

<https://doi.org/10.35339/ekm.2019.85.04.08>

УДК 616.895.1-616.895.6

*Ю.І. Мисула*

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

### **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРВИННИМ ЕПІЗОДОМ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ**

Запропонована комплексна система лікувально-реабілітаційних заходів при первинному епізоді біполярного афективного розладу, яка реалізується у три взаємопов'язані етапи: психодіагностичний етап, на якому проводиться комплексний клініко-психодіагностичний аналіз з визначенням клінічного варіанту; етап комплексної терапії, який передбачає поєднання психофармакології нормотиміками, антидепресантами, атипівими нейролептиками з психоосвітою, комплаєнс-терапією, сімейною терапією, роботою з коморбідною психічною і наркологічною патологією; етап психосоціальної реабілітації та профілактики, який включає підтримуючу психофармакологічну терапію і заходи з психосоціальної терапії та реабілітації. Порівняльний аналіз засвідчив вищу ефективність запропонованої терапії у порівнянні з традиційною відносно клінічного ефекту, нормалізації афективної сфери та покращення якості життя хворих.

**Ключові слова:** біполярний афективний розлад, первинний епізод, лікування, реабілітація.

#### **Вступ**

Проблема біполярного афективного розладу (БАР) розглядається в якості однієї з найактуальніших проблем сучасної психіатрії, що пов'язано зі значною поширеністю (0,6–1,0%), відносною стабільністю захворюваності упродовж тривалого часу і вагомими соціальними наслідками, включаючи високий рівень смертності та наявність серйозних психологічних проблем протягом усього життя [1–4]. На думку Н.О. Марути, БАР є патологією з вагомими медико-соціальними наслідками, адже розвивається у молодому віці та характеризується хронічним перебігом, високою коморбідністю, значною соціальною дезадаптацією, втраченою працездатністю та інвалідизацією, зниженням якості життя, високим суїцидальним ризиком, а також зменшенням тривалості життя хворих в середньому на 10 років і потребою в тривалій терапії [5, 6].

Надзвичайно важливе значення для забезпечення хворих з БАР своєчасною та ефективною психіатричною допомогою має яко-

мога більш раннє розпізнавання і лікування захворювання. Дослідженнями останніх років показано, що характер майбутнього біполярного розладу значною мірою визначається перебігом його первинного епізоду (ПЕ), при цьому особливості ПЕ є актуальним чинником прогнозування важкості захворювання, його функціональних наслідків та відклику на лікування [7]. У ряді досліджень підкреслюється, що первинні прояви БАР виявляються за кілька років до синдромально оформленого розладу; при цьому чинна система виявлення і лікування ПЕ БАР залишається недосконалою, що призводить до відтермінування адекватного лікування і погіршення стану пацієнтів [1, 7–10]. Виходячи з цього, розробка науково обґрунтованої системи раннього виявлення та лікування ПЕ БАР є важливим, актуальним завданням і має вагоме теоретичне і практичне значення.

**Мета і завдання дослідження** – розробити сучасні підходи до лікування хворих з ПЕ БАР з урахуванням його клінічного варіанта

© Ю.І. Мисула, 2019

та оцінити їх ефективність відповідно до принципів доказовості у наукових дослідженнях.

### Матеріал і методи

З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди було проведено клініко-психодіагностичне обстеження 88 хворих з первинним епізодом БАР, які перебували на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні у період 2011–2016 років. З них були сформовані наступні групи: 1) основна група 1 (ОГ1) – хворі з депресивним варіантом ПЕ БАР, які отримували лікування за запропонованою схемою, чисельністю 34 особи; 2) група порівняння 1 (ГП1) – хворі з депресивним варіантом ПЕ БАР, які отримували лікування за традиційною схемою, чисельністю 33 особи; 3) основна група 2 (ОГ2) – хворі з маніакальним варіантом ПЕ БАР, які отримували лікування за запропонованою схемою, чисельністю 11 осіб; 4) група порівняння 2 (ГП2) – хворі з маніакальним варіантом ПЕ БАР, які отримували лікування за традиційною схемою, чисельністю 10 осіб. Порівняння результатів проводилося попарно у кожній з клінічних груп за клінічним варіантом ПЕ БАР. Оцінка проводилася до початку лікування і через 6 місяців після початку лікування за трьома основними напрямками: динаміка психічного стану (повна клінічна ремісія, значне покращення психічного стану, покращення психічного стану, незначне покращення психічного стану); динаміка змін у психоемоційному стані за результатами оцінки з використанням стандартизованих психодіагностичних інструментів (шкал депресії та тривоги М. Hamilton, шкали депресії The Zungself-Rating Depression Scale, діагностичної шкали біполярного спектра); динаміка показників якості життя за даними шкали оцінки якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути.

### Результати досліджень

Комплекс лікувально-реабілітаційних заходів при ПЕ БАР реалізовувався у три етапи, які пов'язані безперервністю і спадкоємністю діагностичних та лікувально-реабілітаційних підходів. Перший (психодіагностичний) етап передбачав комплексний клініко-психодіагностичний аналіз наявної психопатологічної симптоматики захворювання, його патодинаміки, даних анамнезу, стану соціально-психологічного функціонування хворого, а також прогнозування можливого подальшого розвитку захворювання. Його змістом був аналіз психічного стану (встановлення клінічного діагнозу

відповідно до чинних критеріїв, його нозологічна диференціація, вивчення особливостей динаміки захворювання, а також визначення клінічного варіанту ПЕ БАР – депресивного, маніакального чи змішаного), психодіагностичне дослідження, а також визначення прогнозу захворювання і подальшого варіанта його розвитку. На другому етапі (комплексної терапії) проводилося комплексне терапевтичне втручання з використанням комплексу біологічної терапії, що визначалося варіантом ПЕ БАР і включало: при депресивному варіанті – ламотриджин (50–100 мг/добу), кветіапін (300–450 мг/добу), вальпроати (20 мг/кг маси тіла на добу) та антидепресанти групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (флуоксетин – 20 мг/добу, сертралін – 25–50 мг/добу); при маніакальному варіанті ПЕ БАР – вальпроати (20 мг/кг маси тіла на добу) у поєднанні з атипичними антипсихотичними препаратами (рисперидон – 4–6 мг/добу, кветіапін – 400–800 мг/добу, оланзапін – 10 мг/добу); при змішаному варіанті ПЕ БАР – вальпроати (20 мг/кг маси тіла на добу) у поєднанні з атипичними антипсихотиками (оланзапін – 10 мг/добу, арипіразол – 15 мг/добу) з тривалістю активної фази фармакотерапії від 6 до 12 тижнів, стабілізуючої фармакотерапії не менше 4 місяців для маніакального варіанту ПЕ БАР і не менше 6 місяців для депресивного і змішаного варіантів ПЕ БАР і фази профілактичної фармакотерапії тривалістю не менше ніж 12 місяців; а також комплексу психосоціальної терапії, що складається з психоосвіти у вигляді чотириетапної схеми психоосвітніх заходів, запропонованої Н.О. Марутою, Г.М. Кожиною та С.П. Колядко [11] з урахуванням клінічного варіанту ПЕ БАР, комплаєнс-терапії, яка передбачала короткочасне психотерапевтичне втручання, засноване на когнітивних підходах у поєднанні з мотиваційним інтерв'ю, сімейної терапії, роботи з коморбідною психічною патологією виявлення і лікування залежностей. На третьому етапі (психосоціальної реабілітації та профілактики) тривалістю не менше 12 місяців відбувалась повноцінна реадптація і ресоціалізація хворого, профілактика рецидивування БАР: продовжувалась медикаментозна терапія БАР, яка включала прийом ламотриджину (50–400 мг/добу) або вальпроатів (20 мг/кг маси тіла на добу), або літію (цільова концентрація 0,60–0,80 ммоль/л), або карбамазепіну (400–1600 мг/добу), кветіапіну (300–600 мг/добу), або арипіразолу (15–30 мг/день), або оланзапіну (5–20 мг/добу), або депо-рис-

перидону (25–50 мг/2 тижні), а також комбінацій цих препаратів; психосоціальна терапія і реабілітація, яка включала групову психотерапію, когнітивну і сімейну психотерапію; контроль за аутоагресивною (передусім суїцидальною) та антисоціальною поведінкою, заходи з професійної та соціальної реабілітації хворих.

При порівняльній оцінці ефективності запропонованої комплексної системи лікувально-реабілітаційних заходів відносно традиційної було виявлено, що при депресивному варіанті ПЕ БАР використання запропонованої системи дозволило досягти повної редукції симптоматики у 53,3 %, що значуще ( $p < 0,05$ ) більше, ніж при традиційному лікуванні, де повна редукція симптоматики була досягнута у 35,6 % хворих. Значне покращення стану в ОГ1 було досягнуто у 41,7 %, а у ГП1 – у 40,7 % ( $p > 0,05$ ), покращення – відповідно у 5,0 % і у 20,3 % ( $p < 0,01$ ). У хворих ГП1 у 2 випадках (3,4 %) мало місце незначне покращення, а у хворих ОГ1 таких випадків не було.

При маніакальному варіанті ПЕ БАР застосування запропонованої системи дозволило досягти повної редукції маніакальної симптоматики у 91,7 % хворих, тоді як традиційна – у 54,5 % ( $p < 0,05$ ), значного покращення – відповідно у 8,3 % і 27,3 % ( $p < 0,05$ ). У хворих, які отримували традиційну терапію, у 18,2 % було виявлено покращення, тоді як у хворих, які отримували запропоновану терапію, результатом лікування були: повна редукція симптоматики та значне покращення.

Більш висока ефективність запропонованої комплексної системи лікувально-реабілітаційних заходів у порівнянні з традиційною була підтверджена також даними психодіагностичного обстеження: при депресивному варіанті ПЕ БАР в ОГ1 вдалося досягти зменшення загального показника депресії з (22,69±3,31) до (8,51±2,91) бала, тоді як у ГП1 він зменшився з (22,69±3,31) до (8,51±2,91) бала ( $p < 0,01$ ), адинамічної депресії – відповідно, з (17,27±2,70) до (7,41±2,41) бала та з (17,27±2,70) до (7,41±2,41) бала ( $p < 0,01$ ), ажитованої депресії – відповідно, з (10,03±2,83) до (3,81±1,77) бала та з (10,03±2,83) до (3,81±1,77) бала ( $p < 0,01$ ), депресії зі страхом – відповідно, з (9,56±2,64) до (3,56±1,51) бала та з (9,56±2,64) до (3,56±1,51) бала ( $p < 0,01$ ), недиференційованої депресії – з (5,07±1,14) до (1,32±0,92) бала, та з (5,07±1,14) до (1,32±0,92) бала відповідно ( $p < 0,01$ ). Загальний показник тривоги у ОГ1 під впливом лікування зменшився з (22,43±6,90) до (4,15±2,63) бала, а у ГП1 – з (22,85±7,23) до (5,98±

3,18) бала ( $p < 0,01$ ), показник психічної тривоги – відповідно, з (13,60±3,64) до (1,98±1,99) бала і з (14,29±4,13) до (3,80±2,20) бала ( $p < 0,01$ ), соматичної тривоги – відповідно, з (8,83±4,02) до (2,17±1,61) бала, і з (8,56±4,17) до (2,19±1,81) бала ( $p > 0,05$ ). У пацієнтів ОГ1 середнє значення показника за опитувальником The Zungself-Rating Depression Scale до лікування склало (47,50±4,93) бала, після лікування – (10,45±8,89) бала, тоді як у пацієнтів ГП1 – відповідно (48,22±5,44) і (20,34±8,54) бала ( $p < 0,01$ ).

У хворих з маніакальним варіантом ПЕ БАР показник за шкалою розладів біполярного спектра під впливом запропонованої терапії зменшився з (9,75±4,88) до (3,58±1,78) бала, а під впливом традиційної терапії – з (10,00±5,20) до (6,09±2,66) бала ( $p < 0,05$ ).

Запропонована комплексна система лікувально-реабілітаційних заходів дозволила також значуще краще поліпшити якість життя пацієнтів у порівнянні з традиційною: показник якості життя (ЯЖ) за сферою фізичного благополуччя, за оцінкою фахівця, у хворих ОГ1 зріс з (6,35±1,82) до (6,52±1,60) бала, у ГП1 – з (6,20±1,99) до (6,27±1,92) бала ( $p > 0,05$ ), психологічного (емоційного) благополуччя – відповідно з (3,73±1,36) до (6,73±1,66) бала та з (3,47±1,24) до (5,47±1,24) бала ( $p < 0,01$ ), самообслуговування і незалежності дій – відповідно з (5,90±1,22) до (8,43±1,18) бала та з (5,90±1,16) до (7,86±0,96) бала ( $p < 0,01$ ), працездатності – відповідно з (3,17±1,52) до (6,63±1,51) бала та з (2,81±1,40) до (5,47±1,51) бала ( $p < 0,01$ ), міжособистісної взаємодії – відповідно з (7,58±0,96) до (8,78±1,04) бала та з (7,36±1,28) до (7,86±1,38) бала ( $p < 0,01$ ), соціально-емоційної підтримки – відповідно з (8,85±1,89) до (9,05±1,67) бала та з (9,00±1,82) до (9,03±1,81) бала ( $p > 0,05$ ), громадської та службової підтримки – відповідно з (8,92±2,28) до (8,92±2,28) бала та з (8,97±2,20) до (9,00±2,13) бала ( $p > 0,05$ ), особистісної реалізації – відповідно з (3,73±1,39) до (5,98±1,63) бала та з (3,66±1,42) до (4,78±1,39) бала ( $p < 0,01$ ), духовної реалізації – відповідно з (7,73±2,66) до (7,75±2,65) бала та з (7,83±2,72) до (7,85±2,70) бала ( $p > 0,05$ ), загального сприйняття життя – відповідно з (4,47±1,05) до (6,67±1,07) бала та з (4,29±1,02) до (5,78±1,13) бала ( $p < 0,01$ ). Інтегральний показник за сферою суб'єктивного благополуччя/задоволеності в ОГ1 зріс з (14,55±3,43) до (19,92±3,25) бала, а у ГП1 – з (13,97±3,45) до (17,53±3,44) бала ( $p < 0,01$ ), виконання соціальних ролей – відповідно з (20,38±3,49) до (29,83±3,45) бала та з (19,73±3,98) до (25,98±3,67) бала

( $p < 0,01$ ), зовнішніх життєвих умов – відповідно з  $(25,50 \pm 4,35)$  до  $(25,72 \pm 4,25)$  бала та з  $(25,80 \pm 3,90)$  до  $(25,88 \pm 3,87)$  бала ( $p > 0,05$ ). Сумарний показник ЯЖ в ОГ1 у процесі лікування збільшився з  $(60,43 \pm 8,02)$  до  $(75,47 \pm 7,81)$  бала, а у ГП1 – з  $(59,49 \pm 7,96)$  до  $(69,39 \pm 7,61)$  бала ( $p < 0,01$ ), показник якості життя – відповідно з  $(6,04 \pm 0,80)$  до  $(7,55 \pm 0,78)$  бала та з  $(5,95 \pm 0,80)$  до  $(6,94 \pm 0,76)$  бала ( $p < 0,01$ ). За оцінкою фахівця показник за сферою фізичного благополуччя у хворих ОГ2 під впливом лікування зріс з  $(8,75 \pm 0,97)$  до  $(9,00 \pm 0,60)$  бала, а у ГП2 – з  $(8,18 \pm 0,98)$  до  $(8,27 \pm 0,90)$  бала ( $p < 0,05$ ), за сферою психологічного (емоційного) благополуччя – відповідно з  $(6,00 \pm 1,41)$  до  $(7,92 \pm 1,00)$  бала та з  $(6,00 \pm 1,55)$  до  $(6,82 \pm 1,33)$  бала ( $p < 0,05$ ), самообслуговування і незалежності дій – відповідно з  $(3,33 \pm 0,78)$  до  $(6,75 \pm 1,06)$  бала та з  $(3,55 \pm 1,04)$  до  $(5,82 \pm 0,98)$  бала ( $p < 0,05$ ), працездатності – відповідно з  $(2,83 \pm 0,72)$  до  $(6,00 \pm 0,95)$  бала та з  $(2,91 \pm 1,04)$  до  $(5,18 \pm 0,75)$  бала ( $p < 0,05$ ), міжособистісної взаємодії – відповідно з  $(4,00 \pm 0,74)$  до  $(7,33 \pm 1,23)$  бала та з  $(4,27 \pm 1,10)$  до  $(6,36 \pm 0,92)$  бала ( $p < 0,05$ ), соціально-емоційної підтримки – відповідно з  $(7,42 \pm 2,31)$  до  $(8,67 \pm 0,78)$  бала та з  $(8,27 \pm 1,74)$  до  $(7,55 \pm 1,21)$  бала ( $p < 0,05$ ), громадської та службової підтримки – відповідно з  $(8,50 \pm 1,45)$  до  $(8,92 \pm 0,90)$  бала та з  $(9,00 \pm 1,10)$  до  $(9,09 \pm 0,94)$  бала ( $p > 0,05$ ), особистісної реалізації – відповідно з  $(4,25 \pm 1,06)$  до  $(7,42 \pm 1,24)$  бала та з  $(4,36 \pm 1,12)$  до  $(5,91 \pm 1,30)$  бала ( $p < 0,05$ ), духовної реалізації – відповідно з  $(4,75 \pm 1,66)$  до  $(7,08 \pm 1,24)$  бала та з  $(4,45 \pm 1,04)$  до  $(6,64 \pm 0,92)$  бала ( $p > 0,05$ ), загального сприйняття життя – відповідно з  $(6,50 \pm 0,67)$  до  $(7,83 \pm 0,39)$  бала та з  $(6,64 \pm 0,81)$  до  $(6,82 \pm 0,40)$  бала ( $p < 0,01$ ). Інтегральний показник за сферою суб'єктивного благополуччя/задоволеності під впливом запропонованої системи лікувально-реабілітаційних заходів збільшився з  $(21,25 \pm 1,91)$  до  $(24,75 \pm 1,42)$  бала, тоді як під впливом традиційного лікування – з  $(20,82 \pm 1,94)$  до  $(21,91 \pm 1,87)$  бала ( $p < 0,01$ ), за сферою виконання соціальних ролей – відповідно з  $(14,42 \pm 1,83)$  до  $(27,50 \pm 2,02)$  бала та з  $(15,09 \pm 2,43)$  до  $(23,27 \pm 2,53)$  бала ( $p < 0,01$ ), за сферою зовнішніх життєвих умов – відповідно з  $(20,67 \pm 2,93)$  до  $(24,67 \pm 1,56)$  бала та з  $(21,73 \pm 2,72)$  до  $(23,27 \pm 2,15)$  бала ( $p > 0,05$ ). Сумарний показник якості життя у хворих, які отримували лікування за запропонованою схемою зріс з  $(56,33 \pm 3,70)$  до  $(76,92 \pm 2,91)$  бала, а у групі

хворих, які отримували лікування за традиційною схемою – з  $(57,64 \pm 4,11)$  до  $(68,45 \pm 4,72)$  бала ( $p < 0,01$ ), а показник якості життя – відповідно з  $(5,63 \pm 0,37)$  до  $(7,69 \pm 0,29)$  бала та з  $(5,76 \pm 0,41)$  до  $(6,85 \pm 0,47)$  бала ( $p < 0,01$ ).

#### **Обговорення результатів дослідження**

Лікування БАР на етапі повторних епізодів розроблено достатньо повно, однак, при цьому комплексні лікувально-реабілітаційні заходи на етапі ПЕ практично не розроблені, що пов'язане зі значними труднощами розпізнавання захворювання на цьому етапі, відсутністю надійних предикторів біполярності, поліморфізмом клінічних проявів різних форм ПЕ БАР, а також недостатнім використанням психодіагностичних інструментів. Запропонована система лікувально-реабілітаційних заходів передбачає комплексну діагностику з використанням валідних і надійних психодіагностичних інструментів на етапі ПЕ, диференційованість і системність лікувальних і реабілітаційних підходів з урахуванням клінічного варіанта ПЕ БАР, комплексний характер терапевтичних впливів, що поєднує методи біологічної та психосоціальної терапії, спадкоємність лікувально-реабілітаційних заходів, чітку систему контролю ефективності лікування. Оцінка результатів лікування за запропонованою системою довела її ефективність у порівнянні з традиційним лікуванням відповідно до принципів доказовості у медицині.

#### **Висновки**

Запропонована комплексна система лікувально-реабілітаційних заходів при ПЕ БАР продемонструвала значуще вищу ефективність у порівнянні з традиційною схемою лікування відносно клінічних проявів депресивного та маніакального стану як за даними клінічного, так і психодіагностичного обстеження, а також щодо покращення якості життя хворих з ПЕ БАР.

#### **Перспективність дослідження**

Дані цього дослідження можуть бути використані у практиці охорони здоров'я для лікування хворих з ПЕ БАР з різними клінічними варіантами перебігу для покращення клінічної ефективності лікування та підвищення якості життя хворих. Перспективи подальших досліджень пов'язані з удосконаленням системи ранньої діагностики та прогнозування БАР, а також розробкою профілактичних заходів з метою запобігання виникненню захворювання.

### Література

1. Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies / G. L. Faedda, G. Serra, C. Marangoni [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2014. – Vol. 168. – P. 314–321.
2. Delays before diagnosis and initiation of treatment in patients presenting to mental health services with bipolar disorder / R. Patel, H. Shetty, R. Jackson [et al.] // *PLoS One*. – 2015. – Vol. 10. – P. 126–129.
3. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder / J. F. Hayes, J. Miles, K. Walters [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2015. – Vol. 131. – P. 417–425.
4. Cognitive functioning in first episode bipolar I disorder patients with and without history of psychosis / T. Chakrabarty, G. Alamian, J. M. Kozicky [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 227. – P. 109–116.
5. Марута Н. А. Биполярное аффективное расстройство: диагностика, терапия, профилактика / Н. А. Марута // *НейроNews*. – 2011. – № 8 (35). – С. 46–52.
6. Марута Н. А. Диагностика биполярного аффективного расстройства / Н. А. Марута // *НейроNews*. – 2011. – № 4 (31). – С. 57–60.
7. Baldessarini R. J. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness / R. J. Baldessarini, L. Tondo, C. Visioli // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2014. – Vol. 129. – P. 383–392.
8. Rowland T. A. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder / T. A. Rowland, S. Marwaha // *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. – 2018. – Vol. 8 (9). – P. 251–269.
9. Antecedents of manic versus other first psychotic episodes in 263 bipolar I disorder patients / P. Salvatore, R. J. Baldessarini, H. M. Khalsa [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2014. – Vol. 129. – P. 275–285.
10. Early recognition and intervention for bipolar disorders: state of research and perspectives (German) / A. Pfennig, C. U. Correll, K. Leopold [et al.] // *Nervenarzt*. – 2012. – Vol. 83. – P. 897–902.
11. Марута Н. А. Роль психообразования в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством / Н. А. Марута, А. М. Кожина, С. П. Колядко // *Український вісник психоневрології*. – 2015. – Том 23, вип. 4 (85). – С. 53–57.

### References

1. Faedda G.L., Serra G., Marangoni C. et al. (2014). Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, vol. 168, pp. 314–321.
2. Patel R., Shetty H., Jackson R. et al. (2015). Delays before diagnosis and initiation of treatment in patients presenting to mental health services with bipolar disorder. *PLoS One*, vol. 10, pp. 126–129.
3. Hayes J.F., Miles J., Walters K. et al. (2015). A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 131, pp. 417–425.
4. Chakrabarty T., Alamian G., Kozicky J. M. et al. (2018). Cognitive functioning in first episode bipolar I disorder patients with and without history of psychosis. *Journal of Affective Disorders*, vol. 227, pp. 109–116.
5. Maruta N.A. (2011). Bipolarnoye affektivnoye rasstroystvo: diagnostika, terapiya, profilaktika [Bipolar affective disorder: diagnostic, treatment, prophylaxis]. *NeyroNews – NeuroNews*, vol. 8 (35), pp. 46–52 [in Russian].
6. Maruta N.A. (2011). Diagnostika bipolarnogo affektivnogo rasstroystva [Diagnostic of bipolar affective disorder]. *NeyroNews – NeuroNews*, vol. 4 (31), pp. 57–60 [in Russian].
7. Baldessarini R.J., Tondo L., Visioli C. (2014). First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 129, pp. 383–392.
8. Rowland T.A., Marwaha S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, vol. 8 (9), pp. 251–269.
9. Salvatore P., Baldessarini R.J., Khalsa H.M. et al. (2014). Antecedents of manic versus other first psychotic episodes in 263 bipolar I disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 129, pp. 275–285.
10. Pfennig A., Correll C.U., Leopold K. et al. (2012). Early recognition and intervention for bipolar disorders: state of research and perspectives (German). *Nervenarzt*, vol. 83, pp. 897–902.

11. Maruta N.A., Kozhina H.M., Kolyadko S.P. (2015). Rol psikhooobrazovaniya v kompleksnom lechenii bolnykh s rekurrentnym depressivnym rasstroystvom [Role of psychological education in the complex therapy of patients with the recurrent depressive disorder]. *Ukrayins'kyi visnyk psikhonevrolohiyi – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 23, issue 4 (85), pp. 53–57 [in Russian].

**Ю.И. Мисула**

#### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ЭПИЗОДОМ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА**

Предложена комплексная система лечебно-реабилитационных мероприятий при первичном эпизоде биполярного аффективного расстройства, которая реализуется в три взаимосвязанных этапа: психодиагностический этап, на котором проводится комплексный клинико-психодиагностический анализ с определением клинического варианта; этап комплексной терапии, который предусматривает сочетание психофармакологии нормотимиками, антидепрессантами, атипичными нейролептиками с психообразованием, комплаенс-терапией, семейной терапией, работой с коморбидной психической и наркологической патологией и этап психосоциальной реабилитации и профилактики, включающий поддерживающую психофармакологическую терапию и мероприятия по психосоциальной терапии и реабилитации. Сравнительный анализ показал более высокую эффективность предложенной терапии по сравнению с традиционной относительно клинического эффекта, нормализации аффективной сферы и улучшения качества жизни больных.

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство, первичный эпизод, лечение, реабилитация.

**Yu.I. Mysula**

#### **MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH A PRIMARY EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER**

A comprehensive system of treatment and rehabilitation measures for the initial episode of bipolar affective disorder is proposed, which is implemented in three interrelated stages: a psychodiagnostic stage, which provides a comprehensive clinical and psychodiagnostic analysis to determine the clinical option; the stage of complex therapy, which involves the combination of psychopharmacology with normotymics, antidepressants, atypical neuroleptics with psychoeducation, compliance therapy, family therapy, work with comorbid mental and narcological pathology; and the stage of psychosocial rehabilitation and prevention, which includes supportive psychopharmacological therapy and psychosocial therapy and rehabilitation activities. We conducted a clinical psychodiagnostic examination of 88 patients with a primary episode of Bipolar Affective Disorder (PE BAD) who were treated at the Ternopil Regional Psychoneurological Hospital during the period 2011–2016 in compliance with the principles of biomedical ethics. The following groups were formed from them: 1) 34 patients with depressed variant of PE BAD, who received treatment according to the proposed scheme; 2) 33 patients with depressive variant of PE BAD who received treatment according to the traditional scheme; 3) 11 patients with a manic variant of PE BAD who received treatment according to the proposed scheme; 4) 10 patients with a manic variant of PE BAD who received treatment according to the traditional scheme. The results were compared in pairs in each of the clinical groups according to the clinical version of PE BAD. The evaluation was performed before the start of treatment and 6 months after the start of treatment in three main areas: dynamics of mental state (complete clinical remission, significant improvement of mental state, improvement of mental state, slight improvement of mental state); dynamics of changes in psycho-emotional state based on the results of evaluation using standardized psychodiagnostic tools (M. Hamilton Depression and Anxiety Scales, The Zung self-Rating Depression Scale, Bipolar Diagnostic Scale); the dynamics of quality of life indicators according to the Scale of Quality of Life Mezzich et al. in the adaptation of N.O. Maruta. The comparative analysis showed a higher effectiveness of the proposed therapy compared to the traditional relative clinical effect, normalization of the affective sphere and improvement of the quality of life of patients.

**Keywords:** bipolar affective disorder, primary episode, treatment, rehabilitation.

*Надійшла до редакції 03.12.2019*

**Контактна інформація**

*Мисула Юрій Ігорович* – кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України.

Адреса: Україна, 46000, м. Тернопіль, вул. Майдан Волі, 1.

Тел.: +380982439901.

E-mail: [yuramysula@gmail.com](mailto:yuramysula@gmail.com).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>.