенциала и когнитивные нарушения между рецидивами [13]. По крайней мере, одна треть пациентов не отвечает на терапию [12]. Плохая приверженность к терапии и несоблюдение назначений врача наблюдаются у 20–60% пациентов [21] и приводят к рецидивам, регоспитализациям и суицидальному риску [45].

Проблемы в лечении БАР приводят к плохо управляемому течению заболевания, неполной ремиссии со снижением когнитивных способностей, социальной и профессиональной дисфункцией, ухудшению качества жизни пациентов [30, 36].

В Британских рекомендациях [14] указано, что перспективой улучшения качества помощи этим пациентам является предоставление более квалифицированных клинических услуг. Опыт специалистов в Дании, сочетающий психообразование пациентов, психофармакологический метод, непрерывность и

последовательность лечения, продемонстрировал снижение риска повторного поступления в психиатрическую больницу на 20% [19]. Стигматизация пациентов имеет существенные последствия, поэтому такие стратегии, как когнитивно-поведенческая терапия, могут помочь больным БАР [27]. Мониторинг симптомов должен стать обязательным компонентом ведения этих пациентов, поскольку это будет способствовать раннему вмешательству и позволит отслеживать эффективность терапии [29]. Однако своевременный доступ к специализированной помощи часто ограничен из-за человеческих, финансовых или географических факторов, приводящих к неоптимальному лечению и потерянным возможностям для раннего вмешательства или профилактики БАР [39].

Новые тенденции ведут к оптимизации медицины путем разработки вспомогательных средств для принятия и поддержки клинических решений, системы самоуправления, мониторинга и связи [28, 35]. В мировой практике было произведено много попыток внедрения регулярного дистанционного мониторинга настроения для пациентов с БАР с целью улучшения клинических результатов и оптимизации медицинской помощи, но ни одно из исследований не предоставило достаточно полную информацию о достижении реальных результатов [9, 34, 37].

В задачи исследования входила оценка особенностей течения биполярного расстройства и психосоциального функционирования пациентов с БАР I типа.

Материал и методы

Архивным методом были изучены медицинские карты 1 900 пациентов, получавших лечение в амбулаторном психиатрическом звене Санкт-Петербурга в 2016 году. Было установлено, что диагноз БАР I имелся у 1,8% больных, среди них 22 женщины (возраст $37,23 \pm 8,48$ года) и 12 мужчин (возраст $33,33 \pm 3,94$ года). Средний возраст начала заболевания – $22,59 \pm 3,21$ года. Продолжительность болезни составила $13,29 \pm 7,13$ года.

Статистическая обработка проводилась с использованием программы STATISTICA 10.0, стандартного набора методов.

Результаты и обсуждение

Уровень образования пациентов с БАР I типа был достаточно высоким: 41% больных имел высшее, 21% – неоконченное высшее, 38% – средне-специальное образование. Обнаружено, что пациенты со средне-специальным образованием чаще получают вторую группу инвалидности ($R=0,35$, $p<0,0439$), что согласуется с данными о наличии обратной зависимости между уровнем образования и получением пособия по инвалидности [38].

После начала заболевания 5,9% пациентов продолжили учиться, 23,5% – работать по специальности. 17,6% больных работали не по специальности, но

на квалифицированной работе, 11,8% – трудоустроились на низкоквалифицированную работу, 26,5% – не работали и не учились, 14,7% – были уволены/отчислены из-за развития острого психотического состояния. Таким образом, у 44% больных произошло снижение по карьерной лестнице из-за психического заболевания. Эти показатели несколько превышают имеющиеся в литературе: в США у пациентов с биполярным расстройством уровень безработицы достигает 60%, а по результатам опросов выявлено, что у 40% пациентов с БАР имеет место сокращение оплачиваемой деятельности [5].

Из 21 пациента, которые работали или учились (61,7% от общего числа больных), 52,4% справлялись с работой полностью, 33,3% – с трудом, 14,3% – не справлялись с профессиональными обязанностями.

Обращает на себя внимание, что 41,2% больных БАР I имели инвалидность второй и третьей группы (по 20,6%). В зарубежной литературе отмечено, что уровень инвалидизации при БАР I равен или даже несколько превышает таковой при шизофрении и большом депрессивном расстройстве [40]. Установлена связь между отсутствием занятости с наличием второй группы инвалидности ($R=0,52$, $p<0,0017$).

Среди мужчин лишь 17% служили в армии, 17% – имели судимость вне связи с заболеванием.

Когда-либо в официальном браке состояли 41,2% больных, из которых половина на момент обследования находилась в разводе. Из числа остальных пациентов 70% были одиноки, среди них преобладали женщины (64,3%). У 32,4% от общего числа пациентов имелись дети. 70,6% больных расценивали свои отношения с родственниками и партнерами как гармоничные, 20,6% – как конфликтные.

Анализ потребления ПАВ выявил, что 47,1% пациентов имели никотиновую зависимость, из них только 1 пациент отметил, что курил больше в депрессивном состоянии и в ремиссии, а 2 пациента отметили нарастание табакокурения в маниакальном состоянии. 23,5% пациентов бросили курить на фоне болезни, а 29,4% – никогда не курили. Употребление алкоголя отрицали 17,6% больных. 82,4% потребляли алкоголь, из них эпизодически – 71,4%. В 14,3% наблюдений установлено злоупотребление алкоголем и в таком же числе случаев – алкоголизм. Из числа пациентов, потребляющих алкоголь, 46,4% не видели связи между характером потребления и БАР, 21,4% отмечали увеличение потребления алкоголя в маниакальном или гипоманиакальном состоянии, 14,3% – в депрессивном состоянии, 17,9% не отмечали связи объема потребления алкоголя с заболеванием. Большая часть пациентов (73,5%) никогда не употребляли другие ПАВ, 17,7% – употребляли наркотики эпизодически, 8,8% – имели зависимость от наркотиков. Из числа этих пациентов только 2 пациента отметили увеличение потребления ПАВ в маниакальном состоянии.

Пациенты с БАР имеют более высокий уровень сопутствующих соматических заболеваний и пре-

ждевременную смертность по сравнению с общей популяцией [8, 42, 43]. Более высокие показатели преждевременной смертности в значительной степени связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями [7]. В данном исследовании у 67,7% пациентов имелись сопутствующие соматические заболевания, преимущественно гастроэнтеральные (47,8%), сердечно-сосудистые (43,5%), эндокринные и неврологические (по 17,4%) расстройства. Была выявлена связь между сопутствующей соматической патологией и наличием второй группы инвалидности ($R=0,35$, $p<0,041$), что отличается от имеющихся в зарубежной литературе сведений [38].

У половины пациентов не было данных за отягощенную аффективными расстройствами наследственность, у 29,4% имелась отягощенная наследственность по одной линии, у 20,6% – по двум.

У 52,9% пациентов количество перенесенных эпизодов было более шести. 32,3% больных перенесли от 6 до 10, 20,6% – более 10 приступов. Число приступов у большего количества 0–1 раз/год – 67,7%, 1–2 раза/год – 23,5%, 2–3 раза/год – 8,8%. У 14,7% пациентов отмечались сдвоенные фазы. В 38,2% заболевание манифестировало маниакальным эпизодом, в 61,8% – депрессией, что соответствует мировым данным [18].

41,1% больных первично обратились к психиатру ПНД, 17,7% – к частному психиатру, 5,9% – к врачу общего профиля. 35,3% больных были госпитализированы в психиатрическую больницу по скорой помощи.

У 64,7% пациентов имелось альтернирующее и у 35,3% – континуальное течение БАР I. В условиях психиатрической больницы или дневного стационара получали лечение: один раз – 14,7%, от двух до пяти раз – по 35,3%, от пяти до десяти раз – 32,4%, больше десяти – 17,6% пациентов. Лечение последнего эпизода у 18 пациентов (52,9%) проходило в психиатрической больнице, у 16 (47,1%) – в дневном стационаре.

56% всех пациентов никогда не совершали суицидальные попытки, 35,3% совершили одну попытку, в остальных случаях имелось 2 и более попыток.

В острый период у 47% отсутствовала бредовая симптоматика, у 44,2% – обнаруживалась бредовая симптоматика, конгруэнтная аффекту, у 8,8% – неконгруэнтная.

Из нормотимических препаратов в терапии БАР I чаще всего применяли вальпроаты (67,6%), карбама-

зепин и карбонат лития (50%). 17,6% больных получали ламотридин. В исследовании не встретилось случаев приема прегабалина.

55,9% больных имели опыт приема антидепрессантов из группы трициклических/четырёхциклических (ТЦА/ЧЦА), 50% – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина/селективных ингибиторов обратного захвата норадреналина/селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗС/СИОЗН/СИОЗСиН), 29,4% – ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО), 8,8% – антагонист/ингибитор обратного захвата серотонина (АИОЗС), 5,9% – агомелатина.

Антипсихотики первой генерации применяли у 67,6% пациентов, второй генерации – у 64,7% пациентов. 23,5% пациентов когда-либо получали пролонгированную форму антипсихотиков. ЭСТ была применена в 1 случае.

На момент проведения исследования большинство пациентов принимали СИОЗС (20,6%) и ТЦА (17,65%). Подавляющее большинство больных получали один нормотимический препарат (88,24%). 29,4% больных принимали антипсихотики первого поколения, 32,6% – второго поколения, комбинацию антипсихотиков – 17,6% пациентов.

Нарушение приверженности терапии отмечались у 91,2% пациентов. Чаще всего нарушения режима терапии происходили из-за субъективного ощущения, что уже нет необходимости лечения, «стал здоровым» (70,6% случаев). Причиной некомплаенса также явились: ухудшение психического состояния (32,4%), отсутствие хорошего контакта с врачом (26,5%), отсутствие критики к болезни (23,5%), наличие побочных эффектов (17,7%). Другие причины (отсутствие препарата, финансовые проблемы, алкоголизация) встречались по 8,8%, соответственно.

Симптомами начинающегося обострения чаще всего служили нарушения сна (91,2%) и активности (55,9%), конфликтность и раздражительность (35,3%), тревога (26,5%), изменение аппетита и продуктивности (по 26,5% случаев). Заметно реже наблюдались нарушения мышления (14,7%) и усиление алкоголизации (11,8%).

Полная ремиссия была констатирована у 55,9% пациентов. Резидуальные симптомы в период ремиссии выявлялись у 44% больных БАР I, среди которых преобладали диссомния и колебания аффекта (таблица).

В период ремиссии 67,6% пациентов получали консультативно-лечебную помощь, остальные – динамическое наблюдение в ПНД.

На момент исследования продолжительность ремиссии БАР I менее одного года наблюдалась у 44,2%, от одного до трёх лет – у 41,1%, более 3 лет – у 14,7% больных.

Нарушение режима в период последней ремиссии (67,7% больных) выражалось в нарушении режима посещения лечащего врача (29,4%), приема терапии

Характеристика резидуальных симптомов у больных БАР I

Резидуальные симптомы	%
Нарушения сна	29,4
Нарушения аппетита	11,8
Изменения массы тела	8,8
Эмоциональная неустойчивость	23,5
Чувство внутреннего беспокойства	11,8
Транзиторные аффективные колебания (отдельные депрессивные симптомы, субсиндромальная депрессия и т.д.)	23,5
Психологические переживания, связанные с ожиданием острой фазы	8,8

(11,8%), сочетанном нарушении приверженности терапии (26,5% случаев).

Нерегулярность обращения пациентов в ПНД обнаруживалась непосредственно после выписки у 17,7%, через 1–6 месяцев – 23,5%, спустя 6 месяцев – 14,7%. Регулярно посещали ПНД 44,1% больных. Последнее посещение ПНД на момент исследования было: меньше месяца назад – у 11,7%, 1–6 месяцев назад – 55,9%, более полугодом назад – 32,4%. Основными целями обращения пациентов в ПНД явились: некоторое ухудшение состояния (20,6%), контроль состояния (по приглашению) (58,8%), «за рецептами» (47%).

Заключение

Результаты исследования показали, что, несмотря на небольшой удельный вес БАР I в структуре психических расстройств, наблюдаемых во внебольничной психиатрической помощи, заболевание характеризуется значительной частотой рецидиви-

рования, госпитализаций, риском суицида, низким качеством ремиссии, сопровождается нарушением приверженности терапии, значительным ограничением социального и профессионального функционирования, инвалидизацией больных. Обращает на себя внимание высокая частота потребления ПАВ. Терапия у данных пациентов характеризовалась полипрагмазией, только у 29,4% пациентов терапия формально соответствовала рекомендациям по ведению пациентов с БАР. В ПНД обращаются лишь менее половины первичных больных, что затрудняет своевременную диагностику и терапию.

Таким образом, улучшение психиатрической помощи больным БАР I может быть связано с совершенствованием диагностики, повышением качества терапии, развитием системы психосоциальной реабилитации этих пациентов, включая психообразование и организацию групп поддержки для пациентов и их родственников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акжигитов Р.Г., Яковлев А.Ю. К вопросу о диагностике расстройств биполярного спектра // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2011. № 1. С. 41–45.
2. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Цукарзи Э.Э. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению Биполярного аффективного расстройства у взрослых (проект), 2013.
3. Angst J., Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: Conception, birth and rebirth. *Journal of Affective Disorders*, 67, 3-19. 2001. doi:10.1016/S0165-0327(01)00429-3.
4. Bauer M., Pfennig A. Epidemiology of Bipolar Disorders // *Epilepsia*, 2005. Vol. 46. P. 8–13. doi:10.1111/j.1528-1167.2005.463003.x.
5. Bowden C.L. Bipolar disorder and work loss // *Am. J. Manag. Care*. 2005. Vol. 11, Suppl. 3. S91-S94
6. Cavazzoni P., Grof P., Duffy A. Heterogeneity of the risk of suicidal behavior in bipolar-spectrum disorders // *Bipolar Dis*. 2007. Vol. 9. P. 377–385.
7. Correll C.U., Solmi M., Veronese N, et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls // *World Psychiatry*. 2017. Vol. 16. P. 163–180.
8. De Hert M., Correll C.U., Bobes J. et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care // *World Psychiatry*. 2011. Vol. 10. P. 52–77.
9. Eiring O., Nytroen K., Kienlin S., Khodambashi S., Nylenna M. The development and feasibility of a personal health-optimization system for people with bipolar disorder // *BMC Med. Inform. Decis. Making*. 2017. Vol. 17. P. 102. doi:10.1186/s12911-017-0481-x.
10. Ferrari A.J., Stockings E., Khoo J.-P., Erskine H.E., Degenhardt L., Vos T., Whiteford H.A. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013 // *Bipolar Dis*. 2016. Vol. 18. P. 440–450. doi: 10.1111/bdi.12423
11. Fuentes I. et al. Low compliance to pharmacological treatment is linked to cognitive impairment in euthymic phase of bipolar disorder // *J. Affect. Dis*. 2016. Vol. 195. P. 215–220
12. Geddes J.R., Miklowitz D.J. Treatment of bipolar disorder // *Lancet*. 2013. 381 (9878): 10.1016/S0140-6736(13)60857-0.
13. Gitlin M.J., Miklowitz D.J. The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment // *J. Affect. Dis*. 2017. Vol. 209. P. 147–154. doi:10.1016/j.jad.2016.11.021.
14. Goodwin G.M., Haddad P.M., Ferrer I.N., Aronson J.K., Barnes T.R.H., Cipriani A. et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology // *J. Psychopharmacol*. 2016. Vol. 30. P. 495–553.
15. Hirschfeld R.M. The efficacy of atypical antipsychotics in bipolar disorders // *J. Clin. Psychiat*. 2003. Vol. 64, Suppl. 8. P. 15–21.
16. Huxley N., Baldessarini R.J. Disability and its treatment in bipolar disorder // *Bipolar Disord*. 2007. N 9. P. 180–193.
17. Judd L.L., Akiskal H.S. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases // *J. Affect. Dis*. 2003. Vol. 73, N 1. P. 123–131.
18. Kemp D.E., Muzina D.J., McIntyre R.S. et al. Bipolar depression: treat-based insights to guide patient care // *Dial. Clin. Neurosci*. 2008. Vol. 10, N 2. P. 181–192.
19. Kessing L.V., Hansen H.V., Hvenegaard A., Christensen E.M., Dam H., Glud C. et al. Treatment in a specialised out-patient mood disorder clinic v. standard out-patient treatment in the early course of bipolar disorder: randomised clinical trial // *Br. J. Psychiatry*. 2013. Vol. 202. P. 212–219.
20. Knowles R., Tai S., Jones S.H., Highfield J., Morriss R., Bentall R.P. Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls // *Bipolar Dis*. 2007. Vol. 9. P. 490–495. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00457.x.
21. Levin J.B., Krivenko A., Howland M., Schlachet R., Sajatovic M. Medication adherence in patients with bipolar disorder: a comprehensive review // *CNS Drugs*. 2016. Vol. 30. P. 819–835. doi: 10.1007/s40263-016-0368-x.
22. MacQueen G.M., Hajek T., Alda M. The phenotypes of bipolar disorder: relevance for genetic investigations // *Mol. Psychiatry*. 2005. N 10. P. 811–826.
23. Martínez-Arán A., Vieta E., Colom F., Torrent C., Sánchez-Moreno J., Reinares M., Benabarre A., Goikolea J., Brugue E., Daban C., Salamero M. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome // *Bipolar Dis*. 2004. Vol. 6. P. 224–232. doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00111.x.
24. Mathers C., Fat D.M., Boerma J.T. The global burden of disease: 2004 update // *World Health Organization*, 2008.
25. Merikangas K.R., Jin R., He J.-P. et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011. Vol. 68. P. 241–251. doi:10.1001/archgenpsychiatry.
26. Miller C., Bauer M.S. Excess mortality in bipolar disorders // *Curr. Psychiatry. Rep*. 2014. Vol. 16. P. 499.
27. Molly Howland, Jennifer Levin, Carol Blixen, Curtis Tatsuoaka, Martha Sajatovic, Mixed-methods analysis of internalized stigma correlates in poorly adherent individuals with bipolar disorder // *Comprehensive Psychiatry*. 2016. Vol. 70. P. 174–180, ISSN 0010-440X, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.012>.
28. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes (page 7). [nice.org.uk: NICE \[Электронный ресурс. 2015\]](https://www.nice.org.uk/NICE). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>
29. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. NICE, London, 2006.
30. Nestsiarovich A., Hurwitz N.G., Nelson S.J. et al. Systemic challenges in bipolar disorder management: A patient-centered approach // *Bipolar Dis*. 2017. P. 1–13. <https://doi.org/10.1111/bdi.12547>
31. Nishimura Y., Takahashi K., Ohtani T., Ikeda-Sugita R., Okada N., Kasai K., Okazaki Y., Social Function and Frontopolar Activation during a Cognitive Task in Patients with Bipolar Disorder // *Neuropsychobiology*. 2015. Vol. 72. P. 81–90.
32. Pini S., de Queiroz V., Pagnin D., Pezawas L., Angst J., Cassano G.B.

- et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries // *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2005. Vol. 15. P. 425–434.
33. Pompili M., Gonda X., Serafini G., Innamorati M., Sher L., Amore M., Rihmer Z., Girardi P. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature // *Bipolar Dis.* 2013. Vol. 15. P. 457–490.
 34. Rebecca F., McKnight A.C., Bilderbeck D.J., Miklowitz Ch.H., Guy M., Goodwin J.R., Geddes, Longitudinal mood monitoring in bipolar disorder: Course of illness as revealed through a short messaging service // *J. Affect. Dis.* 2017. Vol. 223. P. 139 – 145.
 35. Royal Pharmaceutical Society (RPS) Medicines optimisation: helping patients to make the most of medicines. England: RPS, 2013.
 36. Sanchez-Moreno J., Martinez-Aran A., Tabares-Seisdedos R., Torrent C., Vieta E., Ayuso-Mateos J.L. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review // *Psychother. Psychosom.* 2009. Vol. 78. P. 285–297.
 37. Saunders K.E.A., Bilderbeck A.C., Panchal P., Atkinson L.Z., Geddes J.R., Goodwin G.M. Experiences of remote mood and activity monitoring in bipolar disorder: a qualitative study // *Eur. Psychiatry.* 2017. Vol. 41. P. 115–121.
 38. Schoeyen H.K., Melle I., Sundet K., Aminoff S.R., Hellvin T., Auestad B.H., Morken G., Andreassen O.A. Occupational outcome in bipolar disorder is not predicted by premorbid functioning and intelligence // *Bipolar Dis.* 2013. Vol. 15. P. 294–305.
 39. Simon J., Budge K., Price J., Goodwin G.M., Geddes J.R. Remote mood monitoring for adults with bipolar disorder: an explorative study of compliance and impact on mental health service use // *Eur. Psychiatr.* 2-17 45C. P. 14–19. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.06.007.
 40. Stefano Pini, Valéria de Queiroz, Daniel Pagnin, Lukas Pezawas, Jules Angst, Giovanni B. Cassano, Hans-Ulrich Wittchen. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries // *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2005. Vol. 15. P. 425–434.
 41. Tundo A., Calabrese J.R., Marchetti F., Dell’Osso L., Proietti L., De Filippis R. Continuous circular cycling in bipolar disorder as a predictor of poor outcome // *J. Affect. Dis.* 2013. Vol. 150. P. 823–828.
 42. Tundo A., Cavalieri P. Continuous circular cycling as a predictor of treatment response in bipolar disorders: A comprehensive review of the current literature // *CNS. Spectrums*, 1-5. doi:10.1017/S1092852917000189].
 43. Vancampfort D., Correll C.U., Galling B. et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis // *World Psychiatry.* 2016. Vol. 15. P. 166–174.
 44. Vancampfort D., Stubbs B., Mitchell A.J. et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis // *World Psychiatry.* 2015. Vol. 14. P. 339–347.
 45. Vieta E., Colom F. Bipolar disorder in adults: Managing poor adherence to maintenance pharmacotherapy [Электронный ресурс. Обновлен август, 2017]. URL: <http://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-psychoeducation-and-other-adjunctive-maintenance-psychotherapies>
 46. Volkert J., Schiele M.A., Kazmaier J. et al. Cognitive deficits in bipolar disorder: From acute episode to remission // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2016. Vol. 266. P. 225–237.
 47. Wingo A.P., Baldessarini R.J., Holtzheimer P.E., Harvey P.D. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients // *Bipolar Dis.* 2010, Vol. 12. P. 319–326. doi:10.1111/j.1399-5618.2010.00808.x.
 48. World Health Organization. The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding. New Hope, Geneva: World Health Organization, 2001.
 49. Zarate C., Tohen M., Land M., Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder // *Psychiatric Quarterly.* 2000. N 71. P. 309–329.

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ПЕРВОГО ТИПА И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ

Н.Н. Петрова, Ю.В. Ашенбреннер

Распространенность биполярного аффективного расстройства (БАР) в популяции по различным источникам колеблется от 1 до 5%. Нарушение функционирования в ремиссии отмечено у 10–15% пациентов с БАР. Плохая приверженность терапии и несоблюдение назначений врача наблюдались у 20–60% пациентов и были связаны с рецидивами, регоспитализациями и суицидальным риском. Проблемы в лечении БАР приводят к плохо управляемому течению заболевания, неполной ремиссии со снижением когнитивных способностей, социальной и профессиональной дисфункции, ухудшению качества жизни пациентов. Задача исследования – дать характеристику течению биполярного расстройства и особенностям психосоциального функционирования пациентов с БАР I типа.

Материал и методы. Архивным методом были изучены медицинские карты 1 900 пациентов, лечившихся в амбулаторном психиатрическом звене Санкт-Петербурга в 2016 году, из них 34 пациента были с БАР I типа – 22 женщины (возраст 37,23±8,48 года) и 12 мужчин (возраст 33,33±3,94 года). Средний возраст начала заболевания 22,59±3,21 года, продолжительность болезни в среднем – 13,29±7,13 года. Статистиче-

ская обработка проводилась с использованием программы STATISTICA 10.0, стандартного набора методов.

Результаты и обсуждение. Более чем у половины пациентов количество эпизодов превышало шесть при средней частоте 0,88±0,57 приступов в год. Уровень образования пациентов был достаточно высоким. У 44% больных произошло снижение по карьерной лестнице из-за психического заболевания. 61,8% больных обнаружили микросоциальную (семейную) дезадаптацию. 29,4% злоупотребляли ПАВ. 44,1% пациентов обнаружили взаимосвязь характера потребления с течением БАР I. Высока частота наличия резидуальных симптомов. Характерна полипрагмазия, только у 29,4% пациентов терапия формально соответствовала рекомендациям по ведению пациентов с БАР. Значительна частота нарушения режима лечения. Психосоциальное функционирование больных БАР I характеризуется достаточно низким уровнем.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, ремиссия, комплаенс, психосоциальное функционирование.

BIPOLAR DISORDER TYPE I AND PATIENTS' PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING

N.N. Petrova, Yu.V. Ashenbrenner

Background: According to different sources, prevalence of bipolar disorder (BP) varies from 1% to 5%, and 10-15% of patients show impaired functioning in remission. Twenty to 60% demonstrate poor compliance, which is associated with relapses, repeated hospitalisations and higher risk for suicide. Problems in treatment lead to poor management of the course of disease, incomplete remission with reduced cognitive abilities, social and professional malfunctioning and poor quality of life. Aim: description of the course and psychosocial functioning of patients with bipolar disorder type I (BPI). Material and method: Retrospective analysis of medical histories of 1900 patients treated in outpatient care of St.Petersburg in 2016. Among them 34 patients had diagnosis of bipolar disorder type I: 22 females (age: 37,23±8,48 years) and 12 males (age: 37,23±8,48 years). Average age of onset of disease: 22,59±3,21 years, average duration of disease: 13,29±7,13 years. Statistical analysis involved STATISTICA 10.0

program and standard set of methods. Results and discussion: In more than half patients the number of episodes was higher than 6, with average frequency 0,88±0,57 episodes a year. Patients' education level was rather high. 44% of patients experienced carrier losses because of their mental disorder and 61,8% displayed microsocial (family) maladjustment problems. 29,3% of patients had substance abuse problems, and 44,1% showed link between psychoactive substance use and the BPI course. Residual symptoms were rather common. Pharmacological treatment was characterized by multiple drug schemes, and only in 29,4% cases it followed the guidelines for BPI patients management. Non-compliance was quite common. Psychosocial functioning of BPI-patients is describes as low-level.

Key words: bipolar disorder, remission, compliance, psychosocial functioning.

Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета; e-mail: petrova_nn@mail.ru
Ашенбреннер Юлия Владимировна – очная аспирантка кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета; e-mail: ashenbrenner22@gmail.com