

Принципы и инструменты диагностики биполярного аффективного расстройства как основа рациональной фармакотерапии

Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии Минздрава РФ»

РЕЗЮМЕ: В статье приведены принципы современной диагностики биполярного аффективного расстройства, описаны различия критериев современных международных диагностических систем МКБ-10 и DSM-IV, проанализировано влияние внесенных в адаптированную для России версию МКБ-10 изменений на различия в выявляемости биполярного расстройства в нашей стране и за рубежом, показана важность ранней диагностики заболевания. В наглядной для практического использования форме приведены дифференциально-диагностические признаки биполярного расстройства и других заболеваний, рассмотрены основные скрининговые, диагностические и оценочные шкалы и опросники и принципы их использования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: биполярное аффективное расстройство, МКБ-10, DSM-IV, диагностика, скрининговый инструмент, опросник.

КОНТАКТ: ekostukova@gmail.com

Биполярное аффективное расстройство (БАР) характеризуется эпизодами мании или гипомании, чередующимися с эпизодами депрессии, а также возможностью развития смешанных состояний, в которых сосуществует симптоматика депрессивного и маниакального полюса. Среди российских специалистов-психиатров бытует мнение о том, что БАР – это лишь новый термин, подменяющий укоренившееся понятие маниакально-депрессивного психоза, включавшее в себя описание двух вариантов течения аффективного расстройства. Один вариант предполагал развитие монополярных (рекуррентных) депрессий, другой – развитие фаз разного полюса (маний и депрессий). Вопреки этому мнению, результаты многочисленных зарубежных исследований представляют убедительные доказательства биологических, генетических, эпидемиологических различий при заболевании, протекающем в виде повторных депрессивных фаз (рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) [МКБ-10, DSM-IV]) и заболевании, при котором чередуются фазы разного полюса (биполярное аффективное расстройство [МКБ-10, DSM-IV]).

Разграничение РДР и БАР повлекло за собой существенные изменения в терапевтической стратегии и тактике. Так, за прошедшее десятилетие при БАР была существенно ограничена роль антидепрессантов при купировании депрессивных фаз, практически исключена возможность их использования при профилактической терапии, а нормотимики заняли место препаратов первого выбора на всех этапах терапии. При РДР, напротив, роль нормотимиков практически полностью нивелирована, в то время как антидепрессанты являются препаратами первого выбора не только при купировании депрессивных состояний, но и при противорецидивной терапии. Существенные различия имеет также тактика использования различных антипсихотиков второго поколения при этих двух заболеваниях.

Ошибочная диагностика или задержка выявления БАР серьезно ухудшает прогноз заболевания, приводит к утяжелению его течения и присоединению ко-

морбидных расстройств, включая злоупотребление психоактивными веществами [40]. Более того, фармакологическая и психосоциальная терапия БАР может быть менее эффективной у больных, перенесших несколько не леченных или неправильно леченных эпизодов [37, 42].

Ранняя фармакологическая интервенция способна модифицировать запрограммированное течение заболевания [27]. Известно, что функциональные возможности больных прогрессивно ухудшаются по мере нарастания числа эпизодов БАР [25, 36]. В частности, это связывают с возможным усилением нейродегенеративных процессов мозга при прогрессировании заболевания, в пользу которых говорит наличие когнитивного дефицита, выявляющегося у больных БАР в периоды эутимии и нарастающего по мере увеличения числа перенесенных эпизодов болезни [21, 24, 28]. В то же время ранняя устойчивая ремиссия обеспечивает в будущем более высокий уровень психосоциальной активности и более продолжительный эутимный период [20]. Эти данные являются веским обоснованием целесообразности и необходимости ранней фармакологической интервенции [14] и реабилитации [44], сроки начала которой напрямую зависят от своевременности установления диагноза.

Вопросы диагностики и терапии БАР являются одними из наиболее часто обсуждаемых среди других проблем психиатрии. Проводятся многочисленные исследования, позволяющие уточнить критерии диагностики, создаются скрининговые инструменты, способствующие более раннему его выявлению и, следовательно, своевременному началу адекватной фармакотерапии, препятствующей дезадаптации пациентов, присоединению коморбидных расстройств и снижению суицидального риска.

В России в последние годы эта проблема вызывает живой интерес и активные дискуссии среди практикующих врачей-психиатров, с одной стороны, отражая ее высокую значимость, а с другой – выявляя несоответствие диагностических подходов к БАР, используемых в России и за рубежом. Учитыв-

вая, что более 20 лет назад в нашей стране официально принята система диагностики ВОЗ (МКБ-10), эти диагностические разночтения между современными критериями диагностики и практикой в нашей стране требуют анализа, поскольку приводят к тому, что общедоступные современные методы диагностики этого заболевания остаются невостребованными, алгоритмы терапии – непонятными врачами, пациентами, которым может быть оказана эффективная помощь, – инвалидизированными, а эпидемиологические данные коренным образом отличаются от показателей всего мира.

Отличие российской версии МКБ-10 от оригинальной, прежде всего, касается широкого использования термина «маниакально-депрессивный психоз» в общем описании раздела «Аффективные расстройства настроения» [4], создающего ошибочное представление о том, что РДР и БАР по-прежнему рассматриваются в структуре единого заболевания, по нашему мнению, препятствуя внедрению дифференцированного подхода к терапии этих двух заболеваний. Эту задачу еще более затрудняет указание, имеющееся в разделе диагностических критериев БАР (F 31), которое гласит, что термин «МДП» теперь используется в основном как синоним биполярного расстройства.

Не менее важным является и то, что в соответствии с диагностическими указаниями адаптированной для России версии МКБ-10 в отличие от оригинальной, случаи, когда в структуре аффективного эпизода наблюдаются неконгруентные настроению психотические симптомы, должны диагностироваться как аффективно-бредовые варианты приступообразной (рекуррентной) шизофрении. Это, вероятно, является одной из причин того, что, по имеющимся немногочисленным эпидемиологическим данным, диагностика всей группы аффективной патологии в России составляет ничтожно малые величины и относится к шизофрении в кратности 1:100, что совершенно не соответствует данным зарубежных генетико-эпидемиологических исследований, в соответствии с которыми соотношение этих заболеваний составляет 2:1 [1, 2, 5 и др.]. Постановка диагноза «шизофрения» больным БАР определяет необходимость длительного назначения нейролептиков, в том числе и классических, которые им противопоказаны в связи с высоким риском развития экстрапирамидной симптоматики и депрессогенным действием.

Таким образом, коррективы, когда-то внесенные в МКБ-10 в нашей стране с целью облегчить врачам переход на новую классификацию болезней, в настоящий момент, видимо, уже не только утратили свою актуальность, но и являются препятствием для унифицирования диагностики в соответствии с международными стандартами, а потому нуждаются в пересмотре.

Несмотря на известное несовершенство современных операциональных критериев, они, несомненно, являются важным, хотя и спорным достижением в психиатрии последнего столетия [1, 3]. С нашей точки зрения, преобладающий в МКБ-10 синдромо-

логический подход к постановке диагноза и формализованные операциональные критерии, с одной стороны, ограничивают возможность прогноза течения заболевания по сравнению с классическим категориальным подходом, использовавшимся в МКБ-9, но с другой – существенно упрощают практическую задачу выбора стратегии терапии в зависимости от установленного диагноза и приближают возможность разработки отечественных стандартов терапии психических заболеваний [1].

В настоящий момент в мире существуют две официально закрепленные диагностические схемы, определяющие диагноз БАР: Международная классификация болезней Всемирной Организации Здравоохранения (10-й пересмотр) (МКБ-10) и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации (DSM –IV-TR). Между ними имеются некоторые различия, но не противоречия. Обе диагностические схемы четко отграничивают БАР от РДР и шизофрении. Они используются при проведении исследований по БАР, на результаты которых ориентируются клинические рекомендации по терапии. Многочисленные шкалы и опросники, облегчающие диагностику и оценку динамики состояния пациента в процессе терапии, а также алгоритмы терапии разрабатываются в соответствии с критериями диагностики именно этих двух систем. При использовании этих инструментов отечественным клиницистам, привыкшим использовать критерии адаптированной для России версии МКБ-10, необходимо опираться на критерии, которые приводятся в оригинальных версиях международных классификаций.

В отличие от МКБ-10, в которой БАР определяет единой рубрикой F31, в DSM-IV закреплена дифференцировка на БАР I типа и БАР II типа. В МКБ-10 БАР II лишь включено в подрубрику «Другие биполярные аффективные нарушения» (F31.8) наряду с рекуррентными маниакальными эпизодами, и для него не указываются даже диагностические критерии,

Критерии DSM-IV для диагностики БАР типа II

- А. Наличие текущего (или в анамнезе) одного или более развернутых депрессивных эпизодов**
- Б. Наличие текущего (или в анамнезе) хотя бы одного гипоманиакального эпизода**
- В. Никогда не наблюдались маниакальные или смешанные эпизоды**
- Г. Аффективная симптоматика критерия А и Б не удовлетворяет критериев шизоаффективного расстройства, шизофрении, шизофрениформного расстройства, бредового расстройства или психотического расстройства недифференцированного.**
- Д. Симптомы вызывают клинически значимый дистресс или нарушения социальной, трудовой адаптации или других важных областей деятельности.**

хотя исследования феноменологии, наследственности и течения БАР II определяют его как самостоятельное заболевание с крайне низкой вероятностью трансформации в БАР I [16].

БАР II характеризуется эпизодами гипомании и развернутой депрессии. При использовании современных дефиниций (DSM-IV) распространенность БАР II выше по сравнению с БАР I [11]. В то же время БАР II часто остается нераспознанным, прежде всего, по причине сложности выявления гипоманиакальных состояний.

Критерии диагностики БАР в системах МКБ-10 и DSM-IV различаются еще и тем, что по критериям DSM-IV для постановки диагноза БАР I достаточно развития одного маниакального эпизода, а в случае развития эпизода смешанного состояния для постановки диагноза БАР I необходимо наличие хотя бы одной развернутой депрессии в анамнезе. По МКБ-10 установление диагноза БАР возможно при наличии двух аффективных эпизодов, один из которых – маниакальный. В проекте МКБ-11 с целью устранения различий в диагностике БАР между странами предлагается удалить эту рубрику, так как униполярные мании встречаются достаточно редко и их следует рассматривать как «атипичную» форму БАР I. Кроме того, предполагается выделение БАР II как отдельной формы заболевания и введение диагностических критериев, соответствующих таковым в DSM [39 и др.].

В МКБ-10 и DSM-IV имеются также некоторые различия в диагностических указаниях, позволяющих разграничить шизоаффективное расстройство (ШАР) и аффективную фазу БАР с психотическими чертами. Так, в американской классификации для постановки диагноза ШАР 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 ШАР от эпизода БАР с психотическими симптомами.

По МКБ-10 допускается выделение двух подтипов ШАР: F25x0 – только одновременное развитие шизофренической и аффективной симптоматики; F25x1 – одновременное развитие шизофренических и аффективных симптомов с последующим сохранением шизофренической симптоматики вне периодов аффективной симптоматики. Основным дифференциально-диагностическим признаком ШАР 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.

Более чем десятилетний опыт использования современных критериев диагностики БАР выявил серьезные проблемы, связанные с распознаванием и диагностикой этого заболевания. Установлено, что

у 35–40 % больных БАР ошибочно диагностируется РДР [6, 23, 32]. В России среди пациентов с диагнозом «шизофрения или шизоаффективное расстройство» при тщательной диагностике в соответствии с современными операциональными системами БАР выявляется в 40,3 % случаев [7].

Частота ошибок диагностики обусловлена не только недостаточной степенью информированности практикующих врачей о подходах к выявлению данного заболевания, но и его клиническим течением, а именно тем, что на протяжении жизни пациента оно проявляется различными симптомокомплексами: мания, депрессия, смешанные состояния, интермиссии, коморбидные расстройства, психотическая симптоматика, которая часто присоединяется к основной, характерной для БАР аффективной симптоматике. Психотические симптомы, которые, особенно в период мании, в сочетании с психомоторным возбуждением затрудняют распознавание аффективно-бредовой структуры синдрома, часто ведут к ошибочному диагнозу «шизофрения» и неадекватной терапии [1–3].

К факторам, затрудняющим процесс диагностики, можно отнести частую коморбидность БАР с другими расстройствами, особенно с тревожными, и зависимость от психоактивных веществ, а также отставленное появление маниакальной или гипоманиакальной симптоматики у больных с повторными депрессивными фазами [27]. По данным, основанным на обследовании 261 больного БАР, у 65 % диагностируются коморбидные заболевания (чаще всего злоупотребление психоактивными веществами или тревожные расстройства) [41]. Паническая симптоматика при БАР наблюдается чаще, чем при РДР, и может существенно затягивать фазу. Риск развития алкогольной зависимости при БАР в 6–7 раз выше, чем в общей популяции [26], при этом у мужчин этот риск выше в 3 раза, а у женщин – в 7 раз [19]. Дифференциально-диагностические признаки БАР и других заболеваний приведены в табл. 1.

Частая ошибочная диагностика РДР связана с тем, что пациенты с БАР в 2–3 раза чаще ищут помощи в период депрессивного эпизода по сравнению с маниакальным [9]. Кроме того, пациенты с гипоманией, как правило, не оценивают свое состояние как болезненное, не обращаются к врачу, не попадают в поле зрения психиатра в период гипоманиакальной фазы и не рассказывают о ней активно в период сбора анамнестических сведений [1, 5, 15]. Особенно это характерно для БАР II, протекающего без развернутых маниакальных эпизодов. У 10,7–27,4 % больных, перенесших два или несколько эпизодов депрессии, ошибочно диагностируется РДР, в то время как на самом деле эти эпизоды являются начальным этапом БАР [10]. Для таких пациентов предложен подход «более вероятного» диагноза, представленный в табл. 2.

Стратегии по выявлению симптоматики БАР предполагают тщательный целенаправленный опрос пациента, ориентированный на выявление аффективных фаз, в том числе и гипоманиакальных и смешанных состояний, в текущем статусе и анамнезе,

Таблица 1. Дифференциальная диагностика БАП [46]

Диагноз	Отличительные клинические признаки
РДР или дистимическое расстройство	Маниакальные или гипоманиакальные эпизоды не выявлены, несмотря на то что для этого были предприняты все возможные меры
Расстройства настроения, связанные с соматическими заболеваниями (F06.35). Непсихотическое биполярное расстройство органической природы	Аффективные эпизоды связаны с соматическими заболеваниями, например, с множественным склерозом, инсультом, гипертиреозом. Манифестирование или эскалация аффективных расстройств и соматического заболевания связаны во времени
Расстройства настроения, связанные с употреблением психоактивных веществ	Аффективные эпизоды являются следствием употребления или, вероятнее всего, связаны с воздействием таких веществ, как наркотики, медикаменты (например, стимуляторы, стероиды, L-допа, антидепрессанты) или веществ с токсическим воздействием. Эпизоды могут быть связаны с периодом интоксикации или отмены психоактивных веществ
Циклотимия	Гипоманиакальные симптомы не удовлетворяют критериям маниакального эпизода, а депрессивные симптомы не удовлетворяют критериям депрессивного эпизода
Психотические расстройства (шизоаффективное расстройство, шизофрения, бредовое расстройство)	Наблюдаются периоды, когда присутствует психотическая симптоматика при отсутствии отчетливой симптоматики расстройств настроения. Рассматриваются начало заболевания, сопутствующая симптоматика, предшествующее течение и наследственность
Пограничное расстройство личности	Нестабильность межперсональных отношений, самооценки, настроения с выраженной импульсивностью и страхом быть оставленным. Раннее начало и длительное стабильное существование симптоматики. Истинная эйфория и длительные интервалы хорошего состояния крайне редки
Нарцисстическая личность	Сознание собственной неотраженности, потребность в восхищении и сниженная способность к сопереживанию. Раннее начало. Ощущение собственного превосходства не связано с изменениями настроения или функциональной продуктивности
Асоциальное расстройство личности	Раннее проявление пренебрежения к правам других людей или их нарушение, которое возникает не в связи с развитием маниакального эпизода

Таблица 2. «Вероятностные» рекомендации для диагностики биполярной депрессии у пациента с депрессивным эпизодом, не имеющего предшествующих маниакальных фаз [31]

Должна рассматриваться большая вероятность диагноза биполярной депрессии, если присутствует не менее 5 следующих симптомов*	Должна рассматриваться большая вероятность диагноза рекуррентной депрессии, если присутствует не менее четырех следующих симптомов*
1. Симптоматика и особенности психического статуса	
Гиперсомния и/или учащение периодов дневной сонливости Гиперфагия и/или увеличение веса тела Другие симптомы «атипичной» депрессии, как, например, «свинцовый паралич» (физическая астения) Психомоторная заторможенность Психотические черты и/или патологические идеи виновности Лабильность аффекта, маниакальные симптомы	Ранняя инсомния/редукция сна Потеря аппетита/веса Нормальный или повышенный уровень активности
2. Течение заболевания	
Раннее развитие первой депрессии (младше 25 лет)* Большое число предшествующих эпизодов (не менее 5)*	Более позднее развитие первого эпизода (возраст старше 25 лет)* Большая продолжительность текущего эпизода (более 6 месяцев)*
3. Наследственность	
Отягощенность БАП	Отсутствие отягощенности БАП

* Может быть уточнено после проведения дополнительных исследований.

Таблица 3. Проведение скринингового клинического опроса пациента при подозрении на БАР [46]

Кого скринировать?
<ul style="list-style-type: none"> • Скринируйте пациентов с депрессивными симптомами на наличие гипоманий или маний в анамнезе • Пытайтесь выявить аффективное расстройство у больных с необъяснимым расплывчатыми / неспецифическими соматическими симптомами или атипичной вегетативной симптоматикой (напр. гиперсомния и гиперфагия)
Как скринировать?
<ul style="list-style-type: none"> • Выслушайте активные жалобы пациента • Задавайте открытые и «не наводящие» общие вопросы об общей симптоматике депрессии и мании • Задавайте вопросы о специфических симптомах депрессии и мании, включая выяснение их продолжительности в течение текущего эпизода, как долго они продолжались в течение прошлого эпизода (если он был), вызывали ли они проблемы во взаимоотношениях дома и на работе • Всегда спрашивайте о суицидальных мыслях • Спрашивайте о психотической симптоматике • Просите пациента заполнить самоопросник • Выясняйте признаки БАР у родственников • Получите объективные сведения от членов семьи или друзей о наличии у пациента эпизодов гипомании или мании в прошлом • Если остаются сомнения, проведите проспективную оценку настроения и оцените, соответствует ли результат уровню мании или гипомании
Исключите альтернативные диагнозы
<ul style="list-style-type: none"> • Соматическое заболевание, которое может вызывать похожие симптомы • Злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами • Лекарственные препараты, которые могут вызывать подобные симптомы

анализ объективных сведений, полученных от членов семьи и друзей пациента. При проспективном наблюдении также может быть полезным ведение дневника, отражающего изменения настроения. Для скрининга на наличие у пациента БАР может быть полезен подход, представленный в табл. 3.

Наиболее трудным представляется выявление гипоманиакальных фаз, особенно ретроспективное, поскольку эти состояния субъективно не воспринимаются как болезненные. При опросе пациенты склонны связывать периоды приподнятого настроения с какими-либо внешними обстоятельствами. В такой ситуации может быть полезен анализ расстройств сна в этот период, поскольку одним из характерных признаков гипомании является сокращение потребности во сне. При этом пациенты, как правило, не жалуются на расстройства сна.

Тщательный анализ расстройств сна при первичном обращении пациента представляется особенно важным, поскольку у трети обращающихся с этой жалобой пациентов выявляются расстройства настроения [43]. Дифференциально-диагностические характеристики расстройств сна при БАР и других психических заболеваниях представлены в табл. 4.

Использование скрининговых опросников, структурированных диагностических интервью и квантифицированных оценочных шкал является хорошим подспорьем для врачей в условиях перегруженности их практики и лимитированного времени визита пациента, которого недостаточно для детального

сбора и анализа всех данных, необходимых для правильной диагностики. Следует, однако, учитывать, что они являются лишь вспомогательным инструментом, позволяющим быстро определить тактику и стратегию диагностического поиска или глобально оценить динамику состояния пациента в процессе фармакотерапии. Они не могут служить заменой клинического метода диагностики и оценки статуса, а также не должны подменять критерии официально принятых диагностических систем. Кроме того, использование шкал может быть полезным и эффективным только в том случае, когда они используются именно для тех задач, для решения которых создавались.

Например, скрининговые шкалы и самоопросники должны использоваться только для скрининга, диагностические интервью предназначены для быстрой оценки соответствия диагностическим критериям МКБ-10 и DSM-IV, квантифицированные оценочные шкалы – для оценки выраженности симптоматики текущего статуса и ее динамики, но не для диагностики. Кроме того, при оценке с использованием этих инструментов необходимо строго соблюдать методологию работы с каждым из них. Это, прежде всего, касается таких хорошо известных шкал для оценки выраженности депрессивной симптоматики, как шкала Гамильтона и шкала Монтоммери–Асберг, а также шкала оценки тяжести мании Янга. Для корректного использования этих шкал необходимо пройти специальное обучение,

Таблица 4. Специфические характеристики расстройств сна при гипомании и других психических расстройствах

Диагноз	Специфические характеристики расстройств сна
Гипомания (мания)	<ul style="list-style-type: none"> • Уменьшение потребности во сне (специфичный симптом) • Сон укорочен • Нарушения засыпания в связи с повышением активности в вечерние часы • Улучшение параллельно редукции симптомов гипомании (мании)
Депрессия	<ul style="list-style-type: none"> • Ранние пробуждения (поздняя инсомния) – специфичный симптом • Улучшение параллельно редукции симптомов депрессии гиперсомния характерна для атипичной депрессии
Посттравматическое стрессовое расстройство	<ul style="list-style-type: none"> • Инсомния • Парасомния
Генерализованное тревожное расстройство	<ul style="list-style-type: none"> • Инсомния (нарушения засыпания)
Паническое расстройство	<ul style="list-style-type: none"> • Ночные атаки • Инсомния, связанная с тревогой ожидания
Шизофрения	<ul style="list-style-type: none"> • Инсомния (ранняя или бессонница среди ночи) – часто • Нарушения графика сна (свободно плавающий)
Деменция	<ul style="list-style-type: none"> • Инсомния • Ажитация в вечерние часы • Нарушения графика сна (сон днем)
Синдром отмены опиатов или алкоголя	<ul style="list-style-type: none"> • Инсомния • Нерегулярный или хаотичный сон

которое обеспечивает корректную работу с ними и правильность оценок.

В настоящий момент не существует скрининговых инструментов для диагностики БАП, которые можно было бы назвать «золотым стандартом», однако имеются шкалы, которые достаточно точно позволяют выявить те или иные расстройства, характерные для БАП. Основными инструментами для выявления БАП являются опросники Mood Disorder Questionnaire (MDQ), Hypomania Checklist (HCL-32) и шкала Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS).

Опросник расстройств настроения (**Mood Disorder Questionnaire (MDQ)**) используется для скрининга, а именно для выявления маниакальных или гипоманиакальных симптомов в анамнезе [22]. Он не позволяет различить разные типы БАП и обладает большей чувствительностью при выявлении БАП I. Недостатком этого опросника является то, что он недостаточно чувствителен для выявления гипоманий в анамнезе, так как пациенты, как правило, не оценивают гипоманию как патологически повышенное настроение. У таких пациентов результат оценки по этому опроснику может оказаться ложноотрицательным. MDQ особенно полезен в первичной медицинской практике [27]. Пациенты с положительным результатом скрининга должны пройти полное клиническое обследование на наличие расстройств биполярного спектра. MDQ может заполняться пациен-

том или медперсоналом, ведущим первичный опрос пациента. Заполнение этого опросника занимает около пяти минут.

Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS) [34] является скрининговым инструментом для выявления расстройств биполярного спектра. Она более, чем MDQ, чувствительна к выявлению БАП II [30]. Результатом оценки по этой шкале является указание на степень вероятности существования БАП в следующих градациях: весьма маловероятно, имеется низкая вероятность, средняя степень вероятности, высокая степень вероятности. Пациентам, у которых по оценке BSDS установлено вероятное наличие БАП, необходимо провести полное клиническое обследование и анализ соответствия критериям МКБ-10 симптоматики, выявленной в текущем статусе и анамнезе.

Hypomania Checklist (HCL-32) – самоопросник, основной целью которого является выявление симптомов гипомании в анамнезе пациента [13]. Он позволяет идентифицировать пациентов с БАП II среди больных, которым по ошибке поставлен или может быть поставлен диагноз РДР. Апробация версий этого опросника в различных странах показала его высокую чувствительность в дифференциации БАП и РДР наряду с краткостью и простотой использования, что позволило исследователям рекомендовать HCL-32 для применения со скрининговой целью в медицин-

ской практике [18, 29, 33, 45 и др.]. По мнению Y. Roop с соавт. [35], использование опросника HCL-32 в сочетании со сбором семейного анамнеза является лучшим подходом для выявления нераспознанного БАР среди пациентов с различными психиатрическими диагнозами. Длительность заполнения опросника составляет 5–10 мин.

Важно отметить, что HCL-32 – единственная шкала, перевод которой на русский язык прошел валидизацию в широкомасштабном исследовании, включавшем 409 пациентов [8, 33]. Кроме того, разработанная и апробированная в этом исследовании сокращенная до восьми пунктов русскоязычная версия шкалы продемонстрировала хорошее соотношение чувствительности и специфичности, что позволило рекомендовать ее для применения в медицинской практике для выявления БАР II в период актуальной депрессии.

Mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) – краткий структурированный диагностический опросник, позволяющий специалистам-психиатрам проводить диагностику по DSM-IV и ICD-10 [38]. Он был разработан для проведения психофармакологических и эпидемиологических исследований в психиатрии. В настоящее время он является одним из наиболее часто используемых диагностических опросников и может быть полезен практикующим врачам для быстрого опроса пациента и объективизации диагностики в соответствии с критериям МКБ-10. В среднем такой опрос занимает 15 мин.

Young Mania Rating Scale (YMRS) [47] – шкала, предназначенная для квантифицированной оценки выраженности маниакальной симптоматики. Аналогично MADRS, ее может заполнять только специалист-психиатр, прошедший специальный тренинг по технике интервьюирования и оценки по этой шкале, не является диагностической шкалой и применима только у больных с установленным диагнозом мании. Она может использоваться как в клинических, так и в исследовательских целях и обладает высокой чувствительностью. Длительность оценки по этой шкале составляет 15–30 мин. С помощью этой шкалы можно оценивать только маниакальную симптоматику, так как она не содержит пунктов, касающихся депрессии, в связи с чем результаты оценки у больных со смешанными состояниями могут быть артефактными. Недостатками этой шкалы являются трудность при оценке больных выраженными идеаторными расстройствами, а также ее низкая чувствительность при гипомании.

Таким образом, использование скрининговых инструментов и психометрических шкал может быть хорошим подспорьем в диагностике БАР при условии последующего детального анализа клинического статуса пациента и его анамнеза. Использование шкал, облегчающее и ускоряющее точную диагностику, позволяющее быстро оценить тяжесть состояния и проследить динамику выраженности симптомов в процессе фармакотерапии, может способствовать совершенствованию терапевтического процесса при БАР. Однако лишь последовательные действия в кли-

нической диагностике и формирование тактического и стратегического плана терапии, учитывающего индивидуальные особенности статуса пациента и течения заболевания, способны привести к успеху. Такой план должен включать следующие шаги [17].

При подозрении на БАР необходимо:

- провести полное психиатрическое обследование, детально задокументировать историю расстройств настроения, эпизоды гиперактивности и расторможенности и/или другие эпизоды устойчивых во времени изменений в поведении, симптоматику между такими эпизодами, провоцирующие факторы развития предшествующих эпизодов и признаки рецидива, а также наследственность;
- оценить развитие и изменение характера расстройств настроения и связанные с этим клинические проблемы на протяжении жизни пациента (например, ранняя детская травма, развитие расстройства или когнитивного дефицита в позднем возрасте);
- оценить социальное и частное функционирование и текущие психосоциальные стрессогенные факторы;
- провести оценку наличия психической и соматической коморбидности;
- оценить физическое состояние пациента, проанализировать лекарственную терапию и ее побочные эффекты, включая прибавку веса;
- обсудить историю предшествующего лечения и выявить методы, которые были эффективны и неэффективны в прошлом;
- мотивировать пациента для приглашения членов семьи или других близких людей с целью получить объективные сведения;
- обсудить факторы, которые могли быть связаны с изменениями настроения, включая взаимоотношения, психологические факторы, изменения образа жизни;
- выявить личные установки пациента на восстановление;
- провести дифференциальную диагностику с другими психическими расстройствами, такими как заболевания шизофренического спектра, расстройства личности, наркомания, алкоголизм, дефицит внимания и гиперактивность, а также с соматическими заболеваниями, такими как гипо- или гипертиреозидизм;
- провести совместно с пациентом и, если возможно, с его близкими оценку рисков, ориентируясь на те обстоятельства, которые могут представлять наибольшую опасность или причинять наибольший вред, такие как пренебрежение к себе, самоповреждения, суицидальные мысли и намерения, опасность для окружающих, включая членов семьи, управление автотранспортом, неконтролируемую трату денег, нарушения в отношениях с близкими людьми, расторможенное поведение и гиперсексуальность, риск венерических заболеваний. Обсудить возможные пути управления этими рисками.

Если установлен диагноз БАР, необходимо разработать план взаимодействия с пациентом и его близкими, который должен осуществляться в процессе лечения, предполагающего проведение длительной

противорецидивной (профилактической) терапии, активного купирования актуальных аффективных фаз, предотвращения неблагоприятных тенденций развития заболевания (формирования быстрой цикличности и учащения рецидивирования в целом, присоединения коморбидных психических и соматических расстройств, развития терапевтической резистентности). Общим правилом является также обеспечение максимальной социальной и психотерапевтической поддержки больным и регулярное проведение психообразовательных мероприятий [5].

В свою очередь, только точная своевременная диагностика этого заболевания может обеспечить

высокую эффективность современных методов терапии. Бремя, наложенное болезнью на пациента, страдающего БАР, на его семью, друзей и общество в целом можно существенно облегчить своевременным началом стратегически правильно выбранной терапии. Только в этом случае можно рассчитывать на уменьшение тяжести течения заболевания, позволяющее пациенту с БАР сохранить социальную и трудовую адаптацию, повысить качество жизни, что, в свою очередь, приведет к снижению затрат служб медицинской помощи. Кроме того, эффективная терапия может в значительной мере снизить высокую смертность, связанную с БАР.

Список литературы

1. 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.
2. Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Ладыженский М.Я. Проблемы и новые возможности дифференцированной терапии больных биполярным расстройством // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 4. – С. 8–15.
3. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В. Психиатрический диагноз: вверх по лестнице, ведущей вниз. Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2015. – № 1. – С. 15–24.
4. МКБ-10, адаптированная для использования в Российской Федерации. – М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 1998.
5. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и терапия. – М: Медпресс-информ, 2008. – С. 383.
6. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – Вып. 2. – С. 2–14.
7. Мосолов С.Н., Шафаренко А.А., Ушкалова А.В., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – Вып. 3. – С. 2–8.
8. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б., Курсаков А.А., Образцова Л.В. Валидизация российской версии опросника HCL-32 для выявления пациентов с биполярным аффективным расстройством II типа среди больных, наблюдающихся с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, вып. 1. – С. 22–30.
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159. – 4 suppl. – P. 1–50.
10. Akiskal H.S., Pinto O. The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV // Psychiatr Clin North Am. – 1999. – No 22. – P. 517–534.
11. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder // J Affect Disord. – 1998. – Vol. 50. – P. 143–151.
12. Angst J., Gamma A., Benazzi F., Ajdacic V., Eich D., Rössler W. Diagnostic issues in bipolar disorder // Europ. Neuropsychopharm. – 2003. – Vol. 13. – S. 43–50.
13. Angst J., Adolfsson R., Benazzi F. et al. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients // J Affect Dis. – 2005. – Vol. 88, No 22. – P. 217–233.
14. Berk M., Hallam K., Lucas N. et al. Early intervention in bipolar disorders: opportunities and pitfalls // Med J. – 2007. – Vol. 187. – Suppl. 7. – P. 11–14.
15. Bowden C.L. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression // Psychiatr Serv. – 2001. – Vol. 52. – P. 51–55.
16. Coryell W., Endicott J., Maser J.D. et al. Long term stability of polarity distinctions in the affective disorders // Am. J. Psychiatry. – 1995. – Vol. 152. – P. 385–390.
17. Diagnosing, assessing and managing bipolar disorder in adults in secondary care. Nice, 2015. <http://pathways.nice.org.uk/pathways/bipolar-disorder>
18. Forty L., Smith D., Jones L. et al. Identifying hypomanic features in major depressive disorder using the hypomania checklist (HCL-32) // J Affect Dis. – 2009. – Vol. 114. – P. 68–73.
19. Frye M.A., Altshuler L.L., McElroy S.L. et al. Gender differences in prevalence, risk and clinical correlate of alcoholism comorbidity in bipolar disorder // Am J Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. – P. 883–889.
20. Goldberg J.F., Harrow M. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up // J Affect Disord. – 2004. – No 81. – P. 123–131.
21. Goodwin G.M., Martinez-Aran A., Glahn D.C. et al. Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: Neurodevelopment or Neurodegeneration? An ECNP expert meeting report // Eur Neuropsychopharmacol. – 2008. – Vol. 18. – P. 787–793.
22. Hirschfeld R.M., Williams J.B., Spitzer R.L. et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire // Am J Psychiatry. – 2000. – Vol. 157. – P. 1873–1875.
23. Hirschfeld R.M., Lewis L., Vornik 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.
24. Kapczinski F., Vieta E., Andreazza A.C. et al. Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment // Neurosci Biobehav Rev. – 2008. – 32. – P. 675–692.
25. Keck P.E., McElroy S.L., Strakowski S.M. et al. Outcome and comorbidity in first-episode compared with multiple-episode mania // J Nerv Ment Dis. – 1995. – No 183. – P. 320–324.
26. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., et al. Lifetime and 12-month prevalence of DMS-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey // Arch Gen Psychiatry. – 1994. – Vol. 51. – P. 8–19.
27. Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice. Second edition / ed. Eduard Vieta. – 2009. – P. 127.
28. Martinez-Arán A., Vieta E., Colom F. et al. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome // Bipolar Disord. – 2004. – Vol. 6. – P. 224–232.
29. Meyer T.D., Hammelstein P., Nilsson L.G. et al. The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish nonclinical samples // Compr Psychiatry. – 2007. – Vol. 48. – No 1–7. P. 79–87.
30. Miller C.J., Ghaemi S.N., Klugman J., et al. Utility of mood disorder questionnaire and bipolar spectrum diagnostic scale // Program and abstracts of the American Psychiatric Association 155th Annual Meeting. – Philadelphia, PA, USA. – May 18–23, 2002. – Abstract NR2.
31. Mitchell P.B., Goodwin G.M., Johnson G.F., Hirschfeld R.M. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach // Bipolar Disord. – 2008 Feb. – Vol. 10 (1 Pt 2). – P. 144–152.
32. Mosolov S., Ushkalova A., Kostukova E., Shafarenko A., Alfimov P., Kostyukova A., Jules A. Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // Bipolar Disorders. – 2014. – Vol. № 16, № 4. – P. 389–399.
33. Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostukova E.G. et al. Validation of the Russian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the detection of Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // J Affect Dis. – 2014. – Vol. 155. – P. 90–95.
34. Pies R. Bipolar Spectrum Diagnostic Scale validation study // Paper presented at: American Psychiatric Association 155th Annual Meeting. – Philadelphia, PA, USA. – May 18–23, 2002.
35. Poon Y., Chung K.F., Tso K.C. et al. The use of Mood Disorder Questionnaire, Hypomania Checklist-32 and clinical predictors for screening previously unrecognised bipolar disorder in a general psychiatric setting // Psychiatry Res. – 2012. – Vol. 195. – No 3. – P. 111–117.
36. Post R.M., Rubinow D.R., Ballenger J.C. Conditioning and sensitization in the longitudinal course of affective illness // Br J Psychiatry. – 1986. – No 149. – P. 191–201.
37. Post R.M. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder // Am J Psychiatry. – 1992. – No 149. – P. 999–1010.

38. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H. et al. (1998). "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10" // J Clin Psychiatry. – 1998. – Vol. 59. – Suppl. 20. – P 22–33.
39. Strakowski S.M. Bipolar disorders in ICD-11 // World Psychiatry. – 2012. – Vol. 6. – P. 31–36.
40. Suppes T., Kelly D.I., Perla J.M. Challenges in the management of bipolar depression // J Clin Psychiatry. – 2005. – Vol. 66 (Suppl. 5). – P. 11–16.
41. Suppes T., Leverich G.S., Keck P.E. et al. The Stanley Foundation Bipolar treatment outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients // J Affect Disorder. – 2001. – Vol. 67. – P. 45–59.
42. Swann A.C., Bowden C.L., Morris D. et al. Depression during mania. Treatment response to lithium or divalproex // Arch Gen Psychiatry. – 1997. – No 54. – P. 37–42.
43. Tan, T.L., Kales, J.D., Kales, A., Soldatos, C.R., and Bixler, E.D. Biopsychobehavioral correlates of insomnia, IV: Diagnosis based on DSM-III // American Journal of Psychiatry. – 1984. – Vol. 141. – P. 357–362.
44. Vieta E., Rosa A.R. Evolving trends in the long-term treatment of bipolar disorder // World J Biol Psychiatry. – 2007. – No 8. – P. 4–11.
45. Yang H.C., Xiang Y.T., Liu T.B. et al. Hypomanic symptoms assessed by the HCL-32 in patients with major depressive disorder: A multicenter trial across China // Affect Dis. – 2012. – Vol. 143, No 3. – P. 203–207.
46. Yatham L.N., Kennedy S.H., O'Donovan C. et al. Canadian Network for Mood and (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies // Bipolar Disord. – 2005. – No 77 (Suppl. 3). – P. 5–69.
47. Young R.C., Biggs J.T., Ziegler V.T. et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity // Br J Psychiatry. – 1978. – No 133. – P. 429–435.

Principles and diagnostic tools bipolar affective disorder as foundation for rational pharmacotherapy

Kostyukova E. G., Mosolov S. N.

Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology of Ministry of health of the Russian Federation

SUMMARY. The article presents the principles of modern diagnosis of bipolar affective disorder, describes the differences in the criteria of modern international diagnostic systems ICD-10 and DSM-IV, analyzes the impact of changes in adapted for the Russia version of ICD-10 on the differences in the detection of bipolar disorder in our country and abroad, and the importance of early diagnosis of the disease. In visual for practitioners form provides differential diagnostic features of bipolar disorder with other diseases, describes the basic screening, diagnostic and rating scales and questionnaires and principles of their use.

KEY WORDS: bipolar affective disorder, ICD-10, DSM-IV, diagnosis, screening instrument, the questionnaire.

CONTACTS: ekostukova@gmail.com