

# Биполярное аффективное расстройство (F31).



# **Биполярное аффективное расстройство (ранее маниакально-депрессивный психоз):**

- эндогенное психическое расстройство, проявляющееся в виде аффективных состояний: маниакальных (или гипоманиакальных) и депрессивных (либо субдепрессивных), а иногда и смешанных состояний.

# Этиология и факторы риска:

- Биологические аспекты:
  1. Нарушение обмена биогенных аминов(норадреналин, серотонин, дофамин).
  2. Нарушение нейроэндокринной регуляции( отклонения по лимбико-гипоталамо-питуитарно-адреналовой оси, гиперсекреция кортизола(подтверждено дексаметазоновым подавлением)).
  3. Нарушение сна.
  4. Генетика(приблизительно 50% биполярных больных имеют хотя бы одного родителя, страдающего расстройствами настроения, более часто с униполярной депрессией).
- Психосоциальные аспекты.



## МКБ 10 Биполярное аффективное расстройство (F31):

- **F31.0** Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании.
- **F31.1** Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.
- **F31.2** Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами.
- **F31.3** Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии.
- **F31.4** Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.
- **F31.5** Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами.
- **F31.6** Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера.
- **F31.7** Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия.
- **F31.8** Другие биполярные аффективные расстройства.
- **F31.9** Биполярное аффективное расстройство неуточненное.



## DSM-5 Биполярные и связанные с ними расстройства:

- биполярное расстройство I типа (выраженные маниакальные и тяжелые депрессивные эпизоды).
- биполярное расстройство II типа (легкие маниакальные (гипоманиакальные) и тяжелые депрессивные эпизоды).
- циклотимия
- биполярные и связанные с ними расстройства, индуцированные употреблением психоактивных веществ/лекарственных средств
- биполярные и связанные с ними расстройства по причине другого медицинского состояния
- другие уточненные биполярные и связанные с ними расстройства
- неуточненные биполярные и связанные с ними расстройства.

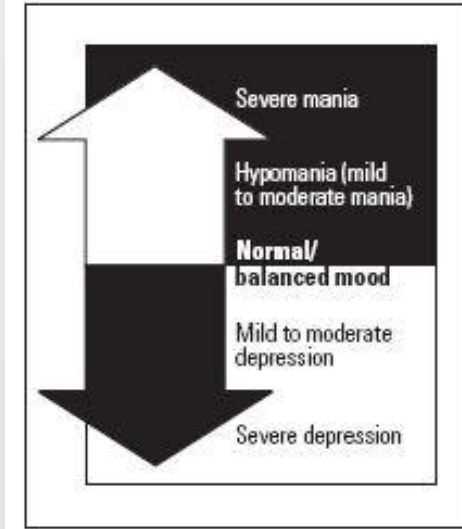
# Варианты течения БАР:

- **униполярные (монополярные):**

1. Периодическая мания — чередуются только маниакальные фазы;
2. Периодическая депрессия — чередуются только депрессивные фазы.

- **неправильно-перемежающийся тип течения** — через «светлые» промежутки маниакальные и депрессивные фазы чередуются без строгой очерёдности (после маниакальной фазы может вновь начаться маниакальная и наоборот);
- **правильно-перемежающийся тип течения** — через «светлые» промежутки, *интермиссии*, маниакальная фаза сменяет депрессивную, а депрессивная — маниакальную;
- **двойная форма** — непосредственная смена двух противоположных фаз, после чего следует *интерфаза*;
- **континуальный (циркулярный) тип течения**

*Наиболее частые типы течения: неправильно-перемежающийся тип и периодическая депрессия.*



## • Смешанные состояния

Аффективные смешанные эпизоды характеризуются как состояния, при которых один из компонентов триады (настроение, двигательная активность, мышление) противоположен полюсу других компонентов. К этим состояниям относятся, с одной стороны, ажитированная депрессия, тревожная депрессия и депрессия со скачкой идей; с другой — заторможенная мания, непродуктивная мания и дисфорическая мания. Также к смешанным эпизодам относят состояния, при которых быстро (обычно в течение нескольких часов) чередуются симптомы гипомании (мании) и депрессии.

Смешанные аффективные эпизоды встречаются сравнительно часто (особенно у молодых пациентов): по некоторым данным, у 13,9—39,4 % и 5,1—12,0 % пациентов с БАР I и II типа соответственно. Эти состояния вызывают трудности в диагностике и выборе метода лечения, часто оказываются резистентными. Границы между «чистой» манией и смешанным состоянием нечёткие, так как депрессия часто скрывается за маниакальным фасадом и легко провоцируется ситуационными факторами.

## • Быстрые циклы

Сложный для диагностики вариант течения, который часто путают со смешанными состояниями. При *быстроциклическом* биполярном расстройстве наблюдается более четырёх эпизодов мании, депрессии или смешанного состояния в течение года. Они могут быть разделены периодом ремиссии или же могут завершаться «инверсией аффекта» — непосредственной сменой фазы на противоположную. При этом каждый депрессивный эпизод длится не менее, чем две недели, каждый маниакальный или смешанный эпизод — не менее одной недели, каждый гипоманиакальный эпизод — как минимум 4 дня. Существуют понятия «ультрабыстрых» циклов (4 или более аффективных фаз в течение 1 месяца)<sup>[62]</sup>.

Для пациентов с быстрыми циклами характерен неблагоприятный индивидуальный прогноз, нередко устойчивость к лечению, низкая комплаентность. У многих пациентов быстрая цикличность может быть обусловлена приёмом антидепрессантов, вызывающих *инверсию фазы* — «переключающих» депрессию на гипоманию — как без нормотимиков, так и в сочетании с ними.





## • Маниакальная фаза.

- Маниакальные эпизоды обычно начинаются внезапно и длятся от 2 недель до 4-5 месяцев (средняя продолжительность эпизода около 4-х месяцев).
- Представлена триадой основных симптомов: *повышенное настроение, двигательное возбуждение, идеаторно-психическое возбуждение.*

### ***В течение маниакальной фазы выделяют пять стадий:***

- **Гипоманиакальная стадия** - характеризуется повышенным настроением, появлением чувства духовного подъёма, физической и психической бодрости. Речь многословная, ускоренная. Характерно умеренно выраженное двигательное возбуждение. Внимание характеризуется повышенной отвлекаемостью. Умеренно снижается продолжительность сна.
- **Стадия выраженной мании** - характеризуется дальнейшим нарастанием выраженности основных симптомов фазы. Больные непрерывно шутят, смеются, на фоне чего возможны кратковременные вспышки гнева. Речевое, двигательное возбуждения ярко выражены. Выраженная отвлекаемость приводят к невозможности вести с больным последовательную беседу. На фоне переоценки собственной личности появляются бредовые идеи величия. На работе больные строят радужные перспективы, вкладывают деньги в бесперспективные нереальные проекты. Длительность сна снижается до 3-4 часов в сутки.
- **Стадия маниакального неистовства** - характеризуется максимальной выраженностью основных симптомов. Резко двигательное возбуждение носит беспорядочный характер, речь внешне бессвязна, состоит из отрывков фраз, отдельных слов или даже слогов.
- **Стадия двигательного успокоения** - характеризуется редукцией двигательного возбуждения на фоне сохраняющегося повышенного настроения и речевого возбуждения. Интенсивность двух последних симптомов также постепенно снижается.
- **Реактивная стадия** - характеризуется возвращением всех составляющих симптомов мании к норме, некоторым снижением настроения, лёгкой моторной и идеаторной заторможенностью, астенией.

# • Депрессивная фаза

- Депрессии имеют тенденцию к более продолжительному течению (средняя продолжительность около 6 месяцев), хотя отмечают продолжительность более года (исключая больных пожилого возраста).
- Депрессивная фаза представлена противоположной маниакальной стадии триадой симптомов: *подавленным настроением, замедленным мышлением и двигательной заторможенностью.*



## **В течение депрессивной фазы выделяют четыре стадии:**

- **Начальная стадия** - депрессия проявляется нерезким ослаблением общего психического тонуса, снижением настроения, умственной и физической работоспособности. Характерно появление умеренных расстройств сна в виде трудности засыпания и его поверхностности. Для всех стадий течения депрессивной фазы характерно улучшение настроения и общего самочувствия в вечерние часы.
- **Стадия нарастающей депрессии** - характеризуется уже явным снижением настроения с появлением тревожного компонента, резким снижением физической и психической работоспособности, двигательной заторможенностью. Речь медленная, немногословная, тихая. Нарушения сна выливаются в бессонницу. Характерно заметное снижение аппетита.
- **Стадия выраженной депрессии** - все симптомы достигают максимального развития. Аффекты тоски и тревоги мучительно переживаются больными. Речь резко замедленная, тихая или шёпотная, ответы на вопросы односложные, с большой задержкой. Больные подолгу могут сидеть или лежать в одной позе (т. н. «депрессивный ступор»). Характерна анорексия. На этой стадии появляются депрессивные бредовые идеи (самообвинения, самоуничужения, собственной греховности, ипохондрические). Также характерно появление суицидальных мыслей, действий и попыток. Суицидальные попытки наиболее часты и опасны в начале стадии и на выходе из неё, когда на фоне резкой гипотимии отсутствует выраженная двигательная заторможенность. Иллюзии и галлюцинации редки, однако они могут быть, чаще в виде голосов, сообщающих о безнадёжности состояния, бессмысленности бытия, рекомендующих покончить с собой.
- **Реактивная стадия** - характеризуется постепенной редукцией всех симптомов, некоторое время сохраняется астения, но иногда,



## Свидетельства больных биполярным расстройством представляют собой ценный источник для понимания различных фаз перепадов настроения, связанных с заболеванием:

- **Депрессия:** *«Я абсолютно не верю в свое умение сделать что-нибудь правильно. Такое ощущение, что ход моих мыслей все замедляется и замедляется, пока в конце концов не доходит до состояния полного ступора... [Меня] преследует... ощущение полной, отчаянной беспомощности от всего этого... Кто-то говорит, что это, мол, временное явление, оно пройдет и тебе станет лучше, но они, конечно, не имеют ни малейшего представления о том, что я чувствую, хотя и льстят себя надеждой. Если я не могу чувствовать, двигаться, думать или хотеть, зачем же тогда все это нужно?»*
- **Гипомания:** *«Поначалу, когда я возбужден, это потрясающе ... идеи мелькают одна за другой... как будто наблюдаешь за падающими звездами в ожидании увидеть самую яркую... Застенчивость как рукой снимает, правильные слова и нужные жесты тут как тут... малоинтересные люди и события вдруг приобретают невероятный интерес. Тебя одолевают непреодолимые желания, хочется соблазнить и быть соблазненным... Ты до мозга костей переполнен ощущением легкости, силы, всемогущества, эйфории... ты способен совершить все, что угодно... но в один момент все это заканчивается...»*
- **Мания:** *«Мысли мелькают как-то уж чересчур быстро и их становится слишком много... ясность мыслей сменяется состоянием полной потерянности... ты неспособен уследить за всем этим, начинает изменять память... Твой ядовитый юмор перестает веселить. Друзьям становится страшновато... а тебе самому все не по нутру... буквально все раздражает, злит, пугает, ты становишься неконтролируемым и чувствуешь себя в ловушке».*

# Бывает ли биполярное расстройство у детей и подростков?

Биполярное расстройство может быть и у детей, и у подростков. Большему риску подвержены дети, чьи родители страдают от этого заболевания.

В отличие от взрослых пациентов с биполярным расстройством, у которых эпизоды довольно четко разграничены, у детей и подростков с этим заболеванием наблюдается невероятно быстрая смена настроений от депрессии к мании, причем по несколько раз в день.

У детей мания чаще проявляется в раздражительности и вспышках гнева, а не в эйфории и возбужденности, как у взрослых.

Смешанные симптомы также достаточно распространены у молодых людей с биполярным расстройством. У тех, кто заболел в позднем подростковом возрасте, эпизоды и симптомы носят более классический, присущий взрослым, характер.

У детей и подростков довольно трудно отличить биполярное расстройство от других проблем, которые могут возникнуть в этой возрастной группе. Например, раздражительность и агрессивность характерны при биполярном расстройстве, но в то же самое время они могут являться симптомами синдрома дефицита внимания и гиперактивности, расстройства поведения, оппозиционно-вызывающего расстройства или других типов серьезных психических заболеваний, более характерных для взрослых, как, например, депрессия или шизофрения. Злоупотребление наркотиками тоже провоцирует подобные симптомы.

# Диагностика.

## **F30.0 Гипомания.**

А. Повышенное или раздражительное настроение, которое является явно аномальным для данного индивидуума и сохраняется по меньшей мере 4 дня подряд.

Б. Должны быть представлены минимум три симптома из числа следующих, что сказывается на личностном функционировании в повседневной жизни: повышенная активность или физическое беспокойство; повышенная говорливость; затруднения в сосредоточении внимания или отвлекаемость; сниженная потребность во сне; повышение сексуальной энергии; небольшие кутежи или другие типы безрассудного или безответственного поведения; повышенная общительность или фамильярность.

- **F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод:**

У пациента в данный момент имеются гипоманиакальные явления, и в прошлом отмечался, по крайней мере однократно, другой аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанного характера).

- **F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов:**

У пациента в данный момент имеются маниакальные явления без психотической симптоматики, и в прошлом отмечался, по крайней мере однократно, другой аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанного характера).

## **F30.1 Мания без психотических симптомов**

Настроение приподнято без связи с реальными обстоятельствами жизни больного и может варьироваться от беззаботной веселости до почти неконтролируемого возбуждения. Приподнятое настроение сопровождается возрастанием энергичности, перерастающей в сверхактивность и говорливость, и снижением потребности во сне. Выражена невозможность концентрировать внимание, часто имеет место значительная рассеянность. Чувство самооценки нередко принимает напыщенный характер с грандиозными идеями и сверхсамоуверенностью. Утрата нормальной социальной сдержанности влечет за собой поведение, характеризующееся безрассудностью, рискованностью, неуместностью и несоответствием характеру больного.



# Диагностика.

## F30.2

### Мания с психотическими симптомами

В дополнение к клинической картине, описанной в подрубрике F30.1, налицо бред (обычно грандиозный) или галлюцинации (обычно голоса, обращающиеся непосредственно к больному) или возбуждение, чрезмерная двигательная активность, причем вспышки идей столь выражены, что индивид становится недоступным для обычного общения.

Мания с:

- соответствующими настроению психотическими симптомами
  - не соответствующими настроению психотическими симптомами
- Маниакальный ступор

- **F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами:**

У пациента в данный момент имеются маниакальные явления с психотической симптоматикой (как в подрубрике F30.2), и в прошлом отмечался, по крайней мере однократно, другой аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанного характера).

- **F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии:**

У пациента в данный момент имеются явления депрессии, как при депрессивном эпизоде легкой или умеренной степени (как в подрубрике F32.1), и в прошлом отмечался, по крайней мере однократно, маниакальный, маниакальный или смешанный эпизод.

## F32.0

### Депрессивный эпизод легкой степени

Обычно выражены два-три симптома. Пациент, конечно, страдает от этого, но, вероятно, будет в состоянии продолжать выполнять основные виды деятельности.

## F32.1

### Депрессивный эпизод средней степени

Выражены четыре и более симптомов. Пациент, вероятно, испытывает большие трудности при продолжении обычной деятельности.

# Диагностика.

## F32.2

### Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

Эпизод депрессии, при котором явно выражены симптомы депрессии, приносящих страдание; обычно снижение самооценки и мысли о собственной никчемности или виновности. Характерны суицидальные мысли и попытки, обычно имеет место ряд псевдосоматических симптомов.

- Депрессия с возбуждением, одиночный эпизод без психотических симптомов
- Значительная депрессия, одиночный эпизод без психотических симптомов
- Витальная депрессия, одиночный эпизод без психотических симптомов

- **F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов:**

У пациента в данный момент имеются явления депрессии, как при тяжелом депрессивном эпизоде без психотической симптоматики (F32.2), и в прошлом отмечался, по крайней мере однократно, подтвержденный гипоманиакальный, маниакальный или смешанный аффективный эпизод.

- **F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами**

У пациента в данный момент имеются явления депрессии, как при тяжелом депрессивном эпизоде с психотической симптоматикой (F32.3), и в прошлом отмечался, по крайней мере однократно, подтвержденный гипоманиакальный, маниакальный или смешанный аффективный

## F32.3

### Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

Эпизод депрессии с наличием галлюцинаций, бреда, психомоторной заторможенности или ступора, настолько выраженных, что обычная социальная активность невозможна. Имеется опасность для жизни вследствие суицидальных попыток, обезвоживания или голодания. Галлюцинации и бред могут соответствовать или не соответствовать настроению.

Одиночный эпизод:

- значительной депрессии с психотическими симптомами
- психогенного депрессивного психоза
- психотической депрессии
- реактивного депрессивного психоза

# Диагностика.

- F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера:

Пациент в прошлом имел, по крайней мере однократно, подтвержденный гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный аффективный эпизод, а текущее состояние представляет собой сочетание маниакальных и депрессивных симптомов или их быструю смену.

- F31.7 Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия:

Пациент в прошлом имел, по крайней мере однократно, подтвержденный гипоманиакальный, маниакальный или смешанный аффективный эпизод и хотя бы один другой аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный), но в текущий момент он не страдает какими-либо значительными нарушениями настроения, которые отсутствуют уже в течение нескольких месяцев. Периоды ремиссии в течение профилактического лечения должны кодироваться этой же рубрикой.

- F31.8 Другие биполярные аффективные расстройства:
- F31.9 Биполярное аффективное расстройство неуточненное

# Критерии диагностики по DSM-5:

- **Биполярное расстройство I типа:**

В противоположность классическому представлению о маниакально-депрессивном психозе, для установления диагноза БР I типа в DSM-5 требуется только подтвержденный маниакальный эпизод. Ни гипоманиакальный, ни большой депрессивный эпизод не являются обязательным условием. Маниакальный эпизод должен характеризоваться: 1) повышенным, экспансивным или гневливым аффектом и 2) повышенной энергией или активностью, направленной на достижение определенной цели. Оба симптома должны быть представлены как минимум в течение недели. Кроме того, для установления диагноза БР необходимо наличие как минимум 3 из 7 дополнительных симптомов (*завышенная самооценка, снижение потребности во сне, повышенная общительность, скачка идей, повышенная отвлекаемость, физическое беспокойство, рискованные действия*), а также выраженное нарушение функционирования. Важно подчеркнуть, что если маниакальный эпизод появился в результате лечения депрессии и соответствует временным и другим критериям БР, то по DSM-5 он рассматривается в рамках БР I типа.

# Критерии диагностики по DSM-5:

- **Биполярное расстройство II типа**

Согласно DSM-5, для установления диагноза биполярного расстройства требуется наличие как минимум одного эпизода гипомании и одного эпизода большой депрессии на протяжении жизни. В новой версии американского диагностического руководства БР II не рассматривается более как более мягкая форма БР.



# Лечение:

## Этап купирующей терапии.



Лечение острой аффективной симптоматики начинается от момента начала лечения приступа болезни (обострения) и заканчивается установлением ремиссии или значительной редукции болезненных симптомов.

### **Ожидаемый результат:**

полное исчезновение или значительное уменьшение интенсивности аффективных расстройств, упорядочивание поведения.

### **Условия лечения:**

в стационарных условиях, в отделении дневного пребывания, в амбулаторных условиях. В амбулаторных условиях и отделении дневного пребывания может проводиться лечение пациентов с небольшой глубиной эпизодов аффективных расстройств (гипомания, легкий или умеренный депрессивный эпизод), при условии их упорядоченного поведения, установившихся отношений сотрудничества с лечащим врачом и следования плану лечения (комплаенса), при наличии семейной поддержки, отсутствии суицидальных и социально-опасных тенденций. В условиях психиатрического стационара должны обследоваться и лечиться случаи со значительной глубиной эпизодов, наличием суицидальных и социально-опасных тенденций, а также при неэффективности предшествовавшего амбулаторного лечения. Стационарное лечение необходимо при наличии выраженных психотических расстройств и значительных нарушений поведения, при отсутствии у пациента критики и сознания болезни. При этом в некоторых случаях может потребоваться принудительная (недобровольная) госпитализация и лечение в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

### **Продолжительность этапа:**

при стационарном лечении – от 1 до 3 месяцев, в отделении дневного пребывания – от 1 до 4 месяцев, при амбулаторном лечении – от 2 до 6 месяцев.

# Лечение:

## Этап долечивающей и стабилизирующей терапии:

начинается от времени достижения ремиссии или значительной редукции симптомов болезни и продолжается вплоть до полного окончания фазы. Включает «дозревание» ремиссии, исчезновение колебаний настроения и другой остаточной симптоматики.

### **Ожидаемый результат:**

полное исчезновение симптомов болезни, стабилизация настроения, возвращение способности выполнять свои социальные, семейные и профессиональные функции.

### **Условия лечения:**

как правило, в амбулаторных условиях или в отделении дневного пребывания.

### **Продолжительность этапа:**

составляет 4-6 месяцев



# Лечение:



## Этап профилактической (противорецидивной) терапии:

начинается со времени установления прочной ремиссии и продолжается не менее 1 года, в некоторых случаях – неопределенно долго.

Этап профилактической (противорецидивной) терапии необходим не во всех, а лишь в части случаев, где имеют место:

- большая частота приступов заболевания (один приступ в год и более);
- невысокое качество ремиссии с сохранением остаточной аффективной симптоматики;
- если за последние 3 года пациент перенес тяжелый, либо затяжной (более 6 месяцев), либо терапевтически резистентный, либо угрожавший жизни эпизод болезни (например, с серьезными суицидальными тенденциями, отказами от еды, истощением и другим).

### Ожидаемый результат:

отсутствие обострений, сокращение числа и продолжительности приступов, удлинение и повышение качества ремиссий.

### Условия лечения:

амбулаторные.

### Продолжительность:

от 3-4 лет до неопределенно долгого срока (до достижения ожидаемого результата лечения). Может быть прекращено, если на протяжении 3-4 лет сохраняется состояние полной ремиссии без остаточных симптомов; при этом необходима постепенность и осторожность, так как в ряде случаев прекращение лечения может привести к очередному обострению

# Лечение:

## Маниакальный эпизод. Принципы лечения:

Продолжительность лечения: от 2 недель до 3 месяцев.

1. *соль лития* внутрь в дозах **от 900 до 1500 мг/сутки** под контролем содержания лития в плазме; дозу подбирают таким образом, чтобы содержание лития в плазме крови находилось в пределах от 0,7 до 1,2 ммоль/л, при этом кровь берется натощак через 10-12 часов после последнего приема препарата лития; в начале лечения содержание лития в плазме определяют каждые 5-7 дней; при подозрении на интоксикацию литием анализ повторяется немедленно; перед началом лечения необходимо лабораторное обследование для определения функции почек – общий анализ мочи, азот мочевины, креатинин, а у лиц старше 55 лет при наличии заболеваний сердца – также ЭКГ;

# Лечение:

2. *карбамазепин* в дозах от **600 до 1200 мг/сутки** внутрь; особенно показан в случаях с быстрой сменой фаз, при значительном преобладании маний и смешанных состояниях, при неэффективности солей лития и вальпроатов; повышает активность печеночных ферментов и тем самым ускоряет метаболизм других лекарственных средств; содержание карбамазепина в плазме крови должно находиться в пределах 4-10 мкг/мл, кровь следует брать утром перед первым приемом лекарственного средства; первое определение проводится через 2 недели от начала приема, в последующем – по показаниям;

# Лечение:

3. *препараты вальпроевой кислоты (вальпроаты)* – в дозах от **500 до 2000 мг/сутки**; особенно показаны при неэффективности солей лития, при преобладании маниакальных состояний и быстрой цикличности; иногда могут вызывать нарушение функций печени и поджелудочной железы, а также лейко- и тромбоцитопению, увеличивать время кровотечения; содержание соли вальпроевой кислоты в плазме крови должно находиться в пределах от 50 до 100 мкг/мл; первое определение проводится через 2 недели от начала приема, в последующем – по показаниям;

4. *топирамат* в дозах **200-300 мг/сутки**

# Лечение:

Как правило, у одного пациента используется какой-либо один из средств-нормотимиков; при отсутствии эффекта следует заменить его другим, например, соль лития – на карбамазепин, карбамазепин – на препарат вальпроевой кислоты и так далее. В редких резистентных случаях возможно одновременное использование двух нормотимиков (или противоэпилептических средств с нормотимическим действием), что, однако, повышает опасность интоксикации ЦНС вплоть до развития состояния спутанности.

При наличии выраженного психомоторного возбуждения, дополнительных непсихотических (бредовых) симптомов, либо если прием нормотимика или противоэпилептического средства (с нормотимической целью) не дал эффекта, к лекарственным средствам данной группы следует добавить какой-либо один из антипсихотиков:

- *галоперидол* внутримышечно или внутрь в дозе **от 10 до 40 мг/сутки**;

- *клозапин* внутрь в дозе **от 100 до 400-500 мг/сутки**;

- *рисперидон* внутрь в таблетках или каплях в дозе **от 2 до 6 мг/сутки**;

- *оланзапин* внутрь в дозе **от 5 до 20 мг/сутки**;

- *зуклопентиксол* внутрь в дозе **30-75 мг/сутки**, либо внутримышечно **в дозе 50-150 мг каждые 3 суток не более трех инъекций**

# Действия при отсутствии результата. Терапевтическая резистентность.

Если проводимое лечение через 3-4 недели не дало эффекта, необходимо сделать следующее:

1. проверить, принимает ли пациент лекарство внутрь, особенно если лечение ведется амбулаторно; если в этом есть сомнение – усилить контроль за приемом лекарств или перейти на его парентеральное введение;
2. к принимаемому пациентом нормотимику добавить антипсихотик (антипсихотическое средство); атипичные антипсихотики (клозапин, рисперидон, оланзапин) имеют в таких случаях преимущество перед типичными;
3. повысить дозу нормотимика (или противоэпилептического средства с нормотимическим действием); если и это не дало эффекта – провести замену нормотимика (например, соль лития на карбамазепин или на препарат вальпроевой кислоты, карбамазепин на топирамат и т.д.);
4. в редких случаях терапевтической резистентности возможно непродолжительное совместное назначение двух лекарственных средств нормотимиков – соли лития и карбамазепина в невысоких дозах; необходимо при этом иметь в виду, что такое сочетание повышает вероятность побочных эффектов каждого из них; сочетание карбамазепина и препарата вальпроевой кислоты не используется;
5. добавить к принимаемому нормотимику (или противоэпилептическому средству с нормотимическим действием) анксиолитическое средство из группы бензодиазепинов в средних или высоких дозах – диазепам, клоназепам или лоразепам;
6. при неэффективности описанных выше мероприятий провести курс ЭСТ (5-7 сеансов), после чего продолжить лечение нормотимиком (или противоэпилептическим средством с нормотимическим действием) в сочетании с антипсихотическим средством.



# Лечение:

## • Депрессивный эпизод. Принципы лечения:

Важной особенностью лечения на этапе купирования депрессии является необходимость предотвращения инверсии аффекта в манию либо гипоманию. С этой целью уже на этапе 2 необходимо использовать какой-либо из нормотимиков (смотри F31). Кроме того, на этапах 2 и 3 требуется осторожность при применении антидепрессантов; следует избегать ряда трициклических антидепрессантов, способствующих инверсии аффекта – прежде всего имипрамина и кломипрамина и с осторожностью использовать антидепрессанты со стимулирующим действием – флуоксетин, циталопрам и другие.

При депрессиях с тревогой и ажитацией необходимо использовать антидепрессанты с седативным и анксиолитическим действием, например, *амитриптилин, миансерин, тианептин, флувоксамин, пароксетин*;

При депрессиях с заторможенностью, адинамией и апатией – антидепрессанты со стимулирующим действием, например, *имипрамин, флуоксетин, циталопрам*;

При наличии в структуре состояния как тревоги, так и заторможенности или их чередовании – антидепрессанты с так называемым сбалансированным действием, например, *кломипрамин, мапротилин, сертралин, эсциталопрам, венлафаксин, милнаципрам, агомелатин*.

**Антидепрессанты: лекарственные средства и уровни применяемых доз  
для пациентов старше 18 лет, мг в сутки внутрь)**

Наименования лекарственных средств	Дозы, мг в сутки		
	низкие	средние	высокие
Три- и гетероциклические антидепрессанты:			
имипрамин	50-75	100-150	250-300
амитриптилин	50-75	100-150	250-300
кломипрамин	50-75	100-150	250-300
мапротилин	50-75	75-100	150-200
тианептин	12,5-25	37,5	75
миансерин	30-45	45-60	60-90
миртазапин	15-30	30-45	60
Антидепрессанты – СИОЗС:			
флуоксетин	10-20	20-40	60-80
флувоксамин	50-100	150-200	250-300
пароксетин	10-20	20-40	50-60
сертралин	25-50	50-100	150-200
циталопрам	10-20	20-40	60
эсциталопрам	5	10-20	30
Антидепрессанты – СИОЗСН:			
венлафаксин	75	112,5-225	300-375
милнаципран	50-100	100-200	250
Антидепрессанты – агонисты мелатониновых рецепторов:			
агомелатин	12,5	25	50

# Профилактическая терапия.

1. Наиболее широко используемым нормотимиком является **соль лития**, профилактический эффект при его длительном приеме отмечается примерно в 70% случаев. При проведении профилактической (противорецидивной) терапии доза его составляет обычно **от 600 до 1200 мг/сутки**. Лечение начинают с приема **300 мг в один прием, повышая дозу каждые 3-4 дня на 300 мг**. Первое определение содержания лития в плазме крови следует сделать при приеме 600 или 900 мг препарата лития в 2 приема. Исследование повторяют вначале 1 раз в неделю, при этом необходимо, чтобы содержание лития составило от 0,6 до 0,8 ммоль/л (для детей – 0,4-0,6 ммоль/л). После того, как правильная доза соли лития подобрана, содержание лития в плазме нужно определять не реже, чем 1 раз в 2 месяца в течение полугода, затем – не реже, чем каждые 4-6 месяцев. Чем выше доза соли лития, необходимая для достижения нужной концентрации его в плазме, тем слабее профилактический эффект. Если в течение 1 года приема несмотря на правильно проводимое лечение профилактический эффект не наступил (то есть частота приступов не уменьшилась), необходимо перейти на прием другого лекарственного средства-нормотимика.
2. С этой же целью могут быть использованы противоэпилептические средства (с нормотимической целью) – **карбамазепин**, препараты **вальпроевой кислоты**, **топирамат**, **ламотриджин** (последний – при преобладании в картине заболевания депрессивных эпизодов над маниакальными). Профилактическое лечение карбамазепином начинают с приема **200 мг внутрь**, повышая дозу **на 100-200 мг каждые 3-4 дня до максимально переносимой**; как только появляются первые побочные эффекты (выраженная седация и сонливость, атаксия, смазанность речи и другое), повышение дозы прекращают или даже немного ее уменьшают. Показателем правильно подобранной дозы карбамазепина может служить наличие у пациента очень легкой седации. Обычная доза для поддерживающей терапии – **от 600 до 800-1000 мг/сутки**. Терапевтическая концентрация карбамазепина в плазме крови при поддерживающем лечении должна находиться в пределах 4-10 мкг/мл. Профилактический эффект лечения не зависит напрямую от концентрации карбамазепина в крови.
3. Профилактическое лечение препаратами **вальпроевой кислоты** начинают с дозы **150-200 мг**, постепенно **повышая дозу на 200 или 300 мг каждые 2-3 дня**. Обычная доза – **от 600 до 1200 мг/сутки в 2 или 3 приема**. Терапевтическая концентрация в плазме крови при поддерживающем лечении должна находиться в пределах 50-100 мкг/мл. Профилактический эффект лечения не зависит напрямую от концентрации препаратов вальпроевой кислоты в крови.
4. Лечение **топираматом** назначают с дозы **25 мг 1 раз в день вечером в течение 1 недели**, затем **повышают дозу на 25 или 50 мг каждую неделю**. Обычная доза составляет от **100 до 300 мг/сутки в два приема**.
5. Лечение **ламотриджином** начинают с дозы **25 мг 1 раз/сутки**, **через 2 недели дозу повышают до 50 мг**, затем **каждые 1-2 недели повышают на 25 или 50 мг**. Обычная доза составляет от **100 до 400 мг/сутки** в два приема. Лечение ламотриджином может быть начато не только в состоянии мании или ремиссии, но и в состоянии депрессии.
6. Использование в качестве профилактической терапии противоэпилептических средств в сравнении с солями лития предпочтительнее при высокой частоте приступов и быстрой цикличности (4 и более приступа за год). Препаратом выбора являются вальпроаты.
7. Дополнительные трудности в лечении. Терапевтическая резистентность. В случаях быстрой цикличности при отсутствии профилактического эффекта от приема нормотимиков показано проведение курса **ЭСТ** с последующим продолжением приема одного из этих лекарственных средств.
8. Психотерапия: когнитивно-бихевиоральная, семейное консультирование; важная роль принадлежит психообразовательной работе

**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ.**

