

Вынар Н.Р.**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ВТОРОГО ТИПА****Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Изумнов С.А.***Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск*

Биполярное аффективное расстройство (БАР II) было включено DSM-IV в 1994г. и характеризуется эпизодами гипомании и развернутой депрессии, при этом маниакальные эпизоды отсутствуют. В МКБ-10 БАР II лишь включено в подрубрику «Другие биполярные аффективные нарушения» (F31.8). Критерии диагностики БАР II включены лишь в МКБ-11. Данные критерии соответствуют критериям DSM-5. По данным исследований, дебют БАР II происходит в 25–30 лет. При БАР II симптомы депрессии наблюдаются в 39 раз чаще, чем маниакальные симптомы, пациенты около половины жизни с начала заболевания находятся в состоянии депрессии и лишь 1% — в состоянии гипомании. Депрессивные эпизоды у больных БАР II обычно характеризуются большей выраженностью и тенденцией к хронизации по сравнению с эпизодами биполярного аффективного расстройства I типа (БАР I). Во время депрессивных эпизодов у больных БАР II наблюдается чаще, чем у пациентов с БАР I психотические симптомы. При БАР II часто наблюдаются коморбидные психические расстройства, которые значительно осложняют течение заболевания. Примерно у 60% пациентов наблюдаются три и более сопутствующих психических расстройства, у 75% наблюдаются тревожные расстройства, 37% злоупотребляют психоактивными веществами. Около 14% пациентов с БАР II страдают расстройством пищевого поведения.

Стратегии выявления симптомов биполярного расстройства включают целенаправленный опрос пациента, направленный на выявление аффективных фаз, в том числе включая гипоманиакальные и смешанные состояния, в текущем состоянии и анамнезе, целевой анализ информации от членов семьи и друзей пациента. Такой скрининг должен быть обязательным для всех пациентов с депрессивным эпизодом. Неправильный диагноз и отсутствие адекватной терапии приводит к увеличению суицидальных намерений, который сопоставим и, возможно, превышает риск при БАР I. Завершенные попытки самоубийства чаще встречаются у пациентов с БАР II, нежели с БАР I.

Раннее фармакологическое вмешательство позволяет модифицировать спонтанное течение заболевания и обеспечить развитие длительных эутимических периодов. Функциональные способности пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР) прогрессивно ухудшаются с количеством аффективных эпизодов, которые находятся в обратной зависимости от продолжительности ремиссий. Ранняя устойчивая ремиссия обеспечивает более высокий уровень психосоциального функционирования и меньшую частоту рецидивов в будущем. По результатам метаанализа 18 двойных слепых рандомизированных клинических исследований с участием 4105 пациентов стабилизаторы настроения (СН) оказывали умеренный эффект при острых эпизодах биполярной депрессии (БД). Монотерапия СН ассоциировалась с увеличением частоты терапевтического ответа и ремиссии по сравнению с плацебо и не уступала по эффективности комбинированной терапии. Однако контролируемые сравнительные исследования СН при БД неадекватны и связаны с ограниченной кратковременностью и высокой частотой отмены препарата.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что тема БАР II остаётся крайне неисследованной с точки зрения диагностики и фармакотерапии. При изучении эффективности лекарственных средств в лечении БАР II, необходима работа не только специалистов-психиатров, но и клинических фармакологов, терапевтов, неврологов, с учётом индивидуальных особенностей пациентов с БАР II.