# ДИАГНОСТИКА И ВЕДЕНИЕ биполярного аффективного расстройства

Биполярное аффективное расстройство – рецидивирующее и тяжелое психическое состояние, которое обычно дебютирует в возрасте от 13 до 30 лет, его распространенность на протяжении жизни составляет 1,4%. По сравнению с другими психическими расстройствами риск рецидива в течение года после перенесенного аффективного эпизода достаточно высокий, что указывает на важность длительного поддерживающего лечения. Tim Kendall et al. в статье «Assessment and management of bipolar disorder: summary of updated NICE guidance», опубликованной в журнале British Medical Journal (2014; 349: g5673), представили обзор обновленных рекомендаций Национального института здоровья и клинического мастерства (NICE, 2014) по диагностике и ведению биполярного расстройства у взрослых, детей и подростков.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) характеризуется эпизодами мании или гипомании с приподнятым настроением, чрезмерной активностью и несдержанным поведением, а также эпизодами депрессии с глубокой утратой интереса и мотивации, часто слегка подавленным настроением между эпизодами. Расстройство ассоциируется с увеличением риска совершения суицида, развития таких соматических заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, хронические обструктивные заболевания органов дыхания, пневмония и непреднамеренные травмы (Crump et al., 2013).

Приблизительно у двух третей пациентов с БАР обнаруживают также другие психические расстройства: тревожные расстройства; расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ; расстройства контроля над импульсами (Merikangas et al., 2007).

В основу обновленных рекомендаций NICE положены систематические обзоры клинической практики.

## Оказание помощи взрослым, детям и подросткам во всех фазах БАР

Рекомендации, представленные в обновленном руководстве, следует использовать вместе с клиническим руководством NICE (2011) по ведению взрослых пациентов, чтобы улучшить практику оказания помощи путем:

- содействия выздоровлению в процессе диагностики и во время лечения;
- построения поддерживающих и эмпатических взаимоотношений как существенного элемента оказания помощи.

В обновленном руководстве говорится о том, что необходимо как можно раньше обсудить с пациентом, страдающим БАР, какая информация о нем/ней будет предоставлена родственникам. При обсуждении права на конфиденциальность следует указать на важность предоставления информации о рисках и необходимости для родственников видеть расстройство с точки зрения пациента. Рекомендовано придерживаться подхода сотрудничества, который помогает поддерживать пациентов с БАР и их родственников, учитывать их индивидуальные потребности и взаимосвязи.

Используя при лечении БАР психотропные средства, необходимо убедиться в том, что:

- пациентам в доступной форме предоставлена информация о целях и вероятных побочных действиях лекарственных средств, необходимости постоянного мониторинга, а также возможности задавать вопросы;
- препараты выбирались с учетом мнения пациента и его родственников;
- схема медикаментозного лечения регулярно пересматривается, и проведена отмена ненужных после острой фазы лечения препаратов.

## Диагностика и ведение БАР у взрослых в условиях первичной помощи

Если в условиях первичной помощи у пациента обнаруживаются симптомы депрессии, следует расспросить о предыдущих эпизодах поведения с чрезмерной активностью и приподнятого настроения. Если они продолжались четыре дня и более, необходимо рассмотреть направление

*Ключевые симптомы мании и депрессии*

**Мания**

- Сверхценные идеи
- Завышенная самооценка
- Повышенная разговорчивость
- Сниженная потребность во сне
- Повышенный риск импульсивного или опасного поведения

**Депрессия**

- Подавленное настроение
- Глубокая утрата интереса к деятельности
- Чувство собственной никчемности
- Увеличение или снижение массы тела
- Суицидальные мысли или действия

к специалисту для оценки состояния психического здоровья. Если у пациента отмечаются симптомы тяжелой мании или депрессии, либо он представляет опасность для себя или других, его нужно немедленно направить на консультацию к профильному специалисту.

Необходимо проводить оценку соматического здоровья у пациентов с БАР, если указывалась такая необходимость при переводе с уровня вторичной помощи, по крайней мере, один раз в год. Оценка соматического состояния должна быть всесторонней, при этом особое внимание следует обратить на сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ожирение и респираторные заболевания. Копии результатов обследований должны быть отправлены координатору оказания помощи или психиатру, а также переданы в архив структуры вторичного звена медицинской помощи.

Пациентам с быстрой цикличностью БАР предлагаются те же интервенции, что и больным с другими типами БАР, поскольку в настоящее время отсутствуют убедительные доказательства того, что лечение пациентов с быстрой цикличностью следует проводить иначе.

## Ведение мании или гипомании у взрослых в условиях первичной помощи

Если у пациента развилась мания или гипомания и он не принимает антипсихотики или стабилизаторы настроения, ему следует предложить галоперидол, оланзапин, кветиапин или рисперидон, приняв во внимание предыдущее лечение, предпочтения пациента и клинический контекст (в том числе сопутствующие заболевания, ответ на предыдущее лечение и побочные действия). Если пациент уже принимает литий, необходимо проверить его концентрацию в плазме крови, чтобы оптимизировать лечение и рассмотреть дополнение терапии галоперидолом, оланзапином, кветиапином или рисперидоном. Не следует предлагать для лечения мании ламотриджин.

Если у пациента развилась мания или гипомания и он принимает антидепрессанты в качестве монотерапии согласно Британскому национальному формуляру (BNF, 2013):

- необходимо рассмотреть отмену антидепрессанта;
- предложить антипсихотик, независимо от того, какой антидепрессант был отменен.

## Ведение биполярной депрессии у взрослых в условиях вторичной помощи

Взрослым с биполярной депрессией следует предложить:

- психологические вмешательства, которые разработаны специально для пациентов с БАР и имеют опубликованные доказательства о способах их применения, *или*
- психологические интервенции с высокой интенсивностью (когнитивно-поведенческая терапия, межличностная терапия или поведенческая супружеская терапия) в соответствии с клиническим руководством NICE (2009) по лечению депрессии.

Необходимо обсудить возможные пользу и риски психологических вмешательств и предпочтения пациента; следить за колебаниями настроения при мании или гипомании или ухудшением симптомов депрессии.

Если у пациента развилась умеренная/тяжелая биполярная депрессия и он не получает лечение, следует предложить флуоксетин в сочетании с оланзапином или кветиапин, в зависимости от предпочтений пациента и терапевтического ответа в прошлом. Также с учетом предпочтений пациента следует рассмотреть назначение оланзапина (без флуоксетина) или ламотриджина. Использование ламотриджина необходимо рассмотреть, если отсутствует ответ на лечение кветиапином или сочетанием флуоксетина и оланзапина.

Если у пациента развилась умеренная/тяжелая биполярная депрессия и он уже принимает литий, необходимо проверить его концентрацию в плазме крови. Если она неадекватна, следует увеличить дозу лития, если она максимальная – добавьте либо флуоксетин в сочетании с оланзапином, либо кветиапин, в зависимости от предпочтений пациента и терапевтического ответа в прошлом. Учитывая предпочтения пациента, следует рассмотреть добавление к лечению литием оланзапина (без флуоксетина) или ламотриджина. Если после добавления флуоксетина в сочетании с оланзапином или кветиапина терапевтический ответ отсутствует, необходимо рассмотреть добавление к литию ламотриджина.

## Долговременное ведение БАР в условиях вторичной помощи

После каждого эпизода мании или биполярной депрессии, если необходимо, следует обсудить с пациентом и его родственниками долговременное ведение БАР. Пациент должен понять, что часто БАР имеет длительное и рецидивирующее течение, и в лечении должен принимать участие как сам пациент, так и специалисты первичного и вторичного звена, а также родственники. Необходимо обсудить следующее:

- природу и варианты течения БАР;
- роль психологических и фармакологических вмешательств для профилактики рецидивов и уменьшения тяжести симптомов;
- риск рецидивов после снижения дозы или прекращения приема препаратов, использовавшихся в острой фазе лечения;

- возможные пользу и риски долговременного применения препаратов и психологических вмешательств, необходимость мониторинга настроения и приема медикаментов;
- возможные пользу и риски в связи с прекращением приема препаратов, в том числе женщинами, планирующими беременность;
- анамнез БАР у пациента, включая:
  - тяжесть и частоту эпизодов мании или биполярной депрессии, сосредоточившись на рисках и неблагоприятных последствиях;
  - терапевтический ответ в прошлом;
  - симптомы между эпизодами;
  - потенциальные триггеры рецидивов, ранние настораживающие проявления и стратегии самостоятельного ведения;
- возможную продолжительность лечения, когда и как часто оно должно пересматриваться.

Чтобы предупредить рецидивы или ослабить стойкие симптомы у пациентов между эпизодами мании или биполярной депрессии, следует предложить психологические вмешательства (индивидуальные, групповые или семейные), разработанные для БАР, которые имеют доказательную базу.

При планировании долговременного лечения для профилактики рецидивов следует принять во внимание препараты, которые были эффективны во время лечения эпизодов мании или биполярной депрессии. Необходимо обсудить с пациентом, предпочитает ли он продолжение или переход к лечению литием, объяснив, что литий является самым эффективным средством в долговременном лечении БАР.

Литий следует предложить в качестве первой линии долговременной терапии БАР:

- и если он неэффективен, рассмотреть добавление вальпроевой кислоты;
- если он плохо переносится или неприемлем (например пациент не соглашается на мониторинг концентрации), рассмотреть назначение вместо него вальпроевой кислоты, или оланзапина, или кветиапина с учетом того, что один из них был эффективным во время лечения эпизода мании или биполярной депрессии.

## Возвращение пациентов к специалистам первичной помощи

Пациентам с БАР, у которых отмечался эффективный терапевтический ответ и состояние которых остается стабильным, необходимо предложить вариант возвращения к специалистам первичной помощи для дальнейшего ведения. Если они согласны, врач должен это задокументировать и координировать передачу ответственности в рамках программного подхода к лечению.

## Выявление и диагностика БАР у детей и подростков

Если БАР у ребенка или подростка (до 14 лет) заподозрено в условиях первичной помощи, таких пациентов необходимо направить в службу психического здоровья детей и подростков. Подростков старше 14 лет направляют в специализированные службы ранних интервенций или команды психического здоровья детей и подростков, которые имеют опыт ведения БАР в соответствии с рекомендациями данного руководства.

Диагноз БАР должен быть установлен только после интенсивного проспективного длительного наблюдения специалистом или мультидисциплинарной командой, подготовленной и опытной в вопросах оценки, диагностики и ведения БАР у детей и подростков. Диагностический процесс должен проводиться совместно с ребенком или подростком, его родителями или родственниками (воспитателями).

## Ведение БАР у детей и подростков

Для терапии мании или гипомании у подростков необходимо обратиться к технологическому руководству NICE по лечению арипипразолом тяжелых маниакальных эпизодов у подростков с БАР I типа (NICE, 2013), а также рассмотреть рекомендации по лечению взрослых. Чтобы модифицировать медикаментозную терапию у детей, следует обратиться к Британскому национальному педиатрическому формуляру (BNF, 2013), помня, что у детей при продолжительности лечения более 12 недель спектр побочных действий антипсихотиков шире.

Не следует предлагать вальпроевую кислоту девочкам и девушкам или молодым женщинам детородного возраста.

Подросткам с биполярной депрессией предлагаются структурированные психологические интервенции (индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия или межличностная терапия). Продолжительность этих вмешательств должна составлять, как минимум, 3 месяца, и должны быть опубликованы доказательства для пособий о том, как их следует применять.

## Преодоление барьеров

Существует мнение, что, поскольку важная роль при БАР принадлежит генетическим и биологическим факторам, его лечение должно быть медикаментозным, а препаратами выбора при биполярной депрессии, как считает большинство специалистов, являются антидепрессанты (Blanco et al., 2002). Обновленное руководство NICE бросает вызов такому неверному представлению, выявив эффективность психологических интервенций, проводимых в условиях первичной и вторичной помощи при лечении биполярной депрессии и профилактике рецидивов. Психологические вмешательства могут быть полезными у подростков, поскольку медикаментозное лечение часто ассоциировано с нежелательными явлениями у данной категории пациентов (Jureidini et al., 2004).

В данном руководстве также отмечено, что некоторые антипсихотики эффективны при лечении биполярной депрессии, но первой линией медикаментозного лечения для профилактики рецидивов должен быть литий.

Многие специалисты в области психического здоровья считают, что курение, низкая физическая активность,

плохое питание не столь важны по сравнению с серьезными последствиями БАР (Howard, Gamble, 2011). Однако эти факторы влияют на то, что пациенты, страдающие данным заболеванием, умирают раньше по причинам, которых можно было бы избежать (NICE, 2013). Обновленное руководство подчеркивает важность хорошего физического здоровья у пациентов с тяжелыми проблемами психики, например БАР, и есть надежда, что это будет способствовать изменению отношения профессионалов к данному вопросу.

Еще одним барьером является наличие противоречий в диагностике и лечении БАР у детей и подростков. В США медикаментозное лечение детей проводится с 4-5-летнего возраста (Findling et al., 2012) с использованием критериев, которые не приняты Национальной службой здравоохранения Великобритании. Таким образом, возрастает количество детей и подростков, принимающих антипсихотики (Olfson et al., 2010), что связано с серьезными нежелательными последствиями, включая увеличение уровня пролактина, быстрое повышение массы тела, увеличение риска развития сахарного диабета (NICE, 2013).

В предыдущем руководстве NICE (2006) было рекомендовано сузить критерии БАР у детей и подростков. Однако в США продолжают использовать расширенные критерии диагностики у данной категории пациентов (Olfson et al., 2010), и это несмотря на доказательства того, что симптомы не являются стабильными во времени (Tijssen et al., 2010), а также на ограниченные доказательства того, что у подростков может быть полезным лечение, применяемое у взрослых. Важно, что в испытаниях, проводимых в США, у детей с диагнозом БАР в возрасте до 13 лет обнаруживают расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (Findling et al., 2012; Wagner et al., 2009), и этот диагноз может быть более правильным. В обновленном руководстве (NICE, 2014) подтверждаются данные последнего руководства и подчеркивается, что расширение диагностических критериев у детей принесет больше вреда, чем пользы.

*Подготовил* ***Станислав Костюченко***

*Оригинальный текст руководства читайте на сайте www.nice.org.uk*

## Эффективность унилатеральной электросудорожной терапии при депрессии

Рандомизированное исследование использования двух режимов электросудорожной терапии (ЭСТ) показало, что высокая доза односторонней ЭСТ является столь же эффективной, как и битемпоральная ЭСТ. Авторы исследования предположили, что это может быть связано с меньшим количеством когнитивных побочных эффектов, особенно в отношении автобиографической памяти.

Результаты испытания были представлены на 28-м конгрессе Европейского колледжа нейропсихофармакологии (ECNP, Амстердам, 2015). В общей сложности, 140 пациентов с большой депрессией были рандомизированы в равных количествах для проведения высокодозной правой односторонней ЭСТ (6 судорожных порогов (СП) или стандартной битемпоральной ЭСТ (1,5 СП). Количество сессий ЭСТ определялось достижением хорошего терапевтического ответа.

Пациенты, включенные в исследование, страдали либо рекуррентной депрессией, либо биполярным аффективным расстройством, при этом у около 20% наблюдались психотические включения. ЭСТ проводилась 2 раза в неделю. На первой сессии устанавливали порог судорожной активности, после чего двусторонняя ЭСТ была проведена в дозе 1,5 СП, односторонняя – 6 СП. Пациенты получали максимум 12 сессий ЭСТ, но в большинстве случаев количество сессий составляло 8 в обеих группах.

Основным результатом были изменения по шкале депрессии Гамильтона после курса ЭСТ. Вторичные исходные точки включали изменения когнитивных функций. Общий ответ составил 57%, а общий уровень ремиссии – 44%. При этом существенная разница между двумя группами в количестве рецидивов на 3- или 6-м месяцах наблюдения не отмечалась.

Что касается когнитивных побочных эффектов, то они наблюдались преимущество в группе односторонней ЭСТ и ассоциировались со скоростью восстановления ориентации после индивидуальных процедур во время курса ЭСТ: 19 минут против 26 минут для битемпоральной группы.

Ранее сообщалось, что время задержки ориентации после сессии ЭСТ прогнозирует когнитивные проблемы, такие как амнезия в дальнейшем. Количество исходных воспоминаний было на 35% ниже в группе, получавшей двустороннюю ЭСТ в конце лечения (ОШ 0,65; $p = 0,001$). Данный эффект прослеживался и в дальнейшем (на 3- и 6-м месяцах; ОШ 0,59; $p < 0,01$ в обеих временных точках). Исследователи не обнаружили каких-либо существенных различий в других когнитивных функциях между двумя группами.

Таким образом, был сделан вывод: если пациент направляется для лечения резистентной депрессии, то в случае принятия решения о необходимости ЭСТ процедуру следует начинать с высоких доз односторонней ЭСТ, особенно если пациенты имеют когнитивные проблемы.

Однако не следует считать, что данная методика ЭСТ должна рассматриваться как стандарт медицинской помощи. На сегодняшний день достоверных данных, подтверждающих это, недостаточно. Имеющиеся результаты дают возможность индивидуализировать лечение и предложить более подходящий метод для конкретного пациента.

*По материалам www.medscape.com*