

БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Rasim Somer Diler,
Boris Birmaher

На сегодняшний день общепризнанным является тот факт, что биполярное расстройство (БР), известное также, как маниакально-депрессивный психоз, может наблюдаться также у детей и подростков. На данный момент полемика переместилась от темы: можно ли это расстройство диагностировать у детей и подростков, к темам: как необходимо проводить диагностику и дифференциальную диагностику с наиболее часто диагностируемыми психическими расстройствами детского возраста, а также как лечить и предупреждать возникновение БР.

Биполярное расстройство первого типа (БР-I) классифицируется в группе расстройств настроения и в своей классической форме характеризуется циклической сменой мании и тяжелых депрессивных эпизодов. К другим подтипам БР относятся: биполярное расстройство второго типа (БР-II), при котором эпизоды тяжелой депрессии чередуются с гипоманией; циклотимия – множественные эпизоды гипомании, чередующиеся с депрессивным настроением, не достигающим степени тяжелой депрессии; а также подпороговые (например, более короткие) эпизоды мании или гипомании с депрессией или без – биполярное расстройство без дополнительных уточнений (БР – БДУ). Для более подробного ознакомления ниже представлен раздел, посвященный подтипам БР. Отличия между наиболее популярными классификациями – Международной классификацией болезней (МКБ – 10) и Диагностическим и статистическим руководством по психическим болезням четвертого пересмотра (DSM-IV) незначительны, однако наряду с большинством публикаций, посвященных детям и подросткам, мы в этой главе при обсуждении БР будем руководствоваться критериями DSM-IV (APA, 2000), если не будет указано иначе. Цель этой главы – дать представление об эпидемиологических данных, возрасте начала, течении, подтипах, этиологии, клинических проявлениях, дифференциальной диагностике и лечении БР у детей и подростков.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространенность варьирует в зависимости от популяции (например, страны), периода времени, используемого для оценки (например, за последние три месяца, за последний год, на протяжении всей жизни), информанта (например, родители, дети, и те и другие) и используемых диагностических критериев. Большинство исследований приходят к общему выводу, что от 1 до 2% детей препубертатного возраста и около 5% подростков одновременно страдают клинически значимой депрессией.

Недавно проведенный мета-анализ, посвященный эпидемиологии БР у детей и подростков в мировом масштабе (охвативший 16 222 детей и подростков в возрасте от 7 до 21 года за период с 1985 по 2007 гг.), показал, что общий показатель распространенности БР составляет 1,8% (95% ДИ, 1.1% – 3%) (Van Meter et al, 2011). Данный мета-анализ позволяет высказать предположение, что:

- распространённость БР среди детей и подростков соответствует современным показателям распространенности этого расстройства среди взрослых;
- распространённость БР в США находится на том же уровне, что и в других странах (например, Нидерланды, Великобритания, Испания, Мексика, Ирландия и Новая Зеландия);
- несмотря на то, что БР чаще всего диагностируется в клинических условиях, диагностика этого расстройства среди детей и подростков в социальной среде не повышена.

Исследования показывают, что для диагностики БР и начала его лечения требуется в среднем 10 лет. Это говорит о необходимости своевременного выявления и лечения этого серьезного заболевания.

Не было существенных отличий между средними показателями, полученными в исследованиях, проведенных в США и в других странах. Однако для исследований в США, характерен более широкий диапазон показателей, в частности, использовались более широкие определения БР (Van Meter et al, 2011).

Гендерные и возрастные отличия распространенности БР

Также как у взрослых, исследования клинических популяций показывают, что показатели распространенности расстройств биполярного спектра одинаковы у мальчиков и девочек (Axelson et al, 2006). Однако БР-II и начинающиеся в подростковом возрасте БР более распространены среди девочек (Birmaher et al, 2009). В большом эпидемиологическом исследовании, проведенном в США, сообщалось о несколько более высоких показателях БР-I и БР-II среди девочек, чем среди мальчиков подросткового возраста (3.3% против 2.6%, соответственно), при этом показатели с возрастом повышались (Merikangas et al, 2010). В мета-анализе международных исследований БР был сделан вывод о том, что БР может начинаться в детском возрасте, но распространенность была значительно выше в подростковом (Van Meter et al, 2011).

Раннее выявление БР у детей и подростков – это не только ключ к стабилизации настроения, оно также позволяет ребенку следовать нормальному пути развития и предотвратить необратимые психологические нарушения и пробелы в образовании (Birmaher & Axelson, 2005).

Время болезни

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) указывает на то, что БР занимает шестое место среди причин инвалидности. Все больше и больше БР у детей

и подростков признается важной проблемой общественного здравоохранения, которая часто связана с ухудшением взаимоотношений как с членами семьи, так и со сверстниками, с низкой успеваемостью в школе, с высокой частотой длительно сохраняющихся симптомов нарушения настроения и смешанных состояний, психозов, расстройств социального поведения, тревожных состояний, расстройств, вызванных с употреблением психоактивных веществ, соматических проблем (например, ожирение, проблемы со щитовидной железой, диабет), госпитализаций, суицидальных попыток и завершенных суицидов (Diler, 2007). Более того, дети и подростки, страдающие БР, требуют больших финансовых затрат на охрану психического здоровья и чаще нуждаются в привлечении медицинских служб, чем дети и подростки с униполярной депрессией. Пациенты с недиагностированным БР могут требовать больших затрат на охрану психического здоровья, чем пациенты с диагностированным БР. Учитывая высокие показатели заболеваемости и смертности, а также хронический характер течения заболевания, ранняя диагностика и лечение детей с биполярным расстройством приобретает критическое значение (Birmaher & Axelson, 2005; Diler, 2007).

ВОЗРАСТ НАЧАЛА И ТЕЧЕНИЕ

В ретроспективных исследованиях взрослых с БР сообщалось о том, что у 10 – 20% из них заболевание началось в возрасте до 10 лет, а у около 60% – до 20 лет (Diler, 2007; Perlis et al, 2009). БР у взрослых часто предшествуют расстройство социального поведения и тревожные расстройства детского возраста. Раннее начало БР

БР у детей и подростков – это эпизодическое заболевание с субсиндромальными и синдромальными эпизодами, главными образом, депрессивных и смешанных симптомов и быстрой сменой настроения.

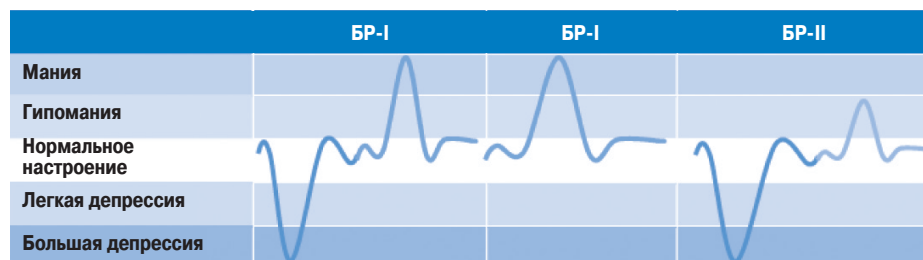
связано с тяжелым течением заболевания и неблагоприятным исходом. Вероятность выздоровления у детей с началом БР в препубертатном возрасте в два раза ниже, чем в том случае, если расстройство начинается в постпубертатный период. Кроме того, у лиц с препубертатным началом БР отмечается более выраженный хронический характер симптомов, для них характерны более длительные периоды субсиндромальных симптомов нарушения настроения и более полярные колебания в течение года, чем у лиц с постпубертатным началом БР (Birmaher et al, 2009a; Diler, 2007).

Ранний возраст начала, длительное течение, низкий социально-экономический статус, смешанные или быстро сменяющиеся циклические эпизоды, психоз, субсиндромальные симптомы нарушения настроения, коморбидные расстройства, подверженность воздействию негативных жизненных событий, яркие и выразительные эмоции, а также психопатология в анамнезе ассоциировались с более неблагоприятным течением и исходом (Birmaher et al, 2009a; Diler, 2007).

У детей и подростков с БР можно наблюдать весь континуум тяжести симптомов БР от субсиндромального до полного синдромального уровня с частыми колебаниями настроения. В натуралистических и катамнестических исследованиях сообщалось, что от 70 до 100% у детей и подростков с БР наступит ремиссия (например, отсутствие клинически значимых симптомов в течение двух месяцев) после первого эпизода. Тем не менее, почти у 80% возникнет рецидив (например, одно или более обострений за период в 2–5 лет), несмотря на непрерывное лечение. Кроме того,

дополнительный анализ указывает на то, что у этих детей и подростков ожидается течение заболевания, аналогичное течению БР у взрослых, для которого характерны колебания настроения разной интенсивности, наблюдающиеся в течение 60 – 80% всего времени катамнестического наблюдения, особенно депрессивных и смешанных симптомов, а также частая смена полярности симптомов. В подростковом возрасте отмечается интенсивное увеличение частоты суицидальных мыслей и попыток, а также злоупотребления алкоголем и наркотиками. В дополнение к этому, у детей и подростков с БР очень часто отмечаются юридические, социальные, семейные и академические проблемы (Birmaher et al, 2009a; Diler, 2007).

Таблица Е.2.1 Эпизоды смены настроения при биполярном расстройстве первого и второго типа



БР – биполярное расстройство

ДИАГНОСТИКА И ПОДТИПЫ

Очень важно, чтобы общаясь между собой (а также с пациентами и их родственниками), наблюдая и описывая изменения настроения и сообщая о них, профессионалы пользовались общим языком и правильно использовали терминологию. В соответствии с DSM-IV, существует четыре подтипа БР: биполярное расстройство первого типа (БР-I), биполярное расстройство второго типа (БР-II), циклотимия и биполярное расстройство без дополнительных уточнений (БР-БДУ); за исключением циклотимии, их диагностические критерии одинаковы для детей и взрослых (APA, 2000).

- Диагноз БР-I требует наличия в настоящее время или в анамнезе маниакального (или смешанного маниакального) эпизода с или без эпизода большой депрессии (см. Таблицы Е.2.1 и Е.2.2). О смешанном маниакальном эпизоде говорят в том случае, если ребенок отвечает критериям и мании и депрессии в течение одного и того же эпизода (одновременно или с быстрой сменой). Для того, чтобы диагностировать БР-I, в дополнение к критерию «значительного функционального нарушения или психоза» при мании, должны удовлетворяться критерии наличия симптомов (3 или 4 симптома в дополнение к эйфории или раздражительности, соответственно) и критерий

ГИПОМАНИЯ

Гипомания описывается как легкая форма маниакального эпизода. У пациента должно отмечаться «отчетливое изменение» первоначального функционирования, но без «значительного функционального нарушения». Иногда пациентам нравится состояние гипомании, так как в этот период они способны делать много дел и работать над несколькими проектами.

длительности. Что касается критерия длительности, то маниакальный эпизод должен длиться как минимум семь последовательных дней, или должна возникнуть необходимость в госпитализации в любой момент в течение эпизода.

- БР-II характеризуется, как минимум, одним большим депрессивным эпизодом и, как минимум, одним гипоманиакальным (гипомания должна длиться, по меньшей мере, четыре последовательных дня) (см. Таблицу Е.2.3).
- Для циклотимии характерны многочисленные эпизоды гипомании вместе с множественными эпизодами депрессивного настроения либо потери интереса или удовольствия, которые не отвечают всем критериям диагностики БР или большого депрессивного эпизода (для диагноза у детей и подростков требуется длительность заболевания в один год, тогда как у взрослых – два года).
- Диагноз БР-БДУ используется в том случае, когда имеются признаки гипоманиакального или смешанного эпизодов, но они не отвечают

Подтипы БР могут со временем становиться нестабильными

По результатам четырехлетнего катамнестического исследования, у 25% детей и подростков БР-II трансформировалось в БР-I, а у 45% - БР БДУ видоизменилось либо в БР-I, либо в БР-II (Axelson et al, 2011b).

критериям диагностики какого-либо из более специфичных подтипов БР. Из-за неопределенности критериев DSM, исследователи для диагностики БР-БДУ разработали более четкие критерии, такие, как наличие в анамнезе гипомании, длившейся, по меньшей мере, два дня или, как минимум, четырех более коротких (≥ 4 часов каждый) эпизодов гипомании (не хватает одного симптома для соответствия критерию наличия всех симптомов) (Axelson et al, 2011).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БР-БДУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ЦЕЛЕЙ

На основании данных, полученных в исследовании под названием «Течение и исход биполярного расстройства у детей и подростков» (англ. – Course and Outcome for Bipolar Youth (COBY)), были рекомендованы критерии диагностики БР-БДУ у детей и подростков, когда БР не удовлетворяло критериям DSM-IV для БР-I или БР-II, но наблюдался отчетливый период чрезмерно повышенного, экспансивного или раздражительного настроения. К этим критериям относятся (Axelson et al, 2006; Birmaher et al, 2009):

1. Два симптома мании в соответствии с DSM-IV (три, если настроение только раздражительное), которые четко были связаны с началом необычного настроения.
2. Явное изменение функционирования.
3. Считается, что симптомы или настроение достигают диагностического порога, если они длятся как минимум четыре часа в течение суток
4. Как минимум, четыре дня на протяжении жизни субъекта (не обязательно следующих друг за другом) удовлетворяют критериям настроения, симптомов, длительности и функциональных изменений; это могут быть два двухдневных или четыре однодневных эпизода.

Таблица Е.2.1 Критерии диагностики маниакального эпизода
в соответствии с DSM-IV^{1,2} (APA, 2000)

А	Отчетливый период, в котором устойчиво сохраняется приподнятое, экспансивное или раздражительное настроение, длящийся, по крайней мере, неделю (или любой продолжительности при необходимости госпитализации).
В	<p>В тот период, когда отмечаются расстройства настроения, устойчиво проявляются три (или более) из следующих симптомов, имеющие ярко выраженный характер (четыре — в том случае, если расстройство настроения характеризуется только раздражительностью):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Чрезмерно завышенная самооценка или идеи величия. 2. Снижение потребности во сне (например, ощущение отдыха после всего лишь 3-х часов сна – это не значит, меньше спать ночью, потом чувствовать усталость и дремать днем). 3. Чрезмерная разговорчивость или трудности в поддержании разговора. 4. Быстрая смена мыслей или субъективное ощущение перескакивания с одной мысли на другую. 5. Неустойчивость внимания (внимание чрезвычайно легко притягивается к совершенно незначительным или посторонним внешним раздражителям). 6. Усиление целенаправленной активности (на работе, в школе или сексуальной) или же психомоторное возбуждение. 7. Чрезмерная увлеченность занятиями, доставляющими удовольствие, что чревато негативными последствиями (например, необузданность, несдержанность, проявляемая при покупке каких-либо вещей, нескромное сексуальное поведение или безрассудная трата денег).
С	Симптомы не удовлетворяют критериям смешанного эпизода
D	Расстройство настроения достаточно тяжелое, для того чтобы вызывать заметное нарушение функционирования на работе, в привычной социальной среде или во взаимоотношениях с другими людьми, или для того, чтобы требовать госпитализации для предотвращения причинения вреда себе или другим, или в связи с наличием симптомов психотического уровня
Е	Симптомы не вызваны прямым влиянием химического вещества (например, психоактивные вещества, медикаменты) и не обусловлены соматическим заболеванием (например, гипертиреоз)
<p>¹ Для того, чтобы лучше запомнить симптомы мании, читатели могут использовать аббревиатуру «GRAPES(+D)»: G (grandiosity) – идеи величия, R (racing thoughts) – быстрая смена мыслей, A (activity level) – повышенная активность, P (pressured speech) – трудности в поддержании разговора, E (elated mood) – приподнятое настроение, S (Sleeping less) – снижение потребности во сне +D (distractibility) – неустойчивость внимания</p> <p>² Напоминающие манию эпизоды, явно связанные с лечением депрессии (например, медикаментозным лечением, электросудорожной терапией или светолечением) не должны диагностироваться как биполярное расстройство первого типа.</p>	

ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

Наилучшим предиктором БР является семейный анамнез, при этом частота отягощенного семейного анамнеза достигает 20% случаев. Близнецовые и семейные исследования показали, что БР в значительной степени наследуемое заболевание, при котором конкордантность у монозиготных близнецов составляет 70%, в два – три раза превышая этот показатель для дизиготных близнецов. Современные исследования указывают на то, что, по всей видимости, многие гены ответственны за БР, но до настоящего времени они не идентифицированы.

Для более детальной информации по данной теме можете обратиться к обзору, составленному Шульце (Schulze, 2010) или ознакомиться со списком генов предрасположенности к БР по ссылке: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2824617/table/T1/>

Несмотря на то, что БР в значительной степени является генетическим заболеванием, существуют другие важные биологические, социальные и эмоциональные факторы, которые могут либо провоцировать возникновение БР, либо играть роль защитных факторов у генетически предрасположенных людей. Результаты исследований и клинический опыт свидетельствуют также о том, что психологическая травма или стрессовые жизненные события могут инициировать эпизод БР, однако большинство эпизодов возникают без какой-либо видимой причины. Вкратце, этиология БР мультифакторная,

со сложным взаимодействием между биологической уязвимостью и внешней средой (с обзором данных об этиологии БР можно ознакомиться на веб-сайте Американской академии детской и подростковой психиатрии в разделе часто задаваемых вопросов о БР у детей и подростков).

Результаты, полученные благодаря современным достижениям в области нейровизуализации, в частности, при использовании магнитно-резонансной томографии (МРТ) и функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ), указывают на то, что нервные цепи, активирующиеся при переживании и регулировании эмоций у детей, страдающих БР, отличаются от нервных цепей их здоровых сверстников, включая подкорковые (например, мозжечковая миндалина) и префронтальные области. Наиболее часто, по данным нейровизуальных исследований, у подростков, страдающих БР при сравнении с контрольной группой здоровых сверстников, наблюдается уменьшение объема мозжечковых миндалин (Pfeifer et al, 2008). Эти результаты свидетельствуют о возможности задержки в развитии серого вещества подкорковых областей головного мозга у подростков с БР. Кроме того, префронтальная кора головного мозга продолжает созревать в старшем подростковом возрасте у здоровых индивидов, и существует предположение, что именно этот процесс замедляется при БР (Fleck et al, 2010).



Перейдя по данной ссылке: http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/ можно ознакомиться с материалами ресурсного центра ААДПП, такими как «факты для родственников» и «часто задаваемые вопросы», а также просмотреть видеоклипы: краткое интервью с докторами Birmaher и Kashurba, а также круглого стола с участием экспертов (доктора Carlson, Birmaher, Kowatch, Leibenluft, и Wozniak), посвященного диагностике, обследованию, коморбидности и лечению.

Таблица Е.2.2 Критерии диагностики смешанного эпизода¹, в соответствии с DSM-IV (APA, 2000)

А	Присутствуют критерии, определяющие и маниакальный эпизод, и эпизод тяжелой депрессии (за исключением критерия длительности) в течение, по крайней мере, 1 недели.
В	Расстройство настроения достаточно тяжелое, для того чтобы вызывать заметное нарушение функционирования на работе, в привычной социальной среде или во взаимоотношениях с другими людьми, или для того, чтобы требовать госпитализации для предотвращения причинения вреда себе или другим. Могут присутствовать также психотические симптомы.
С	Симптомы не вызваны прямым влиянием химического вещества (например, психоактивные вещества, медикаменты) и не обусловлены соматическим заболеванием (например, гипертиреоз)
<p>¹ Эпизоды, напоминающие смешанные, явно связанные с лечением депрессии (например, медикаментозным лечением, электросудорожной терапией, светолечением) не должны диагностироваться как биполярное расстройство первого типа.</p> <p>Примечание: быстрая цикличность предполагает наличие, как минимум, 4 эпизодов за последние 12 месяцев, удовлетворяющих критериям диагностики тяжелой депрессии, мании, смешанного или гипоманиакального эпизодов, и также предполагает, что эти эпизоды разделены частичной или полной ремиссией, длящейся, по меньшей мере, два месяца или сменяются эпизодом противоположной полярности (например, эпизод тяжелой депрессии сменяется эпизодом мании).</p>	

Наряду с результатами, полученными с помощью МРТ, исследования с использованием магнитно-резонансной спектроскопии показали, что у детей и подростков с БР имеются изменения в субстанциях, которые являются маркерами повреждения нейрональных структур. Однако результаты нейровизуальных методов исследования при БР необходимо интерпретировать с осторожностью, из-за небольших размеров выборок, а также других факторов, таких как разные фазы настроения у субъектов (например, депрессивная, гипоманиакальная, эутимическая), а также наличия коморбидных расстройств, применения лекарственных препаратов. Заинтересованные читатели могут ознакомиться с подробной презентацией, посвященной функционированию головного мозга у детей и подростков, страдающих БР, подготовленной доктором Mani Pavuluri (http://www.psych.uic.edu/brain-center/files/emerging_model.pdf), или посетить веб-сайт Национального института психического здоровья, и просмотреть обзор визуализирующих исследований, составленный доктором EllenLeibenluft (<http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2010/imaging-studies-help-pinpoint-child-bipolar-circuitry.shtml>).

Доступные на сегодня данные научных исследований свидетельствуют о том, что у детей, страдающих БР, может быть нарушена способность пра-

«Одна из общих целей нейровизуализирующих методов исследования - понять, чем отличаются дети с риском возникновения биполярного расстройства от других детей. Конечная цель заключается в том, чтобы идентифицировать нейробиологические маркеры (физические отличия в химическом составе и структуре головного мозга) БР, с тем, чтобы иметь возможность более эффективно лечить тех, кто относится к группе риска возникновения этого расстройства» (DeBello).

Вы можете прочитать интервью с Мелиссой Де Белло на веб-сайте «The Balanced Mind Foundation»

вильно идентифицировать эмоции других людей, и они могут воспринимать эмоционально нейтральное выражение лица, как проявление страха или злости (Leibenluft & Rich, 2008). Более того, в предварительных исследованиях детей и подростков с БР обнаружены дефициты некоторых когнитивных функций, таких как зрительно-пространственная память, вербальная память, исполнительное функционирование и переключение внимания. Улучшение эмоционального состояния пациентов может сопровождаться восстановлением нейрокогнитивного функционирования (например, вербальной и рабочей памяти). Тем не менее, результаты исследований указывают на то, что нейрокогнитивные дефициты могут не зависеть от эмоционального состояния ребенка с БР и сохраняться даже при отсутствии симптомов мании или депрессии, и приводить в дальнейшем к снижению функциональных способностей (Pavuluri et al, 2009).

Таблица Е.2.3 Критерии диагностики гипоманиакального эпизода¹, в соответствии с DSM-IV (APA, 2000)

А	Отчетливый период, в котором устойчиво сохраняется приподнятое, экспансивное или раздражительное настроение, длящийся, по крайней мере, 4 дня, который явно отличается от обычного не депрессивного настроения.
В	В тот период, когда отмечаются расстройства настроения, устойчиво проявляются три (или более) симптомов мании, имеющие ярко выраженный характер (четыре - в том случае, если расстройство настроения характеризуется только раздражительностью).
С	Этот эпизод ассоциируется с четко выраженными изменениями функционирования, которые нетипичны для человека в отсутствие симптоматики.
Д	Расстройства настроения и изменения функционирования заметны окружающим.
Е	Расстройство настроения не настолько тяжелое, чтобы вызвать заметное нарушение социального или профессионального функционирования, или необходимость в госпитализации. Отсутствуют также психотические симптомы.
Ф	Симптомы не вызваны прямым влиянием химического вещества (например, психоактивные вещества, медикаменты), и не обусловлены соматическим заболеванием (например, гипертиреоз)
¹ Эпизоды, напоминающие гипоманиакальные, явно связанные с лечением депрессии (напр., медикаментозным лечением, электросудорожной терапией, светолечением) не должны диагностироваться как биполярное расстройство второго типа.	

КОМОРБИДНОСТЬ

Биполярное расстройство очень часто сочетается с другими заболеваниями, особенно с расстройствами социального поведения (от 30 до 70%), СДВГ (от 50 до 80%) и тревожными расстройствами. Показатели распространенности этих расстройств зависят от используемых методов диагностической оценки, особенностей исследуемой выборки (например, чаще всего это клиническая, а не амбулаторная выборка). Кроме того, имеет значение возраст (у детей чаще наблюдается СДВГ и оппозиционно-вызывающее расстройство, тогда как у подростков – расстройства поведения, а также психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ). Наличие коморбидных расстройств изменяет реакцию на лечение и прогноз, что указывает на необходимость эффективного их выявления и лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Американская ассоциация детской и подростковой психиатрии в своем клиническом руководстве в разделе, посвященном биполярному расстройству, рекомендует врачам при постановке диагноза следовать DSM-IV, в том числе и критерию длительности (наличие эпизода изменения настроения, длящегося, по меньшей мере, 4 дня для гипомании, и 7 дней для мании) (McClellan et al, 2007). Специалисты едины во мнении, что дети и подростки должны удовлетворять строгим критериям DSM-IV для БР-I и БР-II. Однако, в США на практике у большинства детей диагностируют БР-БДУ, так как они не соответствуют критерию времени для БР-I или II (Axelson et al, 2011).

Ниже в этой главе мы представляем обзор ключевых проблем, касающихся точной диагностики БР у детей и подростков, таких как требование идентификации явных эпизодов изменения настроения (эпизодичность), роль кардинальных симптомов, раздражительность, подпороговые проявления, биполярная депрессия, а также клинические проявления в дошкольном и предподростковом возрасте.

Эпизодичность

Также как и при БР у взрослых, для диагностики БР у детей и подростков, критерии DSM-IV для маниакального, смешанного или гипоманиакального эпизода требуют наличие отчетливого эпизода патологического изменения настроения и сопутствующих симптомов, с учетом стадии эмоционального и когнитивного развития ребенка. Несмотря на мнения некоторых исследователей, что эпизодичность не является обязательным критерием в педиатрической практике, большинство ученых, врачей практиков, а также Американская ассоциация детской и подростковой психиатрии в своем руководстве рекомендуют ориентироваться на этот критерий при диагностике БР у детей и подростков (McClellan et al, 2007). В действительности, рекомендуется сначала сосредоточить внимание на наличии эпизодов расстройства настроения, а затем оценить

степень выраженности описанных в DSM симптомов, наблюдающихся на протяжении идентифицируемого периода времени.

Основные симптомы

Некоторые исследователи считают, что для того чтобы избежать неточностей и неправильной диагностики БР у детей и подростков, у этой категории пациентов, в отличие от текущих критериев DSM для маниакального эпизода, должны присутствовать приподнятое настроение и идеи величия (Geller et al, 2002). Мета-анализ БР у детей и подростков показал, что эйфория и идеи величия наблюдаются у 70% и 80%, соответственно, детей с этим диагнозом (Kowatch et al, 2005). Однако БР может протекать без эйфории и идей величия. Кроме того, для исследований, в которых изучались эти симптомы, характерна значительная неоднородность результатов, что, по всей видимости, является отражением разности происхождения и возраста выборок, и различной методологии интерпретации симптомов. Важно также отметить, что эйфорию и идеи величия сложно выявлять, особенно у детей младшего возраста. Мы более подробно остановимся на проблемах, связанных с развитием при описании клинических проявлений в дошкольном возрасте.

Раздражительность

Раздражительность очень частый симптом БР у детей и подростков (Kowatch et al, 2005) и в DSM-IV однозначно указано, что для удовлетворения критерия «А» диагностики маниакального эпизода достаточно наличия только раздражи-

Хроническая раздражительность ассоциировалась скорее с СДВГ, оппозиционно-вызывающим расстройством и тяжелой депрессией, а не с БР. Эпизодическая раздражительность ассоциировалась с повышенным риском возникновения БР и тревоги (Leibenluft et al, 2006)

тельного настроения, хотя оговаривается условие удовлетворения критерия дополнительных симптомов. Другими словами, четыре или больше симптомов мании должны сопутствовать раздражительности в течение того же периода времени (кластеризация) патологического изменения настроения. Кроме того, для того чтобы раздражительность можно было считать симптомом маниакального эпизода (хотя не все исследователи, занимающиеся изучением БР,

согласны с этим), она должна быть эпизодической, даже если раньше наблюдалась у ребенка (например, усиление раздражительности во время маниакального эпизода при наличии других сопутствующих расстройств, таких как тревожные расстройства, СДВГ или ОВР) (Leibenluft & Rich, 2008). Более того, раздражительность у детей редко бывает без эйфории.

Важно отметить, что раздражительность является также частью диагностических критериев DSM-IV для других расстройств, таких как оппозиционно-вызывающее расстройство, тяжелая депрессия, генерализованная тревога и посттравматическое стрессовое расстройство, а также присутствует у детей и подростков с другими диагнозами, такими как СДВГ и расстройства аутистического спектра. Таким образом, раздражительность обладает низкой специфичностью для БР – аналогично боли или высокой температуре при соматических заболеваниях, сигнализирующих что «что-то с организмом неладно» (Kowatch et al, 2005). С другой стороны, отсутствие эпизодической раздражительности может снижать вероятность диагностики БР.

Утверждается, что важными клиническими факторами при диагностической оценке лиц с БР является тяжесть и продолжительность раздражительности («злобный/ворчливый/капризный тип» раздражительности), но не «сердитый/капризный» или оппозиционно вызывающий тип раздражительности (Mick et al, 2005)

В отличие от эпизодической раздражительности, хронический вариант этого симптома недавно определен как ключевой признак новой диагностической категории, предложенной в DSM-5 (известной также как деструктивное расстройство регуляции настроения, расстройство регуляции настроения с дисфорией и выраженное расстройство регуляции настроения) (см. Главу Е.3). Заинтересованные читатели могут посетить веб-сайт DSM-5 (www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=397#) для ознакомления с последними обновлениями, а также обратиться к статьям Leibenluft (2011) и Axelson et al (2011) в которых приводятся доводы за и против представления деструктивного расстройства регуляции настроения как новой диагностической категории.

Подпороговые проявления

Оценка и диагностика подпороговых проявления БР у детей и подростков является дискуссионной темой. Данные исследования СОВУ представляют собой первую публикацию систематической оценки и сравнения детей и подростков с расстройствами биполярного спектра (БР-I, II и БДУ) (Axelson et al, 2011; Birmaher et al, 2009). Результаты этого исследования свидетельствуют о том, что большинство детей с БР-БДУ удовлетворяют критериям симптомов и настроения для мании и/или гипомании, но не удовлетворяют критерию длительности – четырехдневный эпизод при гипомании, и продолжительность эпизода в 7 дней для маниакального/смешанного эпизода. Параллельно, AACAP также определяет БР-БДУ как маниакальные симптомы, которые приводят к нарушению, но присутствуют недостаточно долго для того, чтобы соответствовать указанной в DSM-IV длительности, необходимой для диагностики маниакального, гипоманиакального или смешанного эпизода (McClellan et al, 2007).

Катамнестические исследования (Birmaher et al, 2009a; DelBello et al, 2007) показали, что наиболее распространенные проявления БР субсиндромальны, особенно это касается смешанной и депрессивной симптоматики. Так, например, исследование СОВУ продемонстрировало, что в течение четырехлетнего катамнестического наблюдения 60% детей и подростков с БР испытывали синдромальные и субсиндромальные эмоциональные симптомы, и 40% из этих эмоциональных симптомов были субсиндромальными (Birmaher et al, 2009). Более того, субсиндромальные симптомы сопровождались выраженными психологическими трудностями и повышенным риском суицидальности, юридических проблем и злоупотребления алкоголем и наркотиками. Кроме того, почти у 50% детей и подростков БР-БДУ (по определению СОВУ) трансформировалось в БР-I или II, особенно если у них в семейном анамнезе присутствовала мания или гипомания (Axelson et al, 2011).

БР-БДУ у детей и подростков – это не легкий или «мягкий» фенотип БР с менее выраженными нарушениями. Этот тип БР может присутствовать в континууме развития вместе с БР-I (Axelson et al, 2011).

Как правило, депрессия является первым эмоциональным эпизодом, наблюдаемым у большинства детей и подростков с БР; однако диагноз БР не может быть установлен без наличия (в т.ч. и в анамнезе) мании/гипомании. Тщательную оценку текущих или наблюдавшихся в прошлом симптомов мании/гипомании необходимо проводить всем детям и подросткам, и особенно с депрессией.

Приведенные здесь данные указывают на необходимость раннего выявления и лечения субсиндромальной симптоматики (Birmaher et al, 2009a; DelBello et al, 2007).

Биполярная депрессия

По данным публикаций у детей и подростков, как и у взрослых, депрессивные эпизоды наиболее частое проявление БР (как по частоте, так и по длительности) (Birmaher et al, 2009). Тем не менее, депрессия часто не диагностируется. Кроме разных подходов в лечении монополярной и биполярной депрессий (см. ниже раздел посвященный лечению), биполярная депрессия связана с более высоким риском психологических нарушений и суицидальности, чем униполярная (Wozniak et al, 2004). Следовательно, раннее выявление и лечение биполярной депрессии имеет жизненно важное значение. Более того, к группе высокого риска возникновения БР относятся депрессивные дети и подростки с психотическими симптомами, фармакологически индуцированной манией/гипоманией, БР расстройством в семейном анамнезе (Diler, 2007).

В отличие от дебютирующего в подростковом возрасте БР, возникшее в детском возрасте, манифестирует более субсиндромальными проявлениями, быстрой сменой настроения и неопределенными идеями величия. У детей с БР отмечается также более высокая генетическая нагрузка по расстройствам настроения, и другие паттерны коморбидных расстройств, чем при БР, начинающемся в подростковом возрасте. Отличительной особенностью БР с началом в подростковом возрасте являются более тяжелые, «классические» (как у взрослых) симптомы эмоциональных нарушений (Birmaher et al, 2009c).

Очень важно для уточнения диагноза проводить комплексную оценку депрессивных симптомов. Для диагностирования биполярного расстройства второго типа необходимо наличие депрессивного эпизода в анамнезе (большой депрессивный эпизод плюс, как минимум, один гипоманиакальный эпизод), однако удовлетворение всем критериям DSM-IV для БР-II не часто встречается среди детей и подростков, страдающих БР, особенно в амбулаторных и исследовательских условиях (Axelson et al, 2011). Данные исследований указывают на то, что у большинства детей и подростков с БР наблюдаются симптомы депрессии в сочетании с маниакальными, однако

следует отметить, что критерии DSM-IV для смешанного эпизода требуют удовлетворения критериям как маниакального, так и большого депрессивного эпизода почти ежедневно на протяжении, как минимум, одной недели.

Проявления дошкольного и предподросткового возраста

Сообщалось о том, что эмоциональная лабильность (например, быстрые колебания настроения в тяжелой форме, в течение короткого периода времени, запускаемые внутренними механизмами, т.е. независимо от внешних обстоятельств) и раздражительность/гневливость более характерны для мании, начинающейся в детстве, чем для мании, впервые возникающей в подростковом возрасте (Birmaher et al, 2009). Подростки с БР, по сравнению с детьми с БР, демонстрируют симптомы мании, которые в большей степени напоминают проявления у взрослых (например, более типичные и выраженные маниакальные и депрессивные симптомы) (Birmaher et al, 2009).

Учитывая уровень эмоционального и когнитивного развития детей дошкольного возраста (от трех до семи лет) возникает вопрос относительно валидности симптомов мании, таких как идеи величия и эйфория в этом возрасте. Руководство AACAP советует врачам проявлять осторожность при постановке диагноза БР

у детей младше шести лет (McClellan et al, 2007). Несколько исследований указывают на то, что дети дошкольного возраста могут страдать БР (Luby et al, 2008). По результатам данных исследований наиболее частым симптомом у таких детей была раздражительность, тогда как идеи величия и эйфория позволяют провести дифференциальную диагностику БР у детей дошкольного возраста с другими расстройствами, такими как тяжелое депрессивное расстройство и расстройство социального поведения (Luby et al, 2008).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Для клиницистов очень важно обладать хорошими знаниями о нормальном когнитивном, бихевиоральном и эмоциональном развитии, а также о культурных нормах, с тем, чтобы принимать правильное решение относительно того, является ли данное поведение ожидаемым или патологическим для текущей стадии развития ребенка. Зачастую очень сложно диагностировать БР у детей и подростков из-за разнообразия клинических проявлений, высокой коморбидности, наложения симптоматики других психических расстройств, влияния стадии развития на симптомы, трудностей, испытываемых детьми при вербализации своих симптомов и потенциальном влиянии медикаментов на настроение ребенка (Birmaher & Axelson, 2005). Учитывая высокий уровень коморбидности, а также взаимное наложение симптомов БР и широкого диапазона других клинических проявлений, таких как: тревога; общее нарушение психологического развития; проблемы с питанием и контролем над побуждениями; анти-социальное поведение (включая расстройство поведения и оппозиционно-вызывающее расстройство); психотические нарушения; расстройства вызванные употреблением психоактивных веществ; физическое и сексуальное насилие, обязательным аспектом каждого психиатрического осмотра должно быть исключения симптомов мании/гипомании на момент осмотра и в анамнезе.

Практикующим врачам необходимо проявлять осторожность, приписывая наблюдающиеся у пациента симптомы мании или гипомании до тех пор, пока они не продемонстрируют отчетливую временную связь с патологически приподнятым, экспансивным и/или раздражительным настроением. Например, злоупотребление алкоголем или наркотиками может осложнять клиническую картину БР, однако отличительным признаком расстройства настроения, вызванного влиянием психоактивных веществ, является возникновение симптомов в контексте потребления алкоголя или наркотиков, интоксикации или абстиненции. Психические расстройства, вызванные употреблением наркотиков и БР, могут присутствовать одновременно (например, двойной диагноз); однако симптомы расстройства настроения, которые начинаются до употребления, или сохраняются дольше месяца после прекращения употребления наркотиков, можно рассматривать как признаки первичного расстройства настроения (АРА, 2000). Более того, хронические симптомы, такие как гиперактивность или отвлекаемость не следует считать доказательством

Клиницистам необходимо тщательно пронаблюдать над тем, что происходит с симптомами коморбидного расстройства (исчезают или сохраняются) в период нормального настроения ребенка, страдающего БР, а также, не ухудшаются ли эти симптомы с наступлением эпизода расстройства настроения.

наличия мании до тех пор, пока не будет установлено, что они усиливаются с началом эпизода патологического настроения. Продолжительное проявление неспецифических, напоминающих манию симптомов без изменения интенсивности повышает вероятность альтернативного диагноза (Birmaher & Axelson, 2005).

Наличие психотических симптомов требует проведения дифференциальной диагностики с другими расстройствами, при которых могут наблюдаться подобные симптомы, такими как шизофрения. В данном случае заболевание вначале, как правило, протекает без явных симптомов, и у пациентов отсутствует характерная для мании эмоциональная вовлеченность. В пользу диагноза БР говорят следующие характеристики:

- хороший эмоциональный контакт
- преходящий, а не стойкий характер непоследовательности и бедности содержания мышления
- хорошая реакция на лечение стабилизаторами настроения
- БР в семейном анамнезе.

Тем не менее, первый эпизод мании может протекать с тяжелыми нарушениями мышления и галлюцинациями, что значительно усложняет дифференциальную диагностику между шизофренией и БР. В таком случае уточнить диагноз поможет тщательное и продолжительное катамнестическое наблюдение (Diler, 2007).

Биполярное расстройство в сравнении с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ)

Можно подозревать наличие биполярного расстройства у ребенка с СДВГ если:

- симптомы «СДВГ» появляются в более позднем возрасте (например, в 10 лет или старше)
- симптомы «СДВГ» возникают внезапно у здорового в других отношениях ребенка
- симптомы СДВГ реагировали на лечение стимуляторами, а теперь нет
- симптомы «СДВГ» то появляются, то исчезают, и связаны с изменением настроения
- у ребенка с СДВГ:
 - начинаются периоды чрезмерной эйфории с идеями переоценки собственной личности, депрессией, сниженной потребностью во сне, неуместным сексуальным поведением
 - наблюдаются тяжелые перепады настроения, вспышки раздражительности или приступы сильного гнева
 - наблюдаются галлюцинации и бредовые идеи
 - подтвержденное БР в семейном анамнезе, особенно если ребенок не реагирует на соответствующее лечение СДВГ.

Birmaher B. New Hope for Children and Adolescents with Bipolar Disorders. New York: ©Three Rivers Press, 2004, публикуется с разрешения автора.

Биполярное расстройство в сравнении с расстройством социального поведения

- Если проблемы с поведением у ребенка возникают в середине эпизода мании или депрессии и исчезают при улучшении эмоциональных симптомов, то не следует ставить диагноз оппозиционного расстройства или расстройства поведения.
- Если у ребенка симптомы оппозиционного или другого расстройства поведения возникают «нерегулярно» или появляются только тогда, когда у него возникают проблемы с настроением, следует рассмотреть вероятность диагноза БР (или другого расстройства, такого как рекуррентная униполярная депрессия, или психическое и поведенческое расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ).
- Если у ребенка оппозиционное поведение наблюдалось до начала расстройств настроения, необходимо ставить оба диагноза.
- Если у ребенка отмечаются тяжелые проблемы с поведением, не реагирующие на лечение, следует рассмотреть вероятность наличия расстройства настроения (биполярная или не-биполярная депрессия), других психиатрических расстройств (например, СДВГ, злоупотребление алкоголем или наркотиками) и/или воздействия стрессоров.
- Если у ребенка имеются проблемы с поведением и биполярное расстройство в семейном анамнезе, рассмотрите вероятность наличия у него расстройства настроения (тяжелой униполярной депрессии или БР).
- Если у ребенка имеются проблемы с поведением, а также галлюцинации и бредовые идеи, рассмотрите вероятность наличия у него биполярного расстройства. Также следует иметь в виду, что эти симптомы могут быть признаками шизофрении, употребления наркотиков/алкоголя, или соматических/неврологических расстройств.

Birmaher B. *New Hope for Children and Adolescents with Bipolar Disorders*. New York: ©Three Rivers Press, 2004, публикуется с разрешения автора.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Психиатрические интервью

При проведении диагностики важно оценить частоту, интенсивность, количество и длительность эпизодов (англ., – Frequency, Intensity, Number, and Duration (FIND)). Наиболее широко в исследованиях биполярного расстройства в качестве интервью используются два сходных инструмента: Перечень признаков аффективных нарушений и шизофрении для детей (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), для детей школьного возраста, версия для оценки на момент осмотра и на протяжении всей жизни (Present and Lifetime) – K-SADS-PL (свободно доступный), а также KSADS, разработанный Вашингтонским университетом (Washington University KSADS (WASH-U-KSADS)). Однако эти интервью громоздкие, главным образом, используются в исследовательских целях, их заполнение занимает много времени и требует наличия квалифицированных

интервьюеров. Таким образом, для практических целей можно использовать перечень симптомов DSM.

Оценочные шкалы, заполняемые клиницистами

Для оценки симптомов мании и определения степени их тяжести в настоящее время используются две шкалы, заполняемые опытными клиницистами: шкала Янга для оценки мании – Young Mania Rating Scale (YMRS; Young et al, 1978), и K-SADS оценочная шкала маний, разработанная Аксельсоном и коллегами на основе модуля для мании из K-SADS-P (KSADS-MRS) (доступна бесплатно).

Оценочные шкалы для детей и подростков, их родителей и учителей

Существует предположение, что описание родителями поведения детей позволяют более эффективно, чем данные получаемые от самых детей и подростков или учителей, выявлять манию. Такие инструменты, как родительская версия шкалы Янга для оценки мании (P-YMRS) (свободный доступ), Опросник для оценки общего поведения (General Behavior Inventory (GBI; Youngstrom et al, 2008)), родительская версия Опросника расстройств настроения (Mood Disorder Questionnaire (MDQ)) и недавно разработанная Оценочная шкала мании у детей для их родителей (Child Mania Rating Scale for Parents about their children (CMRS-P)) (Pavuluri et al, 2006) продемонстрировали необходимые психометрические свойства и оказались эффективными для скрининга симптомов БР у детей и подростков.

Родительская версия Опросника расстройств настроения (Wagner et al, 2006) обладает наиболее высоким уровнем читаемости и переведена на наибольшее количество языков, но уже не находится в открытом доступе (доступна только версия для самостоятельного заполнения подростками). Родительской версии Опросника для оценки общего поведения (General Behavior Inventory GBI-10 (Youngstrom et al, 2008)) посвящено наибольшее количество научных публикаций, этот инструмент чувствителен к результатам лечения, но имеет наиболее низкий уровень читаемости (можно заказать по электронной почте непосредственно у автора – Eric Youngstrom eay@unc.edu). Предполагается, что наиболее точным инструментом для скрининга при БР является Оценочная шкала мании для родителей (Child Mania Rating Scale for Parents (CMRS -10; Henry et al, 2008)), которая имеет также версию для учителей (можно заказать по электронной почте непосредственно у автора – Mani Pavuluri mpavuluri@psych.uic.edu). Заинтересованные читатели могут обратиться к опубликованным результатам исследования, в котором сравнивают инструменты, используемые в диагностике мании – Youngstrom et al (2005).

К другим инструментам, которые использовались в диагностике биполярного расстройства и заполнялись родителями, относится Перечень наблюдения за поведением ребенка (Child Behavior Checklist (CBCL)), однако он не является достаточно специфичным и эффективным для идентификации мании (Diler et al, 2009). С другой стороны CBCL или его подшкалы (например, сумма баллов по субшкалам агрессии, внимания, тревоги/депрессии – так называемый профиль дисрегуляции CBCL, ранее известный как биполярный профиль, см. Главу Е.3) могут отражать

тяжесть симптомов, коморбидность или степень функциональных нарушений у детей и подростков с БР (Diler et al, 2009). Низкие значения этого профиля (например, экстернализирующие проблемы) могут помочь в исключении мании (или другой психопатологии) (Diler et al, 2007; Youngstrom et al, 2005).

Графики и дневники настроения

Дневники или графики настроения, а также использование в качестве точек отсчета годы обучения в школе, дней рождения и каникул очень эффективны при проведении диагностической оценки и мониторинга эмоциональных симптомов и эпизодов. Эти инструменты могут помочь детям, родителям и клиницистам визуализировать изменения их настроения и идентифицировать события и обстоятельства, которые могут служить пусковым механизмом для депрессии, гипомании/мании, раздражительности и проблем со сном, а также оценить реакцию на лечение. В большинстве этих инструментов используются цвета или баллы (например, от 1 до 10) для отражения изменений настроения в течение дня наряду с сопутствующими стрессорами, заболеваниями и используемым лечением. Образец такого инструмента для оценки и наблюдения за настроением под названием «Термометр энергии и настроения» мы разработали в стационарном отделении для детей и подростков с биполярным расстройством университета г. Питтсбург. Читатели могут также посетить сайты: <http://www.manicdepressive.org/images/moodchart.pdf> <http://www.dbsalliance.org/pdfs/calendarforweb.pdf> и ознакомиться с другими средствами для составления графиков настроения.

Инструменты для составления графиков настроения (мониторинга настроения) должны быть дружественными по отношению к пользователю (ребенку) и могут модифицироваться (для того, чтобы соответствовать возрасту ребенка, уровню интеллектуального развития и его интересам) для повышения уровня согласованности и следовать рекомендациям врача.

Другие сферы оценки

Психологическое функционирование

Для того, чтобы правильно оценить потенциальные изменения функционирования, которые необходимо измерять, соотнося с ожидаемым уровнем функционирования, который ожидается (например, в школе, в семье, среди сверстников) для ребенка данной культуры, хронологического возраста и интеллектуальных способностей, необходимо получить информацию у разных источников, таких как опекуны, учителя и другие значимые в жизни ребенка взрослые.

Уровень оказания помощи

Клиницисты должны также определить соответствующую интенсивность и ограничения оказываемой помощи (например, амбулаторное или стационарное лечение, либо частичная госпитализация). Решение об уровне оказания помощи будет зависеть от таких факторов, как тяжесть эмоциональных симптомов, наличие суицидальных или гомицидальных мыслей (и риск летальности), психотическая симптоматика, зависимость от алкоголя или наркотиков, агитация, соблюдение ребенком (и родителями) указаний врача, психопатология родителей и семейное окружение.

Соматические состояния

Необходимо диагностировать соматические состояния, которые могут инициировать или усугублять эмоциональные симптомы. На настоящий момент отсутствуют какие-либо биологические или рентгенологические тесты для диагностики БР, тем не менее, при выявлении первого эпизода можно исследовать функцию щитовидной железы (например, ТТГ), взять общий анализ крови, определить уровень содержания в крови В12, фолатов и железа (дополнительные лабораторные исследования, рекомендуемые перед началом и во время лечения, представлены ниже). При проведении дифференциальной диагностики первого эпизода может возникнуть необходимость в дополнительном соматическом обследовании (см. Главу Н.5).

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение биполярного расстройства предполагает три стадии: (1) неотложного, (2) продолжающегося и (3) поддерживающего лечения. Цель неотложной стадии – установить контроль (или добиться улучшения) над острыми

КОМАНДНЫЙ ПОДХОД

Психиатры, психологи, детские дефектологи, социальные работники, школьные учителя и консультанты, а также многие другие профессионалы, участвующие в лечении детей должны работать вместе, как единая команда, для того, чтобы добиться оптимальных результатов в медицинской, образовательной, семейной и социальной сферах. Очень важно рассматривать родителей, ребенка и школу как часть этой команды и привлекать их к принятию решений.

симптомами, которые влияют на психологическое функционирование и благополучие ребенка, или подвергают опасности его жизнь. Продолжающееся лечение необходимо для того, чтобы закрепить результаты, полученные при неотложной стадии и избежать возникновения новых эпизодов или рецидива. Выбор методов фармакологического, психологического или комбинированного (фармакологического и психологического) лечения в каждой из этих стадий зависит от тяжести и фазы заболевания, подтипа БР, длительности течения, коморбидных расстройств, возраста ребенка, предпочтений и ожиданий как самого ребенка, так и его семьи, наличия квалифицированных психотерапевтов, условий внутри семьи и обстоятельств внешней среды, а также семейной психопатологии.

Психообразование

Психообразование и поддержка начинаются уже на стадии диагностической оценки и показаны на любом этапе лечения. Родственники и пациенты должны получить необходимые знания о причинах, симптомах, течении, разных методах лечения БР, а также о рисках, связанных со всевозможными вариантами лечения, в противоположность полному его отсутствию. Пациенты и их родственники должны быть готовыми к тому, что с высокой долей вероятности заболевание будет рекуррентным, нередко хроническим с частыми колебаниями настроения ребенка, а также сознавать важность тщательного соблюдения рекомендаций врача. Необходимо уделить доста-

Сбалансированный распорядок дня, поддерживаемый с помощью выработки практических жизненных привычек, таких как регулярный сон и последовательные повседневные занятия, может способствовать улучшению состояния при БР, тогда как нерегулярный сон может провоцировать развитие аффективных эпизодов.

точно времени для того, чтобы обсудить с родственниками необходимость медикаментозного и сопутствующего психологического лечения. Решающее значение имеет помощь родителям в понимании того, что негативизм и быстрые смены настроения не являются проявлением оппозиционности у детей с проблемным поведением. Кроме того, дети и их родственники могут нуждаться в возвращении надежды и преодолении деморализации, а также в использовании программы ведения отдельного пациента (например, обсуждения с родителями и педагогами разумных ожиданий) (Birmaher & Axelson, 2005).

Важное значение имеют гигиена сна и правильный режим дня, особенно принимая во внимание тот факт, что депривация сна приводит к ухудшению эмоциональных симптомов (см. Таблицу Е.2.4). Для того, чтобы добиться положительного влияния на физиологию и ежедневное функционирование, необходимо принять меры для формирования стабильного циркадного ритма.

Неотложное лечение

В этой главе термин нормотимик применяется по отношению к литию и антиконвульсантам, таким как вальпроат, карбамазепин, окскарбазепин, топирамат и ламотриджин, а также к атипичным антипсихотикам или нейролептикам второго поколения (НВП), таким как рисперидон, арипипразол, кветиапин, оланзапин и зипрасидон.

Для того, чтобы избежать чрезмерно высоких доз и повышения риска побочных эффектов и несоблюдения пациентом рекомендаций врача, до тех пор, пока ребенок остается слишком возбужденным, проявляет выраженные суицидальные тенденции, присутствуют психотические симптомы, рекомендуется начинать с небольших доз, постепенно повышая их в соответствии с реакцией на лечение и осложнениями. В целом, а также до тех пор, пока не получены другие результаты в научных исследованиях, используются те же дозы антиконвульсантов и НВП, а также заданный уровень лития в крови, что и для взрослых, страдающих БР. Однако, вполне вероятно, что для детей и подростков будет необходим уровень концентрации лития в крови, близкий к 1 мэкв/дл (Geller et al, 2012), поскольку, по всей видимости, по сравнению со взрослыми, у детей и подростков отмечается более низкий показатель соотношения лития в мозге и сыворотке крови (Birmaher & Axelson, 2005).

Помочь в организации и проведении психообразования могут соответствующие общественные организации и ассоциации, а также материалы, размещенные на некоторых веб-сайтах или книги: (например, Руководство по БР, разработанное Федерацией поддержки страдающих депрессией и биполярным расстройством – Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA)'s Guide for BD (www.dbsalliance.org/pdfs/guide1.pdf), Руководство Национального института психического здоровья для родителей детей, страдающих БР – NIMH parent guide for BD, а также материалы, посвященные стигматизации.

При планировании лечения в любой фазе важно принимать во внимание показатели качества жизни ребенка с БР, к которым можно отнести:

- культуральные отличия и ожидания,
- значимые взаимоотношения с родственниками, сверстниками, воспитателями, тренерами и учителями,
- наилучшие академические достижения,
- наилучшие достижения в других сферах, например, в занятиях музыкой, живописью, танцами или спортом,
- другие личные сферы деятельности, от которых ребенок получает чувство компетентности, мастерства и удовольствия.

Таблица Е.2.4 Гигиена сна.
Рекомендации Американской ассоциации сна

<p><i>Придерживайтесь регулярного режима сна</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ложитесь спать и вставайте в одно и то же время. В идеале, этот график должен оставаться неизменным (+/- 20 мин.) в течение всей недели.
<p><i>По возможности избегайте короткого сна в течение дня</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Кратковременный сон снижает «потребность во сне», необходимую для более легкого и быстрого засыпания. • Каждый из нас нуждается в определенном количестве времени для сна в течение 24 часов. Нам необходимо именно это количество, и мы не нуждаемся в большем. • Если мы позволяем себе подремать короткое время в течение дня, то это снижает количество времени, необходимого нам для сна следующей ночью, что может приводить к фрагментации сна, проблемам с засыпанием и бессоннице.
<p><i>Не оставайтесь в кровати больше 5-10 минут в состоянии бодрствования</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Если вы чувствуете, что не успеваете уследить за собственными мыслями или беспокоитесь по поводу того, что не можете уснуть среди ночи, встаньте с кровати и посидите в кресле в темноте. Никакого интернета и телевизора в это время! Это еще больше вас простимулирует. • Если это происходит несколько раз за ночь, ничего страшного. Постарайтесь регулярно просыпаться в одно и то же время и избегайте кратковременного сна днем.
<p><i>Не смотрите телевизор и не читайте в кровати</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ложитесь спать и вставайте в одно и то же время. В идеале, этот график должен оставаться неизменным (+/- 20 мин.) в течение всей недели.
<p><i>Придерживайтесь регулярного режима сна</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Если вы смотрите телевизор или читаете в кровати, то кровать у вас ассоциируется с бодрствованием. • Кровать предназначена для двух вещей – сна и альковных «проделок»
<p><i>Не употребляйте кофеин</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Эффект кофеина может сохраняться несколько часов после его употребления. Кофеин может вызывать фрагментацию сна и затруднять засыпание. Если пьете кофе или другие содержащие кофеин напитки, делайте это в первой половине дня. Помните о том, что сладкие газированные напитки и чай также содержат кофеин.
<p><i>Избегайте употребления веществ, которые влияют на сон</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Сигареты, алкогольные напитки и отпускаемые без рецепта лекарства могут служить причиной фрагментированного сна.
<p><i>Регулярно выполняйте физические упражнения</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ежедневно выполняйте физические упражнения до 2 часов дня. Регулярные упражнения способствуют непрерывному сну. • Избегайте интенсивных физических упражнений перед сном. Интенсивные физические упражнения повышают уровень эндорфинов в крови, что может затруднять засыпание.

Побеспокойтесь о том, чтобы ваша спальня была тихим и комфортным местом

- Выберите комфортную температуру на термостате в спальне. Как правило, чуть холоднее лучше, чем теплее.
- Выключите телевизор или другие источники постороннего шума, который может прервать сон. «Белый шум», такой, например, как от работающего вентилятора, не опасен.
- Если ваши домашние животные могут разбудить вас, не пускайте их в спальню.
- В вашей спальне должно быть темно, выключите яркое освещение.

Если вы любите посматривать на часы ночью, спрячьте их

Практикуйте перед сном регулярные занятия, дающие ощущение комфорта

- Теплая ванна, душ.
- Медитация, чтение Библии.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Острые маниакальные и смешанные эпизоды

Доступные результаты исследований (например, 16 открытых клинических исследований и 9 двойных слепых с участием более чем 1200 испытуемых) указывают на то, что монотерапия литием, вальпроатом или карбамазепином соизмерима в лечении непсихотических маниакальных/смешанных эпизодов (РКИ окскарбазепина дало отрицательный результат), при этом реакция симптомов мании на лечение составила от 23 до 55% (41% – открытых клинических, и 40% – в двойных слепых исследованиях) (Liu et al, 2011). Литий был первым препаратом, одобренным Федеральным управлением по лекарственным веществам США (FDA) для применения в лечении мании у детей и подростков в возрасте от 12 до 17 лет. По результатам недавно проведенного большого РКИ маниакальных и смешанных эпизодов у детей, страдающих БР I типа, показатель реакции на лечение для лития составил 35,6%; несильно отличаясь от показателя для дивальпроата натрия – 24% (Geller et al, 2012).

Самые новые исследования (например, 11 открытых клинических и 9 двойных слепых исследований с участием более чем 1500 детей и подростков) свидетельствуют о том, что НВП могут быть более эффективными, чем традиционные стабилизаторы настроения (например, литий или антиконвульсанты), при этом реакция маниакальных/смешанных симптомов на лечение составляет от 33 до 75% (55% в открытых клинических и 66% в двойных слепых исследованиях), а также приводить, по всей видимости, к более быстрым результатам (Liu et al, 2011). Недавно опубликованные данные РКИ детей и подростков с маниакальными и смешанными эпизодами БР-I указывают на более высокий показатель реакции на лечение при использовании рисперидона (68,5%), по сравнению с литием (35,6%) и диваль-

Заинтересованные читатели могут посетить сайт, посвященный клиническим исследованиям в США по адресу: <http://www.clinicaltrials.gov/> и ознакомиться с продолжающимися в настоящее время исследованиями БР у детей и подростков.

Клиницисты должны знать о том, какие нормотимики доступны и официально разрешены для использования в их стране или штате, а также требованиях и ограничениях при их назначении.

проатом натрия (24%) (Geller et al, 2012). Однако рисперидон ассоциировался с более выраженными побочными эффектами (см. ниже раздел, посвященный мониторингу фармакотерапии и клиническим проблемам). FDA одобрило использование некоторых НВП в лечении маниакальных/смешанных эпизодов у детей и подростков: рисперидона для детей в возрасте от 10 до 17 лет, оланзапина в возрасте от 13 до 17 лет, арипипразола для 10–17-летних и кветиапина в возрасте от 10 до 17 лет.

Пациенты, частично реагирующие, или не реагирующие на лечение

Монотерапия рекомендуется как лечение первого ряда, однако у лиц, которые не реагируют на монотерапию или не переносят медикаменты из-за их побочного действия, клиницисты могут попытаться отменить потенциально дестабилизи-

Если ребенок не реагирует на лечение на любой стадии заболевания, необходимо исключить влияние факторов, ассоциирующихся с отсутствием реакции, такие как:

- Неправильный диагноз.
- Несоблюдение в полном объеме рекомендаций врача.
- Наличие коморбидных психических и соматических расстройств и
- Продолжающееся воздействие неблагоприятных событий (конфликт в семье, насилие и т.п.).

рующие настроение медикаменты (например, антидепрессанты), оптимизировать текущее лечение, перейти на другое лечение – одним из не использовавшихся ранее стабилизаторов настроения – комбинировать с другими методами лечения. В то время как для того, чтобы избежать побочных эффектов, идеальным считается применение наиболее низких доз одного лекарственного препарата, для того чтобы у большинства пациентов наступила реакция на лечение и стабилизировались маниакальные, гипоманиакальные, смешанные или депрессивные симптомы, могут потребоваться высокие дозы. Кроме того, в некоторых исследованиях, из-за высоких показателей прекращения лечения, связанного с

отсутствием эффекта у пациентов, получавших стабилизирующую настроение монотерапию без средств экстренной терапии, в острой фазе заболевания использовались вспомогательные лекарственные вещества короткого действия, усиливающие действие препаратов или парадигма спасения жизни (Liu et al, 2011). Так, например, лоразепам и клоназепам используются иногда непродолжительное время для купирования острой ажитации или бессонницы (Birmaher & Axelson, 2005), однако клиницистам необходимо помнить о возможном растормаживающем действии этих лекарственных препаратов на некоторых детей. У детей и подростков, страдающих БР, помочь в устранении проблем с фазами сна и засыпанием (после выполнения рекомендаций по гигиене сна) может назначение мелатонина (начиная с небольшой дозы и не больше, чем 6–9 мг/день, исходя из клинического опыта нашего стационарного отделения для подростков), несмотря на отсутствие исследований, обосновывающих такую схему лечения или определяющих диапазон доз этого препарата. Что касается комбинированного медикаментозного лечения, то сочетание двух стабилизаторов настроения с разными механизмами действия (например, лития с антиконвульсантом) или добавление НВП (к литию, или антиконвульсанту) может привести к более благоприятному результату, чем применение только одного стабилизатора настроения при неотложном лечении маниакального/смешанного эпизода, при этом показатель реакции на лечение находится в пределах от 60 до 90% (Liu et al, 2011).

Острая гипомания

Отсутствуют исследования с участием детей и подростков, посвященные исключительно лечению гипомании. Таким образом, до тех пор, пока не появятся такие исследования, для детей и подростков, у которых симптомы гипомании значительно нарушают функционирование, рекомендованы подходы в лечении, описанные для мании.

Острая биполярная депрессия

Дети и подростки с БР значительную часть времени страдают от синдромальных или субсиндромальных симптомов депрессии, которые существенно нарушают их функционирование и повышают риск суицида; тем не менее, исследований, в которых изучалась биполярная депрессия у детей и подростков, небольшое количество. Было проведено небольшое РКИ применения кветиапина у детей и подростков с БР-I, в котором сообщалось о показателе реакции на лечение, достигшем 71%, который оказался не выше, чем при использовании плацебо (DelBello et al, 2009). В двух открытых клинических исследованиях у страдающих депрессией детей с БР были получены следующие показатели реакции на лечение: 48% – при применении только лития у детей с БР-I (Patel et al, 2006) и 84% – для ламотриджина (в качестве дополнительного препарата или при монотерапии) у детей с БР-I, БР-II и БР-БДУ (Chang et al, 2006). В нескольких открытых клинических исследованиях методов лечения мании оценивалось улучшение депрессивных симптомов, и показатель реакции на лечение составил от 35 до 60% – для НВП (арипипразол, оланзапин, рисперидон и zipрасидон), 43% – для карбамазепина и 40% – при использовании жирных кислот омега-3 (Liu et al, 2011).

Клиницисты могут решить начать лечение с психологических вмешательств, таких как когнитивно-поведенческая терапия или фокусирующаяся на семье психотерапия, особенно при депрессии легкой и средней степени тяжести. Несмотря на то, что реакция на медикаментозное лечение при биполярной депрессии у детей и подростков может отличаться от реакции у взрослых, важно кратко описать доступные результаты проведенных исследований с участием взрослых. Эффективными оказались: кветиапин в качестве монотерапии или в сочетании с оланзапином и флуоксетином при неотложном лечении, а также ламотриджин при лечении биполярной депрессии у взрослых (Nivoli et al, 2011). К другим подходам, рекомендованным для неотложного лечения взрослых с биполярной депрессией, относятся: монотерапия ламотриджином, вальпроатом и сочетание антиконвульсанта или НВП с антидепрессантом (селективным ингибитором обратного захвата серотонина (СИОЗС) или бупропионом). Эти лекарственные препараты могут быть эффективными также и у детей, но для НВП необходимо подтверждение данных результатов.

Существуют и другие вмешательства, достойные внимания. Однако кроме эффективности этих вмешательств у детей и подростков должна быть исследована также их безопасность, включая и риск перехода в манию. В одном открытом клиническом исследовании жирной кислоты омега-3 было получено легкое или умеренное улучшение депрессивных симптомов у маниакальных

детей и подростков (Wozniak et al, 2007) при хорошей переносимости. Для лиц с сезонной рекуррентной депрессией может быть назначено светолечение. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) рекомендована как метод лечения униполярной депрессии несколькими небольшими исследованиями детей и подростков, однако эти результаты нуждаются в дальнейшей оценке (Birmaher & Axelson, 2005).

Лечение коморбидных состояний

БР у детей и подростков обычно сочетается с другими состояниями, которые могут ухудшать прогноз БР. Как правило, до того как начать лечение коморбидного расстройства (расстройств), сначала следует стабилизировать симптомы БР, особенно если коморбидные симптомы у ребенка (например, СДВГ, пробле-

Очень важно внимательно прислушаться к тому, что сам пациент считает наиболее важными для него побочными эффектами, и что они для него значат. Например, он может не соблюдать рекомендации врача по приему лития (не говоря об этом доктору) из-за увеличения веса, угревой сыпи или тремора.

мы с поведением) оказываются вторичными по отношению к расстройству настроения (мании, депрессии или обеим) (Birmaher & Axelson, 2005). Если коморбидные состояния не являются последствиями БР, или если не наступает улучшение после уменьшения интенсивности симптомов мании/гипомании, показано лечение как БР, так и коморбидного состояния, особенно в том случае, если коморбидное состояние – это злоупотребление алкоголем или наркотиками. Если доступно психосоциальная терапия, то ее следует

попытаться применить до назначения новых лекарственных средств. Рекомендуется для каждого отдельного коморбидного расстройства использовать самые эффективные из имеющихся в распоряжении медикаментов; однако лечение каждого коморбидного расстройства должно начинаться поочередно. В некоторых случаях применения медикаментов для БР приводит к улучшению соматического или психиатрического расстройства (Birmaher & Axelson, 2005; McClellan et al, 2007). Соли амфетамина и атомоксетин показаны при СДВГ после стабилизации настроения у детей и подростков, страдающих БР.

Мониторинг фармакотерапии и клинические проблемы

Из-за того, что психотропные лекарственные средства ассоциируются с значимыми побочными эффектами, начиная фармакологическое лечение, необходимо провести тщательные анализ соотношения между риском и пользой (а также обсудить его с родителями и самими пациентами). Эти побочные эффекты описаны ниже.

Список лекарственных препаратов, которые взаимодействуют с психотропными медикаментами достаточно длинный, и перед назначением любого нового лекарственного средства необходимо сверяться с этим списком. Имеется несколько веб-сайтов (например, Medscape Reference – <http://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>) и приложений для смартфонов (например, Micromedex Drug Information by Thomson Reuters or Medscape), с помощью которых можно ознакомиться с обновленными данными о взаимодействии медикаментов для того, чтобы минимизировать риск опасных осложнений.

Всем девочкам, у которых начались менструации необходимо проводить тест на беременность на начальном этапе обследования, а также при диспансерном наблюдении, в тех случаях, когда существует вероятность беременности. Тестирование мочи на содержание наркотиков следует проводить в начале обследования, а затем по мере необходимости. При каждом посещении врача необходимо измерять и фиксировать рост и вес (например, индекс массы тела – ИМТ), основные жизненные показатели, а также окружность талии. Лабораторные тесты не могут заменить клинической оценки (например, физикального осмотра и изучения семейного анамнеза на наличие сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний или болезней щитовидной железы). Кроме того, важно обсудить признаки и симптомы потенциальных побочных явлений с пациентом и его родственниками, равно как и акцентировать внимание на необходимости немедленного контакта с лечащим врачом, в случае возникновения таких симптомов (например, сыпи при применении ламотриджина и других антиконвульсантов). В Таблице Е.2.5 представлен обзор наиболее распространенных побочных эффектов стабилизаторов настроения и рекомендации, основанные на информации о лекарственных средствах, изложенной в листовках-вкладышах FDA, а также на опыте работы нашей клиники и исследовательского центра. Ниже мы более подробно остановимся на побочных эффектах лития, антиконвульсантов и НВП.

Литий и антиконвульсанты, как стабилизаторы настроения

- *Литий* имеет низкий терапевтический индекс (уровень в крови от 0,6 до 1,2 мЭкв/л), а выраженная токсичность может вызвать необратимые повреждения почек и нервной системы, и привести к смерти. Переносимость варьирует среди пациентов, и некоторые лица могут испытывать побочные эффекты при низкой концентрации лития в крови, хотя, как правило, признаки и симптомы токсичности возникают при концентрации, превышающей 1,5 мЭкв/л. Пациенты и их родители должны знать клинические симптомы токсичности лития (например, головокружение, неповоротливость, неустойчивая походка, крупноразмашистый тремор, боли в животе, рвота, седативный эффект, спутанность сознания и затуманенное зрение). Если у пациента есть проблемы с потреблением жидкости или чрезмерные потери жидкости (например, в связи с тошнотой, рвотой, диареей или лихорадкой), дозы лития необходимо снизить или временно прекратить прием препарата до тех пор, пока не будет восстановлен регулярный прием жидкостей. Если кроме желудочно-кишечного расстройства возникают другие симптомы токсичности лития, пациента следует направить в стационар для дополнительного обследования (Birmaher & Axelson, 2005). Не позже, чем через 4 – 5 дней после каждого повышения дозы, и немедленно в случае возникновения признаков токсичности, следует проверять уровень лития в крови. Кроме того, на начальном этапе и в дальнейшем при диспансерном наблюдении необходимо проводить основные лабораторные анализы, в частности те, которые позволяют оценить функции почек и щитовидной железы (см. Таблицу Е.2.5). Пациентам необходимо объяснять важность поддержания адекватного уровня гидратации при интенсивных физических нагрузках или в жаркие дни, а также избегания значительных колебаний потребления соли, кофеина

и жидкостей. Пациенты должны также информировать врачей общей практики и соматического профиля, а также фармацевтов о том, что они принимают литий и не принимать лекарственных препаратов, которые взаимодействуют с литием. К числу наиболее распространенных медикаментов, в том числе и продаваемых без рецепта врача, а также субстанций, которые могут повышать уровень лития в крови, относятся нестероидные противовоспалительные препараты (за исключением ацетаминофена), алкоголь и марихуана. Кофеин способствует снижению уровня лития в крови (Birmaher & Axelson, 2005).

Управление США по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) в 2008 году вынесло предупреждение о риске суицидальности, связанным с применением антиконвульсантов (Aragana et al, 2010). Несмотря на то, что в некоторых исследованиях не сообщалось о повышенном суицидальном риске при использовании антиконвульсантов, пациентов (и их родственников) необходимо информировать о таком риске и подвергать тщательному наблюдению. Антиконвульсанты, используемые в качестве стабилизаторов настроения, обладают неврологическими, когнитивными и желудочно-кишечными побочными эффектами (см. Таблицу E.2.5), с которыми удается справиться с помощью регулирования дозы. Повышение доз необходимо осуществлять постепенно, при этом показан периодический анализ крови (см. Таблицу E.2.5) с тем, чтобы наблюдать за уровнем этих препаратов в крови и, таким образом, избежать возникновения редких, но серьезных, побочных эффектов (например, печеночной недостаточности, панкреатита, тромбоцитопении). Очень важно, чтобы пациенты и их родственники знали ранние симптомы этих побочных эффектов и о том, как установить контакт с доктором при их появлении. С другой стороны, остается дискуссионным вопрос, действительно ли такие меры способствуют снижению риска серьезных побочных эффектов.

- *Вальпроат* ассоциируется с синдромом поликистозных яичников, поэтому возникает необходимость в менструальном анамнезе и консультации гинеколога каждой девочки, у которой имеют место значительные изменения ее менструального цикла и/или гирсутизм на фоне приема этого препарата.

- *Карбамазепин* стимулирует метаболизм других лекарственных препаратов (например, пероральных противозачаточных средств), равно как и собственный, через изоэнзимы цитохром P450 1A2 и 3A4, и может снижать уровень их концентрации в крови, а также свою эффективность, а также эффективность других медикаментов.

- *Окскарбазепин*, 10-кетоаналог карбамазепина, может не стимулировать ферменты печени и требует мониторинга концентрации в крови, но может вызывать побочные эффекты, такие же, как у карбамазепина, а именно: головокружение, тошноту, сонливость, диплопию, утомляемость и сыпь.

- *Ламотриджин* обычно хорошо переносится, при этом отмечается относительно невысокий риск увеличения массы тела и седативного эффекта. Тем не менее, особенно при быстром повышении дозы, он может вызывать серьезные дерматологические

реакции, такие как синдром Стивенса-Джонсона или токсический эпидермальный некролиз. До тех пор, пока не будет установлена иная причина сыпи (например, контактный дерматит), лечение ламотриджином следует немедленно прекратить. Кроме того, если лечение ламотриджином прекращается больше чем на пять дней, возобновлять его необходимо с первоначальной дозы (12,5 или 25 мг/день). Выраженность серьезных дерматологических реакций можно уменьшить, следуя текущим рекомендациям по дозировке данного препарата (назначение небольших доз с постепенным увеличением, например, 25 мг/день у ребенка 12 лет и старше и увеличением дозы на 25 мг каждые две недели при приеме два раза в день, до тех пор, пока не будет достигнута доза 100 мг/день). При комбинировании с вальпроатом дозу ламотриджина необходимо уменьшить вдвое. Повышение дозы ламотриджина до достижения терапевтического уровня может занять от шести до восьми недель. Использование ламотриджина в условиях неотложного лечения затруднено (например, в стационаре) из-за такого графика медленного титрования.

- Сообщалось о потере веса при лечении *топираматом* в сочетании с каким-либо из НВП (например, для того чтобы уравновешивать побочный эффект стабилизаторов настроения из группы НВП в виде увеличения массы тела; однако, как и в случае с вальпроатом, топирамат может вызывать значительные когнитивные нарушения. См. ниже о дополнительном использовании топирамата, нацеленном на увеличение массы тела или метаболические побочные эффекты).

Наиболее распространенные побочные эффекты НВП представлены в Таблице Е.2.5, но клинический опыт подсказывает, что эти препараты могут отличаться по выраженности экстрапирамидных симптомов, пролактинемии, седативного эффекта, ортостатической гипотензии/головокружений, сонливости/утомляемости и увеличении массы тела. Тем не менее, эти побочные эффекты в той или иной степени характерны для каждого из НВП. Метаболические нарушения (например, повышение веса, уровня глюкозы или липидов в крови) при применении НВП являются главной проблемой, особенно это происходит при длительном применении этих лекарственных средств у детей и подростков. Заинтересованные читатели могут ознакомиться с обзорами, составленными Correll с соавторами, которые свидетельствуют о том, что у детей и подростков наблюдается более выраженное увеличение массы тела, по сравнению с взрослыми, а также при комбинировании одного из НВП со стабилизатором настроения (Correll et al, 2010). Рекомендуется: (1) измерение индекса массы тела и окружности талии ребенка (например, при первичном осмотре, и на 4, 8 и 12 неделе), и (2) определение уровня липидов и глюкозы в крови натощак (при первичном осмотре, через 3 месяца и затем ежегодно всякий раз, когда появляются клинические симптомы), в течение всего периода приема этих лекарственных препаратов (см. Таблицу Е.2.6).

Если у пациента наблюдается значительное увеличение массы тела, показано более тщательное исследование состояния обмена веществ, а также повторная оценка соотношения между степенью риска и пользой от продолжения использования текущего НВП. Как уже указывалось ранее, до того как принимать решение о назначении

Таблица E.2.5 Побочные эффекты стабилизаторов настроения и планы лабораторные исследования до и во время фармакотерапии (Birmaher & Axelson, 2005)

Частые	Нечастые	Редкие	Базовые анализы	Последующие тесты	Частота тестов	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> • Полиурия • Полидипсия • Тремор • Увеличение массы тела • Тошнота • Диарея • Гипотиреоз • Когнитивные затруднения • Седативный эффект • Лейкоцитоз 	<ul style="list-style-type: none"> • Появление или обострение угревой сыпи или псориаза • Брадикардия • Выпадение волос • Изменения на ЭКГ (уплощенные зубца T) 	<ul style="list-style-type: none"> • Повреждения головного мозга, почек и смерть (из-за острой токсичности) • Снижение функции почек • Доброкачественная внутричерепная гипертензия • Экстрапирамидные симптомы • Двигательные нарушения • Суароги • Гиперпарагиреоз • Дисфункция синусного узла • Аритмии 	<ul style="list-style-type: none"> • АМК • Креатинин • Анализ мочи • ТТГ, свободный тироксин • Электролиты • Кальций, альбумин • Вес 	<ul style="list-style-type: none"> • Определение уровня лития • АМК • Креатинин • Анализ мочи • Кальций • Альбумин • Вес 	<ul style="list-style-type: none"> • При каждом¹ изменении дозы, каждые 3-6 месяцев или ПН • Каждые 3-6 месяцев 	<ul style="list-style-type: none"> • 24-часовой анализ мочи на содержание белка и клиренс креатинина при протеинурии, выраженной полиурии или изменении уровня креатинина в сыворотке крови
<ul style="list-style-type: none"> • Увеличение массы тела • Тремор • Тошнота • Диарея • Когнитивные затруднения • Седативный эффект и утомляемость • Атаксия • Головокружение 	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение уровня трансаминазы в сыворотке крови • Алопеция • Повышение уровня тестостерона • Синдром поликистоза яичников • Сыпь • Выпадение волос 	<ul style="list-style-type: none"> • Печеночная недостаточность • Тромбоцитопения • Панкреатит • Тяжелые дерматологические реакции • Нейтропения • Синдром повышенной чувствительности к антиконвульсантам 	<ul style="list-style-type: none"> • ОАК с подсчетом форменных элементов • АСТ, АЛТ • Аипаза • Вес • Менструальный анамнез 	<ul style="list-style-type: none"> • Определение уровня дивалпрекса в крови • Количество тромбоцитов • АСТ, АЛТ • Вес • Менструальный анамнез 	<ul style="list-style-type: none"> • При каждом изменении дозы и ПН • Каждые 2 недели дважды, затем каждые 4 • Каждый месяц дважды, затем каждые 6 месяцев 	<ul style="list-style-type: none"> • Риск печеночной недостаточности наиболее высоки в первые 6 месяцев лечения • Повторить анализ на аипазу при подозрении на панкреатит

<p>Карбамазепин</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тошнота, рвота • Неповоротливость • Нистагм • Седативный эффект • Расфокусированное зрение, диплопия, повышенная фоточувствительность • Когнитивное притупление • Атаксия • Индукция синтеза ферментов CYP450 (повышенный клиренс лекарственных препаратов у метаболизированных печеночными ферментами системы цитохрома, включая пероральные противозачаточные препараты) 	<ul style="list-style-type: none"> • Гипонатриемия • Сыпь • Спутанность • Лейкопения 	<ul style="list-style-type: none"> • Тяжелые дерматологические реакции • Аранулоцитоз • Гипопластическая анемия • Агриовентрикулярная блокада, аритмии • Гепатит • Дисфункция почек • Синдром повышенной чувствительности к антиконвульсантам 	<ul style="list-style-type: none"> • ОАК с подсчетом форменных элементов • АСТ, АЛТ • Натрий 	<ul style="list-style-type: none"> • Определение уровня карбамазепина в крови • ОАК с подсчетом форменных элементов • АСТ, АЛТ • Натрий 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 и 3-4 недели после изменения дозы и ПН • При определении уровня в крови после изменения дозы, затем каждые 3 – 4 месяца 	<p>Проверить анализы при необъяснимой лихорадке, боли в горле, лимфоаденопатии или выраженной утомляемости</p>
<p>Ламотриджин</p> <ul style="list-style-type: none"> • Головокружение • Атаксия • Головные боли • Тремор • Расфокусированное зрение, диплопия 	<ul style="list-style-type: none"> • Сыпь • Тошнота, рвота • Атаксия • Когнитивные затруднения • Спутанность 	<ul style="list-style-type: none"> • Тяжелые дерматологические реакции • Анемия • Синдром повышенной чувствительности к антиконвульсантам 	<ul style="list-style-type: none"> • ОАК с подсчетом форменных элементов • АСТ, АЛТ 	<ul style="list-style-type: none"> • Определение уровня ламотриджина в крови не рекомендовано, но может быть использовано при лечении • ОАК с подсчетом форменных элементов • АСТ, АЛТ 	<ul style="list-style-type: none"> • Каждые 3 – 6 месяцев 	<p>Необходимо дать четкие инструкции относительно того, как избежать сыпи (например, стараться не находиться под прямыми солнечными лучами, не менять лосьон, шампунь или детергент) и когда/как найти врача при появлении сыпи</p>

ИМТ – индекс массы тела; АМК – азот мочевины крови; ТТТ – тиреотропный гормон; АСТ – аспартат аминотрансфераза; АЛТ – аланин аминотрансфераза; ОАК – общий анализ крови; ЛВП – липопротеин высокой плотности; ЛНП – липопротеин низкой плотности; ШПНД – шкала патологических неврологических движений; ПН – по необходимости

Первоначально необходим регулярный анализ крови, для контроля уровня содержания в сыворотке. Как только достигается желаемый и стабильный уровень, проводятся контрольные анализы уровня препарата в крови, а также оцениваются другие параметры (например, функция почек и щитовидной железы).

Продолжение табл. Е.2.5

Частые	Нечастые	Редкие	Базовые анализы	Последующие тесты	Частота тестов	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> Увеличение массы тела Ортопедическая артериальная гипотензия Экстрапирамидальные симптомы Головокружение Седативный эффект 	<ul style="list-style-type: none"> Гипергликемия, гиперхолестеролемиа, повышение уровня триглицеридов, диабет Гиперпролактинемия Сыпь Фоточувствительность Тошнота, диарея, диспепсия, запор Повышение уровня трансаминаз в крови Нарушенное мочеиспускание Сексуальная дисфункция Когнитивные нарушения 	<ul style="list-style-type: none"> Поздняя дискинезия Злокачественный нейролептический синдром Суициды Печеночная недостаточность 	<ul style="list-style-type: none"> Сахар крови Триглицериды, общее содержание холестерина ЛВП, ЛНП ШПНА Рост, вес, ИМТ, окружность талии ЭКГ (при назначении zipрасидона) 	<ul style="list-style-type: none"> Сахар крови Триглицериды, общее содержание холестерина ЛВП, ЛНП ШПНА Другие тесты при необходимости (например, ЭКГ) Рост, вес, ИМТ, окружность талии 	<ul style="list-style-type: none"> Каждые 3–6 месяцев и ПН 	
Антипсихотики						
<p>ИМТ – индекс массы тела; АМК – азот мочевины крови; ТТГ – тиреотропный гормон; АСТ – аспаргат аминотрансфераза; АЛТ – аланин аминотрансфераза; ОАК – общий анализ крови; ЛВП – липопротеин высокой плотности; ЛНП – липопротеин низкой плотности; ШПНА – шкала патологических нейропсихических движений; ПН – по необходимости</p> <p>Первоначально необходим регулярный анализ крови, для контроля уровня содержания в сыворотке. Как только достигается желаемый и стабильный уровень, проводятся контрольные анализы уровня препарата в крови, а также оцениваются другие параметры (например, функция почек и щитовидной железы).</p>						

дополнительных медикаментов, с тем, чтобы избежать набора веса или риска метаболических нарушений, необходимо организовать консультацию педиатра и диетолога, и направить пациента на обследование в клинику, занимающуюся коррекцией веса; тем не менее, опубликованные данные свидетельствуют о том, что дополнительное применение топирамата и метформина может быть достаточно эффективным у некоторых подростков (Morrison et al, 2002; Prahara et al, 2011). Кроме того, хотя и нечасто, применение НВП может вызывать экстрапирамидные симптомы, позднюю дискинезию и злокачественный нейролептический синдром, поэтому у всех детей и подростков при первичном осмотре необходимо исключить патологические непровольные движения. ЭКГ не является обязательным методом исследования при первичном осмотре, но может стать необходимым для того, чтобы воспрепятствовать кардиологическим проблемам, в том числе и удлинению комплекса QT, при наличии таких проблем в анамнезе как самого ребенка, так и его родственников, или в том случае, если предполагается назначение зипрасидона или стимуляторов в дополнение к основному лечению.

- Антидепрессанты. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) могут быть достаточно эффективными в лечении биполярной депрессии, но у некоторых пациентов возможен переход в манию. СИОЗС или другие антидепрессанты могут индуцировать манию, гипоманию, смешанные эпизоды либо быструю смену фаз, особенно если используются без стабилизаторов настроения. Родственники и сами пациенты должны быть проинформированы о рисках и пользе

Таблица Е.2.6 Параметры мониторинга использования нейролептиков второго поколения

Параметр	В начале лечения				Раз в квартал	Ежегодно	Каждые 5 лет
	Первичное обследование	4 недели	8 недель	12 недель			
Персональный анамнез	✓						
Семейный анамнез	✓						
Вес (ИМТ)	✓	✓	✓	✓	✓		
Окружность талии	✓				✓		
Артериальное давление	✓			✓		✓	
Уровень глюкозы крови натощак	✓			✓		✓	
Липидный спектр натощак	✓			✓			✓

от применения антидепрессантов (в том числе и о повышенном риске суицида). Кроме того, особое внимание должно уделяться возможному появлению или усилению ажитации или возникновению серотонинового синдрома (особенно при комбинировании с литием). Необходимо обсудить с ребенком и его родителями план обеспечения безопасности, который должен включать действия, направленные на снижение такого риска, и, если имеются показания, необходимо начинать с назначения небольших доз СИОЗС или антидепрессантов после стабилизации симптомов мании или гипомании с помощью нормотимиков (Birmaher & Axelson, 2005).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Поддерживающая психотерапия необходима всем детям и подросткам, страдающим БР, а также их семьям. Для того, чтобы помочь с психообразованием, справиться с острыми маниакальными и депрессивными симптомами, усовершенствовать навыки решения проблем, добиться более точного соблюдения рекомендаций врача, а также помочь в решении проблем коморбидных расстройств, были разработаны специфические методы психологической терапии. Кроме того, такие методы помогают предупредить рецидивы (см. представленные разделы, посвященные продолжающемуся и поддерживающему лечению). Родителей следует вовлекать в процесс лечения их детей и, при необходимости, их самих направлять на лечение (Birmaher and Axelson, 2005). Психологические методы, которые оказались эффективными при коморбидных расстройствах, таких как оппозиционное поведение, злоупотребление алкоголем и наркотиками и тревожные расстройства, показаны до начала фармакологического лечения этих расстройств.

На сегодняшний день существует пять разновидностей пересекающихся методов психологического лечения для детей и подростков с БР и их семей, разработанных для разных возрастных групп и вмешательств:

- *Когнитивно-поведенческая психотерапия, сфокусированная на ребенке и семье* – англ., – *Child and Family Focused Cognitive Behavior Therapy (CFF-CBT)*, разработана специально для детей в возрасте от 8 до 18 лет, страдающих БР (West et al, 2007). Кроме концентрации внимания на идентифицированном ребенке, в ходе реализации CFF-CBT, осуществляется интенсивная работа с родителями, с тем, чтобы оказывать им поддержку в формировании эффективного стиля воспитания и удовлетворять их собственные терапевтические потребности. Данный метод интегрирует принципы основанной на подкреплении когнитивно-поведенческой терапии и межличностной психотерапии с акцентом на эмпатическом подтверждении. CFF-CBT состоит из двенадцати 60-минутных еженедельных сессий, проводимых в течение трех месяцев. Вмешательство разработано таким образом, чтобы воздействовать на разные сферы – личность ребенка, семья, сверстники и школа, и направлено на снижение влияния БР на психологический контекст ребенка. Ключевые компоненты CFF-CBT составляют акроним RAINBOW (англ., – «радуга»):

- **R**outine (соответствие стандартам)
- **A**ffect regulation (регулирование аффекта)
- **I** can do it (Я могу это сделать)

- No negative thoughts and live in the now (Никаких негативных мыслей и жить настоящим)
- Be a good friend/balanced lifestyle for parent (Быть хорошим другом/сбалансированный стиль жизни для родителей)
- Oh—how can we solve this problem, and (Ах, как мы можем решить эту проблему)
- Ways to get support. (Способы получения поддержки)

• Fristad (2006) разработал методики *Многосемейного группового психообразования* – *Multi-family Psychoeducation Groups (MFPG)* и *Индивидуального семейного психообразования* – *Individual Family Psychoeducation (IFP)*, как дополнительные методы лечения детей и подростков, страдающих расстройствами биполярного и депрессивного спектров. В данных методиках ключевым является психологическое образование, посвященное роли медикаментов и стратегиям решения проблем. Цель заключается в повышении уровня знаний и понимания БР и методов его лечения, усилении контроля над симптомами БР и сопутствующих состояний, усовершенствовании навыков коммуникации и решения проблем и усилении у детей и их родителей чувства поддержки в решении проблем БР. Текущий протокол IFP терапии включает двадцать четыре 50-минутных индивидуальных сессий, двадцать из которых подробно описаны в руководстве и четыре предназначены для преодоления кризисных ситуаций, или как дополнение к основным сессиям (Fristad, 2006).

• Miklowitz et al (2011) разработали версию *Сфокусированной на семье психотерапии* – *Family Focused Therapy (FFT)*, *предназначенной для подростков с БР – specifically for adolescents with BD (FFT-A)*, главная цель которой заключается в ослаблении симптомов через понимание того, как справляться с болезнью, а также в снижении уровня эмоциональных проявлений в семье и усовершенствовании навыков коммуникации и решения внутрисемейных проблем. FFT-A вызывает смягчение симптомов БР благодаря трем компонентам этой терапии: психообразование, тренинг улучшения общения и тренинг навыков решения проблем. По результатам двухлетнего рандомизированного исследования у подростков, пролеченных с помощью FFT-A, по сравнению с группой с расширенным лечением, отмечался более короткий период выздоровления от депрессии, они меньше времени проводили в депрессивном эпизоде и более низкими были показатели по шкале депрессии за весь период исследования (Miklowitz et al., 2011).

• Goldstein et al (2007) адаптировали *Диалектическую поведенческую терапию* – *Dialectical Behavior Therapy (DBT)* для лечения подростков. DBT – это метод психотерапии, первоначально разработанный для взрослых с пограничным расстройством личности и сфокусированный на осознании переносимости дистресса, регулировании эмоций и межличностной эффективности. Адаптированная версия вмешательства представляет собой еженедельные 60-минутные сессии психотерапии на протяжении шести месяцев, за которыми следуют шесть сессий с интервалом в два месяца. Открытое клиническое исследование детей и подростков на протяжении года продемонстри-

ровало снижение уровня суицидальности, частоты не суицидальных самоповреждений, нарушений регуляции эмоций и депрессивных симптомов после DBT.

- Hlastala et al (2010) адаптировали *Интерперсональную и социальную ритм-терапию – Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT)* для подростков с БР. Авторы высказали предположение, что психологические стрессоры усиливают или обостряют биполярные эпизоды через их способность нарушать социальные связи и режим сна. В IPSRT главный акцент делается на восстановлении дефицитов интерперсонального функционирования и контроллинге аффективных симптомов для того, чтобы снизить их негативное влияние на психологическое функционирование. В рамках пилотного исследования было проведено от 16 до 18 сессий на протяжении 20 недель и отмечено значительное ослабление маниакальных, депрессивных и общепсихиатрических симптомов.

Методы продолжающегося и поддерживающего лечения

Для того, чтобы предупредить возможные обострения и рецидивы до тех пор, пока не появятся побочные эффекты, необходимо продолжить использование (как минимум, на протяжении 6–12 месяцев) всех медикаментов, которые оказались эффективными в фазе неотложного лечения. Выраженные и рекуррентные эпизоды могут потребовать более длительного лечения. Литий, ламотриджин (особенно при депрессии), НВП и, в меньшей степени, вальпроат – эффективны по сравнению с плацебо в предупреждении новых эпизодов у взрослых с БР. Исследования с участием детей и подростков, страдающих БР, показали, что литий и дивальпроат обладают одинаковой эффективностью.

Оптимальная длительность психологического лечения у детей и подростков с БР не установлена; тем не менее, продолжительные психологические вмешательства при подпороговых симптомах могут быть достаточно эффективными (Miklowitz et al, 2011). Целесообразно, при необходимости, обеспечивать непрерывную психологическую поддержку, оказывать помощь в решении кризисных ситуаций и проводить дополнительные терапевтические сессии (Birmaher & Axelson, 2005).

КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Многие специалисты не имеют доступа к научной литературе на не английском языке, и нам мало известно о диагностике и лечении БР в мировом масштабе (Diler, 2007). Исторически сложилось так, что некоторые факторы затрудняли правильную диагностику биполярного расстройства у детей. К таким факторам относятся: отсутствие знаний; диагностическая путаница; клинические предубеждения в отношении диагноза мании у детей; малая распространенность расстройства; взаимное наложение симптомов БР и других, более распространенных, психических расстройств, начинающих в детском возрасте; ограничения, связанные с развитием; изменчивость клинической картины. Стигма до сих пор остается большой проблемой в психиатрии, и БР, в данном случае, не является исключением. Многие

клиницисты во всем мире все еще скептически относятся к устойчивым не эпизодическим маниакальным симптомам, сверхбыстрой смене фаз и диагностике БР в дошкольном возрасте (Diler, 2007). Тем не менее, недавно проведенный мета-анализ международных эпидемиологических исследований подтвердил, что показатели БР одинаковы в США и в других регионах (Van Meter et al, 2011).

Только в некоторых странах мира проводится формальное обучение по детской психиатрии, и эти страны, в том числе и США, испытывают острую нехватку в детских психиатрах (например, по данным на 2007 г., только около 150 врачей в Китае и 100 в Японии прошли подготовку по детской психологии и психиатрии). Кроме того, во многих странах не хватает других специалистов, работающих в сфере психического здоровья, таких как социальные работники и медсестры (Diler, 2007).

Клинические последствия может иметь также использование разных систем классификации. Клиницисты, предпочитающие пользоваться МКБ склонны выставлять один диагноз, тогда как множественный диагноз коморбидных расстройств, особенно у детей и подростков, страдающих БР, является практически правилом при использовании DSM. За редкими исключениями (например, Китайская классификация психиатрических расстройств), большинство клиницистов в мировом масштабе используют DSM, а не МКБ при постановке диагноза БР у детей. Но нам до сих пор не известно, проявляются ли симптомы мании по-разному, встречаются ли в некоторых культурах одни симптомы чаще или реже других (Diler, 2007).

Появились публикации с описаниями отдельных случаев и результатами исследований БР у детей и подростков, датированные до 1900 года. Описания отдельных случаев биполярного расстройства с началом в подростковом возрасте появились в местных психиатрических публикациях в Китае более 100 лет назад. В 50-е годы XX ст. появилось также несколько сообщений с описаниями БР у детей и подростков в Японской литературе, в том числе и случай с 10-летней девочкой, получавшей ЭСТ при депрессии и мании (Diler, 2007). Тем не менее, исследования БР во многих странах начались после всплеска диагностики этого расстройства в США. Эти исследования по началу представляли собой описания отдельных случаев, но в настоящее время публикуются результаты эпидемиологических исследований (Van Meter et al, 2011) (см. также карту, составленную Aditya Sharma, по ссылке: <http://bipolarnews.org/wp-content/uploads/2010/11/map1.jpg>), исследований потомства с высоким риском возникновения БР, биологических (например, генетических, нейровизуальных) исследований, результаты которых сходны с теми, что получены в США (Diler, 2007). Однако в отличие от исследований, проведенных в США, ученым из Индии удалось исследовать детей и подростков с БР, которые никогда не принимали медикаментозного лечения и, как правило, имели относительно низкий показатель коморбидности по СДВГ. Как и в США для течения БР были характерны высокие показатели ремиссии, после обострений (Diler, 2007).

В некоторых странах сообщается о *нетрадиционных подходах в лечении БР* у детей и подростков. Например, первым шагом в лечении молодых людей с БР в Китае является нормализация социального окружения ребенка, регулирование баланса между

В 1959 году Shingawa описал манию у детей и подростков, как «Тенденции к гипомании, необдуманном и легкомысленным словам и поступкам, возникновению проблемного поведения и смене интроверсии экстраверсией в периоды ремиссий, приводящей к окончательному переходу к позитивным изменениям поведения, жизнерадостности и экстраверсии, как новой стабильной черте личности по исчезновению двухфазных колебаний».

активными упражнениями/играми и психической стимуляцией (например, ограничение доступа к источникам чрезмерной стимуляции, таким как телепередачи, кино и видеоигры), перевод на свежеприготовленную пищу (ограничение потребления сахара, молочных, а также содержащих салицилаты и пищевые консерванты продуктов) и пищевые добавки, содержащие цинк и железо. Одни врачи в Китае могут использовать психотропные медикаменты, тогда как другие могут назначать акупунктуру, лечение с помощью пластыря и лекарственных трав. Исследования молодых людей с БР в Индии, в основном, проводились Национальным институтом неврологии и психиатрии в г. Бангалоре. В этом институте детей всегда принимают на стационарное лечение только вместе с их опекунами, которые остаются с детьми на весь период госпитализации. Проведение исследований во всем мире, безусловно, помогло бы добиться прогресса в понимании БР, и, возможно, даже могло бы изменить наше представление об этом расстройстве, а также помогло бы гораздо эффективнее интегрировать культурные и региональные аспекты этого заболевания (Diler, 2007).

ВЫВОДЫ

Несмотря на противоречия, очевидным является тот факт, что учитывая стадию развития ребенка, можно диагностировать биполярное расстройство у детей и подростков. Тем не менее, надо признать, что диагноз этого заболевания громоздок, особенно у детей. БР детского и подросткового возраста ассоциируется с тяжелыми психологическими последствиями, что подчеркивает необходимость раннего выявления таких детей и своевременного их лечения.

БР у детей и подростков не ограничено несколькими странами, а представляет собой глобальную проблему. Мы призываем клиницистов во всем мире к тому, чтобы они делились собственным опытом, описывая отдельные случаи или проводя исследования, что помогло бы привлечь внимание культурные аспекты клинических проявлений этого ослабляющего здоровье состояния. Если сравнивать с тем, что было 15 – 20 лет назад, то сегодня нам намного больше известно об эффективных методах обследования и диагностики этих состояний, и нам доступно больше данных научных исследований, позволяющих разрабатывать рекомендации по медикаментозному и психологическому лечению; однако большинство исследований методов лечения сосредоточены на неотложном лечении маниакальных/смешанных проявлений и необходимо больше изучать методы неотложного лечения биполярной депрессии и коморбидных состояний, таких как СДВГ и тревожные расстройства. Нам также необходимо больше узнать о лечении субсиндромальных проявлений, профилактике и рекуррентности. Важное значение для идентификации ранних проявлений, на которые могут быть направлены усилия по профилактике, имеют исследования групп риска. Предварительные исследования, в которых изучались специфические для заболевания и лечения биомаркеры, многообещающи, однако нужны дальнейшие лонгитудинальные биологические исследования с участием больших выборок, чтобы лучше понять ключевые психологические процессы, лежащие в основе БР у детей и подростков.