

Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством

Мосолов С.Н., Шафаренко А.А., Ушкалова А.В., Алфимов П.В., Костюкова А.Б.

ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава РФ»

РЕЗЮМЕ. Цель настоящего поперечного клинико-диагностического исследования – выявление биполярного аффективного расстройства (БАР) в соответствии с критериями МКБ-10 среди стационарных больных, получивших диагноз «шизофрения параноидная с эпизодическим типом течения» (приступообразная шизофрения) или «шизоаффективное расстройство», имеющих признаки психомоторного возбуждения при госпитализации, с помощью стандартной диагностической процедуры на основе структурированного интервью M.I.N.I. В исследование было включено 347 пациентов, из них 314 (90 %) наблюдались с текущим диагнозом «шизофрения параноидная с эпизодическим типом течения» (F20.01-0.3) и 33 (10 %) – с шизоаффективным расстройством (F25). В соответствии с критериями МКБ-10, в исследуемой популяции у 40,3 % больных можно было установить диагноз БАР. При оценке диагностических групп были выявлены различия в шкале PSP и в частоте применения нормотимиков и холинолитиков на протяжении трех месяцев в течение года. Так, средний общий балл по шкале PSP в группе БАР составил $52,6 \pm 19,4$, в группе шизофрении – $41,0 \pm 16,3$ ($p = 0,006$). В группе стабилизаторов настроения (соли лития, вальпроат, карбамазепин) при БАР было зафиксировано 27,3 % назначений, при шизофрении – 6,7 % ($p = 0,0001$). Антихолинергические препараты чаще назначались в группе шизофрении, чем в группе БАР, – 12,8 и 5,1 % соответственно ($p = 0,015$). Дифференциальная диагностика маниакально-бредовых состояний при БАР и шизофрении в соответствии с критериями МКБ-10 представляет определенные трудности, но является важной клинической задачей, поскольку определяет выбор различных терапевтических стратегий. Использование формализованного подхода с четким соблюдением диагностических указаний может улучшить выявление БАР и повлиять на своевременный выбор адекватной терапевтической тактики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: биполярное аффективное расстройство, шизофрения, дифференциальная диагностика.

КОНТАКТ: profmosolov@mtu-net.ru

Трудности диагностики и клинического разграничения аффективных психозов, шизоаффективных психозов и аффективно-бредовых состояний при шизофрении неоднократно отмечались как зарубежными, так и российскими авторами [2, 5, 11, 13, 15, 28]. «Мы сталкиваемся с заколдованными психиатрическими понятиями и терминами, с помощью которых то или иное заболевание – а в большинстве случаев оно теперь оказывается «шизофренией» – определяют и характеризуют», – писал К. Леонгард в 1962 г. [27]. Несмотря на значительный рост числа публикаций и исследований в зарубежной литературе, в России исследования мании удивительно малочисленны. В первую очередь, бросается в глаза почти полное отсутствие современных эпидемиологических работ в нашей стране. Так, в предыдущих работах Е.В. Паничевой [12] заболеваемость населения аффективными состояниями (МДП) составила 0,45–0,49 на 1000 и 0,53 – по данным Н.А. Корнетова [3], а в работе Б.С. Беляева [1] распространенность «биполярного психоза с преобладанием маний» считалась равной 0,05 на 1000 населения. По данным работы «О распространенности психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 г.» [16], число пациентов с установленным диагнозом «биполярное расстройство» составило 0,089 в 2010 г. и 0,09 в 2011 г. на 1000 населения, что в десятки раз меньше данных зарубежных исследований [19, 25, 35]. Несмотря на наличие современных, в том числе принятых в нашей стране (МКБ-10) операциональных диагностических критериев, практикующие врачи продолжают испытывать трудности при верификации маниакально-бредовых состояний [10, 18, 20, 22, 23, 30, 36]. Постановка правильного диагноза зачастую

неоправданно задерживается, и с момента появления первых симптомов до постановки диагноза БАР проходит в среднем от 4 до 10 лет [24, 29]. Наиболее часто вместо диагноза БАР ставят диагноз шизофрении, шизоаффективного расстройства, рекуррентной депрессии, алкогольной зависимости и тревожного расстройства [34].

В настоящее время в России все больше внимания в психиатрической практике уделяется гипердиагностике шизофрении, которая расширяется, в частности, за счет расстройств аффективного спектра. Такая ситуация объясняется отчасти тем, что в нашей стране, несмотря на официальное введение МКБ-10 в 1999 г., практикующие врачи до настоящего времени продолжают применять версию этого руководства, адаптированную для России. В ней наряду с критериями МКБ-10 используются диагностические указания, которые применялись в адаптированной для СССР версии МКБ-9. Очевидно, что МКБ-10 по сравнению с используемой ранее в России МКБ-9 существенно ограничивает возможность постановки диагноза шизофрении в случаях, когда течение заболевания характеризуется эпизодическим развитием аффективных расстройств в сочетании с психотической симптоматикой. Так, в соответствии с критериями МКБ-10, рекуррентная и шубообразная шизофрения (по МКБ-9) попадают в диагностическую рубрику шизоаффективного расстройства, циркулярная, в зависимости от структуры синдрома (преобладание аффективной или галлюцинаторно-бредовой симптоматики), может рассматриваться либо в рамках БАР, либо в рамках шизоаффективного расстройства [4, 8]. Ошибки в диагнозе приводят к необоснованным назначениям психотропных пре-

паратов (антидепрессантов, типичных нейролептиков и их депонированных форм), что влечет за собой увеличение числа аффективных фаз, утяжеление их течения, возникновение побочных эффектов неадекватной терапии, повышенный риск суицидальных и аутоагрессивных действий, что, в свою очередь, снижает качество жизни, уровень социального и семейного функционирования, увеличивая процент инвалидизации данных пациентов [6, 9, 21].

Цель настоящего поперечного клиничко-диагностического исследования – выявление биполярного аффективного расстройства (БАР) в соответствии с критериями МКБ-10 среди стационарных больных, получивших диагноз «шизофрения параноидная с эпизодическим типом течения» (приступообразная шизофрения) или «шизоаффективное расстройство», имеющих признаки психомоторного возбуждения при госпитализации, с помощью стандартной диагностической процедуры на основе структурированного интервью M.I.N.I.

Методика исследования

В исследование, проводившееся в период с 2012 по 2014 г., включались пациенты мужского и женского пола в возрасте от 18 до 65 лет, проходящие стационарное лечение в Московском НИИ психиатрии и ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина с диагнозом по МКБ-10 «шизофрения параноидная с эпизодическим типом течения» (F20.01-0.3) (параноидная шизофрения) или «шизоаффективное расстройство» (F25) с наличием при поступлении в стационар признаков психомоторного возбуждения с длительностью основного заболевания 3 года и более, имеющие в анамнезе по крайней мере два эпизода заболевания. Критериями исключения были непрерывно текущая форма параноидной шизофрении, шизофрения других типов, шизотипическое расстройство, текущий диагноз БАР, аффективная патология органической природы или вследствие интоксикации.

Вся информация и данные, необходимые для исследования, собирались в течение одного визита. Во время визита проводился сбор социально-демографических и клинических данных путем опроса пациента и анализа медицинской документации. Изучалась история психического заболевания: возраст начала заболевания, возраст появления первых симптомов, возраст постановки первого диагноза, возраст установления актуального диагноза, число случаев госпитализации по поводу психического заболевания, психофармакотерапия на протяжении последнего года, длительность эпизода, курение, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, сопутствующие соматические заболевания и патологические состояния. Верификация диагноза проводилась врачом-исследователем с помощью русскоязычной версии стандартизированного структурированного интервью M.I.N.I. [33]. Социальное функционирование больных оценивалось по шкале личного и социального функционирования PSP [31]. С помощью шкалы PSP оценивается степень затруднений в четырех основных областях социального функционирования: социально полезная деятельность, отношения с близкими и прочие социальные отношения, самообслуживание, а также беспокоящее (т. е. нарушающее спокойствие окружающих) и агрессивное поведение.

Статистический анализ

Статистический анализ проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica (версия 9.0). Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимали равным 0,05. Количественные показатели анализировались с помощью критерия Стьюдента, данные представлялись в виде среднего арифметического и среднего квадратичного отклонения (SD). Для сравнения бинарных показателей использовали критерий сопряженности Пирсона χ^2 , а в случае, когда ожидаемая частота составляла менее 5, – критерий Фишера. Для анализа многомерных таблиц сопряженности использовали критерий χ^2 с последующим анализом статистической значимости разности процентов по таблицам сопряженности (программа Medcalc 9.0).

Характеристика материала

В исследование было включено 347 пациентов, из них 314 (90 %) наблюдались с текущим диагнозом шизофрении параноидной с эпизодическим типом течения (F20.01-0.3) и 33 (10 %) – с шизоаффективным расстройством (F25).

После верификации исходного врачебного диагноза пациенты были распределены в две диагностические группы: БАР и шизофрения. Основные результаты верификации первичного врачебного диагноза по структурированному интервью M.I.N.I. представлены в табл. 1, из которой следует, что в соответствии с критериями МКБ-10 в исследуемой популяции у 40,3 % больных можно было установить диагноз БАР. При этом БАР было диагностировано в 37,3 % случаев первичного диагноза «шизофрения параноидная с эпизодическим типом течения» (у 62,7 % больных диагноз шизофрении был подтвержден), а в группе первичного диагноза «шизоаффективное расстройство» 70 % пациентов соответствовали диагностическим критериям БАР, тогда как у 30 % больных диагноз «шизоаффективное расстройство» был подтвержден.

Сравнение диагностических групп по основным клиничко-демографическим показателям обнаружало, что среди больных БАР было статистически достоверно больше лиц, получивших высшее образование, также на момент исследования около 40 % имели занятость на работе, половина из них работали по специальности, тогда как среди пациентов с диагнозом «шизофрения» четверть пациентов не работали, не учились и находились на иждивении, 36 % пациентов ни разу не вступали в брак. Среди больных

Таблица 1. Распределение пациентов по группам после верификации диагноза по опроснику M.I.N.I.

Диагноз включения	M.I.N.I. МКБ-10	
	БАР	Шизофрения
Шизофрения параноидная с эпизодическим течением (314)	117 (37,3 %)	197 (62,7 %)
Шизоаффективное расстройство (33)	23 (69,7 %)	10 (30,3 %)
<i>Всего</i> (347)	140 (40,3 %)	207 (59,7 %)

Таблица 2. Клинико-демографические характеристики больных

Социодемографические показатели	БАР (N = 140)	Шизофрения (N = 207)	χ^2	p
Пол (М/Ж)	62/78 (44,3 % / 55,7 %)	91/116 (44 % / 56 %)	–	–
Возраст	39,1 ± 10,6	40,5 ± 12,2		
Образование:				
• незаконченное среднее	5 (3,6 %)	14 (6,8 %)	1,5	0,2
• среднее	27 (19,3 %)	63 (30,4 %)	3,2	0,07
• среднее специальное	46 (32,9 %)	82 (39,6 %)	0,76	0,38
• высшее	61 (43,5 %)	47 (22,7 %)	8,7	0,003
• имеет ученую степень	1 (0,7 %)	1 (0,5 %)	0,08	0,78
Профессиональный статус:				
• учится	7 (5 %)	5 (2,4 %)	1,6	0,2
• работает по специальности	26 (18,6 %)	13 (6,3 %)	9,9	0,0016
• работает не по специальности	33 (23,6 %)	16 (7,7 %)	12,7	0,0004
• ведет домашнее хозяйство	5 (3,6 %)	14 (6,8 %)	1,48	0,22
• не работает и не учится	20 (14,3 %)	51 (24,6 %)	3,69	0,05
• инвалид	74 (52,9 %)	136 (65,7 %)	1,44	0,23
• пенсионер	3 (2,1 %)	6 (2,9 %)	0,18	0,66
• иждивенец	2 (1,4 %)	12 (5,8 %)	3,83	0,05
Семейное положение:				
• женат/замужем	37 (26,4 %)	44 (21,2 %)	0,77	0,38
• гражданский брак	15 (10,7 %)	21 (10,1 %)	0,02	0,87
• не женат/не замужем	39 (27,9 %)	78 (37,7 %)	1,81	0,17
• разведен	42 (30 %)	56 (27,1 %)	0,19	0,65
• вдовец	7 (5 %)	8 (3,9 %)	0,23	0,62
Число браков:				
0	32 (22,9 %)	75 (36,3 %)	3,78	0,05
1	73 (52,1 %)	82 (39,6 %)	1,99	0,15
2	18 (12,9 %)	33 (15,9 %)	0,47	0,49
3	15 (10,7 %)	10 (4,8 %)	3,7	0,05
4	1 (0,7 %)	6 (2,9 %)	1,94	0,16
5	1 (0,7 %)	1 (0,5 %)	0,08	0,78
Число браков в течение жизни	Ср.: 1,2 ± 1,0	Ср.: 1,0 ± 1,0		0,42
Курение:				
• курят	85 (60,7 %)	138 (66,7 %)	0,28	0,59
• бросили	23 (16,4 %)	38 (18,4 %)	0,15	0,69
• никогда не курили	31 (22,1 %)	31 (15,0 %)	2,01	0,15
• неизвестно	1 (0,7 %)	0 (0 %)	1,47	0,22
Потребление алкоголя:				
• не употребляли	63 (45 %)	94 (45,4 %)	0,002	0,96
• эпизодическое употребление	69 (49,3 %)	91 (44,0 %)	0,35	0,55
• бытовое пьянство	5 (3,6 %)	9 (4,3 %)	0,12	0,72
• алкоголизм	3 (2,1 %)	15 (7,3 %)	4,03	0,044

Таблица 3. Некоторые параметры течения заболевания при БАР и шизофрении

Параметр	БАР	Шизофрения	p
Возраст начала заболевания	24,9 ± 7,4	26,6 ± 9,8	0,11
Возраст появления первых симптомов	24,7 ± 7,5	26,2 ± 9,7	0,15
Возраст установления первого диагноза	25,9 ± 7,4	27,1 ± 9,6	0,24
Число госпитализаций	7,4 ± 5,1	6,7 ± 4,3	0,24

шизофренией было больше пациентов, страдающих алкоголизмом (7 %), чем в группе БАР (2 %) (табл. 2).

В группах БАР I и шизофрении возраст начала заболевания, возраст появления манифестных симптомов заболевания, число госпитализаций на протяжении жизни существенно не различались (табл. 3).

Наиболее распространенными коморбидными расстройствами в группе БАР были расстройства тревожного спектра, такие как паническое расстройство и агорафобия – 7 и 9 % соответственно, а в группе шизофрении преобладали пациенты с алкогольной зависимостью – 11 %, однако злоупотребление алкоголем в настоящее время было одинаково в обеих группах и составило 13 %.

Шкала личного и социального функционирования (PSP)

Средний общий балл по шкале PSP в группе БАР составил $52,6 \pm 19,4$, что соответствует умеренным затруднениям в основных социальных сферах (небольшое число друзей, конфликты с ровесниками и коллегами по работе), в группе шизофрении – $41,0 \pm 16,3$, что соответствует серьезным нарушениям социального функционирования (полное отсутствие друзей, неспособность сохранения рабочего места, поддержания места проживания (дома, квартиры, комнаты) в хорошем состоянии ($p = 0,006$). У большинства пациентов с БАР отсутствовали или были слабо выражены нарушения в социально полезной деятельности, включая работу и учебу ($p = 0,036$), в отношениях с близкими ($p = 0,034$) и не было нарушений в самообслуживании ($p = 0,00001$), тогда как у больных шизофренией имелись сильные нарушения во всех трех видах функционирования ($p = 0,0002$; $0,001$; $0,0002$). По фрагменту «агрессивное поведение» различий не было выявлено ни по одному элементу. Данные результаты позволяют сделать вывод о более высоком уровне социального функционирования пациентов с БАР по сравнению с пациентами с диагнозом шизофрении.

Фармакотерапия

При оценке фармакотерапии, которую пациенты получали в качестве поддерживающей не менее трех месяцев подряд в течение года, предшествующего госпитализации, было выявлено, что в обеих группах треть пациентов получала классические нейролептики: 36,4 % в группе БАР и 38,3 % в группе шизофрении ($p = 0,84$), атипичные антипсихотики чаще назначались при шизофрении, чем при БАР, – 28 и 21 % ($p = 0,2$). Статистически значимые различия были получены в частоте применения нормотимиков и холинолитиков. В группе стабилизаторов настроения (соли лития, вальпроат, карбамазепин) при БАР было зафиксировано 27,3 % назначений, при шизофрении – 6,7 % ($p = 0,0001$). Антихолинергические препараты чаще назначались в группе шизофрении, чем в группе БАР – 12,8 и 5,1 % соответственно ($p = 0,015$). Другими словами, практикующие врачи, несмотря на отсутствие диагноза БАР и, следовательно, формальных показаний к проведению нормотимической терапии, все же в 30 % случаев назначали адекватную терапию. Наиболее часто применяемые препараты в зависимости от диагноза по M.I.N.I. представлены в табл. 4.

По количеству одновременно назначаемых препаратов одному пациенту различий выявлено не было. Так, 30 % пациентов в обеих группах вообще не получали поддерживающую фармакотерапию, один препарат принимали 25 % пациентов, два препарата – 26 %, три препарата и более – около 15 % пациентов в обеих группах.

Обсуждение результатов

В поперечном неинтервенционном диагностическом исследовании был показан высокий уровень распространенности БАР у больных, наблюдающихся с диагнозом «шизофрения параноидная с эпизодическим типом течения» (приступообразная шизоф-

Таблица 4. Десять наиболее часто применяемых препаратов в зависимости от диагноза по M.I.N.I.

БАР	Количество	Шизофрения	Количество
Вальпроат	24 (14 %)	Галоперидол	59 (21,5 %)
Галоперидол	24 (14 %)	Тригексифенидил	36 (13,1 %)
Карбамазепин	16 (9,4 %)	Рisperидон	26 (9,5 %)
Литий	11 (6,4 %)	Клозапин	19 (6,9 %)
Тригексифенидил	9 (5,3 %)	Карбамазепин	13 (4,7 %)
Арипипразол	8 (4,7 %)	Трифлуоперазин	10 (3,6 %)
Кветиапин	8 (4,7 %)	Кветиапин	9 (3,3 %)
Флуфеназин	8 (4,7 %)	Вальпроат	9 (3,3 %)
Клозапин	7 (4,1 %)	Амитриптилин	9 (3,3 %)
Зуклопентиксол	6 (3,5 %)	Феназепам	8 (2,9 %)

рения) или «шизоаффективное расстройство». Основной целью исследования являлась верификация первичного врачебного диагноза в соответствии с классификацией МКБ-10 по структурированному диагностическому интервью M.I.N.I. По результатам исследования из 347 пациентов с диагнозом «шизофрения и шизоаффективное расстройство» у 140 (40,3 %) диагноз был изменен на БАР, а у 207 (59,7 %) пациентов был подтвержден диагноз параноидной шизофрении с эпизодическим течением. Доля измененного диагноза среди пациентов с первичным диагнозом «шизоаффективное расстройство» была выше, чем у пациентов с диагнозом «шизофрения», и составила 70 и 37 % соответственно.

Проблема заключается в том, что при постановке диагноза врачи основываются на своем прошлом опыте и личных суждениях, прототипах, иногда подходу к сбору анамнестических сведений и опросу пациента бессистемно. Такой эвристический подход удобно применять в рутинной практике, так как он позволяет быстрее ставить диагнозы на основании даже неполной информации о картине заболевания, однако он приводит к систематическим ошибкам в диагностике. В зарубежных исследованиях было выявлено, что клиницисты фокусируются на тех симптомах заболевания, которые кажутся им центральными, например, на наличии у пациента галлюцинаций или симптомов первого ранга по Шнайдеру. Вместе с тем еще в работе Pope, Lipinski [32] было показано, что у 20–50 % пациентов с БАР имеются такие симптомы. При этом игнорируются такие важные симптомы, как повышение настроения, идеаторное и психомоторное возбуждение, прилив энергии, снижение потребности во сне, которые необходимо учитывать для исключения диагноза БАР [6, 7, 26, 30]. Другими словами, врачи традиционно следуют известному примату диагностики психотических расстройств над аффективными в соответствии с правилом иерархии диагностических уровней поражения психической деятельности по К. Ясперсу [17] и А.В. Снежневскому [14, 15]. Вместе с тем в МКБ-10 это правило было изменено, и наличие в рамках аффективной фазы (т. е. при соответствии операциональным диагностическим критериям маниакального, депрессивного или смешанного эпизода) галлюцинаторно-бредо-

вой симптоматики и других симптомов первого ранга К. Шнайдера не имеет решающего диагностического значения, если эта симптоматика не предшествовала развитию аффективных симптомов и не персистировала после их редукции. Помимо сложностей дифференциальной диагностики отмечаются также случаи постановки более «тяжелого» диагноза по социальным соображениям, в частности, для обретения права на получение льгот, бесплатных лекарственных препаратов, назначаемых при длительной терапии БАР. Об этом косвенно свидетельствует и более частое использование у таких больных нормотимических средств.

В нашем исследовании было обнаружено, что время от начала заболевания до установления правильного диагноза БАР составляет около 15 лет, что соответствует данным зарубежных исследований, сообщающих о длительном периоде до постановки подтвержденного диагноза БАР [24, 29]. Данное обстоятельство можно объяснить тем, что у практикующих врачей дифференциальная диагностика шизофрении и БАР с индексным маниакально-бредовым эпизодом вызывает значительные затруднения. Между тем в соответствии с МКБ-10 в случаях, когда симптоматика отвечает критериям аффективного эпизода (маниакального F30.2) диагноз шизофрении может быть поставлен только в тех случаях, когда критерии шизофрении F20 G1 и G2 выявляются до развития расстройств настроения. По DSM IV в аналогичной клинической ситуации диагноз шизофрении правомерен либо в случае, когда аффективные симптомы развиваются позднее, чем симптоматика острой фазы шизофрении, либо когда они появляются в период острой фазы и их продолжительность не превышает длительности острой фазы или длительности резидуального периода после приступа шизофрении.

Критерии МКБ-10 и DSM IV позволяют также разграничить шизоаффективное расстройство аффективную фазу БАР с психотическими чертами. В американской классификации для постановки диагноза «шизоаффективное расстройство» предполагается сосуществование симптомов шизофрении и расстройств настроения с персистированием психотической симптоматики в течение не менее двух недель после исчезновения аффективных симптомов. В отличие от МКБ-10, временной критерий, использованный в DSM IV, позволяет четко отграничить шизоаффективное расстройство от эпизода БАР с психотическими симптомами. По МКБ-10 допускается выделение двух подтипов шизоаффективного расстройства: F25x0 – только одновременное развитие шизофренической и аффективной симптоматики, и F25x1 – одновременное развитие шизофренических и аффективных симптомов с последующим сохранением шизофренической симптоматики вне периодов аффективной симптоматики. Основным дифференциально-диагностическим признаком шизоаффективного расстройства и острого аффективного эпизода с неконгруентной психотической симптоматикой в структуре БАР является содержание бреда, которое не должно соответствовать критериям, перечисленным для шизофрении, т. е. при БАР бред не должен являться совершенно невероятным по содержанию или культурально неадекватным, а вербальные галлюцинации не должны иметь комментирующего характера.

В нашем исследовании было показано, что пациенты с БАР и шизофренией различаются по ряду социально-демографических и клинических показателей, а также по уровню социального функционирования. Так, при анализе социально-демографических показателей было отмечено, что 43,5 % пациентов с диагнозом БАР имели высшее образование, около половины всех пациентов (46 %) работали или учились, а 20 % работали по специальности, среди пациентов с диагнозом «шизофрения» количество работающих или учащихся пациентов составило всего 16 %, а число пациентов, находящихся на инвалидности, достигало 66 %. Необходимо отметить высокий уровень инвалидизации и среди контингента пациентов с БАР (53 %), несмотря на их в целом более высокий уровень адаптации в семье и на работе. При оценке социального функционирования по шкале PSP нарушения в социально полезной деятельности, включая работу и учебу, в отношении с близкими и прочих социальных отношениях, нарушения в самообслуживании в группе БАР были слабыми или отсутствовали вовсе, тогда как в группе больных шизофренией имелись выраженные нарушения во всех сферах социального функционирования.

Назначение стабилизаторов настроения в отсутствие установленного диагноза БАР можно объяснить тем, что у большинства больных шизофренией и шизоаффективным расстройством они применялись с целью купирования маниакально-бредовых состояний в комбинации с нейролептиками. Вместе с тем применение стабилизаторов настроения более трех месяцев у 30 % больных позволяет считать, что у части из них препараты назначались как нормотимические средства с целью профилактики рецидивов. Другими словами, врачи де-факто признавали наличие диагноза БАР. Также стоит отметить большой процент пациентов (30 %), в том числе с верифицированным диагнозом шизофрении, не получающих какой-либо поддерживающей терапии. Среди пациентов с верифицированным диагнозом БАР большое число больных получало классические нейролептики, в том числе в виде пролонгированной лекарственной формы, что существенно повышает риск развития у этих больных хронических экстрапирамидных расстройств. Косвенно это подтверждается частым назначением корректоров нейролептической терапии.

Таким образом, дифференциальная диагностика маниакально-бредовых состояний при БАР и шизофрении в соответствии с критериями МКБ-10 представляет определенные трудности, но является важной клинической задачей, поскольку определяет выбор различных терапевтических стратегий. Зарубежные авторы предлагают применять формализованный подход с использованием валидизированных психометрических шкал, структурированных диагностических интервью и специальных операциональных критериев, выявляющих больных с расстройствами биполярного спектра. При этом наличие очерченного маниакального аффекта снижает диагностическую ценность галлюцинаторно-бредовой симптоматики и делает возможным постановку диагноза шизофрении только в случае персистирования психотической симптоматики вне периода измененного аффекта. В свою очередь, многие российские авторы придерживаются мнения о необходимости опираться на психопатологические критерии и ориентироваться на характер бредообразования, например, на

наличие острого чувственного бреда, психических автоматизмов и т. п. При таком подходе установить правильный диагноз часто возможно только при ка-тамнестическом наблюдении за больным.

Вместе с тем своевременное выявление БАР и правильная постановка диагноза определяют выбор адекватной лекарственной терапии и дальнейшую тактику ведения таких пациентов. В таких случаях

помимо нейролептической фармакотерапии необходимо подключать препараты нормотимического действия, что позволит стабилизировать состояние пациента, подобрать эффективную противорецидивную терапию, избежать нежелательных побочных эффектов нейролептической терапии и, в конечном счете, обеспечить более высокий уровень социальной адаптации этого контингента больных.

Список литературы

- Беляев Б.С. Клиническая дифференциация и систематика эндогенных аффективных психозов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1991. – Т. 91, № 1. – С. 51–55.
- Гиларовский В.А. Психиатрия: клинические лекции. – М.: Медгиз, 1942. – 403 с.
- Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства – диагностические «невидимки» в психиатрической и общей медицинской практике // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, вып. 3. – С. 85–90.
- Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Современная диагностика и терапия биполярного аффективного расстройства: от доказательных научных исследований к клинической практике // Биологические методы терапии психических расстройств (Доказательная медицина – клинической практике). – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – С. 491–528.
- Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Пер. нем. под ред. П.Б. Ганнушкина. – М.: Наркомздрав, 1923. – С. 15–25.
- Мосолов С.Н. Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и лечение. – М.: Медпресс, 2008. – 383 с.
- Мосолов С.Н. Биологические методы терапии психических расстройств (Доказательная медицина – клинической практике). – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – 1076 с.
- Мосолов С.Н. Антиконтанулы в психиатрической и неврологической практике / Под ред. С.Н. Мосолова, А.М. Вейна. – Санкт-Петербург, 1994.
- Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение отечественного и зарубежного подходов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 6. – С. 4–11.
- Мучник П.Ю., Снедков Е.В. Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – № 2. – С. 32–36.
- Нуплер Ю.Л., Михайленко И.Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – С. 263.
- Паничева Е.В. Популяционное исследование периодических эндогенных психозов (демографические данные и сравнительная характеристика течения) // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1982. – Т. 82, № 4. – С. 557–564.
- Попадунулос Т.Ф. Острые эндогенные заболевания. – М.: Медицина, 1975. – С. 192.
- Снежневский А.В. Симптоматология и нозология // Шизофрения: клиника, патогенез / Под общ. ред. А.В. Снежневского. – М., 1969. – С. 5–28.
- Снежневский А.В. Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. – М.: Медицина, 1972. – 399 с.
- Творогова Н.А., Николаева Т.А. Справка о распространенности психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 г. // Психическое здоровье. – 2013. – № 6. – С. 14–37.
- Ясперс К. Общая психопатология: пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – С. 129–145.
- Allilaire J. Diagnosis of bipolar disorder and rational of early treatment // Bull Acad Natl Med. – 2010. – Vol. 194, No 9. – P. 1695–1703.
- Angst J., Gamma A., Benazzi F. et al. Diagnostic issues in bipolar disorder // Europ. Neuropsychopharm. – 2003. – Vol. 13. – P. 43–45.
- Cheniaux E., Landeira-Fernandez J., Versiani M. The diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder and unipolar depression: interrater reliability and congruence between DSM-IV and ICD-10 // Psychopathology. – 2009. – No 42. – P. 293–298.
- Dunner D.L. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder // Bipolar Disord. – 2003. – Vol. 5, No 6. – P. 456–463.
- Fennig S., Craig T., Tanenberg-Karant M., Bromet E. Six-month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis // Am J Psychiatry. – 1994. – Vol. 151 (10). – P. 1200–1208.
- Gonzalez-Pinto A., Gutierrez M., Mosquera F. et al. First episode in bipolar disorder: misdiagnosis and psychotic symptoms // J Affect Disord. – 1998. – Vol. 50. – P. 41–44.
- Hirschfeld R.M., Lewis L., Vernik L.A. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder // J Clin Psychiatry. – 2003. – Vol. 64. – P. 161–174.
- Kessler R.C., Rubinow D.R., Holmes C. et al. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey // Psychol Med. – 1997. – Vol. 27, No 5. – P. 1079–1089.
- Kim N., Ahn W. Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory // J Exp Psychol. – 2002. – No 131. – P. 451–476.
- Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen. – Berlin: Akademie-Verlag, 1968. – 415 s.
- Leonhard K. Die cycloiden meist als Schizophrenien verkannten Psychosen // Psychiatr Neurol Psychol. – 1957. – Bd. 12. – P. 359–365.
- Lish J.D., Dime-Meenan S., Whybrow P.C. et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members // J Affect Disord. – 1994. – Vol. 31, No 4. – P. 281–294.
- Meyer F., Meyer T. The misdiagnosis of bipolar disorder as a psychotic disorder: Some of its causes and their influence on therapy // J Affect Disord. – 2009. – Vol. 112. – P. 174–183.
- Morosini L., Magliano L., Brambilla L. et al. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning // Acta Psychiatr Scand. – 2000. – Vol. 101, No 4. – P. 323–329.
- Pope H., Lipinski J. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a reassessment of the specificity of 'schizophrenic' symptoms in the light of current research // Arch Gen Psychiatry. – 1978. – No 35 (7). – P. 811–828.
- Sheehan D.V., Lecrubier Y., Harnett-Sheehan K. et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview // J Clin Psychiatry. – 1998. – Vol. 59, Suppl. 20. – P. 22–33.
- Siwek M., Dudek D., Rybakowski J., Lojko D., Pawlowski T., Kiejna A. Mood Disorder Questionnaire-characteristic and indications // Psychiatr Pol. – 2009. – No 43 (3). – P. 287–299.
- Weissman M., Bland R., Canino G. et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder // JAMA. – 1996. – Vol. 276. – P. 293–299.
- Volkenstein L., Bruchmüller K., Schmid P., Meyer T. Misdiagnosing bipolar disorder-do clinicians show heuristic biases? // J Affect Disord. – 2011. – Vol. 130. – P. 405–412.

Misdiagnosis of Bipolar I Disorder among patients with the diagnoses of paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder in Russian Federation

Mosolov S.N., Shafarenko A.A., Ushkalova A.V., Alfimov P.V., Kostyukova A.B.

Moscow Research Institute of Psychiatry Minzdrava Rossiï

SUMMARY. The objective of this cross-sectional, clinical-diagnostic study was to detect Bipolar Affective Disorder (BAD) in accordance with the ICD-10 criteria in the population of inpatients with Paranoid Schizophrenia of episodic type ("Paroxysmal Schizophrenia"), or "Schizoaffective Disorder", having signs of psychomotor agitation at admission, using standard diagnostic procedure based on M. I. N. I. structured interview. The total number of subjects enrolled in the study was 347, including 314 (90 %) patients having current diagnosis "Paranoid Schizophrenia of episodic type" and 33 patients (10 %) with Schizoaffective disorder (F25). According to ICD-10 criteria, in 40.3 % of the subjects population BAD could be diagnosed. Evaluation of the diagnostic groups showed differences in PSP scale and in the frequency of mood stabilizers and anti-cholinergic drugs usage. Average score on PSP scale was 52,6 ± 19,4 in BAD group and 41,0 ± 16,3 in Schizophrenia group ($p = 0,006$). In the mood stabilizers group (which included lithium, valproate, CRBM) 27,3 % of prescriptions were registered in the BAD group and 6,7 % in the Schizophrenia group ($p = 0,0001$). Anticholinergic drugs were more often prescribed in Schizophrenia group than in the BAD group – 12,8 % and 5,1 % respectively ($p = 0,015$). Differential diagnostics of manic-delusional states associated with BAD or Schizophrenia in accordance with ICD-10 criteria is quite challenging, however it is an important clinical target, as it determines the scope of different therapeutic strategies. Using formalized approach along with high compliance with diagnostic requirements can help improve BAD detection and lead to timely selection of treatment strategy.

KEY WORDS: bipolar I disorder, schizophrenia, differential diagnosis.

CONTACTS: profmosolov@mtu-net.ru