

О.І. Серікова, О.В. Скринник

СТРУКТУРА РЕМІСІЇ ПРИ БІПОЛЯРНОМУ АФЕКТИВНОМУ РОЗЛАДІ  
ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ПЕРЕНЕСЕНОГО ЕПІЗОДУДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук  
України», м. Харків

olserikova@yahoo.com; olskrynnik@yahoo.com

**Актуальність.** У 70% хворих на біполярний афективний розлад (БАР) в період між загостреннями наявна та чи інша психопатологічна симптоматика, що призводить до негативних соціальних наслідків та значно порушує адаптивні можливості людини.

**Метою** нашого дослідження було вивчення сучасних особливостей клініко-динамічної структури ремісії БАР.

**Матеріали та методи.** За допомогою клініко-психопатологічного методу з аналітичним вивченням доступної медичної документації та методу катамnestичного обстеження було проаналізовано якість ремісії у 120 хворих на БАР.

**Результати.** Виокремлені декілька ступенів ремісії – часткова, повна клінічна та повна функціональна. Часткова ремісія спостерігалася у 61 хворого (50,8%) та була представлена наступними синдромами – синдром легкої астенічної недостатності (33 хворих, 54,1%), хронічний субдепресивний (16 пацієнтів, 26,2%) та хронічний гіпертимний (12 пацієнтів, 19,7%) синдроми. Повна клінічна ремісія мала місце у 35 хворих (29,2%), повна функціональна ремісія – у 24 пацієнтів (20,0%).

**Висновки.** Найтриваліші та найповніші за структурою ремісії спостерігалися після манакального та депресивного епізодів БАР, порівняно із змішаним та подвійним епізодами. Після манакального епізоду найчастіше наставала повна функціональна ремісія, що відповідає поверненню пацієнта до повноцінного соціального функціонування.

**Ключові слова:**  
біполярний афективний  
розлад, ремісія, клініка.

**Актуальність.** Майже третина хворих на біполярні розлади не досягають рівня соціальної ремісії й у них спостерігається професійне зниження [1]. В дослідженнях Malhi et al. (2007) було показано, що відсутність афективних симптомів не означає повного одужання. За даними T. Suppes et al. (2001), майже у 70% хворих на біполярний афективний розлад (БАР) у період між загостреннями наявна та чи інша психопатологічна симптоматика [2]. Тому біполярний афективний розлад слід розглядати як хронічне захворювання, що призводить до негативних соціальних наслідків та значно порушує адаптивні можливості людини [3]. Ремісія, яка характеризується відсутністю афективних симптомів та повноцінним соціальним функціонуванням, є основним завданням при лікуванні БАР.

Вивчення сучасних особливостей клініко-динамічної структури ремісії БАР стало метою нашого дослідження. Завданням дослідження було виявити клініко-психопатологічні особливості та структуру ремісії при БАР.

Дослідження виконане в рамках науково-дослідної роботи «Визначити клініко-патогенетичні механізми перебігу біполярного афективного розладу опираючись на клініко-психопатологічні, патопсихологічні, нейрофізіо-

логічні та біохімічні чинники» (Шифр НАМН.БР.6Ф.15), яка виконується у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України».

Для розв'язання завдання були використані клініко-психопатологічний метод дослідження з аналітичним вивченням доступної медичної документації та метод катамnestичного обстеження. Статистичну обробку даних виконували за допомогою методів визначення вірогідності відмінностей (за U-критерієм Манна-Уїтні, критерієм  $\chi^2$ ). Розрахунки статистичних показників проводили за допомогою Excel для Windows.

Дослідження було проведено на підставі вивчення ремісії у 120 пацієнтів – код F 31.7 за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), які під час гострої фази БАР перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» та під подальшим амбулаторним спостереженням за період з 2000 по 2015 роки. Серед обстежених було 47 чоловіків та 73 жінки. Середній їх вік становив (43,30±4,46) (M±s) років. У дослідження не були включені пацієнти, даних про перебіг захворювання у яких було замало. Середній вік манифестації захворювання становив (21,8±2,57) років,

а тривалість хвороби – (18,65±5,36) років. 31 пацієнт напередодні переніс маниакальний (F31.0-2), 32 – змішаний (F31.6), 29 – депресивний епізод БАР (F31.3-5); 28 хворих перебували на лікуванні з приводу так званого здвоєного епізоду (коли одна фаза змінюється на іншу без переходу до стану ремісії). Якість та структуру ремісій вивчали на основі ознайомлення з медичною документацією та катамнестичного обстеження.

Стан ремісії мав декілька складових. Про ремісію на синдромальному рівні йшлося за умови відсутності критерію «а» в рубриках F31.0 – F31.6 за МКХ-10. Про ремісію на симптоматичному рівні говорили, якщо у пацієнта за шкалою манії Янга (YMRS) було менше 6 балів, а за шкалою депресії Гамільтона (HAMD) – менше 9 балів. Функціональна складова ремісії полягала в тому, наскільки повно пацієнти поверталися до своєї роботи, сімейного життя, були спроможними себе обслуговувати.

Були виокремлені декілька ступенів ремісії – часткова, повна клінічна та повна функціональна ремісія. Тривалість кожної з них наведена у таблиці 1.

Таблиця 1. Тривалість ремісії при різних епізодах БАР

Тип епізоду БАР, який передував ремісії	Середня тривалість ремісії (в місяцях)	Середня тривалість ремісії залежно від ступеня (в місяцях)		
		Часткова ремісія	Повна клінічна ремісія	Повна функціональна ремісія
Маніакальний	10,31±3,79	2,84±1,25	2,94±0,95	4,56±2,33
Депресивний	7,58±3,82	3,54±2,11	2,78±0,87	1,26±0,99
Змішаний	3,20±1,33	2,03±0,95	1,17±0,69	-
Подвійний епізод	5,30±2,71	2,67±1,54	2,63±1,34	-
Середня тривалість	6,59±2,16	2,77±1,46	2,38±1,41	2,91±1,66

У пацієнтів, які перенесли маниакальний епізод, спостерігалися найбільша середня тривалість ремісії – (10,31±3,79) місяців, та найдовша повна функціональна ремісія – (4,56±2,33) місяців. Остання мала місце у 38,7% випадків (12 пацієнтів). Стани часткової та повної клінічної ремісії тривали практично однаковий час – (2,84±1,25) та (2,94±0,95) місяців відповідно, та зустрічалися у 61,3% (19 пацієнтів).

Ремісії після депресивного епізоду були коротшими – в середньому (7,58±3,82) місяців, але різниця з маниакальним епізодом виявилася статистично не достовірною. Основна кількість пацієнтів 44,8% (13 хворих) перебували в частковій ремісії середньою тривалістю (3,54±2,11) місяців. Повна функціональна ремісія тривалістю (1,26±0,99) місяців спостерігалася у 7 хворих (24,1%).

Після змішаного епізоду ремісії були найкоротшими – (3,20±1,33) місяців. Найбільша кількість пацієнтів перебувала в стані часткової ремісії – 22 спостереження (68,7%). У 7 пацієнтів (21,9%) була повна клінічна ремісія, і тільки у трьох пацієнтів (9,1%) – повна функціональна ремісія.

Середня тривалість ремісії після здвоєного епізоду становила (5,30±0,71) місяців, але тільки 11 обстежених хворих (39,3%) досягли ступеня повної клінічної ремісії.

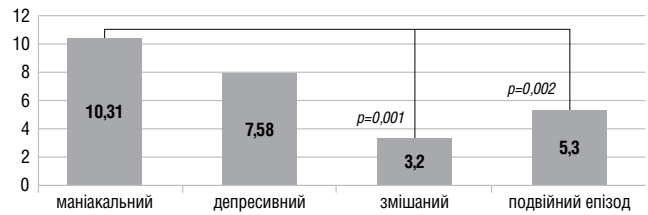


Рис. 1. Середня тривалість ремісії (в місяцях)

Найтривалішими виявилися ремісії після маниакального епізоду (див. рис. 1), ремісії після депресивного епізоду були коротшими, але достовірно не відрізнялися; на відміну від них, після змішаного та здвоєного епізодів ремісії були значно коротшими від попередніх (p=0,001 та p=0,002 відповідно).

Щодо структури ремісії, то найповніше вона була представлена у хворих на маниакальний та депресивний епізоди БАР. У них спостерігали всі три ступені – від часткової до повної функціональної. Якщо тривалість часткової та повної клінічної ремісії після різних епізодів БАР достовірно не відрізнялася, то найдовша повна функціональна ремісія була після маниакального епізоду – (4,56±2,33) місяці. Вона достовірна відносно депресивного епізоду – (1,26±0,99) місяці (p=0,002). Після змішаного та подвійного епізодів повна функціональна ремісія взагалі не спостерігалася (рис. 2).

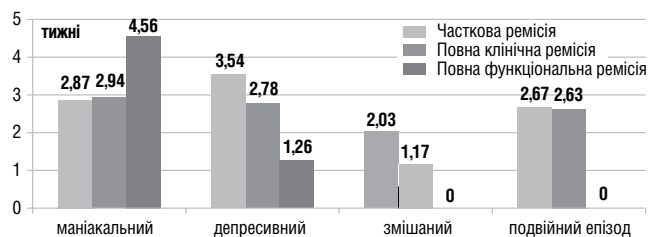


Рис. 2. Структура ремісії при кожному з епізодів БАР

Досліджуючи кількість пацієнтів, що досягли того чи іншого ступеня ремісії, можна сказати, що при маниакальному епізоді достовірно більшою була кількість спостережень з частковою ремісією, порівняно із змішаним епізодом (с<sup>2</sup>=6,99, p=0,008). Повна клінічна ремісія спостерігалася приблизно в однаковій частці пацієнтів, а повна функціональна ремісія достовірно частіше зустрічалася після маниакального епізоду, порівняно із змішаним (с<sup>2</sup>=5,94, p=0,01) та здвоєним (с<sup>2</sup>=6,45, p=0,01) (табл. 2, рис. 3).

Таким чином, найтриваліші ремісії спостерігалися після маниакального та депресивного епізодів БАР. Крім того, вони були найповніше представлені за структурою – від часткової до повної клінічної та функціональної ремісії, а після маниакального епізоду найчастіше зустрічалася повна функціональна ремісія, що відповідає поверненню пацієнтів до повноцінного соціального функціонування.

Загалом, **часткова ремісія** спостерігалася у 61 хворого (50,8%). Вона визначалася як період значного покращення стану, який більше не відповідав синдромальним критеріям епізоду БАР за МКХ-10, проте зберігалися мінімальні залишкові симптоми, тобто за YMRS було 6 балів та більше (середній показник (7,88±1,54) балів) та/або за HAMD – 9 балів та більше (середній показ-

ник (10,65±0,95) балів). Її середня тривалість складала (2,77±1,26) місяців. У стані часткової ремісії у пацієнтів практично не виникала необхідність звернення за допомогою до лікарів. Слабка вираженість розладів не приводила до різких змін в поведінці. Ми виокремили наступні клінічні синдроми, що зустрічалися у обстежених пацієнтів в стані часткової ремісії – синдром легкої астенічної недостатності, хронічний субдепресивний та хронічний гіпертимний синдроми. Синдром легкої астенічної недостатності зустрічався у 33 хворих (54,1%). У клінічній картині переважали душевна слабкість, плаксивість. Пацієнти скаржилися на в'ялість, незначну загальмованість. У деяких випадках зустрічалися іпохондричні побоювання, які не отримували подальшого розвитку, однак додавали дискомфорт. Найчастіше синдром легкої астенічної недостатності спостерігали після депресивної фази (у 9 пацієнтів). У 2 випадках він проявлявся після змішаного та здвоєного епізодів.

16 пацієнтів (26,2%) мали в ремісії *хронічний субдепресивний синдром*. Депресивний характер цього стану виявлявся в ослабленні здатності радіти, в схильності до песимізму. Хворі продовжували свою звичну діяльність (фізичну й розумову), але при цьому вони докладали особливих зусиль, все робили через силу. Більшість з них були не в змозі тривалий час зосередитися на якійсь роботі, їм складно було починати робити щось нове. Хронічний субдепресивний синдром супроводжувався легкими та незначними соматовегетативними порушеннями (неспокійний сон, відчуття дискомфорту у всьому тілі), змінами самопочуття у вигляді своєрідного зниження загального тону. При наявності будь-яких тілесних сенсацій (тяжкість у кінцівках, дискомфорт у шлунку, м'язовий біль, головний біль, тяжкість у шлунку) увага хворих була прикута саме до зони дискомфорту. Зазвичай сон та апетит були нормальними, але в деяких випадках спостерігалися малопомітні труднощі під час засинання, пацієнти прокидалися вранці засмученими та невиспаними. Відсутність відчуття туги або тривоги пояснює віднесення цього стану до субсиндромальних розладів. Хронічний субдепресивний синдром спосте-

рігався у хворих, що перенесли депресивний, змішаний або здвоєний епізод.

При *хронічному гіпертимному синдромі* (12 пацієнтів, 19,7%) було характерним підвищення загального тону, поява відчуття бадьорості, благополуччя, оптимізму, які не зовсім відповідали реальному становищу, перспективам та можливостям пацієнта. Продуктивність діяльності хворого підвищувалася. Порушення сну та апетиту у цих випадках були відсутні. Підвищення вітального тону поєднувалося із суб'єктивним відчуттям цілковитого благополуччя. Стан хворих самі пацієнти та їх оточення розцінювали як «відродження» або як різку зміну характеру. В деяких випадках гіперактивність та прагнення здолати перешкоди призводили до конфлікту. Хронічний гіпертимний синдром спостерігався у пацієнтів, які перенесли маніакальний, змішаний або здвоєний епізод.

Пацієнти, які перебували в стані часткової ремісії, не досягали ремісії на функціональному рівні, але вони не потребували й медикаментозного лікування. 26,9% випадків (18 спостережень) протягом 2 – 5 тижнів переходили у повну клінічну ремісію. У випадках, коли хворі залишалися у стані часткової ремісії, вона мала спонтанний характер.

**Повна клінічна ремісія**, тобто період повного клінічного одужання з відсутністю проявів хвороби як на синдромальному, так і на симптоматичному рівні, мала місце у 35 випадках (29,2%). Вона відповідала стану еутимії та спостерігалася як після лікування на фоні підтримувальної терапії, так і була спонтанною. Але пацієнти з повною

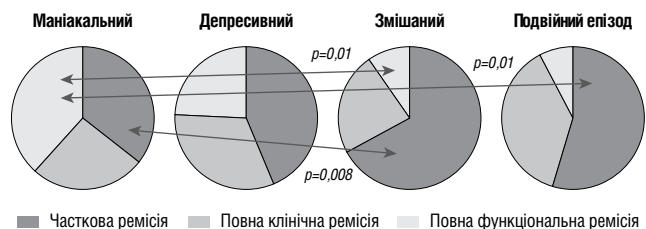


Рис. 3. Порівняння кількості пацієнтів з різними типами ремісії після різних епізодів БАР

Таблиця 2. Кількість обстежених пацієнтів з різними типами ремісії

	Маніакальний епізод (n=31)	Депресивний епізод (n=29)	Змішаний епізод (n=32)	Подвійний епізод (n=28)	χ <sup>2</sup> , p
	1	2	3	4	
Часткова ремісія	11 (35,5%)	13 (44,8%)	22 (68,7%)	15 (53,6%)	0,55 p <sub>1,2</sub> =0,46 6,99 p <sub>1,3</sub> =0,008 1,95 p <sub>1,4</sub> =0,16 3,56 p <sub>2,3</sub> =0,059 0,44 p <sub>2,4</sub> =0,51 1,46 p <sub>3,4</sub> =0,23
Повна клінічна ремісія	8 (25,8%)	9 (31,1%)	7 (21,9%)	11 (39,3%)	0,20 p <sub>1,2</sub> =0,65 0,13 p <sub>1,3</sub> =0,71 1,22 p <sub>1,4</sub> =0,27 0,66 p <sub>2,3</sub> =0,42 0,43 p <sub>2,4</sub> =0,51 2,16 p <sub>3,4</sub> =0,14
Повна функціональна ремісія	12 (38,7%)	7 (24,1%)	3 (9,4%)	2 (7,1%)	1,47 p <sub>1,2</sub> =0,23 5,94 p <sub>1,3</sub> =0,01 6,45 p <sub>1,4</sub> =0,01 1,46 p <sub>2,3</sub> =0,23 1,95 p <sub>2,4</sub> =0,16 0,02 p <sub>3,4</sub> =0,88

клінічною ремісією, незважаючи на відсутність ознак депресивної, манакальної або змішаної симптоматики, не поверталися до нормального соціального життя, яке мало місце до загострення або початку хвороби. Тобто вони не починали працювати, не відновлювали свої соціальні зв'язки, повноцінно не включалися у сімейне життя. В 20,0% випадків (24 спостереження) протягом 2 – 3 місяців клінічна ремісія переходила у функціональну.

**Повна функціональна ремісія** спостерігалася у 24 пацієнтів (20,0%). Вона означала не тільки відсутність будь-яких клінічних проявів захворювання, а й повне повернення до попереднього соціального життя. Пацієнти повністю включалися у життя своєї родини, поверталися на роботу, відновлювали всі соціальні стосунки і навіть прагнули до підвищення свого професійного та соціального рівня. Цей стан повністю відповідав поняттю «інтермісія». Найбільше пацієнтів напередодні функціональної ремісії перенесли гострий манакальний епізод (12 випадків, 38,7%).

## Висновки

Ми виокремили декілька ступенів ремісії при БАП – часткову, повну клінічну та повну функціональну ремісію. Найтриваліші та найповніші за структурою ремісії спостерігалися після манакального та депресивного епізодів БАП, порівняно із змішаним та подвійним епізодами. Після манакального епізоду найчастіше зустрічалася повна функціональна ремісія, що відповідає поверненню пацієнта до повноцінного соціального функціонування.

## Список використаної літератури / Referenses

1. Cassano G. *Chronic and residual major depression* / G. Cassano, M. Savino // *Dysthymia and the spectrum chronic depressions*. – New York, 1997. – P. 101–117.
2. *The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients* / T. Suppes, G. S. Leverich, P. E. Keck [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2001. – Vol. 67 (1–3). – P. 45–59.
3. Brieger P. *Bipolar disorders - relation to personality and temperament* / P. Brieger, A. Marneros // *European Psychiatry*. – 2002. – Vol. 17. – P. 65.

### СТРУКТУРА РЕМИССИИ ПРИ БИПОЛЯРНОМ АФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПЕРЕНЕСЕННОГО ЭПИЗОДА О.И. Серикова, О.В. Скрынник

**Актуальность.** У 70% больных биполярным аффективным расстройством (БАП) в период между обострениями наблюдается та или иная психопатологическая симптоматика, которая приводит к негативным социальным последствиям и значительно нарушает адаптивные возможности человека.

**Целью** нашего исследования было изучение современных особенностей клинико-динамической структуры ремиссии БАП.

**Материалы и методы.** Посредством клинико-психопатологического метода с аналитическим изучением доступной медицинской документации и метода катamnестического обследования было проанализировано качество ремиссий у 120 больных БАП.

**Результаты.** Выделены несколько степеней ремиссии – частичная, полная клиническая и полная функциональная. Частичная ремиссия наблюдалась у 61 больного (50,8%) и была представлена следующими синдромами – легкой астенической недостаточности (33 пациента, 54,1%), хронический субдепрессивный (16 пациентов, 26,2%) и хронический гипертизмный (12 пациентов, 19,7%) синдромы. Полная клиническая ремиссия имела место у 35 пациентов (29,2%), полная функциональная ремиссия – у 24 пациентов (20,0%).

**Выводы.** Самые длительные и наиболее полные по структуре ремиссии наблюдались после манакального и депрессивного эпизодов БАП, в сравнении со смешанным и двойным эпизодами. После манакального эпизода чаще всего встречалась полная функциональная ремиссия, которая соответствует возврату пациента к полноценному социальному функционированию.

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство, ремиссия, клиника.

### REMISSIONS' STRUCTURE IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER DEPENDING ON TYPE OF EPISODE O.I. Syerikova, O.V. Skrynnyk

**Background.** In 70% of patients with bipolar affective disorder (BAD) in the period between exacerbations observed one or another psychiatric symptoms which leads to negative social consequences and significantly violates the human's adaptive abilities.

**Objective.** The aim of our study was to investigate the clinical features of the modern and dynamic structure BAD remission.

**Materials and methods.** Through clinical and psychopathological method katamnestic method with an analytical study of available medical records quality of remissions in 120 patients with BAD was analyzed.

**Results.** Several degrees of remission were obtained - partial, complete clinical remission and complete functionality. Partial remission was observed in 61 patients (50,8%) and consisted of following syndromes – mild asthenic deficiency syndrome (33 patients, 54,1%), chronic subdepressive (16 patients, 26,2%) and chronic hyperthymic (12 patients, 19,7%) syndromes. Complete clinical remission occurred in 35 cases (29,2%), a complete remission function – in 24 patients (20,0%).

**Conclusions.** The longest and most complete structure for remission were observed after the manic and depressive episodes BAD, compared with mixed and double episodes. After a manic episode patients often met complete functional remission which corresponds for the patient's full social functioning.

**Key words:** bipolar affective disorder, remission, symptoms.