

Г.М. Вербенко

КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ФАЗИ ЗАХВОРЮВАННЯ

vverbenko@mail.ru

Актуальність. Афективні розлади є провідними серед причин інвалідизації і втрати працездатності серед працездатного населення.

Метою дослідження було вивчення особливостей клінічної симптоматики та якості життя на різних стадіях перебігу БАР.

Матеріали та методи. Після отримання інформованої згоди було відібрано 120 пацієнтів з БАР, які були поділені на три групи: 40 пацієнтів (33,3%) з переважанням депресивних симптомів (F 31.3–5, F 31.6), 30 пацієнтів (25,0%) з переважанням маніакальних симптомів (F31.0–2, F 31.6), 50 пацієнтів (41,7%) в еутимному періоді (F 31.7). Був проведений аналіз досліджуваних груп з використанням шкали манії YMRS, шкали депресії MADRS та шкали якості життя SF–36.

Результати. Пацієнти з БАР мали приблизно однаковий статевий розподіл, найбільша питома вага хвороби була у віковій категорії 31–45 років (відповідно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%) із середнім віком у вибірці (45,7±9,7) років. Звернення за допомогою в групі БАР-М було самим раннім, а з приводу депресії пацієнти зверталися з запізненням, що ускладнювало вихід в ремісію. Кількість пацієнтів із психотичними симптомами в анамнезі достовірно переважала також у групі БАР-М. У всіх пацієнтів виявлена депресивна симптоматика: в БАР-Д – рівня тяжкої депресії ((32,2±7,8) балів); в БАР-М і БАР-Е – субклінічного рівня (відповідно (15,2±4,6) і (14,2±5,1) балів). Значимий результат за шкалою манії був тільки в групі БАР-М ((30,4±6,4) балів). Проте якість життя була досить низькою у всіх трьох групах, особливо соціальне функціонування і емоційне обмеження рольових функцій, через наявність емоційного дисбалансу і когнітивного дефіциту.

Висновки. Основні клінічні характеристики на різних стадіях перебігу БАР залежать від актуальної фази захворювання. Загальною тенденцією є низький показник якості життя за наявності емоційного дисбалансу і когнітивного дефіциту.

Ключові слова:

біполярний афективний розлад, депресія, манія, еутимія, якість життя.

Актуальність. Афективні розлади в сучасному світі є однією з провідних причин інвалідизації та втрати працездатності серед працездатного населення: щорічно понад 15 млн осіб втрачають працездатність внаслідок насамперед депресії [2, 5, 18]. Проблема є актуальною і в Україні: рівень захворюваності на біполярні афективні розлади (БАР) в період з 2000 по 2009 рік коливався в межах 10,1–10,3 на 100 тис. населення, причому за десятиріччя кількість непсихотичних афективних розладів зросла на 58,4%, а психотичних – зменшилась на 65,5% [4, 6, 7, 13].

Депресивні симптоми, як правило, переважають і проявляються приблизно в 3,5 раза частіше, ніж манія / гіпоманія при БАР I, і в 38,5 раза частіше при БАР II. Крім того, пацієнти з біполярним розладом мають високий ризик суїцидальних думок; від 10 до 15% з них здійснюють суїциди. Біполярний афективний розлад є прогресуючим захворюванням, кожний плинний епізод істотно збільшує ризик появи наступного епізоду хвороби. Більше

того, подальші епізоди часто більш тяжкі, мають складну клінічну картину, велику тривалість, менш чутливі до звичайної стратегії лікування [1, 6].

Пацієнти можуть мати кілька депресивних епізодів до маніакального епізоду, причому багато з них не повідомляють про пережиті епізоди манії / гіпоманії, тому у близько 73% спочатку встановлюється неправильний діагноз (як правило, депресія) [2, 3]. БАР також має багато ознак і симптомів інших психічних захворювань (тривожні розлади, шизофренія), що ще більше ускладнює діагноз.

Середній розрив у часі між початковими проявами афективних симптомів і першим курсом терапії становить 9,8 року. Велика відтермінованість початку терапії пов'язана з гіршим соціальним функціонуванням, частішими госпіталізаціями, вищими показниками самогубств [2, 4–7, 13].

W. Coryell і співавт. (2010) відмітили, що у пацієнтів з БАР знижений рівень соціального функціонування,

включно зі зниженням професійного статусу і рівня річного доходу, зберігався навіть після дворічної ремісії [17]. Подібні дані наведені J. Godard і співавт. (2012) за даними річного дослідження хворих на біполярну депресію, а саме: річний катамнез пролікованих пацієнтів показав збереження труднощів у міжособистісній і професійній сферах та наявність порушень когнітивного профілю [14]. Низка дослідників вважають, що пацієнти з БАР II в еутимному періоді більш дезадаптовані, порівняно з хворими на БАР I [10]. L. L. Judd і співавт. (2005) дійшли висновку, що депресивні симптоми погіршують соціальну адаптацію більшою мірою, ніж маніакальні/гіпоманіакальні. Причому, вже субсиндромальна депресія значно погіршує функціонування, тоді як присутність субсиндромальної гіпоманії, навпаки, покращує соціальну адаптацію [15].

Більшість науковців схиляються до думки, що при афективних розладах найбільший вплив на рівень соціального функціонування чинить наявність залишкової депресивної симптоматики, як у пацієнтів з уніполярною депресією в періоді ремісії, так і у пацієнтів з БАР I та II в еутимному періоді [1–4, 10, 17]. Згідно з нещодавнім дослідженням Т. Hellvin (2013), у пацієнтів з БАР погіршення соціального функціонування має значущий ступінь позитивної кореляції з кількістю і тяжкістю депресивних епізодів в анамнезі, а також з більш раннім початком захворювання [16]. Підтвердило «сумнівність» видужання і дослідження В. Sole' і співавт. (2012) 43 хворих на БАР II в еутимному періоді (HAMD \leq 6 і YMRS \leq 6) у порівнянні з 42 здоровими особами. Результати виявили значне погіршення нейрокогнітивних функцій у групі еутимних пацієнтів, найбільшу значущість залишкових депресивних симптомів та нейрокогнітивного дефіциту, як предикторів порушення соціального функціонування [12].

Метою дослідження було вивчення особливостей клінічної симптоматики на різних стадіях перебігу біполярного афективного розладу.

Матеріали та методи дослідження

За умови отримання інформованої згоди на порівняльному етапі дослідження було відібрано 120 пацієнтів з наявністю БАР, які склали клінічний матеріал дослідження та були поділені на три групи: 40 пацієнтів (33,3%) з переважанням депресивних симптомів (F 31.3–5, F 31.6), 30 пацієнтів (25,0%) з переважанням маніакальних симптомів (F31.0–2, F 31.6), 50 пацієнтів (41,7%) в еутимному періоді (F 31.7)). Був проведений аналіз досліджуваних груп з використанням «Карти обстеження пацієнта з БАР», шкали манії YMRS, шкали депресії MADRS та шкали якості життя SF–36.

Оцінювальна шкала манії Янга Young Mania Rating Scale (YMRS) є клінічним інструментом для визначення виразності маніакальних симптомів, вона була розроблена фахівцями Королівського коледжу психіатрів (The Royal College of Psychiatrists) у 1978 році [8]. Ця шкала складається з 11 пунктів, які описують окремі симптоми маніакального синдрому, має заповнюватися лікарем впродовж 15–30 хвилин бесіди з пацієнтом. Чотири пункти шкали (дратівливість, мова, зміст думок і агре-

сивна поведінка) мають більшу діагностичну цінність, порівняно з іншими, та оцінюються подвійними балами від 0 до 8. Інші сім пунктів (піднесений настрій; збільшення моторної активності та енергійність; сексуальна зацікавленість; порушення сну; порушення мислення; зовнішній вигляд; усвідомлення хвороби) оцінюються в діапазоні 0–4 бали. Загальна кількість балів за шкалою YMRS варіює від 0 до 60. Результати інтерпретуються наступним чином: до 12 балів включно є нормою; рейтинг 13–21 бал відповідає стану гіпоманії; діапазон від 22 до 30 балів оцінюється як манія; більше 31 бала – тяжкий маніакальний стан.

Шкала Монтгомері–Асберг для оцінки депресії (MADRS), запропонована в 1979 році, є клінічним інструментом для швидкої і точної оцінки тяжкості депресії [11]. Дослідження з її валідазації, в тому числі культуральні, були проведені в лікарнях Великої Британії і Швеції серед пацієнтів з різними типами депресій. Ця шкала була розроблена на основі 65-пунктової психопатологічної оцінювальної шкали, в якій 17 пунктів, що найчастіше зустрічаються, додатково були тестовані на точність оцінки симптоматики, в результаті чого було відібрано 10 найчутливіших показників. Отже, MADRS складається з 10 пунктів, кожний з яких оцінюється в балах від 0 до 6. Шкала має заповнюватися лікарем за 20–60 хвилин бесіди з пацієнтом. Більший бал відповідає більш тяжкому стану пацієнта. Стани тяжкістю 0, 2, 4 і 6 балів докладно описані у шкалі, а непарні бали залишені для проміжних за тяжкістю станів. Загальний бал за шкалою варіює від 0 до 60 балів, причому в інтервалі 0–6 балів симптоми депресії взагалі відсутні; інтервал 7–14 балів також не означає наявності клінічно значущої депресії; легка депресія відповідає інтервалу 15–24 бали; від 25 до 30 балів визначається помірною депресією; від 31 до 43 – тяжка депресія; понад 44 бали – дуже тяжка. Втім, залежно від завдань клінічних досліджень, у науковій медичній літературі зустрічаються інші варіанти інтерпретації, а саме: щодо легкої депресії 16–25 балів або 7–19 балів; щодо помірної депресії 26–30 балів або 20–34 бали; відповідно щодо тяжкої – >30 балів або >34 балів.

Для оцінки якості життя (ЯЖ) пацієнтів з БАР ми застосували опитувальник SF–36 – один з найчастіше використовуваних у популяційних дослідженнях [6]. Це загальний опитувальник, створений для задоволення мінімальних психометричних стандартів. Опитувальник використовується для групових порівнянь, з огляду на загальні концепції здоров'я або благополуччя, тобто ті параметри, які не є специфічними для різних вікових або нозологічних груп, а також груп, що отримують певне лікування. Він дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Вимірювальна модель, що лежить в основі конструкції SF–36, має 3 рівні: пункти (питання); вісім шкал, кожна з яких об'єднує разом від 2 до 10 пунктів; два сумарних вимірювання, які об'єднують разом шкали. При обробці результатів отримані відповіді по всіх 36 пунктах формують 8 шкал. Пункти,

пов'язані з кожною визначеною шкалою, підсумовуються і перетворюються в значення від 0 до 100, де 100 на максимальне значення, а 0 – мінімальне. Вищі бали відповідають вищому рівню здоров'я.

1. PF – фізичне функціонування – відображає ступінь, в якому здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом сходами, перенесення вантажів тощо).

2. RP – фізичне обмеження рольових функцій – вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденних справ).

3. BP – фізичний біль – інтенсивність болю і його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу удома і поза домом.

4. GH – загальне здоров'я – оцінка хворим свого стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування.

5. VT – життєва сила – відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим.

6. SF – соціальне функціонування – визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).

7. RE – емоційне обмеження рольових функцій – припускає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі затрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо).

8. MH – психічне здоров'я – характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Кожен пункт використовується в обробці балів тільки за однією зі шкал. Ці 8 шкал формують дві різні високоупорядковані групи – сумарні оцінки фізичного і психічного здоров'я. Окремими складовими РН (фізичний компонент здоров'я) є фізичне функціонування; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я. МН (психологічний компонент здоров'я) складається з: психічного здоров'я; рольового функціонування, обумовленого емоційним станом; соціального функціонування; життєвої активності.

Результати та їх обговорення

Серед обстежених пацієнтів було 60 чоловіків (50,0%) і 60 жінок (50,0%), що відповідає типовому розподілу за статтю при БАР (табл. 1). Розподіл за статтю в усіх досліджених групах достовірно не різнився ($P=0,1032$), але була незначна тенденція до переважання жінок як в

депресивній (55,0% VS 45,0%), так і в маніакальній фазах (53,3% VS 46,7%).

Таблиця 1. Розподіл обстежених осіб за статтю (n=120)

| Групи | БАР-Д n=40 | | БАР-М n=30 | | БАР-Е n=50 | |
|----------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Чоловіки | 18 | 45,0 | 14 | 46,7 | 28 | 56,0 |
| Жінки | 22 | 55,0 | 16 | 53,3 | 22 | 44,0 |

Вік пацієнтів був у межах 18–65 років (табл. 2). Близько 1/3 усіх обстежених склали особи вікової категорії 31–45 років (відповідно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%), причому середній вік в окремих групах достовірно не відрізнявся ($P=0,1086$). Втім, варто відзначити певну тенденцію до переважання осіб більш старшого віку в групі БАР-Д та більш молодшого віку – в групі БАР-М. Середній вік у вибірці склав ($45,7\pm 9,7$) років.

Таблиця 2. Розподіл обстежених осіб за віком (n=120)

| Групи | БАР-Д n=40 | | БАР-М n=30 | | БАР-Е n=50 | |
|--------------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| 15–19 | 2 | 5,0 | 1 | 3,3 | 3 | 6,0 |
| 20–30 | 7 | 17,5 | 9 | 30,0 | 12 | 24,0 |
| 31–45 | 18 | 45,0 | 13 | 43,3 | 20 | 40,0 |
| >45 | 13 | 32,5 | 7 | 23,4 | 15 | 30,0 |
| Середній вік | 47,6±9,8 | | 43,7±10,3 | | 45,8±8,5 | |

Таким чином, досліджувані групи є репрезентативними за віком і статтю, що й передбачалось умовами дослідження.

Тривалість актуального маніакального епізоду до початку дослідження склала ($2,6\pm 1,60$) тижнів, депресивного епізоду – ($7,8\pm 5,6$) тижнів (табл. 3). Тривалість еутимного періоду склала ($25,8\pm 9,6$) тижнів.

Отже, пацієнти з депресією звертаються за медичною допомогою набагато пізніше, що ускладнює вихід в ремісію. Кількість коморбідних психічних розладів, суїцидальних спроб в анамнезі, загальний стаж хвороби, число епізодів на рік та відсоток часу, проведеного в хворобливому стані, достовірно не відрізняються в окремих досліджуваних групах. Кількість пацієнтів з психотичними симптомами в анамнезі достовірно переважає в групі БАР-М, що обумовлено тим, що до цієї

Таблиця 3. Розподіл обстежених осіб за характеристиками БАР (n=120)

| Групи | БАР-Д n=40 | | БАР-М n=30 | | БАР-Е n=50 | |
|--|---------------|------|---------------|------|---------------|------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Коморбідні психічні розлади | | 54,1 | | 54,1 | | 57,4 |
| Психотичні симптоми в анамнезі | | 24,8 | | 53,5 | | 38,9 |
| Суїцидальні спроби в анамнезі | | 27,3 | | 27,8 | | 20,4 |
| Тривалість епізоду до початку дослідження (тиж.) | 7,8±5,6 | | 2,6±1,6 | | 25,8±13,6 | |
| Стаж хвороби (роки) | 22,4±12,8 | | 16,5±11,7 | | 25,2±10,5 | |
| Число епізодів на рік | 1,2±1,8 | | 0,7±0,8 | | 0,9±0,9 | |
| % часу хворобливого стану на рік | 47,2±42,3 | | 37,7±35,4 | | 38,7±30,8 | |

групи входять пацієнти тільки з БАР I типу. До груп БАР-Д і БАР-М увійшли пацієнти як з БАР I типу, так і з БАР II типу.

Серед клініко-психопатологічних порушень у пацієнтів з БАР-М розлади мислення та когнітивних функцій були представлені ідеями самосхвалення та самовпевненості у вигляді підвищеної самооцінки, перебільшення власних досягнень і можливостей, надоптимістичної оцінки життєвої ситуації у цілому, а також підвищенням швидкості мислення у вигляді прискороного потоку великої кількості ідей, порушенням виконавчої функції насамперед в труднощах щодо прийняття рішень і підвищеною чутливістю до критичних зауважень на свою адресу. Емоційні розлади у цих пацієнтів проявлялися полярно, як у вигляді вираженого відчуття піднесеності, так і емоційної лабільності з дратівливістю, відчуттями прикрості та образи. У осіб з групи БАР-М були наявні також депресивні і тривожні симптоми, тому середній бал за шкалою Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS) у таких пацієнтів склав (15,2±4,6) (табл. 4). Загальна вираженість проявів за шкалою YMRS складала (30,4±6,4) бали (табл. 5).

Таблиця 4. Розподіл тяжкості симптомів обстежених осіб за шкалою депресії Монтгомері-Асберг (n=120)

| Пункти (бали) | БАР-Д n=40 | БАР-М n=30 | БАР-Е n=50 |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Видима печаль | 3,8±1,6 | 0 | 0,6±0,4 |
| Висловлювана печаль | 3,4±1,8 | 0 | 1,2±0,5 |
| Внутрішня напруга | 2,2±1,8 | 2,7±0,8 | 1,9±0,9 |
| Погіршення сну | 3,2±1,3 | 5,2±2,4 | 2,1±0,8 |
| Зниження апетиту | 2,5±1,6 | 2,1±1,7 | 0,8±0,4 |
| Труднощі концентрації | 3,8±1,2 | 3,5±1,4 | 2,4±1,6 |
| Втома | 3,3±1,4 | 0,3±0,3 | 1,1±0,5 |
| Нездатність до почуттів | 4,2±2,1 | 0 | 1,6±1,2 |
| Песимістичні думки | 3,5±1,9 | 0,8±0,6 | 1,7±0,8 |
| Суїцидальні думки | 2,3±0,8 | 0,6±0,4 | 0,8±0,5 |
| Сумарна оцінка | 32,2±7,8 | 15,2±4,6 | 14,2±5,1 |

Таблиця 5. Розподіл тяжкості симптомів обстежених осіб за шкалою манії Янга (n=120)

| Пункти (бали) | БАР-Д n=40 | БАР-М n=30 | БАР-Е n=50 |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Піднесений настрій | 0 | 2,8±1,6 | 0,8±0,6 |
| Збільшення моторної активності, енергійність | 0 | 2,6±1,7 | 0,5±0,5 |
| Сексуальна зацікавленість | 0 | 1,7±0,8 | 0,3±0,3 |
| Порушення сну | 1,4±0,3 | 2,7±35,4 | 0,7±0,4 |
| Дратівливість | 2,1±0,7 | 4,3±1,8 | 1,4±0,7 |
| Швидкість, кількість мовлення | 0 | 4,1±1,2 | 0,7±0,4 |
| Порушення мислення | 0,2±0,2 | 2,3±0,6 | 0,3±0,2 |
| Зміст ідей | 0 | 3,3±1,4 | 0,7±0,5 |
| Агресивна поведінка | 0,4±0,3 | 2,6±0,9 | 0,3±0,2 |
| Зовнішній вигляд | 0,6±0,5 | 1,3±0,7 | 0,4±0,4 |
| Усвідомлення хвороби | 0,6±0,5 | 2,7±0,6 | 1,3±0,8 |
| Сумарна оцінка | 5,3±3,1 | 30,4±6,4 | 7,4±3,2 |

Серед клінічних проявів в групі БАР-Д відзначалося переважання тужливого та апато-адинамічного варіантів депресії. Були виявлені ангедонія, добові коливання настрою, туга та сум. Депресивні розлади проявлялися загальмованістю рухів, мови, міміки, вираженим відчуттям провини, зниженням інтересів, ідеями малоцінності та підвищенням чутливості до критичних зауважень. У структурі депресивного епізоду реєструвалися порушення сну, зниження маси тіла та запори. Середній бал за шкалою Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS) у таких пацієнтів склав (32,2±7,8) (табл. 4). Загальна вираженість проявів за шкалою YMRS складала (5,3±3,1) бали (табл. 5).

Основними формами клініко-психопатологічних проявів в групі БАР-Е були поєднані варіанти субклінічної гнівливої гіпоманії та переважно тривожної субдепресії, які не усвідомлювалися пацієнтами. Серед розладів мислення та когнітивних функцій спостерігалися деяка ригідність мислення з ідеями власної малоцінності та порушення концентрації уваги. Відповідно, було зниження виконавчої функції (планування й прийняття рішень), рівня інтересів і порушення критики по відношенню до хвороби. Емоційні порушення характеризувалися незадоволенням, емоційною лабільністю і роздратованістю. Соматовегетативні розлади відрізнялися наявністю розладів сну, насамперед у вигляді передсомнічних та інтрасомнічних порушень. Загальна вираженість проявів за шкалою YMRS складала (7,4±3,2) бали (табл. 5). Середній бал за шкалою MADRS склав (14,2±5,1) (табл. 4).

Серед усіх клінічних груп якість життя обстежених осіб з групи БАР-Д за шкалою SF-36 виявилась найгіршою, порівняно з групами БАР-М та БАР-Е, за обома інтегральними показниками (відповідно щодо фізичного здоров'я 32,5 VS 48,4 VS 53,0; щодо ментального (психічного) здоров'я 21,5 VS 37,9 VS 51,6) (табл. 6, а-с).

Варто зауважити, що показники PF (фізичне функціонування) і RP (фізичне обмеження рольових функцій) достовірно (P < 0,05) менші в групі БАР-Д, насамперед за рахунок зменшення у пацієнтів здатності до самообслуговування і виконання буденної діяльності, що додатково підтверджується суб'єктивним рівнем знесилення за показником VT (життєва сила). Показники GH (загальне здоров'я) і MH (психічне здоров'я) достовірно (P < 0,05) менші в групах БАР-Д і БАР-М, порівняно з групою БАР-Е. Аналогічний до вищезазначеного розподіл в клінічних групах виявився щодо показників SF (соціальне функціонування) і RE (емоційне обмеження рольових функцій), які навіть в групі БАР-Е не сягають середнього рівня в 50 балів.

Отже, наявність насамперед депресивної симптоматики найбільше впливає на якість життя пацієнтів з БАР. Втім, соціальне функціонування і емоційне обмеження рольових функцій визначально погіршують якість життя пацієнтів з маніакальними / гіпоманіакальними станами. В еутимному періоді зниження цих же показників обумовлене субклінічними емоційними, а також когнітивними порушеннями.

Таблиця 6. Якість життя пацієнтів обстежених осіб за шкалою SF-36 (n=120)

а) група БАР-Д

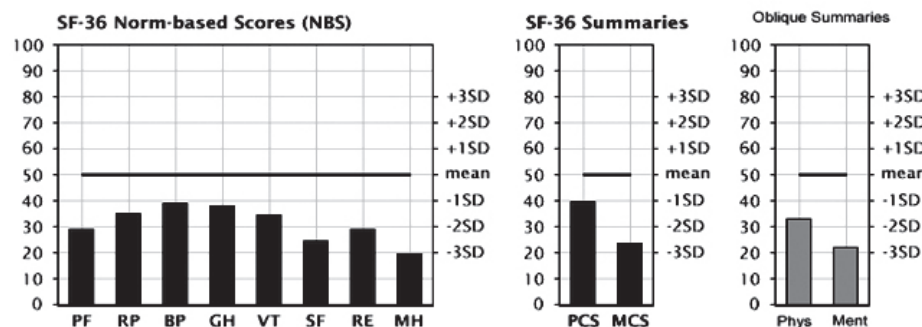
| | PF | RP | BP | GH | VT | SF | RE | MH | PCS | MCS | oblique Phys | oblique Ment |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|--------------|
| Score | 46,0 | 34,0 | 45,0 | 49,0 | 33,0 | 36,0 | 24,0 | 23,0 | | | | |
| Mean | 87,9 | 83,2 | 74,8 | 75,8 | 68,8 | 88,6 | 85,7 | 80,9 | 50,0 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| S,D, | 19,6 | 31,8 | 26,1 | 22,2 | 22,8 | 20,3 | 29,2 | 18,9 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| NBS | 28,6 | 34,5 | 38,6 | 37,9 | 34,3 | 24,1 | 28,9 | 19,4 | 39,4 | 23,4 | 32,5 | 21,5 |

б) група БАР-М

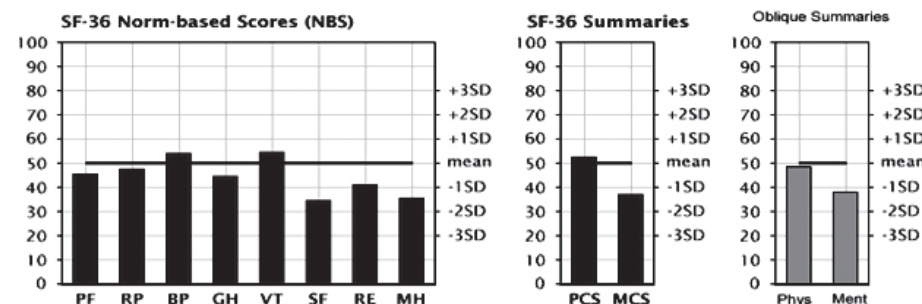
| | PF | RP | BP | GH | VT | SF | RE | MH | PCS | MCS | oblique Phys | oblique Ment |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|--------------|
| Score | 79,0 | 75,0 | 84,0 | 63,0 | 79,0 | 57,0 | 59,0 | 53,0 | | | | |
| Mean | 87,9 | 83,2 | 74,8 | 75,8 | 68,8 | 88,6 | 85,7 | 80,9 | 50,0 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| S,D, | 19,6 | 31,8 | 26,1 | 22,2 | 22,8 | 20,3 | 29,2 | 18,9 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| NBS | 45,5 | 47,4 | 53,5 | 44,2 | 54,5 | 34,4 | 40,9 | 35,2 | 52,1 | 36,8 | 48,4 | 37,9 |

в) група БАР-Е

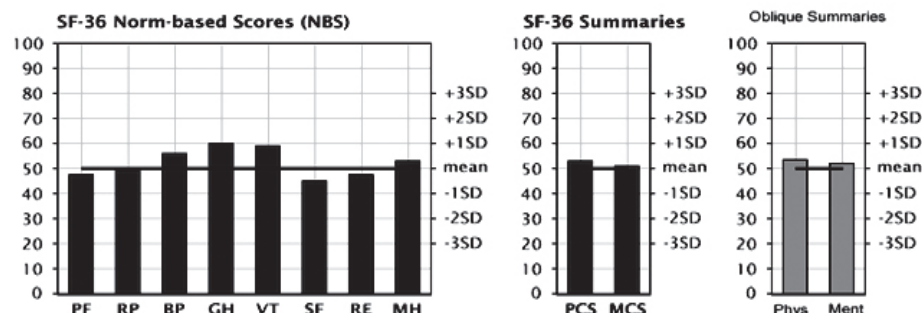
| | PF | RP | BP | GH | VT | SF | RE | MH | PCS | MCS | oblique Phys | oblique Ment |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|--------------|
| Score | 76,0 | 74,0 | 84,0 | 91,0 | 76,0 | 71,0 | 74,0 | 80,0 | | | | |
| Mean | 83,0 | 77,9 | 70,2 | 70,1 | 57,0 | 83,6 | 83,1 | 75,2 | 50,0 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| S,D, | 23,8 | 35,3 | 23,4 | 21,4 | 21,1 | 23,0 | 31,6 | 17,6 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| NBS | 47,1 | 48,9 | 55,9 | 59,8 | 59,0 | 44,5 | 47,1 | 52,7 | 52,9 | 50,8 | 53,0 | 51,6 |



а) група БАР-Д



б) група БАР-М



в) група БАР-Е

Рисунок (а-в). Спектр показників якості життя у групах пацієнтів з біполярним афективним розладом

Висновки

Обстеженим пацієнтам з БАР притаманні приблизно однаковий статевий розподіл, найбільша питома вага хвороби у віковій категорії 31–45 років (відповідно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%) з середнім віком у вибірці ($45,7 \pm 9,7$) років. Звернення за допомогою у групі БАР-М було найбільш раннім, з приводу депресії пацієнти зверталися із запізненням, що ускладнювало вихід в ремісію. Кількість пацієнтів із психотичними симптомами в анамнезі достовірно переважала також у групі БАР-М. У всіх пацієнтів виявлена депресивна симптоматика: в БАР-Д – рівня тяжкої депресії ($(32,2 \pm 7,8)$ балів); в БАР-М і БАР-Е – субклінічного рівня (відповідно $(15,2 \pm 4,6)$ і $(14,2 \pm 5,1)$ балів). Значущий результат за шкалою манії був тільки в групі БАР-М ($(30,4 \pm 6,4)$ балів). Проте, якість життя була досить низькою у всіх трьох групах, особливо соціальне функціонування і емоційне обмеження рольових функцій, через наявність емоційного дисбалансу і когнітивного дефіциту.

Список використаної літератури

1. Кожина А. М. Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Психічне здоров'я. – 2009. – Т. 3–4 (24–25). – С. 60–62.
2. Марута Н. А. Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики [Электронный ресурс] / Н. А. Марута // *НейроNews*. – 2011. – № 2 (29). – Режим доступа: <http://www.neuro.health-ua.com/article/439.html>.
3. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // *НейроNEWS*. – 2013. – № 8 (53). – С. 16–19.
4. Очеретяная Н. Биполярное расстройство: клинический обзор [Текст] / Н. Очеретяная // *Здоров'я України*. – 2011. – № 4 (19). – С. 36–37.
5. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2000–2009 рр. – Харків: Арсіс, 2010. – 160 с.
6. Хаустова Е. А. Сезонное аффективное расстройство: проблемы диагностики и терапии / Е. А. Хаустова // *Міжнародний неврологічний журнал*. – 2012. – № 2 (48). – С. 188–192.
7. Чабан О. С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // *НейроNews*. – 2011. – № 5 (32). – С. 18–22.
8. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity / R. C. Young, J. T. Biggs, V. E. Ziegler, D. A. Meyer // *Br. J. Psychiatry*. – 1978. – Vol. 133. – P. 429–435.
9. Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd) / E. Vieta [et al.] // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. – 2013. – № 16. – P. 1719–1732.
10. Maruta N. A. The neurocognitive dysfunction in adult patients with bipolar disorder I type / N. A. Maruta, V. A. Verbenko, G. N. Verbenko // *Crimea Journal of Experimental and Clinical Medicine*. – 2013. – Vol. 3. – № 1–2 (9–10) – P. 21–23.
11. Montgomery S. A. New depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. A. Asberg // *Br. J. Psychiatry*. – 1979. – Vol. 134. – P. 382–389.
12. Neurocognitive impairment and psychosocial functioning in bipolar II disorder / B. Sole, C. M. Bonnin, C. Torrent [et al.] // *Acta Psychiatr Scand*. – 2012. – Vol. 125, № 4. – P. 309–317.
13. Phillips M. L. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions / M. L. Phillips, D. J. Kupfer // *The Lancet*. – 2013. – Vol. 381. – P. 1663–1671.
14. Psychosocial and neurocognitive functioning in unipolar and bipolar depression: a 12-month prospective study / J. Godard, P. Baruch, S. Grondin, M. F. Lafleur // *Psychiatry Res*. – 2012. – Vol. 196, № 1. – P. 145–153.
15. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study / L. I. Judd, H. S. Akiskal, P. J. Schettler [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62, № 12. – P. 1322–1330.
16. Social functioning in first contact mania: clinical and neurocognitive correlates / T. Hellvin, K. Sundet, S. R. Aminoff [et al.] // *Compr Psychiatry*. – 2013. – Vol. 54, № 5. – P. 432–438.
17. The enduring psychosocial consequences of mania and depression / W. Coryell, W. Scheftner, M. Keller [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150, № 5. – P. 720–727.
18. The global burden of disease. – WHO, 2004.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Г.Н. Вербенко

Актуальность. Аффективные расстройства являются ведущими среди причин инвалидизации и потери работоспособности среди трудоспособного населения. Целью исследования было изучение особенностей клинической симптоматики и качества жизни на разных стадиях течения БАР.

Методы и материалы. После получения информированного согласия было отобрано 120 пациентов с БАР, которые были разделены на три группы: 40 пациентов (33,3%) с преобладанием депрессивных симптомов (F 31.3–5, F 31.6), 30 пациентов (25,0%) с преобладанием маниакальных симптомов (F31.0–2, F 31.6), 50 пациентов (41,7%) в эутичном периоде (F 31.7)). Был проведен анализ исследуемых групп с использованием шкалы мании YMRS, шкалы депрессии MADRS и шкалы качества жизни SF–36.

Результаты. Пациенты с БАР имели примерно равное половое распределение, наибольший удельный вес болезни был в возрастной категории 31–45 лет (соответственно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%) со средним возрастом в выборке (45,7±9,7) лет. Обращение за помощью в группе БАР-М было самым ранним, а по поводу депрессии пациенты обращались с опозданием, что затрудняло выход в ремиссию. Количество пациентов с психотическими симптомами в анамнезе достоверно преобладало также в группе БАР-М. У всех пациентов выявлена депрессивная симптоматика: в БАР-Д – уровня тяжелой депрессии ((32,2±7,8) баллов); в БАР-М и БАР-Е – субклинического уровня (соответственно (15,2±4,6) и (14,2±5,1) баллов). Значимый результат по шкале мании был только в группе БАР-М ((30,4±6,4) баллов). Однако качество жизни было достаточно низким во всех трех группах, особенно социальное функционирование и эмоциональное ограничение ролевых функций, из-за наличия эмоционального дисбаланса и когнитивного дефицита.

Выводы. Основные клинические характеристики на разных стадиях течения БАР зависят от актуальной фазы заболевания. Общей тенденцией является низкий показатель качества жизни из-за наличия эмоционального дисбаланса и когнитивного дефицита.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, депрессия, мания, эутимия, качество жизни.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BAD AND QUALITY OF LIFE DEPENDING ON DISEASES PHASE

G. Verbenko

Relevance. Affective disorders are the leading causes of disability and incapacitation of the working population.

The aim of the study was to investigate the features of clinical symptoms and quality of life at BAD different stages

Methods. After obtaining informed consent were selected 120 BAD patients, divided into three groups: 40 patients (33.3%) with a predominance of depressive symptoms (F 31.3–5, F 31.6), 30 patients (25.0%) with a predominance manic symptoms (F31.0–2, F 31.6), 50 patients (41.7%) in euthymic phase (F 31.7)). We analyzed the study groups using a mania scale YMRS, depression scale MADRS and the quality of life scale SF–36.

Results. Patients with BAD had approximately equal sex distribution. The largest share of the disease was in the age group 31–45 years (BAD-D, respectively – 45.0%, BAD-M – 43.3%, BAD-E – 40.0%) with an average age in (45,7±9,7) years. Asking for help in the group BAD-M was the earliest, and for depression patients treated late, making it difficult to achieve remission. The number of patients with a history of psychotic symptoms in significantly prevailed also in the group BAD-M. All patients had depressive symptoms: the group BAD-D – severe depression level ((32,2±7,8) points); in groups BAD-M and BAD-E – subclinical level (respectively (15,2±4,6) and (14,2±5,1) points). Significant results on a scale of mania was only in the group of BAD-M ((30,4±6,4) points). However, quality of life was relatively low in all three groups, especially social functioning and emotional role limitation functions because of the emotional imbalances and cognitive deficits.

Conclusions. The main clinical characteristics at different BAR stages depends on the actual phase of the disease. The general trend is the lowest quality of life due to the presence emotional imbalances, and cognitive deficits.

Key words: bipolar disorder, depression, mania, euthymia, quality of life.