
БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО II ТИПА: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Р.Г. Акжигитов

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Специализированная клиническая (психоневрологическая) больница № 8
им. З.П. Соловьева — «Клиника неврозов»
Департамента здравоохранения города Москвы
ул. Донская, 43, Москва, Россия, 115419

В.Л. Карнозов

Кафедра психиатрии и медицинской психологии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Донская, 43, Москва, Россия, 115419

В статье приведены результаты исследования проявлений расстройств биполярного спектра у больных с диагностированным рекуррентным депрессивным расстройством. Рассмотрены диагностические критерии, клинические проявления, психологические и социальные аспекты биполярного аффективного расстройства II типа и возможности его терапии.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство II типа, расстройства биполярного спектра, рекуррентное депрессивное расстройство.

В последние годы в мировой психиатрии наметилась тенденция пристального исследования расстройств биполярного спектра. Большинство авторов отмечает расширение представленности биполярных нарушений в структуре психопатологии и низкий уровень их выявления, что, в свою очередь, приводит к ошибочной диагностике и неверной терапевтической тактике.

На сегодняшний день нет общепринятой классификации биполярных расстройств. Так, еще в 1985 г. Н. Akiskal [3] предложил ранжировать их следующим образом: I — развернутая мания, I ¹/₂ — депрессия с пролонгированной гипоманией, II — депрессия с эпизодами гипомании, II ¹/₂ — циклотимия, III — гипомания, вызванная приемом антидепрессантов, III ¹/₂ — гипомания и/или депрессия, ассоциированные с употреблением наркотиков, IV — депрессия, ассоциированная с гипертимным темпераментом, V — рекуррентные депрессии, смешанные с дисфорической гипоманией, VI — поздняя депрессия со смешанными чертами, прогрессирующая в синдром, подобный деменции.

Young and Klerman выделяли биполярное аффективное расстройство (БАР) I (хотя бы один эпизод развернутой мании и один эпизод большой депрессии), БАР II (один эпизод гипомании и один эпизод депрессии), циклотимию — БАР III, гипоманию, вызванную приемом антидепрессантов — IV, депрессию с отягощенной манией наследственностью — V и униполярную манию — VI.

В МКБ-10 достаточно подробно классифицированы различные варианты маний и их сочетаний с депрессией, есть отдельная рубрика для гипомании, а также указание в рубрике «Другие биполярные аффективные расстройства» F 31.8 на то, что в нее включается «Биполярное аффективное расстройство II типа» без диагностических критериев для последнего. В DSM IV приведены БАР I и БАР II с критериями Young and Klerman. Обе классификации в ближайшем будущем

должны быть обновлены: МКБ-11 планируется опубликовать в 2013 году. Однако, если в англоязычной литературе можно встретить работы по изучению БАР II, то в отечественной психиатрии данная проблема остается малоизученной. В России не предусмотрен статистический учет БАР II, хотя Национальное руководство по психиатрии [2] приводит цифры распространенности заболевания среди населения как для БАР I (0,8%), так и для БАР II (0,5%). А между тем именно за счет БАР II отмечается рост выявляемости расстройств биполярного спектра, которые чаще всего ошибочно диагностируются как рекуррентные депрессивные расстройства [1, 5].

Учитывая изложенное, нами проведено исследование с целью выявления признаков биполярности среди стационарных больных, госпитализированных в «Клинику неврозов» с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство» F 33. Было обследовано 300 пациентов (200 женщин и 100 мужчин). Критериями включения являлись возраст 18—65 лет, подписанное информированное согласие, длительность основного заболевания 3 года и более, наличие в анамнезе двух и более эпизодов заболевания. Критериями исключения были: актуальный диагноз биполярного аффективного расстройства; аффективная патология органической природы или вследствие интоксикации; любое другое сопутствующее состояние, которое, по мнению исследователя, не позволит пациенту завершить все процедуры исследования. Для выполнения поставленных задач применены следующие опросники: Перечень контрольных вопросов по гипомании-32 (Angst, 2005) (HCL-32) [4]; Краткий международный нейропсихиатрический опросник (MINI), версия 5,0; Шкала личного и социального функционирования, PSP (Morosini, 2000) и оценены дополнительные характеристики:

— возраст, пол, условия включения в исследование (амбулаторно/в стационаре), уровень образования, статус занятости и семейное положение;

— семейный анамнез в отношении психических заболеваний;

— история психических заболеваний на протяжении всей жизни: возраст начала заболевания, число случаев госпитализации по его поводу, история терапии стабилизаторами настроения и антидепрессантами в течение всей жизни, число предыдущих эпизодов заболевания, история попыток суицида, наличие и характеристики маниакальных и гипоманиакальных симптомов, длительность наиболее продолжительного эпизода;

— характеристики последнего эпизода заболевания: длительность, для депрессивных эпизодов — оценка заторможенности, тревоги, астении, аффективной лабильности, изменений аппетита и вкусовых пристрастий, потеря/увеличение веса тела, гиперсомния/инсомния, увеличенная, измененная сексуальная активность, приступы паники, нарушения памяти, повышенная чувствительность к межличностному отвержению/конфликтным ситуациям и ситуациям фрустрации и суточные колебания состояния пациента;

— актуальный статус: полный психиатрический диагноз в соответствии с медицинскими записями, МКБ-10, курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, сопутствующие соматические заболевания и состояния.

Результаты и их обсуждение. Гипомания диагностирована у 111 (37%) обследованных пациентов (74 женщины и 37 мужчин), в связи с чем диагностирова-

но БАР II и в схемы лечения добавлены нормотимики (карбамазепин, ламотриджин) или атипичный нейролептик кветиапин. Во всех случаях удалось достичь положительных результатов лечения с достижением выраженного улучшения состояния больных без инверсии аффекта. У лиц, не имевших ранее инвалидность, была восстановлена трудоспособность. Настораживающим симптомом явилось выявление суицидального риска у 129 (43%) пациентов. Примечательно, что при выставлении диагноза рекуррентной депрессии лечащие врачи назначили нормотимики 93 (31%) обследованным.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. БАР II в настоящее время диагностируется не в полном объеме. В группе больных с рекуррентным депрессивным расстройством у 37% пациентов диагноз был изменен на БАР II. Это обусловлено как низкой настороженностью врачей в отношении выявления биполярности, так и несовершенством действующей международной классификации болезней.

2. Общероссийская статистическая система не отвечает современному положению вещей в области биполярных расстройств и требует скорейшего уточнения.

3. Необходима разработка стандартов терапии расстройств биполярного спектра с учетом их разнообразия и возможных последствий. В качестве препаратов выбора могут быть предложены карбамазепин, ламотриджин, кветиапин.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и лечение / Под ред. С.Н. Мосолова. — М.: Медпресс-информ, 2008.
- [2] Психиатрия. Национальное руководство. — М.: Гэотар-медиа, 2008.
- [3] *Akiskal H., Pinto O.* The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III and IV // *Psychiatr. Clin. North Am.* — 1999. — Vol. 22. — P. 517—534.
- [4] *Angst J., Adolfsson R. et al.* The HCL-32: a self assessment tool for hypomanic symptoms // *Journal of Affective Disorders.* — 2005. — 88. — P. 217—233.
- [5] *Hirschfeld R.M., Calabrese J.R. et al.* Screening for bipolar disorder in the community // *J Clin Psychiatry.* — 2003. — Jan; 64(1). — P. 53—59.

BIPOLAR II DISORDER: PRINCIPLES OF DIAGNOSTICS AND THERAPY

R.G. Akzhigitov

8 Specialized clinical hospital n.a. Z.P. Solov'ev —
“Neuroses’ clinic”

Donskaya str., 43, Moscow, Russia, 115419

V.L. Karnozov

Psychiatric department

Peoples’ Friendship University of Russia

Miklukho-Maklaya str., 10, Moscow, Russia, 117198

The article deals with the results of study of patients with diagnosed recurrent depressive disorder. The diagnostic criteria, clinical manifestations, psychological and social aspects and possibilities of therapy of bipolar II disorder are discussed.

Key words: bipolar II disorder, bipolar spectrum disorders, recurrent depression.