

# Актуальные проблемы диагностики биполярного аффективного расстройства

**Алексей Викторович Павличенко**

*Доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО МГМСУ им. А.И.Евдокимова,*

*Председатель СМУ РОП*

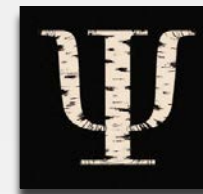
**ХII ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА МОЛОДЫХ ПСИХИАТРОВ**

**Суздаль, 21 апреля 2015**



МГМСУ

им. Евдокимова



СМУ РОП

# План

- Биполярное аффективное расстройство в DSM-5
- Смешанные биполярные состояния
- БАР и коморбидные расстройства
- Прогностические признаки БАР
- Изменения концепции БАР на современном этапе

# Признаки «биполярности» у пациентов с большой депрессии: the BRIDGE study (1)

- Гипомания/мания среди родственников первой степени родства
- Два и более аффективных эпизода в прошлом на высоте текущего депрессивного эпизода
- Возраст манифестации психиатрической симптоматики менее 30 лет
- Текущий депрессивный эпизод продолжается менее 1 месяца
- Развитие маниакальных/гипоманиакальных эпизодов или лабильность настроения вследствие приема антидепрессантов

# Признаки «биполярности» у пациентов с большой депрессии: the BRIDGE study (2)

- Текущее смешанное состояние
- Психотические симптомы в структуре текущего депрессивного эпизода
- Сопутствующие маниакальные симптомы во время депрессии: раздражительность, ускорение мыслей, речевой напор
- Пограничное расстройство личности
- Злоупотребление ПАВ

# Основные изменения главы «Биполярные и родственные им расстройства» в DSM-5

- Отдельная глава для Биполярных и родственных им расстройств
- Повышение активности/энергии добавлен к повышению настроения в качестве основного симптома (Критерий А)
- Спецификатор «со смешанными симптомами» добавлен в критерии маниакального, гипоманиакального и депрессивного эпизода
- Маниакальный эпизод со смешанными чертами заменяет «Смешанный эпизод»
- Смена аффекта на фоне антидепрессивной терапии: маниакальный/гипоманиакальный эпизод
- Спецификатор с «тревожным дистрессом» добавлен в критерии маниакального, гипоманиакального и депрессивного эпизода
- Спецификатор «Уровень опасности совершения суицида» введен
- Рубрика «Другие специфические биполярные и родственные расстройства» вместо «Биполярные расстройства БДУ»

# Концепции чистых и смешанных аффективных состояний в DSM-IV-TR и DSM-5

<b>DSM-IV-TR, эпизоды</b>	<b>Маниакальный</b>	<b>Смешанный</b>	<b>Депрессивный</b>	
Основные симптомы	Повышенное настроение	Повышенное настроение + Депрессивное настроение или утрата интересов	Депрессивное настроение или утрата интересов	
Маниакальные	3 и >	3 и >	<3	
Депрессивные	<5	5 и >	5 и >	
<b>DSM-5</b>	<b>Маниакальный</b>	<b>Маниакальный со смешанными чертами</b>	<b>Депрессивный со смешанными чертами</b>	<b>Депрессивный</b>
Основные симптомы	Повышенное настроение +энергия		Депрессивное настроение/ или утрата интересов	Депрессивное настроение/ или утрата интересов
Маниакальные	3 и >	3 и >	3 и >	<3
Депрессивные	<5	3 и >	5 и >	5 и >

# Новые спецификаторы для диагностики смешанных состояний в DSM-5

## Большая депрессия с гипоманиакальными чертами

Доминирует депрессия, соблюдены критерии депрессивного эпизода и имеется не менее 3 критериев гипомании:

- Повышенное настроение
- Снижение потребности во сне
- Целенаправленная активность
- Повышенная энергия
- Заметная гиперактивность
- Чувство грандиозности
- Ускоренная речь
- Скачка идей

## Мания (гипомания) с депрессивными чертами

Доминирует мания (гипомания), соблюдены критерии (гипо)маниакального эпизода и имеется не < 3 критериев депр.:

- Дисфория или депрессивное настроение
- Снижение интересов или удовольствия
- Психомоторная заторможенность
- Усталость или утрата энергии
- Чувство никчемности или вины
- Постоянные мысли о смерти

# Дифференциально-диагностические признаки смешанных биполярных маний

- Манифестный маниакальный эпизод чаще бывает смешанным и длится он дольше чистых маний
- Преобладание в преморбиде депрессивного, а не гипертимного темперамента
- Частое возникновение в структуре приступов неконгруэнтных аффекту психотических симптомов
- Повышенный суицидальный риск
- Доминирование частичных, а не полных ремиссий между приступами



# Обобщенный профиль лиц со смешанными эпизодами

- Преимущественно женский пол
- Тенденция к формированию алкогольной зависимости
- Высокая вероятность иметь сопутствующие психические заболевания
- Преобладание в анамнезе и среди родственников больных смешанных и депрессивных, но не маниакальных, приступов
- Высокий суицидальный риск

# Преморбидные особенности лиц со смешанными эпизодами (по сравнению с «чистыми» синдромами)

- Частая наследственную отягощенность по БАР
- Более ранняя манифестация расстройства
- Травмы головы и суицидальные попытки в анамнезе
- Тяжелые и неоднократные психические травмы
- Злоупотребление ПАВ
- Неврологические проблемы: эпилепсия, мигрень, неспецифические изменения на ЭЭГ
- Бесконтрольный прием психотропных средств

# Динамические характеристики смешанных состояний

- Приступы смешанной структуры встречаются чаще, однако затяжные смешанные состояния - реже (*Perugi et al., 1997*)
- Наличие смешанных эпизодов ассоциировано с тенденцией болезни к хроническому течению и худшему прогнозу (*Valenti et al., 2011*)
- Пациенты со смешанными состояниями хуже отвечают на фармакотерапию, в том числе на препараты лития и чаще принимают антидепрессанты (*Gonsales-Pinto et al., 2011; Swann, 2013*)
- У лиц с эпизодами смешанной структуры время достижения ремиссии, как правило, дольше, а длительность ремиссии короче (*Perugi et al., 1997; Tohen et al., 1990*)

# Субсиндромальные состояния при БАР

**Высокая частота встречаемости:** субсиндромальные депрессии (35%), субсиндромальные гипомании (9%), субсиндромальные смешанные симптомы (5%) *(De Dios et al, 2010)*

**Ассоциируются с функциональным снижением** (по данным опросника IDS-C) : без депрессии – 20-40%, с субсиндромальной депрессией - 60-80%

**Более частое, чем у лиц без депрессии, проблемы в работе и в личной ЖИЗНИ** *(Altshuler et al., 2006)*

# БАР и коморбидные расстройства (1)

## Соматические заболевания (30-66%)

Мигрень

Болевые синдромы

Диабет

Ожирение

Кардиоваскулярные заболевания

## Психические заболевания (25-64%)

Расстройства личности

СДВГ

Импульсивные расстройства

Тревожные расстройства

Пищевые расстройства

Аддикции

# БАР и коморбидные расстройства (2)

**Факторы, ассоциирующиеся с высокой коморбидностью**

Злоупотребление ПАВ

Курение

Более 10 аффективных эпизодов в анамнезе

Начало в детском возрасте

Сопутствующее тревожное расстройство

**БАР приводит к более частому, чем в популяции, развитию метаболического синдрома (66% и 23,7% соответственно)**

**Риск развития БАР увеличивается в 2,6 у больных с СД, не принимающих антидиабетические препараты**

**Совместное применение метморфина и гибенеза при СД снижает риск развития БАР более, чем в 2 раза (чем их отдельный прием)**

# Смертность при БАР

**За десятилетие (1999-2009) уровень смертности при БАР вырос на 69,2%, он в 3 раза выше, чем в популяции, не зависит от приема ЛС** *(Polednak, 2013)*

**Смертность от кардиологических заболеваний у пациентов с БАР в два раза выше, чем в популяции** *(Khan et al., 2013)*

**Уровень смертности и суицидов у лиц с БАР получавших и не получающих значительно различается (73% и 52% и 13% и 5%, соответственно)** *(Angst, 1998)*

# Прогностические признаки

**Мужчины, имеющие в школе наилучшие и, лица обоих полов, наихудшие отметки в школе имеют повышенный риск БАР (4,37 и 2,07 раза)**

**В Болгарии депрессивный и тревожный характеры (но не гипертимный, как в США), предрасполагают к БАР** *(Marinova et al., 2013)*

**Лица с ДНБ более двух лет чаще совершают суицидальные попытки (24,2% и 12,3%)** *(Altamura et al., 2010)*

**У мужчин при первом маниакальном приступе (по сравнению с депрессией) риск рецидива выше от 7,2% (второй приступ) до 38,5% (>13 приступов)**

**Чем ниже возраст манифестации, тем выше вероятность рецидива БАР**

**Прямая корреляция между числом приступов и риском рецидива: увеличение в 1,039 раза после 2 приступа и в 2,38 после 13** *(Kessing et al., 2004)*



# Стадии развития БАР в схемах разных исследователей

Стадия	Berk	Kapczinski	Post	Cosci
0	Повышенный риск расстройства настроения	В группе риска, семейный анамнез, симптомы тревоги и настроения		
1a	Мягкие и неспецифические симптомы	Четкие периоды эутимии без симптомов, нет функционального снижения	Уязвимость	Мягкие и неспецифические симптомы/продром
1b	Продромальные черты (ультра-высокий риск)			Циклотимия
2	Первый очерченный эпизод	Функциональное снижение, связанное с коморбидными расстройствами (тревога, алкоголь и др.)	Четкий интервал	Острые манифестации депрессий или маний/гипоманий
3a	Обострения подпороговых аффективных симптомов	Значимые снижения когнитивных функций или функционирования (невозможность работать)	Продром	Резидуальные симптомы с когнитивным и функциональным снижением несмотря на лечение
3b	Первый очерченный рецидив			
3c	Множественные рецидивы			
4	Хроническое безремиссионное состояние	Невозможность самостоятельного проживания вследствие когнитивного снижения	Начало болезни Рецидив Прогрессирование	Рецидивы болезни, несмотря на лечение

# Оценка и терапия межприступных показателей

Показатели	Инструменты оценки	Лечение
Патологическая эмоциональная реактивность (трудность разделения эмоциональных стимулов по степени важности)	- Шкала аффективной лабильности - Показатель интенсивности аффекта - Опросник травмы	- Когнитивная поведенческая терапия?
Сон и нарушения циркадных ритмов (нестабильность ритма, сниженный пик мелатонина, слабая связь с внешней средой)	- Дневник сна - Питтсбургский показатель качества сна - Актиметрия	- Психообразование - Межличностная и социальная терапия ритмов
Когнитивное снижение	Нейропсихологическая оценка	Когнитивный тренинг

# Изменения концепции БАР на современном этапе

**Акцент на изучении смешанных и субсиндромальных состояниях (спецификатор «со смешанными чертами» улучшит распознавание)**

**Изучения БАР без учета коморбидности не соответствуют клинической реальности**

**Коррекция межприступных показателей снижает частоту приступов и улучшает исход**

**Данные о негенетических факторах, увеличивающих риск развития БАР, противоречивы**

**Несмотря на успехи в диагностике БАР, лечение болезни неудовлетворительно**

# Как улучшить прогноз и лечение БАР

- Разработка классификации психических расстройств, основанной на патофизиологии
- Развитие технологий для профилактики, диагностики и управления психическими расстройствами
- Возможность предсказать эффект лечения (биомаркеры/стадии)
- Изменение системы представлений о развитии лекарственных препаратов
- Психообразовательная работа о важности правильного образа жизни