

17. Intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy: selective or routine? / F. Piacentini [et al.] // G Chir. – 2003. – Vol. 24, N4. – P. 123-128.
18. Raj P.K. Laparoscopic cholecystojejunostomy: a technical application in unresectable biliary obstruction / P.K. Raj, P. Mahoney, C. Linderman // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. – 1997. – Vol. 7, N 1. – P. 47-52.
19. Watanapa P. Recovery patterns of liver function after complete and partial surgical biliary decompression / P. Watanapa // Am. J. Surg. 1996. – Vol. 171, N 2. – P. 230-234.

REFERENCES

1. Ahaladze G.G. Gnojnyj holangit: voprosy patofiziologii i lechenija (Purulent cholangitis: questions of pathophysiology and treatment). Consilium medicum, 2003, № 1, p. 3-8. (In Russ)
2. Gal'perin, Je.L., Kotovskij A.E., Momunova O.N. Temp dekompressii zhelchnyh protokov pri mehanicheskoj zheltuhe opuholevoj jetiologii (the Rate of decompression of the bile ducts in obstructive jaundice of neoplastic etiology) Hirurgija, 2011, № 8, p. 33-40. (In Russ)
3. Danilov M.V. et al. Hirurgicheskoe lechenie bol'nyh mehanicheskoj zheltuhoy opuholevoj jetiologii (Surgical treatment of patients with mechanical jaundice of tumor etiology) Annaly hirurgicheskoy gepatologii, 1997, vol. 2, № 1, p. 110-116. (In Russ)
4. B.I. Dolgushin et al. Jendobiliarnaja intervencionnaja onkoradiologija (Endobiliary intervention onkarabile). Moscow, Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2004, p.84-85. (In Russ)
5. Ivshin, V.G. Chreskoznyhye diagnosticheskie i lechebnye vmeshatel'stva u bol'nyh mehanicheskoj zheltuhoy (Percutaneous diagnostic and therapeutic interventions in patients with mechanical jaundice) Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – M., 2001. – 49 s. (In Russ)
6. Kononenko S.N., Limonchikov S.V. Diagnostika mehanicheskoj zheltuhi i puti povyshenija jeffektivnosti miniinvazivnyh tehnologij, napravlennyh na ee likvidaciju (Diagnosis of mechanical jaundice and ways to improve the efficiency of minimally invasive technologies aimed at its elimination) Hirurgija, 2011, № 9, p. 4-10. (In Russ).
7. Kulezneva, Ju.V., Izrailov R.E., Kapustin V.I. Tactics of antegrade biliary decompression in mechanical jaundice of tumor Genesis. Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center. – 2010. –Т. 5, №2. – S. 39-42. (In Russ).
8. Lobakov A.I. et al. Minimally Invasive Operations on the Extrahepatic Bile Duct. Annaly hirurgicheskoy gepatologii, 2002, vol.7, № 2, p. 58-63. (In Russ).
9. Fedorov V.D. et al. Hirurgicheskoe lechenie raka obshhego pechenochnogo protoka (Surgical treatment of cancer of the common hepatic duct). Kremlevskaja medicina. Klinicheskij vestnik", 2000, № 2. P. 13-16 (In Russ).
10. Nartajlakov M.A. et al. Jefferektivnost' primeneniya gepatoprotektora Geptral v kompleksnom lechenii bol'nyh s mehanicheskoj zheltuhoy (The efficacy of hepatoprotective Heptral in the complex treatment of patients with mechanical jaundice) Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija, 2009, № 8, p.102-107. (In Russ).
11. Olovjannyj V.E. et al. Sravnitel'naja ocenka laparoskopicheskoy i minilaparotomnoj holecistektomii (Comparative assessment of laparoscopic and minilaparotomic cholecystectomy) Materialy VIII Vserossijskogo sezda po jendoskopicheskoy hirurgii (Moskva, 2005). Jendoskopicheskaja hirurgija, 2005, №1, p. 97. (In Russ).
12. Timerbulatov V.M. et al. Miniinvazivnye hirurgicheskie metody lechenija zhelchnokamennoj bolezni i ee osloznenij (Mini-invasive surgical methods of treatment of gallstone disease and its complications) Permskij medicinskij zhurnal, 2012, vol. 29, № 2, p. 38-46. (In Russ).
13. Timerbulatov V. M., Garipov R. M., Khasanov A. G. 10-year experience in minimally invasive surgical treatment of cholelithiasis and its complications. Endoscopic surgery, 2009, Vol. 15, № 1, Pp. 141-143. (In Russ).
14. Shkrob O.S. et al. Maloinvazivnye vmeshatel'stva v lechenii mehanicheskoj zheltuhi (Minimally invasive interventions in the treatment of mechanical jaundice) Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center. – 1998. – № 9. – S. 31-36. (In Russ).
15. Ahmad J. et al. Effectiveness of the Ultraflex Diamond stent for the palliation of malignant biliary obstruction. Endoscopy, 2002, Vol.34, N 10, P. 793-796.
16. Graham A., Sabharwal T., Adam A. The use of Smarter stents in patients with biliary obstruction. Clin. Radiol., 2004, Vol. 59, N 3, P. 288-291.
17. Piacentini F. et al. Intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy: selective or routine? G Chir., 2003, Vol. 24, N 4, P. 123-128.
18. Raj P.K., Mahoney P., Linderman C. Laparoscopic cholecystojejunostomy: a technical application in unresectable biliary obstruction. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A., 1997. Vol. 7, N 1, P. 47-52.
19. Watanapa P. Recovery patterns of liver function after complete and partial surgical biliary decompression. Am. J. Surg., 1996, Vol. 171, N 2, P. 230-234.

УДК 616.895-01-06-07-08

© С.Н. Стрельник, Т.И. Шишковская, 2018

С.Н. Стрельник, Т.И. Шишковская

КОМОРБИДНОСТЬ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: СТРУКТУРА, КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Самара

Высокая распространенность соматических заболеваний среди пациентов с биполярным расстройством (БАР) требует дальнейшего углубления знаний о взаимосвязях аффективной и соматической патологии.

Цель исследования – изучить структуру и клиническое значение соматической коморбидности у пациентов психиатрического стационара с диагнозом биполярное аффективное расстройство.

Изучена сплошная выборка пациентов в количестве 64 человек, госпитализированных в 2016 году в Самарскую психиатрическую больницу с диагнозом БАР (F.32), из них 18 (28%) женщин, 46 (72%) мужчин. Средний возраст пациентов – 45,5±12,1 года.

Коморбидные соматические заболевания встречались у всех изученных пациентов. У каждого пациента отмечалось от 2 до 12 соматических диагнозов, в среднем 6,2±2,98. В структуре хронических соматических заболеваний среди пациентов с БАР были: неврологические – 96% пациентов; кардиологические – 80%; нефрологические – 72%; эндокринные – 52%; гастроэнтерологические – 36%; пульмонологические – 36%; аутоиммунные и аллергические – 28% пациентов; гинекологические – 86% женщин изученной выборки; онкологические заболевания – 12% пациентов; прочие заболевания – 16%.

Наличие соматической патологии у пациентов с БАП в стационарной психиатрической практике обуславливает необходимость принятия многообразных организационных и клинических решений по оказанию помощи, помимо направленных на основное психическое расстройство. Акцент в подготовке врачей и оснащенности стационарной психиатрической службы должен быть ориентирован на выявленную структуру соматической коморбидности. Другими аспектами влияния на клиническую практику являются: соматические заболевания как предпосылка возникновения неотложных состояний; влияние соматической патологии на течение и прогноз БАП; утяжеление за счет аффективных расстройств течения соматической патологии; коморбидные соматические нарушения, являющиеся противопоказанием для назначения психофармакологических препаратов и требующие учета взаимодействия психофармакологических средств с препаратами для лечения соматических заболеваний.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, БАП, коморбидность, коморбидная соматическая патология, стационарная психиатрическая практика.

S.N. Strelnik, T.I. Shishkovskaya

COMORBIDITY OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER AND SOMATIC PATHOLOGY: STRUCTURE AND CLINICAL IMPORTANCE

High prevalence of somatic diseases among patients with bipolar disorder requires further widening of knowledge about interaction of affective and somatic pathologies

The aim of the research was to study the structure and clinical importance of somatic comorbidity in patients admitted to psychiatric hospital with diagnosis of bipolar affective disorder (BAD).

A continuous sample of 64 patients admitted to Samara Psychiatric Hospital in 2016th year with diagnosis of BAD (F.32) was studied. 18 of them (28%) were female and 46 (72%) – male. Mean age of the patients was 45.5±12.1 years old.

All the patients had comorbid somatic disorders. Each patient had from 2 to 12 somatic diagnoses, 6.2±2.98 on an average. Structure of chronic somatic disorders in patients with BAD was the following: 96% had neurological diseases, 80% had cardiological, 72% – nephrological, 52% – endocrinological, 36% – gastroenterological, 36% – pulmonological, 28% – autoimmune and allergic, 12% – oncological, 16% – other. 86% of the studied women had gynecological diseases.

The most important consequence of present somatic comorbidity in patients with BAD is need for many organizational and clinical decisions in providing medical care, besides the ones aimed at psychopathology. In training doctors and ordering equipment for psychiatric hospitals, points considering the revealed comorbidity structure should be stressed. Another aspects influencing the clinical practice are: somatic disorders as a precondition for emergency conditions; somatic disorders modifying the course and prognosis in BAD and vice versa; somatic comorbidity as a contraindication to for psychopharmacotherapy and as a fact requiring special attention to interaction between the drugs prescribed for treatment of BAD and a comorbid somatic disease.

Key words: bipolar affective disorder, BAD, comorbidity, comorbid somatic disorders, psychiatric hospital treatment.

Высокая распространенность соматических заболеваний среди пациентов с биполярным расстройством (БАП), которая по данным самого крупного на сегодняшний день исследования составляет 58,8% [1], требует дальнейшего углубления знаний о взаимосвязях и взаимовлиянии аффективной и соматической патологий.

Некоторые хронические заболевания встречаются у пациентов с БАП существенно чаще, чем в популяции. По полученным в исследованиях данным [2] для больных БАП в два раза выше риск смерти от сердечно-сосудистых проблем. В группе пациентов с БАП гипертензия встречалась не чаще, чем в общей популяции, но в более молодом возрасте – в среднем на 4-7 лет [3]. Сахарный диабет второго типа согласно данным литературы встречается у 9,9% среди госпитализированных в психиатрический стационар по поводу БАП при 1,8% распространенности сахарного диабета в общей популяции [2]. Также среди пациентов с биполярным расстройством более распространены хронические болевые синдромы [3] и иммунопатологические заболевания, аллергические и аутоиммунные нарушения [4]. Особенно проблемным контингентом в плане соматической коморбидности является группа пациентов психиатрических стационаров с БАП. Пациенты, которые регулярно проходят лечение в психиатрическом стационаре, входят в группу рис-

ка по туберкулезу [5]. Также среди пациентов психиатрических стационаров в связи с гипосоциальным поведением более распространены инфекции, передающиеся половым путем [6]. Среди пациентов с БАП нередко наблюдается злоупотребление алкоголем [7].

Клиническое значение имеют патогенетические взаимосвязи между соматическими заболеваниями, биполярным расстройством и действием (как благотворным, так и нежелательным) психофармакотерапии, применяемой в лечении. Исследованиями показано, что артериальная гипертензия и нарушение толерантности к глюкозе являются компонентами единого патофизиологического процесса [8], а согласно последним данным единый патогенез может связывать оба этих соматических нарушения с биполярным расстройством [9,10]. С другой стороны, есть наблюдение, что нарушения мозгового кровообращения, часто развивающиеся на фоне гипертонической болезни и сахарного диабета 2 типа, могут влиять на характер течения БАП из-за непосредственного повреждения мозговой ткани [11]. Еще один аспект связи обсуждаемых нарушений в том, что многие антипсихотики (в первую очередь используемые у пациентов с биполярным расстройством, атипичные, особенно клозапин) обладают негативным метаболическим эффектом и могут усугублять течение метаболического синдрома и артериальной гипертензии [12].

Еще один пример сложных взаимосвязей между соматическим и психическим состояниями и эффектами фармакотерапии – это заболевания женской половой сферы. На фоне патологических аффективных колебаний у женщин могут наблюдаться нарушения менструальной функции в отсутствие другой гинекологической патологии [13]. С другой стороны, изменения гормонального фона при беременности или в климактерический период могут спровоцировать манифестацию или очередной эпизод биполярного расстройства [14,15]. Нарушения менструального цикла могут также развиваться на фоне лечения; показано, что на фоне терапии вальпроатами повышается риск развития синдрома поликистозных яичников [16]. Также предполагается патогенетическая взаимосвязь между расстройствами настроения и хроническими болевыми синдромами, основанная на киндлинг-эффекте [17]. Однако в то же время существует проблема дифференциальной диагностики истинных болевых синдромов от сенестопатически-ипохондрических проявлений у депрессивных пациентов [18]. Соматическая коморбидность имеет значение и с точки зрения подбора психофармакотерапии. Например, известно, что органическое поражение ЦНС, склонность к аллергическим реакциям и дисфункция щитовидной железы повышают риск злокачественного нейролептического синдрома [19]. С другой стороны, нарушения соматического состояния могут быть проявлением нежелательных эффектов фармакотерапии.

Цель исследования – изучить структуру и клиническое значение соматической коморбидности у пациентов психиатрического стационара с диагнозом биполярное аффективное расстройство. Основные задачи исследования – анализ структуры соматической коморбидности у стационарного контингента пациентов с БАР; выявление взаимосвязи течения соматических заболеваний и БАР; сопоставление фактов соматических расстройств с возможными нежелательными явлениями психофармакотерапии; обозначение клинического значения выявленных взаимосвязей соматической коморбидности и БАР для психиатрической практики.

Материал и методы

Материалом для исследования послужили результаты анализа сплошной выборки пациентов, госпитализированных в 2016 году в Самарскую психиатрическую больницу с диагнозом биполярное аффективное расстройство (F.32). Всего было 64 пациента, из них 18

(28%) женщин, 46 (72%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $45,5 \pm 12,1$ года. На момент проведения исследования имели инвалидность 13 (20%) человек. 11 (17%) пациентов госпитализировались более одного раза в год, общее число проанализированных случаев госпитализаций составило 80. Распределение всех госпитализаций по сезонам (по дате начала пребывания в стационаре) было следующим: 26 (32%) госпитализаций пришлось на осень, 15 (19%) – на зиму, 22 (27,5%) – на весну и 17 (21,5%) – на лето, что в целом отражает общую тенденцию к осенне-весенней сезонности обострений БАР.

В 20% случаев (16 госпитализаций) пациенты проходили лечение по поводу депрессивного эпизода, в 50% (40 госпитализаций) – по поводу маниакального, 8% (6 госпитализаций) клинически характеризовались как смешанное аффективное состояние. В остальных случаях (22%, 18 госпитализаций) госпитализации были связаны с решением социальных, экспертных и клинических вопросов вне текущего аффективного эпизода (для проведения судебно-психиатрической экспертизы, коррекции нейролептического синдрома, подбора поддерживающей терапии и др.).

Из общего количества находившихся на стационарном лечении с диагнозом биполярное аффективное расстройство для 25 пациентов проведен углубленный клинко-психопатологический и клинко-динамический анализы заболевания. Всего изучено 279 госпитализаций. По основным клиническим и социально-демографическим параметрам пациенты, подвергнутые углубленному анализу, соответствовали совокупности всех поступивших за год пациентов с БАР: средний возраст пациентов выборки составил $45,8 \pm 12,9$ года; распределение по полу – 28% (7) – женщины, 72% (18) – мужчины. Из всех изученных госпитализаций аффективные обострения составили 97,1% (271 госпитализация).

У 60% пациентов в клиническом течении болезни преобладают по количеству маниакальные эпизоды, у 4% – смешанные, у 12% – депрессивные, у 24% пациентов в течение всего заболевания не выявлено преобладания какого-либо полюса аффективных расстройств, 40% (10 пациентов) имеют отягощенный семейный анамнез по психическим заболеваниям. Данных о соматической наследственной отягощенности в медицинской документации было недостаточно для ее оценки.

Количество изученных обострений стационарного уровня в анамнезе на одного па-

циента составило от 1 и до 35 аффективных эпизодов, в среднем $11,6 \pm 9,8$ госпитализаций в стационар, 36% (9 пациентов) регулярно получают амбулаторное лечение в психоневрологическом диспансере в период между госпитализациями. Средний возраст начала заболевания (первого обращения к психиатру) – $27,6 \pm 8,5$ года. У 56% (11 пациентов) основной клинический диагноз на протяжении болезни менялся, количество разных нозологических диагнозов составляло от 1 до 4 у одного пациента. Сделанные ранее диагностические оценки не противоречили последующей квалифи-

кации расстройства как БАР на момент настоящего исследования.

Результаты и обсуждение

Структура соматической коморбидности при биполярном аффективном расстройстве. Коморбидные соматические заболевания встречались у всех изученных пациентов. У 1 пациента было от 2 до 12 хронических соматических диагнозов, в среднем $6,2 \pm 2,98$. Структура хронических соматических заболеваний в порядке убывания их частоты среди пациентов с биполярным расстройством представлена на рисунке.

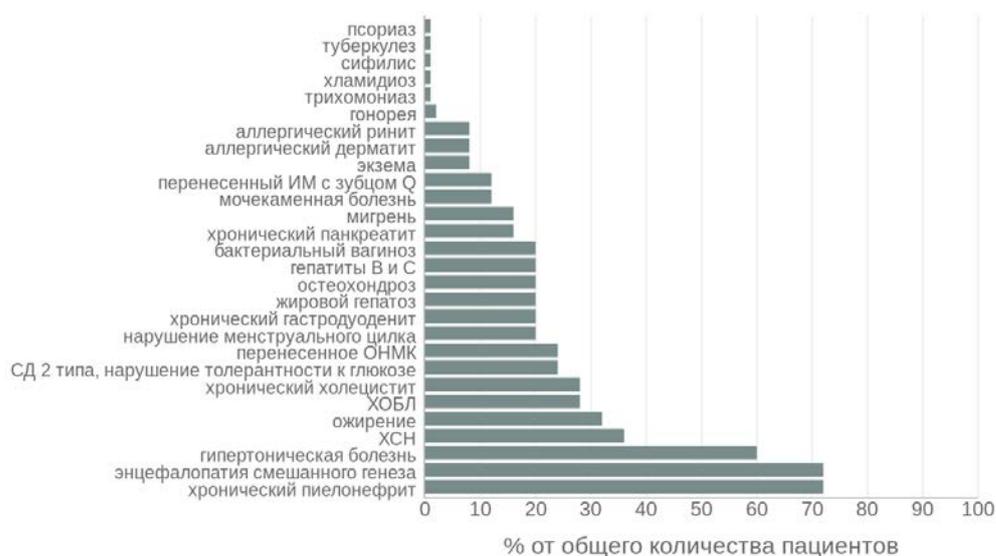


Рис. Структура соматической коморбидности при БАР

Неврологические заболевания (энцефалопатии, перенесенные инсульты, хронические болевые синдромы: мигрень, поясничный и шейный остеохондроз, нейропатии) встречаются у 96% пациентов, 72% (18) пациентов имеют диагноз энцефалопатия, происхождение ее у всех пациентов оценено неврологом как «смешанное». У 48% (12) пациентов генез энцефалопатии, в том числе и травматический, у 52% (13) – токсический, связанный с употреблением алкоголя, у всех пациентов невролог отмечает ее сосудистый компонент, 6 пациентов (24%) перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, 44% (11) пациентов предъявляют жалобы на постоянные боли (головные, в пояснице), при этом диагноз хронического болевого синдрома (поясничного или шейного остеохондроза, мигрени или мононевропатии) выставлен неврологом только в 24% случаев (6 пациентов).

Кардиологические заболевания (ИБС, ХСН, гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии, нарушения ритма) имелись у 80% (20) пациентов. Наиболее распространенный диагноз в этой группе – ги-

пертоническая болезнь, которая встречалась у 15 (60%) пациентов, причем средний показатель возраста постановки этого диагноза составил $43,5 \pm 8,0$ лет (начало ГБ до 45 лет у мужчин и до 50 у женщин по данным специальной литературы считается ранним). У 1 пациента была диагностирована симптоматическая гипертензия вследствие гипоталамического синдрома.

Нефрологические заболевания (у большинства – хронический пиелонефрит, единственный случай мочекаменной болезни) выявляются у 72% (18 пациентов).

Гастроэнтерологические заболевания (хронические гастриты, колиты, холециститы и панкреатиты, гепатиты) поставлены у 36% пациентов (9 случаев).

Нужно отметить, что по поводу нефрологических и гастроэнтерологических заболеваний пациенты не предъявляли жалоб, диагноз поставлен терапевтом на основании результатов лабораторных и диагностических методов обследования.

Эндокринные заболевания (щитовидной железы, яичников, сахарный диабет и нару-

шение толерантности к глюкозе, ожирение) выявлены у 52% (13 пациентов). Наиболее распространены в этой группе компоненты «метаболического синдрома». В 32% случаев (8 пациентов) терапевт поставил диагноз ожирение, генез его (нейроэндокринное) указан в единственном случае у пациента с гипоталамическим синдромом. В 24% случаев (6 пациентов) наблюдались сахарный диабет 2 типа или нарушение толерантности к глюкозе.

Хронические пульмонологические заболевания (хронические обструктивные и не-обструктивные бронхиты, фиброз легких, туберкулез) выявлены у 36% (9 пациентов). Дополнительным фактором риска таких заболеваний является табакокурение, наблюдавшееся у 80% (20) пациентов, в том числе у всех пациентов с хронической пульмонологической патологией.

Аутоиммунные и аллергические заболевания (токсидермии и дерматиты аллергического происхождения, риниты, псориаз) отмечались у 28% (7) пациентов.

Гинекологические заболевания (дисбиозы влагалища, хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов, миома) встречаются у 24% (6) пациентов, то есть у 6 из 7 (86%) представленных в выборке женщин. У 2-х пациенток в стационаре была диагностирована незапланированная беременность, которые были искусственно прерваны.

Онкологические заболевания (злокачественная опухоль молочной железы, аденома простаты, миома) были обнаружены у 3 человек (12% от общего количества изученных пациентов), в том числе у 1 мужчины и 2 женщин, у 16 % – прочие заболевания (артрозы, заболевания глаз, лимфедема).

Отдельную категорию соматической патологии составили острые и хронические инфекционные заболевания. 40% (10) пациентов перенесли в стационаре ОРВИ или грипп, они были зарегистрированы в 27% случаев от всех изученных историй болезни. Кроме того, 3 (12%) пациента перенесли в стационаре острую дизентерию, 5 (20%) пациентов – внутрибольничную пневмонию, одному пациенту из 25 был поставлен диагноз милиарный туберкулез, источник заражения не установлен. Этот больной прошел химиотерапию, на момент исследования имел только остаточный фиброз легких. Инфекции, передающиеся половым путем (сифилис, хламидиоз, гонорея), выявлены у 4 (16%) пациентов. Парентеральные гепатиты диагностировали у 5 (20%) пациентов; источник инфекции не установлен. Также были выявлены единичные случаи па-

разитарных заболеваний на момент поступления в стационар: педикулез и чесотка.

Отклонения в лабораторных и инструментальных исследованиях

Большое количество случаев соматических отклонений было выявлено по результатам лабораторных и инструментальных методов обследования. Так, изменения в анализах крови были обнаружены у 68% (17) пациентов, отклонения от нормы обнаружены в 49% (136) случаев всех изученных случаев госпитализации. В 13% всех зарегистрированных случаев (18 историй болезни) изменения картины крови были связаны с протекающей в данный момент инфекцией: лейкоцитоз на фоне пневмонии или обострения хронического пиелонефрита. В 25% случаев (34 госпитализации) отмеченные в общем анализе крови цитозы и цитопении расценены как побочные эффекты применяемых препаратов (нормотимики, антипсихотики). В 74% случаев (100 историй болезни) изменения крови (повышение СОЭ, лимфоцитоз) не удалось связать ни с одним диагностированным заболеванием или побочным эффектом применяемого в данный момент препарата.

При анализе электрокардиограмм пациентов были выявлены нарушения ритма и проводимости, которые могли быть расценены и как проявление сердечно-сосудистого заболевания, так и как побочные эффекты психофармакотерапии. По заключению терапевта нарушения ритма и проводимости на ЭКГ регистрировались у 64% (16 пациентов), наиболее распространенное нарушение ритма – синусовая тахикардия (7 из 16 пациентов), нарушение проводимости – блокада ножек пучка Гиса (5 из 16). Также выявлены единичные случаи атриовентрикулярной блокады, блокады правой ножки и синусовой брадикардии.

У 12 (48%) пациентов, из которых все имели диагноз гипертоническая болезнь, обнаружена гипертрофия левого желудочка. У 3 (12%) пациентов терапевт сделал заключение о перенесенном инфаркте миокарда с зубцом Q исходя из соответствующих изменений ЭКГ. Несмотря на объективные признаки выраженных изменений миокарда, ни один из пациентов не имел диагноза стенокардия и не предъявлял соответствующих этому диагнозу жалоб. Во время нахождения в стационаре пациент предъявлял жалобы на загрудинную боль.

Отмечалось повышение уровня печеночных цитолитических ферментов в биохимическом анализе крови (5 из 25 пациентов, 20%), которое может вызывать любой из пси-

хотропных препаратов, применяющихся для лечения таких пациентов, трое из этих пациентов в то же время имели хронический вирусный или токсический гепатиты.

Эпизодически регистрировалось повышение уровня глюкозы натощак у пациентов без нарушения толерантности к глюкозе и сахарного диабета (12%, 3 человека из общего числа изученных пациентов) на фоне применения антипсихотиков с зарегистрированными метаболическими побочными эффектами (рисперидон, клозапин).

Нежелательные соматические эффекты психофармакотерапии. В лечении биполярного расстройства используются психофармакологические препараты, обладающие широким спектром побочных эффектов. Один из наиболее очевидных является нейролептический синдром (НС), который встречается не только при приеме собственно нейролептических препаратов, но и некоторых антидепрессантов, нормотимиков и комбинации психофармакологических средств. НС наблюдался у 22 (88%) пациентов. У 4 (16%) пациентов был диагностирован злокачественный нейролептический синдром (ЗНС), по поводу которого они проходили лечение в отделении интенсивной терапии. У 2 (8%) пациентов в анамнезе были госпитализации по поводу именно НС в стадии ремиссии основного заболевания.

Тяжелая аллергическая реакция в ответ на препарат была зарегистрирована в 2-х случаях, она проявлялась токсидермией (в обоих случаях аллергеном являлись антиконвульсанты – карбамазепин, депакин). Во всех остальных случаях, когда проявления аллергии (дерматиты, риниты и конъюнктивиты) были зарегистрированы во время стационарного лечения, аллергия не была расценена как следствие психофармакотерапии.

В 1 случае была отмечена резистентная к антиаритмическому лечению пароксизмальная тахикардия в ответ на амбулаторное назначение нейролептиков (конкретный препарат в документации не указан).

Клиническое значение коморбидных соматических состояний у пациентов с БАР. Столь распространенная и разнообразная коморбидная патология у пациентов с аффективными нарушениями оказывает существенное влияние на оказание психиатрической помощи. Обсудим лишь несколько наиболее очевидных и значимых аспектов влияния коморбидности на клиническую практику врача-психиатра специализированного стационара, обнаруженных нами в исследовании.

Коморбидные заболевания являются предпосылкой для возникновения состояний, требующих оказания неотложной помощи. В изученной выборке 4 (16%) пациента нуждались в реанимационной помощи по поводу злокачественного нейролептического синдрома. Все они имели клинически выраженные признаки органического поражения головного мозга, выступающего фоном для аффективных расстройств. При этом указанных в литературе факторов риска для ЗНС – аллергических заболеваний или заболеваний щитовидной железы – у изученных пациентов в анамнезе не было. У 2 пациентов в психиатрическом стационаре произошло острое нарушение мозгового кровообращения, которое также потребовало перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии. У 1 пациента был диагностирован острый коронарный синдром без подъема ST (маркеры некроза миокарда отрицательные), который был купирован в условиях отделения. 24% (6 пациентов) поступили в стационар в состоянии острой алкогольной интоксикации, 1 пациент – в состоянии отравления неизвестным психотропным препаратом седативного действия.

Соматические расстройства влияют на течение и прогноз БАР. Известно, что соматические заболевания и биполярное расстройство могут взаимно влиять на прогноз друг друга. Так, изменения соматического состояния могут повлиять на течение биполярного расстройства. У 37,5% всех пациенток женского пола аффективные эпизоды были связаны с провоцирующими изменениями гормонального фона. У 1 пациентки с наступлением климакса течение депрессивного расстройства усугубилось: увеличилось количество психотических симптомов и тревоги. У другой пациентки с наступлением климакса тяжесть эпизодов уменьшилась (они стали преимущественно непсихотическими), изменилась полярность (эпизоды преимущественно стали смешанными), при этом обострения участились и потеряли присущую им ранее сезонность. Еще у 1 пациентки на начальных этапах заболевания при госпитализации в психиатрическую больницу по поводу аффективного эпизода каждый раз диагностировали незапланированную беременность. У 16% (4 пациента) незадолго до начала аффективного заболевания была черепно-мозговая травма. 24% (6 пациентов) перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, во всех случаях после этого изменилось течение БАР. У 2 из 6 пациентов изменилась преобладающая полярность эпизодов, стал преобладать один

аффективный полюс, ранее не характерный. У 5 из 6 пациентов возросла частота госпитализаций. У 4 пациентов тяжесть эпизодов усугубилась (стали преобладать психотические эпизоды), у 2, наоборот, снизилась (стали преобладать непсихотические по сравнению с преобладавшими ранее психотическими). У всех пациентов после перенесенного ОНМК отмечалось интеллектуально-мнестическое снижение.

У 2-х пациентов течение расстройства изменилось после появления клиники специфических инфекций: в 1 случае – туберкулеза, в 1 – сифилиса: после заражения стабильно изменилась полярность эпизодов (стали преобладать смешанные, притом, что ранее в одном случае преобладали маниакальные, в другом – депрессивные).

Соматические расстройства, значительно снижающие качество жизни, при наличии также и БАР характеризуются особенностями течения. Начало гипертонической болезни у таких пациентов регистрируется в среднем в 43 года (значительно раньше, чем в среднем в общей популяции), в целом она отмечается в 60% (15) случаев (чаще, чем в общей популяции). У 32% (8 пациентов) отмечается ожирение, у 24% (6) – нарушение толерантности к глюкозе и сахарный диабет, у 16% (4) отмечены все три компонента метаболического синдрома.

Жалобы на постоянные боли (в основном головные) предъявляют 40% (10 пациентов), в то время как диагноз болевого синдрома (мигрени, невралгии или остеохондроза) поставлен неврологом в 24% (6) случаев, что также выше, чем в популяции в целом.

Выявление коморбидных соматических заболеваний может стать противопоказанием для назначения психофармакологических препаратов и требует учета взаимодействия психофармакологических средств с препаратами для лечения соматических заболеваний. Однако в проведенном исследовании данный клинический аспект оказался менее значим, чем ожидалось. Так, наиболее общим противопоказанием является гиперчувствительность к лекарственному веществу или компонентам препарата, вероятность которой повышает общая аллергия. В изученной выборке реакции гиперчувствительности в ответ на введение препаратов были зарегистрированы в 2 случаях, хотя выявлялись и случаи аллергических проявлений с невыявленным нелекарственным аллергеном. Другим примером возможных противопоказаний для назначения всех препаратов является беременность; в данной выборке у 2-х пациенток, не

заинтересованных в сохранении имеющейся беременности, терапия была продолжена. Также обычным противопоказанием для назначения всех препаратов является декомпенсированная печеночная, почечная, сердечная и дыхательная недостаточность. В данной выборке таких пациентов не было.

Заключение

Таким образом, согласно полученным результатам соматическая коморбидность обнаруживается у 100% пациентов с биполярным аффективным расстройством, находящихся в психиатрическом стационаре. При этом у 1 пациента с БАР обнаруживается от 2 до 12 диагнозов соматических расстройств.

Структура коморбидности включает широкий перечень соматических расстройств, из которых наиболее часто обнаруживаются: неврологические заболевания – у 96% пациентов, кардиологические заболевания – у 80%, нефрологические заболевания – у 72%, эндокринные заболевания – у 52%, гастроэнтерологические расстройства – у 36%, хронические пульмонологические заболевания – у 36% пациентов.

Диагностируемая соматическая патология и выявляемые нарушения в лабораторных и инструментальных показателях главным следствием в клинической практике врача-психиатра имеют необходимость принятия многообразных организационных и клинических решений относительно оказания помощи и коррекции (лечения) выявляемых нарушений. Диагностика и терапия при этом осуществляются врачом-психиатром как самостоятельно, так и с привлечением специалистов соматического профиля. Данный факт предъявляет серьезные требования как к общемедицинской грамотности врача-психиатра, так и к службе врачей-консультантов различных специальностей и соответствующей инструментально-лабораторной оснащенности психиатрического стационара. Акцент в подготовке и оснащении стационарной психиатрической службы должен быть ориентирован на выявленную структуру соматической коморбидности.

В более широком плане выявляются многовекторные и пока еще не до конца изученные клинические взаимовлияния соматических и аффективных расстройств, что требует безусловной индивидуализации в оказании помощи больным, в частности в связи с задачами оптимизации комплекса назначаемых психофармакологических и соматических препаратов, решения вопросов медицинского и социального прогноза, экспертной

оценки в различных юридически значимых ситуациях и прочих вопросов. Сложные патогенетические взаимосвязи соматической и аффективной коморбидности являются предметом дальнейших исследований.

Другими наиболее очевидными аспектами влияния соматической коморбидности на клиническую практику врача-психиатра психиатрического стационара являются: соматические заболевания как предпосылка возникновения неотложных состояний; влияние коморбидной соматической патологии на течение и прогноз БАР; утяжеление за счет

аффективных расстройств течения соматической патологии; выявление коморбидных соматических нарушений, являющихся противопоказанием для назначения психофармакологических препаратов и требующих учета взаимодействия психофармакологических средств с препаратами для лечения соматических заболеваний.

Авторы выражают благодарность главному врачу Самарской психиатрической больницы, главному психиатру МЗ СО, к.м.н. Шейферу М.С. и коллективу больницы за содействие в проведении исследования.

Сведения об авторах статьи:

Стрельник Сергей Николаевич – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России. Адрес: 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89. E-mail: sssam12@rambler.ru.

Шинковская Татьяна Игоревна – студентка 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России. Адрес: 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89. E-mail: tszyszkowska@gmail.com.

ЛИТЕРАТУРА

1. Illness burden and medical comorbidity in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder / Magalhaes PV, Kapczynski F, Nierenberg AA [et al.] // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2012. - № 125(4). – P. 303-308.
2. McIntyre, RS, Comorbidity in bipolar disorder: a framework for rational treatment selection / RS McIntyre, JZ Konarski, LN. Yatham // Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental. – 2004. - № 19(6). – P. 369-386.
3. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder / Kilbourne AM, Cornelius JR, Han X [et al.]. // Bipolar disorders. – 2004. - № 6(5). – P. 368-373.
4. General medical conditions in 347 bipolar disorder patients: clinical correlates of metabolic and autoimmune-allergic diseases / Perugi G, Quaranta G, Belletti S et al. // Journal of affective disorders. – 2015. - № 170. – P. 95-103.
5. Зубова, Е.Ю. Туберкулез легких в психиатрических стационарах// Вестник Тамбовского университета. Серия: естественные и технические науки. – 2012. – № 17(1). – С. 256-262.
6. Петрова, Н.Н. Инфекции, передающиеся половым путем, у пациентов психиатрического стационара/ Н.Н. Петрова, Е.М. Чумаков// Неврологический вестник. – 2015. – № 47(1). – С. 5-9.
7. Александров, А.А. Коморбидность биполярного аффективного расстройства и алкогольной зависимости: материалы Российской конференции "Аффективные и шизоаффективные расстройства". Москва, 1-3 октября 2003. – М., 2003. – С. 200-201.
8. Корнеева, О.Н. Патогенетические взаимосвязи артериальной гипертензии и инсулинорезистентности/ О.Н. Корнеева, О.Н. Драпкина// Российский кардиологический журнал. – 2017. – № (5). – С. 100-103.
9. Can bipolar disorder be viewed as a multi-system inflammatory disease? / M Leboyer, I Soreca, J Scott [et al.]. // Journal of affective disorders. – 2012. - № 141(1). – P. 1-10.
10. Insulin resistance and outcome in bipolar disorder / CV Calkin, M Ruzickova, R Uher [et al.]. // The British Journal of Psychiatry. – 2015. - № 206(1). – P. 52-57.
11. Hyperintense MRI lesions in bipolar disorder: a meta-analysis and review / JL Beyer, R Young, M Kuchibhatla [et al.]. // International review of psychiatry. – 2009. - № 21(4) – P. 394-409.
12. The metabolic side effects of 12 antipsychotic drugs used for the treatment of schizophrenia on glucose: a network meta-analysis / Zhang Y, Liu Y, Su Y [et al.]. // BMC Psychiatry. – 2017. - № 17(1). – P. 373.
13. Menstrual cycle related mood changes in women with bipolar disorder / Rasgon N, Bauer M, Glenn T [et al.]. // Bipolar Disorders. – 2003. - № 5(1). – P. 48-52.
14. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women / Freeman MP, Smith KW, Freeman SA [et al.] // The Journal of clinical psychiatry. – 2002. – № 63(4). – P. 284-287.
15. Increased frequency of depressive episodes during the menopausal transition in women with bipolar disorder: preliminary report / WK Marsh, A Templeton, TA Ketter [et al.]. // Journal of psychiatric research. – 2008. - № 42(3). – P. 247-251.
16. Medication status and polycystic ovary syndrome in women with bipolar disorder: a preliminary report / NL Rasgon, LL Altshuler, D Gudeman [et al.]. // The Journal of clinical psychiatry. – 2000. – 61(3). – P. 173-178.
17. Post RM. Do the epilepsies, pain syndromes, and affective disorders share common kindling-like mechanisms? // Epilepsy Research. – 2002. - № 50(1-2). – P. 203-219.
18. Сыропятов, О.Г. Хроническая боль как психосоматическая проблема / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, С.С. Яновский – М.: Литрес, 2017. – 130 с.
19. Волков В.П. К проблеме злокачественного нейрорепродуктивного синдрома / В.П. Волков // Независимый психиатрический журнал. – 2012. – № (2). – С. 24-28.

REFERENCES

1. Magalhaes PV, Kapczynski F, Nierenberg AA et al. Illness burden and medical comorbidity in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2012; 125(4):303-308.
2. McIntyre RS, Konarski JZ, Yatham LN. Comorbidity in bipolar disorder: a framework for rational treatment selection. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental. 2004; 19(6):369-386.
3. Kilbourne AM, Cornelius JR, Han X et al. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. Bipolar disorders. 2004;6(5):368-373.
4. Perugi G, Quaranta G, Belletti S et al. General medical conditions in 347 bipolar disorder patients: clinical correlates of metabolic and autoimmune-allergic diseases. Journal of affective disorders. 2015; 170:95-103.
5. Zubova E. Yu. Pulmonary tuberculosis in mental hospitals. Tambov University Reports. Series Natural and Technical Sciences. 2012, 17(1), P. 256-262.
6. Petrova N.N., Chumakov E.M. The sexually transmitted infections in patients of a psychiatric hospital. Nevrologicheskij vestnik, 2015, № 47(1), P. 5-9.

7. Aleksandrov, A.A. Komorbidnost' bipoljarnogo affektivnogo rasstrojstva i alkohol'noj zavisimosti (Comorbidity of bipolar affective disorder and alcohol dependence). Materialy Rossijskoj konferencii "Affektivnye i shizoaffektivnye rasstrojstva". Moscow, 2003. – M., 2003, p. 200-201.
8. Korneeva O.N., Drapkina O.M. Pathogenetic interaction of arterial hypertension and insulin resistance. Russian Journal of Cardiology. 2006; (5):100-103. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2006-5-100-103>
9. Leboyer M, Soreca I, Scott J et al. Can bipolar disorder be viewed as a multi-system inflammatory disease? Journal of affective disorders.2012;141(1):1-10.
10. Calkin CV, Ruzickova M, Uher R et al. Insulin resistance and outcome in bipolar disorder. The British Journal of Psychiatry.2015; 206(1):52-57.
11. Beyer JL, Young R, Kuchibhatla M et al. Hyperintense MRI lesions in bipolar disorder: a meta-analysis and review. International review of psychiatry.2009; 21(4):394-409.
12. Zhang Y, Liu Y, Su Y [et al.]. The metabolic side effects of 12 antipsychotic drugs used for the treatment of schizophrenia on glucose: a network meta-analysis. BMC psychiatry.2017;17(1):373.
13. Rasgon N, Bauer M, Glenn T et al. Menstrual cycle related mood changes in women with bipolar disorder. Bipolar Disorders.2003; 5(1):48-52.
14. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA et al. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. The Journal of clinical psychiatry.2002; 63(4):284-287.
15. Marsh WK, Templeton A, Ketter TA et al. Increased frequency of depressive episodes during the menopausal transition in women with bipolar disorder: preliminary report. Journal of psychiatric research.2008; 42(3):247-251.
16. Rasgon NL, Altshuler LL, Gudeman D et al. Medication status and polycystic ovary syndrome in women with bipolar disorder: a preliminary report. The Journal of clinical psychiatry.2000; 61(3):173-178.
17. Post RM. Do the epilepsies, pain syndromes, and affective disorders share common kindling-like mechanisms? Epilepsy Research.2002; 50(1-2):203-219.
18. Syropjatov O.G., Dzeruzhinskaja N.A., Janovskij S.S. Hronicheskaja bol' kak psihosomaticheskaja problema (Chronic pain as psychosomatic). Moscow, Litres, 2017, 130 p.
19. Volkov V.P. K probleme zlokachestvennogo nejrolepticheskogo sindroma (To the problem of neuroleptic malignant syndrome). Nezavisimyj psichiatricheskij zhurnal, 2012, № (2), p. 24-28.