

Установлено, что у молодых лиц имеются те же факторы КВР, что и у лиц старшего возраста: мужской пол, АГ, ожирение, дислипидемия, СД, курение.

Тот факт, что у молодых лиц широко распространены модифицируемые факторы КВР, подчеркивает значимость борьбы с ними для предотвращения сосудистой катастрофы в молодом возрасте.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователь несет полную ответственность за предоставление рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и иных взаимодействиях.** Автор принимал участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была проверена руководителем. Автор не получал гонорар за исследование.

**Работа поступила в редакцию:** 08.04.2016 г.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения, 2009. – URL: <http://www.who.int/ru/>
2. Дружилов М.А., Дружилова О.Ю., Бетелева Ю.Е. и др. Ожирение как фактор сердечно-сосудистого риска: акцент на качество и функциональную активность жировой ткани // Российский кардиологический журнал. – 2015. – №4. – С.111-117.
3. Борисов И.А. Особенности клинического течения и хирургического лечения больных ишемической болезнью сердца молодого возраста // Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. – 2002. – Т. 3. №11. – С.74.
4. Концевая А.В., Калинина А.М., Колтунов И.Е.

- Социально-экономический ущерб острого коронарного синдрома в Российской Федерации // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Т. 7. №2. – С.158-166.
5. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике. – М., 2011. – 96 с.
6. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году и задачах на 2015 год: Отчет о деятельности. – М., 2014. – С.10-12.
7. Шальнова С.А., Деев А.Д. Тенденции смертности в России в начале XXI века по данным официальной статистики // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – Т. 10. №6. – С.5-10.

## REFERENCES

1. The World Health Organization, 2009. – URL: <http://www.who.int/ru/>
2. Druzhilov M.A., Druzhilova O.J., Beteleva J.E. Obesity as cardiovascular risk factor: accent on quality and functional activity of adipose tissue // Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. – 2015. – №4. – P.111-117. (in Russian)
3. Borisov I.A. The clinical features and the surgical treatment of patients with the ischemic heart young // Bjulleten' Nauchnogo centra serdechno-sosudistoj hirurgii im. A.N. Bakuleva RAMN. – 2002. – Vol. 3. №11. – P.74. (in Russian)
4. Koncevaia A.V., Kalinina A.M., Koltunov I.E. Socio-

- economic damage by acute coronary syndrome in Russian Federation // Racional'naja farmakoterapija v kardiologii. – 2011. – Vol. 7. №2. – P.158-166. (in Russian)
5. The national recommendations for the cardiovascular prevention. – Moscow, 2011. – 96 p. (in Russian)
6. About the results of the work of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2014 and tasks for 2015: The report of the activity. – Moscow, 2014. – P.10-12. (in Russian)
7. Shalnova S.A., Deev A.D. Russian mortality trends in the early XXI century: official statistics data // Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika. – 2011. – Vol. 10. №6. – P.5-10. (in Russian)

## Информация об авторах:

Морова Наталия Александровна – профессор кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии, д.м.н., доцент, 644043, г. Омск, ул. Ленина, 12, e-mail: nataliya-morova@yandex.ru; Цеханович Валерий Николаевич – заведующий отделением кардиохирургии, профессор кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, д.м.н., доцент, 644111, ул. Березовая, 3, ОКБ, e-mail: cvn-omsk@rambler.ru; Перекопская Вероника Сергеевна – студентка Омского государственного медицинского университета, e-mail: perekopskaya.vs@yandex.ru.

## Information About the Authors:

Natalia A. Morova – professor of the department of the hospital therapy with the course of the endocrinology, MD, PhD, DSc (Medicine), 644043, Omsk, Lenin str., 12, e-mail: nataliya-morova@yandex.ru; Valeriy N. Tsekhanovic – head of the department of cardiac surgery, professor of the department of surgery with the course of urology, MD, PhD, DSc (Medicine), 644111, Omsk, str. Berezovaia, 3, e-mail: cvn-omsk@rambler.ru; Veronika S. Perekopskaya – the student of the Omsk State Medical University, e-mail: perekopskaya.vs@yandex.ru.

© КОЛЯГИН В.В., ЧЕРНИГОВА Е.П. – 2016  
УДК 616.895 – 053.5

## БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО У ПОДРОСТКОВ

Василий Васильевич Колягин<sup>1</sup>, Елена Петровна Чернигова<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Иркутская государственная академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии и наркологии, зав. – д.м.н., проф. А.С. Бобров; <sup>2</sup>Иркутская областная клиническая психиатрическая больница №1, гл. врач – А.Н. Савиченко)

**Резюме.** В работе представлены результаты изучения особенностей эмоциональных нарушений и суицидального поведения у 38 подростков в возрасте 11-17 лет с впервые диагностированным биполярным аффективным расстройством (БАР). При направлении на лечение в детский психиатрический стационар диагностировалось в 89,5%: «Расстройство личности», «Расстройство адаптации» (F 60.22, F 43.2) и «Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1). Диагноза БАР в направлениях не было. Среди причин госпитализации у мальчиков преобладали расстройство поведения (n=10, 83,3%), а у девочек чаще были суициды (n=9, 34,6%) и парасуициды (n=6, 23,1%), которые составили 57,7%. Суициды как причины госпитализации мальчиков оказались в 5 раз меньше (n=2 против n=10), а у девочек была меньшая частота госпитализаций в связи с расстройством поведения (n=11, 42,3%). Среди родителей и ближайших родственников подростков имели место психические расстройства (n=15, 39,5%), алкоголизм (n=17, 44,7%), употребление психоактивных веществ (n=5, 13,5%), асоциальный образ жизни (n=5, 13,5%),

суицидальные попытки (n=6, 15,8%). Сочетание данных расстройств у родственников подростков были в 60,5% случаев (n=23). Только 18,4% подростков (n=7) имели полную семью, но их воспитание проходило без надлежащего надзора родителями, злоупотребляющими алкоголем и/или страдающими психическими расстройствами. Получены положительные результаты лечения у всех пациентов депакином хроносфера.

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство, БАР, маниакально-депрессивный психоз, МДП, вальпроат натрия, депакин хроносфера.

## BIPOLAR DISORDER IN ADOLESCENTS

V.V. Kolyagin<sup>1</sup>, H.P. Chernigova<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; <sup>2</sup>Irkutsk Regional Clinical Psychiatric Hospital №1, Russia)

**Summary.** The results of studying the characteristics of emotional disturbances and suicidal behavior in 38 adolescents aged 11-17 years with newly diagnosed bipolar disorder were presented in the work. In the referral for the treatment to the children's psychiatric hospital "Personality disorder", "Adjustment disorder" (F 60.22, F 43.2) and "Unsocialized conduct disorder" (F 91.1) were diagnosed in 89,5%. Diagnosis BAD was not in referrals. Conduct disorders predominated (n = 10, 83,3%) among the reasons for hospitalization in boys and in girls suicides (n=9, 34,6%), and parasuicides (n=6, 23,1%) were diagnosed more often, which amounted to 57,7%. Suicide as a cause of hospitalization of boys was 5 times less (n=2 vs. n=10), and the girls had a lower incidence of hospitalizations due to conduct disorder (n=11, 42,3%). Mental disorders (n=15, 39,5%), alcoholism (n = 17, 44,7%), substance use (n=5, 13,5%), antisocial lifestyle (n=5, 13,5%), suicide attempts (n = 6, 15,8%) occurred among the parents and close relatives of teenagers. The combination of these disorders in adolescents' relatives were 60,5% of cases (n=23). Only 18,4% of adolescents (n=7) had a full family, but their training was held without proper supervision of parents who abused alcohol and / or mental disorders. All patients received positive results after Depakine chronosphere treatment.

**Key words:** bipolar affective disorder, BAD, manic-depressive psychosis, MDP, valproic acid, Depakine chronosphere.

Эмиль Крепелин описал маниакально-депрессивный психоз (МДП) в 1896 г. – психическое расстройство, проявляющееся маниакальными (гипоманиакальными), депрессивными, а также смешанными аффективными состояниями, при которых у больного наблюдаются симптомы депрессии и мании одновременно (в том числе тоска с взвинченностью, беспокойством, или эйфория с заторможенностью – непродуктивная мания), либо быстрой сменой симптомов гипомании/мании и субдепрессии/депрессии. Автор концепции предполагал благоприятность и редкость МДП по сравнению с шизофренией.

Позже было определено, что данное психическое расстройство не всегда сопровождается психозом; при нем не всегда наблюдаются оба типа фаз и поэтому принято научное и политически более корректное наименование – «биполярное аффективное расстройство». В 1980 г. в американской классификации DSM-III «маниакально-депрессивный психоз» был заменен на «биполярное расстройство». В МКБ-10, утвержденной ВОЗ в 1994 г., вместо МДП появился термин «биполярное аффективное расстройство». Однако правомерно также использование терминов «биполярное расстройство» и «маниакально-депрессивное заболевание» [13]. Пересмотрены взгляды последователей Э. Крепелина на редкость встречаемости и благоприятности течения заболевания. С конца XX века биполярное аффективное расстройство (БАР) входит в список десяти самых значимых заболеваний населения по всему миру [17]. При этом до настоящего времени выявление и диагностика биполярного расстройства проблематичны для многих врачей и даже психиатров.

В современном понимании «Биполярное расстройство представляет собой широко распространенное инвалидирующее хроническое заболевание, возникающее в молодом возрасте и имеющее серьезные последствия, такие как длительная нетрудоспособность и суицидальный риск. Оно оказывает значительный урон как для социальной адаптации пациентов, так и их семьям и обществу в целом, хотя зачастую остается невыявленным, диагностически недооцененным и без соответствующего лечения...» [16].

В 60% случаев значительные проблемы вследствие биполярного расстройства возникают в детском и подростковом возрасте (до 15 лет – в 33%; в 15-19 лет – в 27%). Распространенность БАР в этой популяции составляет от 0,5 до 1%. Заболев в юности, пациенты большую часть своей жизни живут с этим хроническим

рецидивирующим расстройством [19,20].

При диагностике как состояние, потенциально близкое к биполярному, должно оцениваться:

- начало депрессии в раннем возрасте, особенно в подростковый период, так как униполярная большая депрессия, как правило, начинается в более позднем возрасте;

- депрессия, сохраняющаяся большую часть времени в течение года, свидетельствует скорее о биполярном, нежели униполярном депрессивном расстройстве;
- лабильность настроения и сезонность аффективных эпизодов. За БАР свидетельствуют:

- данные о биполярных чертах у членов семьи;
- указания на манию или гипоманию в семейном анамнезе;

- отягощенность семейного анамнеза тревожными расстройствами и патологическими формами зависимости [12,18].

Пациенты с БАР длительное время не обращаются к врачу, а повышение настроения или раздражительность могут восприниматься ими и их родными как реакция на обстоятельства, «стресс» или как «плохой характер». Раннее начало и несвоевременная диагностика БАР увеличивают риск формирования коморбидных психических и соматических расстройств, утяжеляют течение заболевания. Тревожные, поведенческие, соматические расстройства и злоупотребление психоактивными веществами являются наиболее частыми коморбидными заболеваниями. Коморбидные расстройства сочетаются с ранним возрастом начала БАР и дальнейшим увеличением злоупотребления психоактивными веществами, а усугубление биполярного расстройства злоупотреблением психоактивными веществами сопровождается:

- ухудшением течения заболевания и исходов лечения;
- возрастанием суицидальности и насильственных действий.

Любые формы зависимости встречаются в 71% случаев БАР, зависимость от алкоголя – в 61%, зависимость от наркотических веществ – в 41%, а любые тревожные расстройства, поведенческие расстройства и асоциальное поведение у взрослых – в 93, 59 и 29% соответственно [14]. Особенно внимательно следует относиться к невыявленной биполярности в случаях коморбидности депрессии с паническими расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами, злоупотреблением алкоголем и/или ПАВ [4,6,8].

По результатам исследования шведских и амери-

канских ученых учащиеся, получавшие только отличные оценки, имели биполярное расстройство в четыре раза чаще, чем ученики со средней успеваемостью. Школьники с худшей успеваемостью обращались за медицинской помощью по поводу БАР почти в два раза чаще «обычных» учеников. Это подтверждают результаты предыдущих исследований, в ходе которых была обнаружена связь между лингвистическими и музыкальными творческими способностями и БАР.

Пациенты, страдающие БАР, прежде всего из-за суицидов и сопутствующих психических и соматических заболеваний теряют за время болезни в среднем 9 лет продолжительности жизни, 14 лет трудоспособности, 12 лет нормального здоровья [15]. Чаще всего такие последствия обусловлены тем, что в течение 10 лет от момента появления первых симптомов БАР не диагностировалось или оценивалось как другое расстройство.

Цель исследования: изучение особенностей суицидального поведения и эмоциональных нарушений у подростков с впервые выявленным биполярным аффективным расстройством. Исследование проводилось на базе кафедры психиатрии и наркологии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – Иркутская областная клиническая психиатрическая больница №1.

### Материалы и методы

За 2010-2014 гг. было обследовано и пролечено 38 пациентов с впервые установленным диагнозом «Биполярное аффективное расстройство» (1,35% от 2 815 пациентов, курируемых в детском психиатрическом отделении №10 Иркутской ОКПБ №1 за данный период времени). Возрастной диапазон пациентов ограничивался 11-17 годами, в 81,6% случаев (n=31) пациенты были 13-16-летнего возраста. Городских жителей было 36 (94,7%) человек, два подростка – из сельской местности; девочек – 26 (68,4%) человек, мальчиков – 12 человек. Пациентов с повторной госпитализацией было 10 (26,3%) человек. Подавляющее большинство направительных диагнозов для госпитализации (89,5%) квалифицировалось как «Расстройство личности», «Расстройство адаптации» (F 60.22, F 43.2) и «Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1). Исследование выполнено с соблюдением всех стандартных предписаний в отношении информированности пациента, согласованной с Комиссией по этике (протокол №6 от 24.11.2011 г.). Методы исследования – клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, клиничко-психологический, инструментальные методы исследования (ЭЭГ, Эхо-ЭГ), данные неврологического осмотра.

Все пациенты (родители или законные представители больных до 15 лет) выражали добровольное информированное согласие на представление своих данных для научного исследования.

Использовалась описательная статистика – абсолютные и относительные величины, расчёт средних и стандартных их ошибок.

### Результаты и обсуждение

Пациенты подросткового возраста госпитализировались с проблемами поведения и/или суицидальными попытками. То, что основной причиной этих проявлений являлось биполярное аффективное расстройство, выявлено впервые, в период данной госпитализации пациентов.

Во всех семьях обследованных подростков среди родителей и ближайших родственников имели место суицидальные попытки, отмечались алкоголизм, употребление психоактивных веществ, асоциальный образ жизни, наличие психических расстройств.

Пока не возникали выраженные проблемы поведения или пока не совершалась суицидальная попытка,

родственники, как правило, не замечали происходящих изменений у их ребенка.

Основной причиной госпитализации в 17 (44,7%) случаях являлись суицидальные попытки либо парасуицидальное поведение. У 21 (55,3%) подростка основной причиной обращения за помощью было расстройство поведения, чаще в виде нарушений контактов со сверстниками и родными. Отличительными особенностями симптоматики у пациентов были повышенная возбудимость, раздражительность, конфликтность, агрессия с характерным резким снижением успеваемости в школе, прогулами и проблемами на экзаменах. В некоторых случаях отмечались уходы из дома, бродяжничество, демонстративное поведение. У двух (5,3%) пациентов имело место расстройство пищевого поведения (анорексия).

При консультациях пациентов определено наличие перепадов настроения, которые они отмечали в течение от полугода до двух лет. В 89,5% (n=34) случаев возникновение расстройств настроения совпадало с началом пубертатного периода – 13-14 лет. Значительно реже, в 10,5% (n=4) случаев расстройства настроения начинались в препубертатном периоде (10-12 лет).

У 12 пациентов из 17 (70,6%) с суицидальными попытками или суицидальным поведением попытки суицида были расценены как приводящие к реальной угрозе жизни. В 9 случаях из 12 (75%) пациенты предпринимали попытки самоубийства посредством отравления таблетками (6 подростков после попытки суицида находились в реанимации). Другие три варианта суицидальных попыток (прием уксусной эссенции; прыжок с высоты; вскрытие вен на руках) совершили по одной пациентке. У 41,7%/12 (n=5) данная госпитализация была второй, после очередной суицидальной попытки, через 3-12 мес. после предыдущей выписки из психиатрического стационара.

В 29,4%/17 (n=5) суицидальное поведение проявлялось мыслями о смысле жизни, демонстративными угрозами покончить жизнь, нанесением поверхностных порезов на теле и конечностях.

Средний возраст мальчиков, совершивших суицид, составил 15,5±1,5 года и был больше на 2,3 года (13,2±2,8 года) возраста мальчиков, госпитализированных с поведенческими расстройствами.

Госпитализированные девочки были старше мальчиков (средний возраст 14,2±2,8 года и 13,6±3,4 года соответственно). При этом значимой разницы по возрасту госпитализированных девочек с суицидами либо парасуицидами (n=15, 57,7%) и расстройствами поведения (n=11, 42,3%) не было (14,1±2,0 года и 14,5±2,5 года соответственно).

Причиной суицидов у мальчиков был импульс на фоне депрессивного настроения при БАР, а у девочек имели место так называемые «суициды исполнения» (по Карен Хорни), когда возникает непереносимое чувство несоответствия себя «идеализированному Я», отвечающему стандартам, предъявляемым обществом.

Наличие в клинической картине у мальчиков с БАР преимущественно поведенческих расстройств (n=10, 83,3%) и единичных суицидов (n=2, 16,7%), причиной которых был импульс на фоне биполярной депрессии, можно объяснить преобладающим на данном этапе развития личности «Аффективным уровнем» нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву, 1969; 1973) [2] с характерной ему аффективной возбудимостью и присущими страхами, тревогами, сомнениями, уходами и бродяжничеством. Более быстрое формирование психики девочек подтверждает симптоматику следующего «Эмоционально-идеаторного этапа» развития личности с гомономным ему формированием сверхценных образований, на основе которых проявляются реакции протеста, эмансипации, нервная анорексия, дисморфобия, сверхценные интересы и увлечения и т.д., на фоне которых и, особенно при биполярной депрессии, могут возникнуть суицидальные и парасуицидальные попытки.

цидальные действия.

При анализе особенностей и условий воспитания 38 изученных пациентов в подавляющем большинстве (81,6%) выявлено, что не имеют обоих родителей 18,4% детей (n=7); в 39,5% случаев дети (n=15) воспитываются в семье с одной матерью; в семье с отчимом и матерью проживали 23,6% (n=9). В семьях с отчимом отношения были очень напряженные, отмечались постоянные конфликты и претензии друг к другу.

Полная семья была только у 7 (18,4%) подростков, при этом родители злоупотребляли алкоголем и/или были психически больными, а дети – предоставлены себе (гипоопека и даже безнадзорность).

При клинико-психопатологическом исследовании выявлены: эмоциональные нарушения – в 100%, снижение психических процессов в 81,6%, без снижения психических процессов – в 18,4% случаев.

На фоне проводимого лечения депакином хроносфера в дозе 250-500 мг вечером после еды на 5-7 день приема препарата отмечалась положительная динамика: выравнилось настроение, эмоциональный фон значительно улучшался, исчезали мысли о нежелании жить, редуцировалась агрессия, появлялись адекватные планы на будущее.

Все пациенты выписаны из отделения с рекомендацией дальнейшего длительного приема депакина хроносферы в подобранной дозе.

Проблема биполярного аффективного расстройства требует пересмотра [1,5,7,8,9,11]. Ранняя диагностика биполярного расстройства, особенно у подростков, возможно, предотвратит развитие вторичных коморбидных заболеваний, в том числе злоупотребление алкоголем и/или другими психоактивными веществами [3,4,10,11].

Возникновение у подростков психопатоподобной или усиление психопатической симптоматики, в том числе с парасуицидальными либо суицидальными действиями, позволяющей предварительную диагностику «Расстройства личности» (F 60.22), «Расстройства адаптации» (F 43.2) или «Несоциализированного расстройства поведения» (F 91.1), требует акцентированного внимания для выявления депрессивного расстройства и предшествующих гипоманий, являющихся основным критерием диагностики «Биполярного аффективного расстройства» [7,8,10].

О предшествующей гипомании/мании следует систематически спрашивать у всех пациентов с депрессией или тревогой, особенно в случае начала заболевания

в препубертатном и пубертатном возрасте [5,7,8,10].

О биполярном расстройстве могут свидетельствовать следующие два и более гипоманиакальных/маниакальных симптома во время депрессии: повышенная говорливость/напористость речи; реактивность настроения; «скачка» идей; повышенная отвлекаемость; импульсивность; высокие достижения. Следует выяснять данные симптомы, особенно у пациентов с состояниями, которые могут быть связаны с биполярным расстройством. Например, поведенческие расстройства, личностные расстройства, суицидальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами [3,4,8,10].

Своевременная диагностика «скрытого БАР», с последующим продолженным применением нормотимика антиэпилептика депакина хроносферы, психообразование подростка и его близких для соответствующей комплаентности позволит стабилизировать состояние, редуцировать дисфункциональное расстройство головного мозга, предотвратить суицид и возможное развитие коморбидной патологии, в том числе зависимость от психоактивных веществ (алкоголь, никотин, наркотики) и психосоматические заболевания [3-7,8,10].

Клиническое ведение пациентов с биполярным расстройством является процессом с индивидуальной направленностью, происходит пожизненно и наряду с обеспечением достаточного уровня качества жизни важна общая эффективность лечения в отношении редуциции симптоматики [1,16].

Недавно ученые из США выяснили, что примерно в половине случаев биполярное расстройство проходит с возрастом. Обнаруженную закономерность исследователи связали с тем, что в возрасте около 25 лет происходит созревание префронтальной коры головного мозга.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и иных взаимодействиях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

**Работа поступила в редакцию:** 18.04.2015 г.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и лечение // Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
3. Колягин В.В., Колягина В.В. Биполярное аффективное расстройство с коморбидными психическими расстройствами и зависимостью от психоактивных веществ // Коморбидность аффективных и аддиктивных расстройств: Материалы региональной Байкальской конференции. – Иркутск, 2014. – С.7-8.
4. Колягин В.В., Колягина В.В., Белоусова Л.П. и др. Алкоголизм и зависимость от ПАВ с коморбидным биполярным аффективным расстройством // Актуальные проблемы возрастной наркологии: Материалы региональной научно-практической конференции. – Челябинск, 2011. – С.27-30.
5. Колягин В.В., Чернигова Е.П., Антонова Т.Ф. Биполярное аффективное расстройство в детском и подростковом возрасте у пациентов психиатрического стационара с диагнозом «несоциализированное расстройство поведения» // Актуальные вопросы психиатрии: Тезисы докладов Российской научно-практической конференции. – Чита, 2011. – С.96-100.
6. Колягин В.В., Колягина В.В., Белоусова Л.П. и др. Коморбидные расстройства, клинические особенности де-

- прессии и терапия при биполярном аффективном расстройстве // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – №3. – С.10-11.
7. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство, проблемы диагностики и классификации // Психиатрия: быть или не быть!: Материалы научно-практической конференции с международным участием. – Ростов-на-Дону, 2011. – С.136-140.
8. Колягин В.В., Колягина В.В., Белоусова Л.П., Антонова Т.Ф. Современное состояние проблемы биполярного аффективного расстройства, критерии диагностики, клинические проявления, коморбидные психические и соматические заболевания, терапевтические подходы // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: Альта Астра, 2011. – Вып. XI. – С.65-71.
9. Колягин В.В. Диагностика биполярного аффективного расстройства психиатрами практического здравоохранения // Материалы 15 съезда психиатров России. – М., 2010. – С.105.
10. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство: Пособие для врачей. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. – 64 с.
11. Angst J., Gamma A. Новая концепция биполярных расстройств: результаты международного исследования BRIDGE. Специфичность критериев Биполярного Спектра

при коморбидности расстройств настроения и зависимости // Традиции и инновации в психиатрии: региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации. Биполярные расстройства: диагностика, коморбидность, лечение: сателлитный симпозиум компании Санофи-Авентис. – СПб., 2010. – С.4-25.

12. Bowden C.L. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression // Psychiatr. Serv. – 2001. – Vol. 52. – P.51-55.

13. Goodwin F.K., Jamison K.R. Manic Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. – 2 nd ed. – NY: Oxford University Press, 2007. – P.1262.

14. Kessler R.C., Frank R.G. The impact of psychiatric disorders on work loss days // Psychol. Med. – 1997. – Vol. 27. – P.1079-1089.

15. Kilbourne A.M., Cornelius J., Han X., et al. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder // Bipolar Disord. – 2004. – Vol. 6. – P.368-373.

16. Malhi G.S., Adams D., Cahill C.M., et al. Ведение паци-

ентов с биполярным расстройством // Обзор данных их интеграция в клиническую практику. – Drugs. – 2009. – Vol. 59. №15. – P.2063-2101.

17. Murray C.J., Lopez A.D. Evidence-based health policy: lessons from the Global Burden of Disease Study // Science. – 1996. – Vol. 1. 274 (5288). – P.740-743.

18. Sato T., Bottlender R., Schröter A., et al. Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar depressive mixed state as bipolar spectrum // Acta Psychiatr. Scand. – 2003. – Vol. 107. – P.268-274.

19. Hirschferld R.M., Calabrese J.R., Weissman M.M., et al. Sreening for bipolar disorder in the community // J. Clin. Psychiatry. – 2003. – Vol. 64. – P.53-59.

20. Hirschfeld R.M., Lewis L., Vornik L.A. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? // J. Clin. Psychiatry. – 2003. – Vol. 64. – P.161-174.

21. Hirschfeld R.M. Primary Care Companion // J. Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 4. – P.9-11.

## REFERENCES

1. Bipolar affective disorder. Diagnosis and treatment / Ed. S.N. Mosolov. – Moscow: MEDpress-inform, 2008. – 384 p. (in Russian)

2. Kovalev V.V. Psychiatry children. – M.: Medicina, 1995. – 560 p. (in Russian)

3. Kolyagin V.V., Kolyagina V.V. Bipolar affective disorder with comorbid mental disorders and substance dependencies // Comorbidity of affective and addictive disorders: Materials Baikal regional conference. – Irkutsk, 2014. – P.7-8. (in Russian)

4. Kolyagin V.V., Kolyagina V.V., Belousova L.P., et al. Alcoholism and dependence on surfactant with comorbid bipolar affective disorder // Actual problems of age-related addiction: Materials of the regional scientific-practical conference. – Cheljabinsk, 2011. – P.27-30. (in Russian)

5. Kolyagin V.V., Chernigova E.P., Antonova T.F. Bipolar affective disorder in childhood and adolescence in patients of the psychiatric hospital with the diagnosis «resocialization conduct disorder» // Actual problems of psychiatry: Abstracts of the Russian scientific-practical conference. – Chita, 2011. – P.96-100. (in Russian)

6. Kolyagin V.V., Kolyagina V.V., Belousova L.P., et al. Comorbid disorders, the clinical features of depression and therapy of bipolar affective disorder // Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. – 2011. – №3. – P.10-11. (In Russian)

7. Kolyagin V.V. Bipolar affective disorder, problems of diagnosis and classification // Materials of scientific-practical conference with international participation: «Psychiatry: to be or not to be!». – Rostov-on-Don, 2011. – P.136-140. (in Russian)

8. Kolyagin V.V., Kolyagina V.V., Belousova L.P., Antonova T.F. The state of the art bipolar affective disorder, diagnostic criteria, symptoms, comorbid mental and somatic diseases, therapeutic approaches // Actual problems of psychosomatic medicine in General practice / Ed. V.I. Mazurov– St. Petersburg: Al'ta Astra, 2011. – Vol. XI. – P.65-71. (in Russian)

9. Kolyagin V.V. Diagnosis of bipolar affective disorder by psychiatrists practical health care // Materials 15 Congress of Russian psychiatrists. – Moscow, 2010. – P.105. (in Russian)

10. Kolyagin V.V. Bipolar affective disorder. Manual for doctors. – Irkutsk: RIO IGIUVa, 2010. – 64 p. (in Russian)

11. Angst J., Gamma A. Новая концепция биполярных расстройств: результаты международного исследования BRIDGE. Специфичность критериев Биполярного Спектра при коморбидности расстройств настроения и зависимости // Традиции и инновации в психиатрии: региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации. Биполярные расстройства: диагностика, коморбидность, лечение: сателлитный симпозиум компании Санофи-Авентис. – СПб., 2010. – С.4-25.

12. Bowden C.L. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression // Psychiatr. Serv. – 2001. – Vol. 52. – P.51-55.

13. Goodwin F.K., Jamison K.R. Manic Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. – 2 nd ed. – NY: Oxford University Press, 2007. – P.1262.

14. Kessler R.C., Frank R.G. The impact of psychiatric disorders on work loss days // Psychol. Med. – 1997. – Vol. 27. – P.1079-1089.

15. Kilbourne A.M., Cornelius J., Han X., et al. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder // Bipolar Disord. – 2004. – Vol. 6. – P.368-373.

16. Malhi G.S., Adams D., Cahill C.M., et al. Ведение пациентов с биполярным расстройством // Обзор данных их интеграция в клиническую практику. – Drugs. – 2009. – Vol. 59. №15. – P.2063-2101.

17. Murray C.J., Lopez A.D. Evidence-based health policy: lessons from the Global Burden of Disease Study // Science. – 1996. – Vol. 1. 274 (5288). – P.740-743.

18. Sato T., Bottlender R., Schröter A., et al. Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar depressive mixed state as bipolar spectrum // Acta Psychiatr. Scand. – 2003. – Vol. 107. – P.268-274.

19. Hirschferld R.M., Calabrese J.R., Weissman M.M., et al. Sreening for bipolar disorder in the community // J. Clin. Psychiatry. – 2003. – Vol. 64. – P.53-59.

20. Hirschfeld R.M., Lewis L., Vornik L.A. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? // J. Clin. Psychiatry. – 2003. – Vol. 64. – P.161-174.

21. Hirschfeld R.M. Primary Care Companion // J. Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 4. – P.9-11.

## Информация об авторах:

Колягин Василий Васильевич – доцент, к.м.н., 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, e-mail: bobrov\_irkutsk@rambler.ru; Чернигова Елена Петровна – врач-психиатр, 664079, Иркутск, м/р Юбилейный 11а, тел. (3952) 763847, e-mail: bobrov\_irkutsk@rambler.ru.

## Information About the Authors:

Kolyagin Vasily, Associate professor, PhD, 664079, Irkutsk, Jubileiny, 100, e-mail: bobrov\_irkutsk@rambler.ru; Chernigova Helena – psychiatrist, 664079, Irkutsk, Jubileiny 11a, tel. (3952) 763-847, e-mail: bobrov\_irkutsk@rambler.ru.