

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
«БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО
РАССТРОЙСТВА»**

ТАШКЕНТ 2025

"УТВЕРЖДАЮ"

**Директор Республиканского
специализированного научно-
практического медицинского центра
психического здоровья**

З.Ш.Ашуров



« _____ » 202__ год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
«БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА»**

ТАШКЕНТ 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
«БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО
РАССТРОЙСТВА»**

ТАШКЕНТ 2025

Вводная часть

Коды МКБ 10/11

F 31 –	Биполярное аффективное расстройство
F 31.0 –	Эпизод гипоманиакальный текущий
F 31.1 –	Эпизод мании без психотических симптомов текущий
F 31.2 –	Эпизод мании с психотическими симптомами текущий.
F31.20 –	Эпизод мании с психотическими симптомами текущий. Психотические симптомы, соответствующие настроению
F31.21 –	Эпизод мании с психотическими симптомами текущий. Психотические симптомы, не соответствующие настроению
F31.3 –	Эпизод умеренной или легкой депрессии текущий
F31.30 –	Эпизод умеренной или легкой депрессии текущий без соматических симптомов
F31.31 –	Эпизод умеренной или легкой депрессии текущий с соматическими симптомами
F31.4 –	Эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов текущий
F31.5 –	Эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами текущий
F31.50 –	Эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами текущий. Психотические симптомы, соответствующие настроению
F31.51 –	Эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами текущий. Психотические симптомы, не соответствующие настроению
F31.6 –	Эпизод, текущий смешанный
F31.7 –	Ремиссия
F31.8 –	Другие биполярные аффективные расстройства
F31.9 –	Биполярное аффективное расстройство неуточненное
https://icd.who.int/browse10/2010/en#	
Биполярные или родственные расстройства (Bipolar or related disorders)	
6A60	Биполярное расстройство I типа
6A60.0	Биполярное расстройство I типа, текущий маниакальный эпизод, без психотических симптомов
6A60.1	Биполярное расстройство I типа, текущий маниакальный эпизод, с психотическими симптомами
6A60.2	Биполярное расстройство I типа, текущий гипоманиакальный эпизод
6A60.3	Биполярное расстройство I типа, текущий депрессивный эпизод, легкий
6A60.4	Биполярное расстройство I типа, текущий депрессивный эпизод, умеренный, без психотических симптомов
6A60.5	Биполярное расстройство I типа, текущий депрессивный эпизод, умеренный, с психотическими симптомами
6A60.6	Биполярное расстройство I типа, текущий депрессивный эпизод, тяжелый, без психотических симптомов
6A60.7	Биполярное расстройство I типа, текущий депрессивный эпизод, тяжелый, с психотическими симптомами
6A60.8	Биполярное расстройство I типа, текущий депрессивный эпизод, неуточненной тяжести
6A60.9	Биполярное расстройство I типа, текущий смешанный эпизод, без психотических симптомов

6A60.A	Биполярное расстройство I типа, текущий смешанный эпизод, с психотическими симптомами
6A60.B	Биполярное расстройство I типа, текущая частичная ремиссия, предшествующий эпизод маниакальный или гипоманиакальный
6A60.C	Биполярное расстройство I типа, текущая частичная ремиссия, предшествующий эпизод депрессивный
6A60.D	Биполярное расстройство I типа, текущая частичная ремиссия, предшествующий эпизод смешанный
6A60.E	Биполярное расстройство I типа, текущая частичная ремиссия, предшествующий эпизод неуточненный
6A60.F	Биполярное расстройство I типа, текущая полная ремиссия
6A60.Y	Другое уточненное биполярное расстройство I типа
6A60.Z	Биполярное расстройство I типа, неуточненное
6A61	Биполярное расстройство II типа
6A61.0	Биполярное расстройство II типа, текущий гипоманиакальный эпизод
6A61.1	Биполярное расстройство II типа, текущий депрессивный эпизод, легкий
6A61.2	Биполярное расстройство II типа, текущий депрессивный эпизод, умеренный без психотических симптомов
6A61.3	Биполярное расстройство II типа, текущий депрессивный эпизод, умеренный с психотическими симптомами
6A61.4	Биполярное расстройство II типа, текущий депрессивный эпизод, тяжелый без психотических симптомов
6A61.5	Биполярное расстройство II типа, текущий депрессивный эпизод, тяжелый с психотическими симптомами
6A61.6	Биполярное расстройство II типа, текущий депрессивный эпизод, неуточненной тяжести
6A61.7	Биполярное расстройство II типа, текущая частичная ремиссия, предшествующий эпизод гипоманиакальный
6A61.8	Биполярное расстройство II типа, текущая частичная ремиссия, предшествующий эпизод депрессивный
6A61.9	Биполярное расстройство II типа, текущая частичная ремиссия, предшествующий эпизод неуточненный
6A61.A	Биполярное расстройство II типа, текущая полная ремиссия
6A61.Y	Другое уточненное биполярное расстройство II типа
6A61.Z	Биполярное расстройство II типа, неуточненное
6A62	Циклотимическое расстройство
6A6Y	Другие уточненные биполярные или родственные расстройства
6A6Z	Биполярные или родственные расстройства, неуточненные
6A60.Y	Другое уточненное биполярное расстройство I типа
https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический центр психического здоровья

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

1. Бахрамов Ф. Ш. Заместитель директора по научной работе РСНПЦПЗ
2. Ирмухамедов Т.Б. ассистент кафедры ТашПМИ

Список авторов:

Ашуров З.Ш. - д.м.н., проф., директор РСНМЦПН заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии, главный психиатр и нарколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Президент Ассоциации психиатров Узбекистана.

Алимов У.Х. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Абдуллаева В.К. – д.м.н., проф., заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

Чембаев Б. Р. - PhD Заместитель директора Ташкентского филиала по психиатрии РСНПЦПЗ

Рогов А.В. – PhD., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

Усербоева Р.К. – ассистент кафедры психиатрии и наркологии ТМА.

Рецензенты:

Сиволап Ю.П. - д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования РУДН имени Патриса Лумумбы

Велияева А.С.-заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии, Самаркандского государственного медицинского

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации психиатров Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов РСНПЦПЗ и их заместителей), врачей региональных учреждений.

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканский Специализированный Научно-Практический Центр Психического Здоровья №3 15 май 2025 года

Председатель Ученого Совета – Директор РСНПЦПЗ д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров

Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

1. Ибодуллаев Зарифбой Раджабович - Ташкентская Медицинская Академия
2. Нурхаджаев Сабир Насирхаджаевич - Ташкентский педиатрический медицинский институт

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Список сокращений:

АВП — антипсихотики второго поколения
АД — антидепрессанты
АПП — антипсихотики первого поколения
БАР — биполярное аффективное расстройство
БД — биполярная депрессия
БТ – быстрая транквилизация
БЦ — быстроциклическое течение
КТ – компьютерная томография
МРТ – магниторезонансная томография
МС – маниакальные состояния
ПАВ – психоактивные вещества
РКИ – рандомизированные контролируемые исследования
СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ТТГ – тиреотропный гормон
ЭКГ - электрокардиография
ЭЭГ - электроэнцефалография
ЭСТ — электросудорожная терапия
МКБ – Международная классификация болезней
РДР – Рекуррентное депрессивное расстройство
ДЭ – депрессивный эпизод
СТЗ – трийодтиронин свободный
ЭПС – экстрапирамидная симптоматика
ТЦА – трициклические антидепрессанты
СД – смешанная депрессия
СМ – смешанная мания
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

*препарат не включен в перечень ЖВЛ РУз или не зарегистрированы в РУз

Пользователи протокола:

1. Врачи-психиатры;
2. Врачи-психотерапевты
3. Клинические психологи
4. Врачи общей практики;
5. Организаторы здравоохранения
6. Врачи общей практики
7. Врачи-терапевты
8. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, магистры, докторанты

Категории пациентов: пациенты с биполярным аффективным расстройством, маниакальными и депрессивными эпизодами

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ

1.1 Определение

Биполярное аффективное расстройство (БАР) – хроническое рецидивирующее заболевание из категории психических расстройств аффективной сферы. БАР характеризуется повторными (по крайней мере двумя) эпизодами при которых настроение и уровень активности значительно нарушены. В некоторых случаях отмечается мания или гипомания, в других – депрессия, не обусловленные соматическим расстройством, употреблением психоактивных веществ (ПАВ), органическим психическим расстройством (F00-F09). Симптоматика острого эпизода, как правило, полностью редуцируется в периоды ремиссий. Больные, страдающие повторными эпизодами мании, встречаются редко.

1.2 Этиология и патогенез

Этиология и патогенез БАР до конца не ясны. Представления об этиологии основаны преимущественно на генетической теории [1,2 и др.]. У родственников первой линии обнаруживается накопление числа случаев униполярной депрессии и БАР.

Результаты генетических, биологических, нейромедиаторных и нейроэндокринных исследований, теоретические физиологические модели и психосоциальные теории дают возможность предполагать, что заболевание имеет сложную этиологию. Отдельные предрасполагающие генетические и биологические факторы взаимодействуют с влияниями внешней среды и различными психосоциальными факторами. По сравнению с шизофренией влияние на развитие заболевания средовых факторов (патология беременности и родов или проживание в крупных городах) менее достоверно, однако наследственная отягощенность расстройствами биполярного спектра выше, чем при других психических расстройствах. Раннее начало и несвоевременная диагностика увеличивают риск формирования коморбидных психических расстройств и утяжеляют течение БАР [1-4 и др.].

1.3 Классификация

По вариантам клинического течения БАР выделяют альтернирующее, континуальное, быстро циклическое (БЦ) (включает ультра быстро циклическое и ультра быстро циклическое).

1. Альтернирующее течение - характеризуется наступлением эутичного периода после очередной аффективной фазы. Аффективные фазы, как правило, развиваются аутохтонно и имеют тенденцию к спонтанному разрешению.

Интермиссия, формирующаяся вслед за завершением фазы, характеризуется эутичным настроением и появлением критики к перенесенному болезненному эпизоду. Социальная дезадаптация больных определяется прежде всего частотой развивающихся обострений, их длительностью и степенью тяжести [1]].

2. Континуальное течение [20-23] – отсутствие интермиссий, непрерывная смена фаз. Возможен переход альтернирующего течения в континуальное при спонтанном утяжелении болезни или при ошибочной фармакотерапии. Даже при таком неблагоприятном развитии заболевания иногда возможно становление довольно длительных эутичных периодов.

3. Быстро циклическое течение (БЦ) — один из наиболее неблагоприятных вариантов течения заболевания, определяется развитием не менее 4 аффективных фаз в течение одного года [24, 25].

4. Ультрабыстрые циклы — развитие 4 или более аффективных фаз в течение одного месяца.

5. Ультра-ультра быстрые циклы, возникающие в течение одного дня, которые практически невозможно отличить от персистирующего, крайне неустойчивого смешанного аффективного состояния [26].

Эти варианты и близкий к ним по клинической картине альтернирующий вариант смешанного аффективного состояния, а также смешанная мания являются достаточно типичными фазовыми проявлениями при континуальном течении, свидетельствующими о неблагоприятном прогнозе заболевания; они тяжело поддаются лечению. Быстрые циклы чаще наблюдаются у женщин и их возникновение связано с ранним началом болезни, злоупотреблением алкоголем, гипотиреозом, влиянием женских половых гормонов и приемом АД [27].

1.4 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

БАР является сложным заболеванием, в структуре которого в разные периоды времени встречаются различные психопатологические симптомокомплексы.

Аффективные фазы разного полюса, имеющие различную степень тяжести и типологию (мании, депрессии, смешанные состояния, аффективно-бредовые образования) могут завершаться спонтанно с формированием интермиссий, характеризующихся эутичным настроением и полноценной критичностью к перенесенному болезненному эпизоду.

Наряду с нарушениями настроения и поведения, при БАР нередко наблюдаются расстройства и других сфер психической деятельности (например, когнитивной, восприятия), а также - нейровегетативные симптомы (нарушения сна, аппетита, циркадианной ритмики, энергетического баланса и т.д.). В разные периоды заболевания наличие и выраженность этих симптомов может в значительной степени изменяться [28, 29].

Более, чем у половины больных БАР на разных этапах заболевания обнаруживается психотическая симптоматика. У 65% - диагностируются коморбидные заболевания (чаще всего злоупотребление психоактивными веществами или тревожные расстройства) [26]. Паническая симптоматика при БАР наблюдается чаще, чем при рекуррентной депрессии, и может существенно затягивать фазу [9]. Риск развития

алкогольной зависимости в 6-7 раз выше, чем в общей популяции [8], при этом у мужчин этот риск выше в 3 раза, а у женщин в 7 раз [30].

Не менее часто наблюдается коморбидность с соматическими заболеваниями (наиболее часто встречаются сердечно-сосудистая патология, диабет, ожирение и тиреоидная дисфункция). У таких больных нередко отмечается также недостаток волевых усилий и мотивации для борьбы с соматическими факторами риска, что в конечном итоге приводит к повышению общей болезненности и смертности в популяции больных БАР [31].

ДИАГНОСТИКА БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Критерии установки диагноза

БАР (F 31) является хроническим рецидивирующим заболеванием из категории психических расстройств аффективной сферы. БАР характеризуется повторными (по крайней мере двумя) эпизодами при которых настроение и уровень активности значительно нарушены. В некоторых случаях отмечается мания или гипомания, в других – депрессия, не обусловленные соматическим расстройством, употреблением ПАВ, органическим психическим расстройством (F00-F09). Симптоматика острого эпизода, как правило, полностью редуцируется в периоды ремиссий. Больные, страдающие повторными эпизодами мании, встречаются редко. Они должны квалифицироваться как биполярные (F 31.8. Другие биполярные аффективные расстройства. Рекуррентные маниакальные эпизоды).

2.1 Жалобы и анамнез

5C

Всем пациентам в качестве первичной диагностики рекомендуется проведение мероприятий по выявлению симптомов депрессии, мании или смешанных состояний в психическом статусе [32, 33].

5C

Всем пациентам, у которых в психическом статусе были выявлены симптомы депрессии, мании или смешанного состояния в качестве обязательных шагов рекомендовано:

- оценить соответствие имеющейся у пациента симптоматики критериям диагностики депрессивного, маниакального или смешанного эпизодов
- получить данные анамнеза или медицинской документации о наличии не менее двух эпизодов разного полюса на протяжении болезни
- собрать анамнестические данные о наличии травм, инфекционных заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, непосредственно предшествовавших развитию аффективных симптомов
- провести целенаправленный опрос пациента и членов его семьи, для исключения факта приема пациентом непосредственно перед началом очередного аффективного эпизода ПАВ или лекарственных препаратов, которые могут вызывать маниакальные или депрессивные симптомы [32, 33].

5C

Всем пациентам с первичным или повторным депрессивным эпизодом для выявления возможных гипоманий в анамнезе рекомендовано провести скрининг на наличие гипоманий в анамнезе с использованием валидизированной русскоязычной версии шкалы HCL-32) [34, 35].

5C

Всем пациентам с положительным результатом скрининга по шкале HCL-32) [34,-35] для установления диагноза гипомании в анамнезе пациента рекомендовано:

- провести тщательный целенаправленный клинический опрос пациента, направленный на выявление гипомании в анамнезе [32-36];
- провести сбор объективных сведений со стороны родных и близких пациента для выявления возможных гипоманий в анамнезе;

2.2 Физикальное обследование

5C

В дополнение к стандартному физикальному обследованию всем пациентам рекомендовано провести:

- осмотр кожных покровов с целью выявления следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ или лекарственных препаратов, которые могут вызывать маниакальные или депрессивные симптомы [32, 34];
- оценку патологических непроизвольных движений и мышечного гипертонуса для исключения экстрапирамидных побочных эффектов при приеме антипсихотиков (АП) [32, 37]

2.3 Лабораторная диагностика

5C

Не существует каких-либо лабораторных методов диагностики БАР.

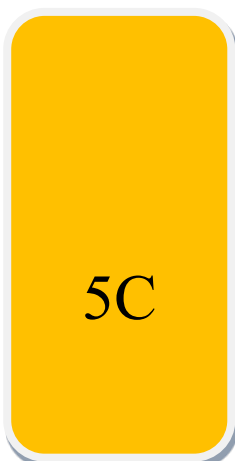
Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики БАР с другими заболеваниями, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам рекомендовано провести дополнительные методы обследования [32], к которым относятся:

- исследование уровня общего гемоглобина в крови
- исследование уровня эритроцитов в крови
- исследование уровня тромбоцитов в крови
- исследование уровня лейкоцитов в крови
- дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула)
- определение цветового показателя
- определение моноцитов, фагоцитирующих бета-амилоид
- исследование скорости оседания эритроцитов
- исследование уровня эозинофильного катионного белка в крови
- исследование уровня креатинина сыворотки крови
- определение белка в моче,
- обнаружение гемоглобина в моче,
- обнаружение эритроцитов (гемоглобина) в моче

- исследование уровня креатинина в моче,
- исследование уровня мочевины в моче
- исследование уровня креатинина в крови
- исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови
- исследование уровня свободного трийодтиронина (СТЗ) в крови
- исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови
- исследование уровня общего билирубина в крови
- определение активности аспартатаминотрансферазы в крови
- определение активности аланинаминотрансферазы в крови
- исследование уровня липопротеинов в крови
- исследование уровня холестерина в крови
- исследование уровня триглицеридов в крови
- исследование уровня глюкозы в крови
- исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови
- исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности

Комментарии: Скрининг уровня гормонов щитовидной железы (СТЗ, ТТГ, рекомендуется проводить первичным пациентам, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний).

2.4 Инструментальная диагностика



Не существует каких-либо инструментальных методов диагностики БАР.

Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики БАР с другими заболеваниями, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам рекомендовано провести дополнительные методы обследования [32, 37 и др.], к которым относятся:

- электрокардиография (ЭКГ)
- электроэнцефалография (ЭЭГ)
- магниторезонансная томография (МРТ) (предпочтительно)/ компьютерная томография (КТ)
 - Для оценки метаболического синдрома всем больным с избыточной массой тела рекомендовано [32, 37 и др.]
- измерить артериальное давление
- провести измерение окружности талии, определение индекса массы тела

Комментарии: МРТ или КТ и ЭЭГ рекомендуется для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводились эти исследования, или при наличии клинических или анамнестических показаний.

2.5 Иная диагностика



Всем пациентам рекомендуется в обязательном порядке направленное клинико-анамнестическое обследование с использованием Колумбийской шкалы суицидального риска) [32, 38, 39] с целью выявления факторов риска суицида

5C

Для пациентов с расстройствами личности и/или дифференциально-диагностическими трудностями рекомендована консультация клинического психолога [32, 37, 40].

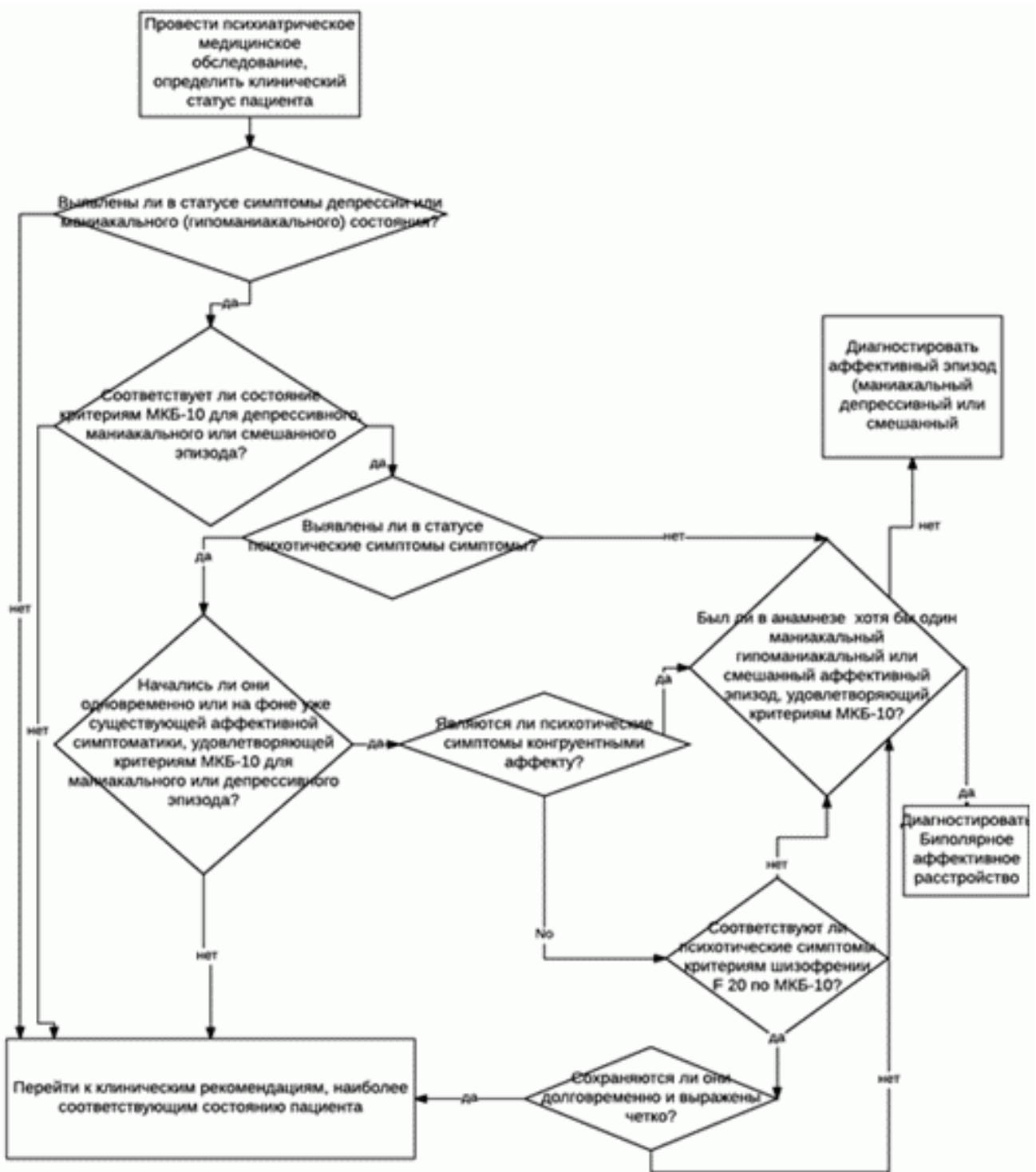
5C

Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики БАР с другими заболеваниями, исключения противопоказаний к ряду препаратов, которые назначаются при БАР, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам рекомендована [32, 37, 40] консультация врача-терапевта, врача офтальмолога, врача – невролога, для женщин – врача-акушера-гинеколога

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Шизоаффективные расстройства	в МКБ-10 описываются неоднозначно. Несмотря на наличие неких специфических критериев	Весь представленный спектр исследований	Среди критериев депрессивного эпизода перечисляются: сниженное настроение, утрата интересов и удовольствия, снижение энергичности в качестве основных симптомов, которые могут быть дополнены следующими: снижение концентрации внимания, снижение самооценки с последующим формированием идей виновности, нарастающий

			<p>пессимизм в отношении будущего, нарушения сна и снижение аппетита, идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид. Продолжительность наблюдаемого эпизода должна составлять не менее 2 недель</p>
<p>Органического аффективного расстройства</p>	<p>в МКБ-10 описываются неоднозначно. Несмотря на наличие неких специфических критериев</p>	<p>Весь представленный спектр исследований</p>	<p>наличие болезни, повреждения либо дисфункции головного мозга или системного физического заболевания, которое определено связано с одним из описываемых синдромов; б) взаимосвязь во времени (недели или несколько месяцев) между развитием основного заболевания и началом развития психического синдрома; в) выздоровление от психического расстройства вслед за устранением или излечением предполагаемого основного заболевания; г)</p>

			отсутствие предположительных данных об иной причине психического синдрома (такой как выраженная семейная отягощенность или провоцирующий стресс).
--	--	--	---



Рекомендованный алгоритм диагностики БАР

ЛЕЧЕНИЕ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Медикаментозная терапия

Купирующая терапия маниакальных состояний (МС)

Терапия первого выбора

1A

Всем пациентам с установленным диагнозом МС рекомендуется фармакотерапия с целью купирования симптомов и достижения ремиссии [40].

Комментарий: При лечении БАР для всех пациентов с целью максимально быстрого купирования актуальной психопатологической симптоматики и последующего поддержания эутимного периода рекомендовано выполнение трех обязательных этапов: купирующая терапия, долечивающая (поддерживающая) терапия и профилактическая (противорецидивная) терапия [1, 32].

Стратегия терапии МС при БАР строится с учетом последующего профилактического этапа. Рекомендовано поэтапное купирование МС с учетом тяжести (легкая, средняя, тяжелая) и типа маниакального синдрома: веселая (эйфорическая) мания, гневливая (дисфорическая) мания, мания с психотическими чертами (маниакально-бредовое состояние [1, 32].

Выбор терапии при купировании МС определяется не только особенностями действия различных групп препаратов, но и их переносимостью. Существенно повысить эффективность терапии возможно, следуя определенным методическим правилам ее проведения. Адекватная дозировка и динамичное и своевременное изменение терапии позволяют быстро купировать симптоматику и препятствуют затягиванию эпизода.

Следует также учитывать, что назначение препарата для поддерживающей нормотимической терапии (соли лития, антиконвульсанты, антипсихотик второго поколения (АВП) должно проводиться достаточно рано и «накладываться» на начальный этап купирующей терапии, так как профилактическое действие этих препаратов развивается относительно медленно [1,32,40].

Применение АВП в большинстве случаев предпочтительнее антипсихотиков первого поколения (АПП), в первую очередь за счет их лучшей переносимости (менее выраженные седация, риск развития экстрапирамидной симптоматики (ЭПС), риск гиперпролактинемии, депрессогенное действие, риск инверсии фазы). Кроме того, известно, что у больных аффективными расстройствами ЭПС при применении АПП развиваются в несколько раз чаще, чем у больных шизофренией, что требует дополнительного присоединения антихолинэргических препаратов [1, 32].

Цель терапии: достижение ремиссии (для более точного психометрического определения ремиссии можно использовать шкалу Янга, в соответствии с которой выраженность симптоматики не должна превышать 10-12 баллов).

Задачи терапии:

- ✓ максимально быстрое купирование маниакальной симптоматики
- ✓ быстрый контроль психомоторного возбуждения и агрессивности
- ✓ предотвращение развития или усиления (при смешанных состояниях) депрессивной симптоматики
- ✓ подбор препаратов с учетом индивидуальной переносимости для последующего длительного профилактического приема.

План терапии маниакальных строится на основании анализа статуса пациента, данных анамнеза и доминантной полярности течения заболевания.

1A

Для пациентов с веселой (эйфорической) манией на начальном этапе терапии МС или при гипомании рекомендована монотерапия одним из нормотимических препаратов: вальпроат натрия [32, и др].

1A

Для пациентов с гневливой манией на начальном этапе терапии МС или при гипомании рекомендована монотерапия одним из нормотимических препаратов:

Вальпроат натрия,

- карбамазепин [20, 37 и др.]

Комментарий. Выбор препарата купирующей терапии должен проводиться с учетом последующего профилактического этапа терапии и учитывать индивидуальную переносимость пациентом выбранного лекарственного средства при длительном применении. Вальпроат натрия предпочтительнее лития (вальпроат натрия не требует регулярного мониторинга плазменной концентрации и обладает более благоприятным профилем побочных эффектов) [1,2,20, 21, 32, 37 и др]. Другие антиконвульсанты (карбамазепин и блокаторы кальциевых каналов могут применяться для альтернативной терапии [1, 21, 32, 37, 40 и др]. Не рекомендуется назначение галоперидола на первом этапе купирования МС, за исключением случаев выраженного психомоторного возбуждения и/или выраженной гневливости и агрессивности [1, 20, 32, 37, 40, и др.]

2A

Пациентам с недостаточной эффективностью начального этапа терапии в течение 3 – 4 недель рекомендовано присоединить к схеме антипсихотик (АВП или галоперидол) или использовать другой нормотимик [1, 20, 32, 37, 40, и др.]

Комментарии: Антиманиакальный эффект лечения карбонатом лития* выше при концентрации 0,8-1,0 ммоль/л (уровень доказательности А) , которую при титровании дозы следует проверять 1 раз в неделю. Поэтому неэффективность курса карбоната лития может быть зафиксирована только при достижении терапевтического интервала препарата в плазме крови. Кроме того, нужно иметь в виду, что эффект карбоната лития при МС достигается не ранее, чем через 7-10 дней терапии.

• Пациентом с тяжелой манией и сильным психомоторным возбуждением или при мании с психотическими симптомами рекомендовано терапию сразу начинать с комбинации нормотимик + антипсихотик (АВП или галоперидол) [1, 32, 37, 40]. Адекватная дозировка и динамичное и своевременное изменение терапии позволяют быстро купировать симптоматику и препятствуют затягиванию эпизода.

Следует также учитывать, что назначение препарата для поддерживающей нормотимической терапии (соли лития, антиконвульсанты, антипсихотик второго поколения (АВП) должно проводиться достаточно рано и «накладываться» на начальный этап купирующей терапии, так как профилактическое действие этих препаратов развивается относительно медленно [1,32,40].

Применение АВП в большинстве случаев предпочтительнее антипсихотиков первого поколения (АПП), в первую очередь за счет их лучшей переносимости (менее

*препарат не включен в перечень ЖВЛ РУз

выраженные седация, риск развития экстрапирамидной симптоматики (ЭПС), риск гиперпролактинемии, депрессогенное действие, риск инверсии фазы). Кроме того, известно, что у больных аффективными расстройствами ЭПС при применении АПП развиваются в несколько раз чаще, чем у больных шизофренией, что требует дополнительного присоединения антихолинергических препаратов [1, 32].

Цель терапии: достижение ремиссии (для более точного психометрического определения ремиссии можно использовать шкалу Янга, в соответствии с которой выраженность симптоматики не должна превышать 10-12 баллов).

Задачи терапии:

- ✓ максимально быстрое купирование маниакальной симптоматики
- ✓ быстрый контроль психомоторного возбуждения и агрессивности
- ✓ предотвращение развития или усиления (при смешанных состояниях) депрессивной симптоматики
- ✓ подбор препаратов с учетом индивидуальной переносимости для последующего длительного профилактического приема.

План терапии маниакальных строится на основании анализа статуса пациента, данных анамнеза и доминантной полярности течения заболевания.

1А

Для пациентов с веселой (эйфорической) манией на начальном этапе терапии МС или при гипомании рекомендована монотерапия одним из нормотимических препаратов:
карбонат лития*, вальпроат натрия или АВП [32, и др].

Комментарий. В первые дни предпочтительным является в/м путь введения [1, 32].

1А

Пациентам с тяжелой манией с сильным психомоторным возбуждением или при мании с психотическими симптомами, у которых в течение первых дней не удалось купировать возбуждение, комбинацией нормотимик + антипсихотик (АВП или галоперидол) рекомендовано присоединить бензодиазепины (инъекционные формы диазепам, феназепам) и/или применить седативные АП (хлорпромазин, инъекционный «короткий») [1,2,20, 21, 32, 37, и др].

Комментарий. Предпочтение следует отдавать бензодиазепинам с коротким периодом полувыведения и учитывать возможность угнетения функции дыхания (особенно у диазепам), миорелаксирующее действие и эффект кумуляции у препаратов с длительным периодом полувыведения (феназепам, диазепам) [32].

4В

Пациентам с тяжелой манией с сильным психомоторным возбуждением или при мании с психотическими симптомами у которых в течение первых дней не удалось купировать возбуждение комбинацией нормотимик + антипсихотик (АВП или галоперидол), рекомендовано присоединение второго нормотимика (предпочтительно антиконвульсанта) с целью купирования маниакальной симптоматики [1,2,20, 21, 32, 37, и др].

4B

Пациентам, у которых не был достигнут эффект терапии в двух последовательно примененных курсах АВП или АПП, рекомендовано назначать #клозапин или комбинацию двух АВП и антиконвульсанта [40 и др.].

Терапевтические стратегии при неэффективности фармакотерапии

4B

Пациентам, у которых лекарственная терапия оказалась неэффективной, рекомендовано применять немедикаментозные методы лечения: электросудорожная терапия (ЭСТ) или специальные противорезистентные мероприятия (плазмаферез, иммуномодуляторы, блокаторы кальциевых каналов и др.) [32].

Комментарии. ЭСТ рекомендуют проводить 3 раза в неделю, пока не купируются симптомы мании. Обычно проводят от трех до шести сеансов ЭСТ. МС считают резистентным, если после 6-10 сеансов ЭСТ симптоматика не купировалась [23, 32, 37, 40 и др.].

Поддерживающая терапия маниакальных состояний

1A

После купирования острого МС для всех больных рекомендовано переходить к этапу стабилизации состояния (долечиванию) с целью редукции остаточной симптоматики, недопущения развития инверсии фазы и достижения устойчивой ремиссии.

2B

Терапию эффективным нормотимиком или комбинацией препаратов рекомендовано продолжать на протяжении 3-4 месяцев, постепенно уменьшая или отменяя седативную антипсихотическую терапию АПП и бензодиазепины, постоянное применение которых не рекомендовано более 1-2 месяцев из-за их высокого аддиктивного потенциала [32 и др.]

2A

Пациентам с продолжающейся литической редукцией симптоматики рекомендована дальнейшая терапия нормотимиком в сочетании с АВП [1, 32 и др.].

4B

Пациентам, принимающим сочетание нормотимика и АВП, в случае удержания ремиссии в течение 3-4 месяцев рекомендован перевод на длительную поддерживающую монотерапию тем препаратом, при лечении которым был достигнут наибольший эффект и отмечалась хорошая переносимость [1, 32 и др.].

4C

Пациентам у которых наблюдается развитие раннего рецидива в период снижения дозы или сразу после отмены АВП рекомендуется возобновление комбинированной терапии [32 и др.]

Ведение пациента с МС с выраженным психомоторным возбуждением и агрессивностью

Возбуждение, а также проявления агрессии достаточно часто являются отдельной проблемой при лечении пациентов с гневливой манией, манией со смешанными чертами и мании с психотическими симптомами. Агрессия у маниакальных больных обычно направлена на случайных лиц, может быть немотивированной либо спровоцированной малозначимыми факторами: высказанными замечаниями, ограничениями, недоброжелательными взглядами. Также провоцирующим фактором могут являться конфликты, связанные с отказом выполнения неадекватных требований пациента с маниакальным состоянием. При этом агрессия при психотической мании развивается в рамках дезорганизованного поведения и может быть обусловлена обманами восприятия либо бредовой симптоматикой. При мании, в отличие от больных шизофренией, высокий риск агрессии сохраняется в стационаре после госпитализации.

Терапия возбуждения и агрессии

3C

На первом допсихофармакологическом этапе ведения пациента с проявлениями возбуждения применяются методики деэскалации .

Комментарии: Методики деэскалации включают одновременно несколько компонентов. В первую очередь она предполагает непрерывную оценку рисков и контроль за ситуацией с моделированием безопасной обстановки вокруг пациента. Непременным условием является соблюдение безопасной для пациента и персонала дистанции, избегание провокаций и принуждения, уважительное к нему отношение, проявление сочувствия, определение потребностей пациента. Попытки отвлечь больного, переосмыслить ситуацию, установление вербального контакта, переговоры и убеждение также необходимы к применению .

4C

Пероральная, буккальная (ородиспергируемые таблетки) психофармакотерапия используется в качестве первого шага, при условиях возможности его применения (наличия комплаентности)

4C

Назначение диазепама и других бензодиазепинов, а также низкопотентных антипсихотиков (хлорпромазин, левомепромазин) для терапии возбуждения рекомендуется с осторожностью в связи с худшей переносимостью и более длительным периодом полувыведения [9].

Комментарии: При нетяжелом возбуждении и комплаентности пациента могут быть более предпочтительны пероральные формы лекарственных средств с седативным компонентом действия. В данном случае бензодиазепины и антипсихотические препараты демонстрируют сравнимую эффективность в терапии возбуждения и агрессии [7]. На данном этапе терапии пациент требует наблюдения каждый час [9].

4C

Парентеральная терапия психотического возбуждения применяется при неэффективности пероральной терапии, невозможности её применения, а также при изначальной тяжести симптоматики [6, 7,].

1A

Парентеральные формы АВП не уступают в эффективности внутримышечной форме галоперидола, но вызывают меньшее число неврологических побочных эффектов[7, 8].

Комментарий: Терапевтические подходы при возбуждении и агрессии должны быть дифференцированными. Проявления агрессии, а также состояния с высоким

риском её развития требуют проведения urgentных терапевтических мероприятий. Они включают применение быстрой транквилизации (БТ), а при необходимости – фиксации или изоляции. Наряду с этим необходимо применение методик поведенческой терапии. В случае нетяжелых проявлений агрессии (вербальная агрессия и т.д.) проведение БТ может быть нецелесообразно. При проведении БТ необходимы навыки по оценке рисков, сопряженных с возможным достижением глубокой седации (развитие артериальной гипотонии и угнетения дыхания) [6,8]. Также желательно обеспечение техническими средствами, необходимыми для urgentной помощи при развитии побочных эффектов [8].

В начале терапии препараты должны быть назначены в наиболее низких эффективных дозировках, которые в случае необходимости, могут быть постепенно повышены. Более тяжелые формы возбуждения требуют применения парентеральной терапии [62, 81]. При купировании возбуждения желательно, чтобы терапевтический эффект был достигнут на уровне успокоения или легкой седации. При необходимости, в случаях тяжелого некупирующегося возбуждения с проявлениями агрессии, допускается достижение глубокой седации или даже анестезии [6, 8].

Применение для контроля возбуждения БТ рассматривается как средство последней линии [6, 8]. Однако при крайне тяжелом возбуждении, сопряженным с рисками агрессии, её следует применять незамедлительно.

1A

Комбинированная внутримышечная психофармакотерапия применяется при неэффективности внутримышечной монотерапии.

Комментарий: При использовании данной комбинации необходимо учитывать повышенный риск развития побочных эффектов, что требует постоянного наблюдения за пациентом. Обычно используются комбинации галоперидола с бензодиазепинами.

4C

В связи с риском развития дыхательной недостаточности не рекомендуется комбинированное применение внутримышечной формы бензодиазепинов с клозапином.

4C

При неэффективности комбинированной парентеральной внутримышечной терапии применяется внутривенное введение бензодиазепинов(диазепам) либо антипсихотиков (галоперидол, клопромазин, дроперидол).

Комментарий: При применении внутривенного пути введения предпочтительен капельный способ. При внутривенном введении препаратов необходимы постоянное наблюдение персонала у постели больного, мониторинг ЭКГ, артериального давления и сатурации. При внутривенном применении дроперидола из-за риска удлинения интервала QT мониторинг ЭКГ является строго обязательным. Данные требования осуществимы в условиях отделения интенсивной терапии.

4C

При резистентном психотическом возбуждении последующие терапевтические шаги принимаются коллегиально, в том числе с привлечением специалистов другого профиля (реаниматологов и неврологов) [8,9].

Комментарий: В данном случае дальнейшее ведение больного осуществляется в условиях психореанимационного отделения. Целесообразно дополнительное обследование пациента для возможного уточнения диагноза. Одной из основных

терапевтических опций является применение ЭСТ, особенно при наличии аффективной симптоматики, кататонических симптомов, а также указаний на её хороший эффект в прошлом [86].

Купирующая терапия депрессии при БАР

Терапия первого выбора

1A

Всем пациентам с установленным диагнозом БД рекомендуется фармакотерапия с целью купирования симптомов и достижения ремиссии [32].

Цель терапии: достижение ремиссии (для более точного психометрического определения ремиссии можно использовать шкалу Гамильтона для оценки депрессий, в соответствии с которой выраженность симптоматики не должна превышать 7 баллов, или шкалу Монтгомери-Асберг по которой ремиссия определяется при оценке симптоматики ниже 10 баллов).

Задачи терапии:

- ✓ максимально быстрое купирование симптомов депрессии
- ✓ предотвращение суицидальных попыток
- ✓ предотвращение инверсии фазы (развития маниакальной симптоматики)

План терапии БД строится на основании анализа клинического статуса пациента, данных анамнеза и доминантной полярности течения заболевания.

При решении вопроса о стационарном или амбулаторном лечении важно учитывать:

- ✓ тяжесть состояния
- ✓ суицидальный риск
- ✓ наличие или отсутствие психотической симптоматики
- ✓ анамнестические данные
- ✓ условия микросоциальной среды и степень участия близких в терапевтическом процессе.

Стационарирование обязательно при наличии суицидального риска и/или психотической симптоматики. Терапевтическая тактика при депрессивных фазах в рамках БАР I и БАР II существенно не различается, однако выбор препарата рекомендовано осуществлять с учетом:

- преобладающей полярности аффекта в течении заболевания
- тяжести состояния и клинического варианта депрессии
- наличия/отсутствия смешанных черт
- эффективности того или иного препарата при купировании предшествующих депрессий, а также риска инверсии фазы

Во всех случаях при лечении БД рекомендовано избегать назначения трициклических антидепрессантов (ТЦА) и классических нейролептиков. В случае выраженной тревоги к основной схеме терапии может добавляться алимемазин.

При комбинации антиконвульсантов необходимо учитывать лекарственные взаимодействия на уровне ферментов печени. Так, вальпроат натрия повышает сывороточную концентрацию ламотриджина, поэтому рекомендовано корректировать дозировки последнего и использовать более медленную титрацию. Карбамазепин ускоряет клиренс, снижает концентрацию вальпроата натрия в крови и потенцирует токсическое воздействие на печень, в связи с чем эта комбинация является нежелательной [1, 32].

2B

Всем пациентам с БД легкой или умеренной тяжести на фоне фармакотерапии рекомендуется проведение когнитивно-поведенческой и других видов психотерапии [15-17].

Комментарии. При легких депрессиях такой коррекции терапии часто бывает достаточно для достижения эффекта. Важнейшим фактором для достижения успеха при ведении больных с легкой и умеренной депрессией является также быстрая нормализация нарушений сна и коррекция хронобиологических нарушений.

Терапия первого выбора БД 1 типа без психотической симптоматики

2B

Всем пациентам с установленным диагнозом БД 1 типа без психотической симптоматики, с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендована одна из следующих терапевтических опций:
кветиапин [9, 18, 9]
карбонат литий* [10 – 11]
ламотриджин [9, 13, 14]

Комментарий. Если пациент уже принимает с профилактической целью нормотимическую терапию, купирование депрессии проводится на фоне принимаемого нормотимика.

Стратегии терапии БД 1 типа без психотической симптоматики при неэффективности терапии первого выбора

2B

Пациентам с установленным диагнозом БД 1 типа без психотической симптоматики при неэффективности терапии первого выбора с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано использование одной из неиспользованных опций первого этапа или комбинация нормотимика и АВП первого выбора, или карипразин [9, 17 – 12].

Комментарий: Среди нормотимиков-антиконвульсантов с учетом последующего профилактического этапа терапии в случае преобладания в течении заболевания маниакальных фаз предпочтение рекомендовано отдавать вальпроату натрия, а депрессивных – ламотриджину . Доказательная база для карбамазепина хуже [1], его применение при БД оправдано только если пациент уже принимает данный препарат в качестве профилактической терапии.

2B

Пациентам с установленным диагнозом БД 1 типа без психотической симптоматики при неэффективности терапии первого и второго этапа с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано использование одной из следующих терапевтических опций:

- вальпроат натрия
- комбинация вальпроата натрия с АД из группы СИОЗС
- комбинация карбоната лития с АД из группы СИОЗС
- комбинация АВП с АД из группы СИОЗС
- комбинация оланзапина с флуоксетином
- ЭСТ .

Комментарий: Данные подтверждают эффективность кратковременного импульсного правого одностороннего размещения, хотя данных недостаточно для принятия решения об одностороннем или двустороннем расположении электродов при биполярной депрессии.

5C

Пациентам с диагностированной БД 1 типа без психотической симптоматики, у которых перечисленные выше терапевтические мероприятия оказались неэффективными рекомендовано добавление одной из следующих терапевтических опций:

- арипипразол [12, 13]
- карбамазепин [9]
- светотерапия [19]
- оланзапин [9]
- ТМС на область левой или правой дорсолатеральной коры [12]
- СИОЗС/ОИМАО [13-15]

Комментарий: При выборе АД предпочтение следует отдавать селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС) [13, 16]. Присоединение АД к нормотимической терапии может быть обоснованным при депрессии в рамках БАР I и БАР II у пациентов с положительным эффектом терапии АД в анамнезе. В случае наличия в структуре депрессии смешанных черт (2 и более маниакальных симптомов) или у пациента в анамнезе имелись инверсии фазы при применении АД их присоединение противопоказано. Монотерапии АД следует избегать в связи с высоким риском инверсии фазы и усиления фазообразования и утяжеления течения заболевания в целом. В случае назначения АД необходимо тщательно отслеживать появление признаков гипомании/мании или психомоторного возбуждения, в случае их появления АД необходимо отменить.

Пациентам с БД, у которых в анамнезе не было БЦ или непосредственно предшествовавшего настоящей депрессии маниакального эпизода после купирования депрессивной симптоматики прием АД в комбинации с нормотимиком может продолжаться до 6-12 недель для купирования резидуальных симптомов и достижения устойчивой ремиссии. В случае если в анамнезе имели место БЦ или настоящему эпизоду депрессии непосредственно предшествовало маниакальное состояние, после купирования депрессивной симптоматики АД должны отменяться как можно раньше, уже со второй недели после достижения клинической ремиссии. При всех обстоятельствах желательно проводить постепенное снижение дозы (25-33% каждые 2-4 дня). В случае рецидива депрессии в период снижения дозы или сразу после отмены АД рекомендуется возобновление схемы купирующей терапии [1, 2, 37].

Несмотря на необходимость ограничения периода использования АД, приблизительно 20% больных БАР нуждаются в поддерживающей терапии АД [14]. Для больных с частыми рецидивами депрессии, развивающимися вследствие отмены АД, они могут быть рекомендованы на длительный срок как часть программы профилактической терапии.

Стратегии терапии первого выбора тяжелой БД 1 типа с психотическими чертами

5C

Всем пациентам с установленным диагнозом тяжелой БД с психотическими чертами рекомендовано назначение комбинации нормотимика с АВП [1, 2, 32, 37, и др.] с целью купирования симптомов и достижения ремиссии

Стратегии терапии тяжелой БД – 1 типа с психотическими симптомами при неэффективности назначений первого выбора

5C

Пациентам с установленным диагнозом тяжелой БД с психотическими чертами, у которых перечисленные выше терапевтические мероприятия оказались неэффективными рекомендовано назначение неиспользованных опций первого выбора или комбинация нормотимика с АПП [32, 37].

Комментарий: В отдельных клинических случаях возможно назначение АПП, однако, в связи с предрасположенностью больных с БАР, особенно в период депрессии, к развитию неврологических побочных эффектов предпочтение следует отдавать АВП.

Терапевтические стратегии при неэффективности фармакотерапии БД-1 типа с психотическими симптомами

5C

Пациентам с диагностированной БД 1 типа с психотическими симптомами и недостаточной эффективностью фармакотерапии рекомендовано применение ЭСТ [2, 23, 32 и др.].

5C

Пациентам с диагностированной БД и недостаточной эффективностью фармакотерапии и ЭСТ рекомендовано добавление одной из следующих терапевтических опций:

- арипипразол
- карбамазепин
- оланзапин
- ТМС на область левой или правой дорсолатеральной коры
- СИОЗС/ОИМАО

Терапия первого выбора при БД 2 типа без психотической симптоматики

1A

Пациентам с установленным диагнозом БД 2 типа без психотической симптоматики с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано назначение кветиапина .

Стратегии терапии БД – 2 типа без психотической симптомами при неэффективности назначений первого выбора

2B

Пациентам с установленным диагнозом БД 2 типа без психотической симптоматики при неэффективности терапии первого этапа с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано использование одной из следующих терапевтических опций:

- карбонат лития
- ламотриджин
- ЭСТ
- Сертралин
- Венлафаксин

Стратегии терапии БД – 2 типа без психотической симптомами при неэффективности назначений первого и второго выбора

5C

Пациентам с установленным диагнозом БД 2 типа без психотической симптоматики при неэффективности терапии первого и второго тапа с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано использование одной из следующих терапевтических опций:

- вальпроат натрия
- флуоксетин

Стратегии терапии первого выбора тяжелой БД 2 типа с психотическими чертами

5C

Всем пациентам с установленным диагнозом тяжелой БД 2 типа с психотическими чертами с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано назначение комбинации нормотимика с АВП [1, 2, 32, 37, и др] с целью купирования симптомов и достижения ремиссии

Стратегии терапии тяжелой БД – 2 типа с психотическими симптомами при неэффективности назначений первого выбора

5C

Пациентам с установленным диагнозом тяжелой БД с психотическими чертами, у которых перечисленные выше терапевтические мероприятия оказались неэффективными, с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано назначение неиспользованных опций первого выбора или комбинация нормотимика с АПП [32, 37]

Комментарий: В отдельных клинических случаях возможно назначение АПП, однако, в связи с предрасположенностью больных с БАР, особенно в период депрессии, к развитию неврологических побочных эффектов предпочтение следует отдавать АВП.

5C

Пациентам с диагностированной БД 2 типа с психотическими симптомами и недостаточной эффективностью фармакотерапии с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано применение ЭСТ [2, 23, 32, 37].

5C

Пациентам с диагностированной БД 2 типа с психотическими симптомами и недостаточной эффективностью всех вышеперечисленных методов с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано использование любых методов, перечисленных выше для купирования БД [32].

Терапия смешанного аффективного эпизода или смешанного состояния (СС)

Тактика и этапы фармакотерапии СС

Комментарии: МКБ 10 не разделяет СС по доминирующему аффекту. В отличие от МКБ -10 в DSM-5 вводится уточняющий спецификатор «смешанные черты» и выделяются депрессивный эпизод со смешанными чертами и маниакальный эпизод со смешанными чертами. Диагностические критерии депрессии со смешанными чертами идентичны для депрессивного эпизода в рамках рекуррентного депрессивного расстройства и БАР: пациент должен удовлетворять критериям депрессивного эпизода и иметь 3 или более симптома мании/гипомании: (1) приподнятое или экспансивное настроение, (2) завышенная самооценка или напыщенность, (3) повышенная разговорчивость или речь с напором, (4) полет идей или скачущие мысли, (5) увеличение энергии или целенаправленной активности, (6) рискованное поведение, (7) снижение потребности во сне. Симптомы должны определяться большую часть времени в период депрессивного эпизода, поведение должно отличаться от обычного и быть заметны окружающим.

Для установления диагноза по DSM-5 Маниакальный или гипоманиакальный эпизод со смешанными чертами должны удовлетворяться критерии маниакального или гипоманиакального эпизода и присутствовать по крайней мере 3 из следующих 6 депрессивных симптомов: (1) выраженная дисфория или подавленное настроение, (2) психомоторная заторможенность, (3) чувство никчемности или чрезмерное чувство вины, (4) снижение интереса или удовольствия почти во всех видах деятельности, (5) усталость или потеря энергии, или 6) повторяющиеся мысли о смерти. Симптомы должны проявляться большую часть времени в период текущего или последнего маниакального/гипоманиакального эпизода. Поведение должно отличаться от обычного, и это должно быть заметно окружающим [19].

Учитывая, что в большинстве РКИ использовались указанные выше критерии диагностики смешанных состояний по DSM-5, в настоящих клинических рекомендациях СС разделяются в зависимости от преобладающего аффекта на смешанную депрессию (СД) и смешанную манию (СМ)).

На всех этапах терапии СС подбор оптимальной терапевтической дозы проводится с учетом и индивидуальной чувствительности пациента к препарату. В случае невозможности использования адекватных дозировок в связи с развитием побочных эффектов, рекомендуется перейти к другому препарату. Длительность терапии препаратами первого выбора составляет не менее 2-4 недель.

Если у пациента наблюдается частичный эффект, лечение может быть продолжено на протяжении еще 4 недель или могут быть назначены препараты второго этапа терапии. В случае отсутствия эффекта через 4 недели терапии препаратами первого выбора, нужно переходить к второму этапу терапии [17].

Терапия первого выбора СС с преобладанием депрессивной симптоматики (Смешанная депрессия (СД))

2В

Всем пациентам с установленным диагнозом СД, не получающим нормотимик с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии, рекомендован зипрасидон* [18]

Комментарий. Зипрасидон* изучен только при смешанных состояниях в рамках БАР 2 типа. Вопрос о том, могут ли эти данные быть безоговорочно экстраполированы на БАР 1 типа, остается дискуссионным. Однако, на данный момент в отношении других препаратов более доказательных исследований с положительным результатом при СД не проводилось.

2B

Пациентам с установленным диагнозом СД, уже получающим нормотимик, рекомендуется с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии присоединение зипрасидона [18]

Стратегии терапии СД при неэффективности терапии первого выбора

4B

Пациентам с установленным диагнозом СД, получавшим на первом этапе купирующей терапии зипрасидон без достаточного эффекта, рекомендуется с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии назначение оланзапина [12 – 15] или карбамазепина [18], ЭСТ [18, 19, 19]

Комментарий: при неэффективности назначенного препарата, необходимо перейти к назначению неиспользованной опции. В тех случаях, когда пациент уже получает нормотимик с профилактической целью, купирующую терапию СД рекомендуется проводить на фоне принимаемого нормотимика.

Терапия первого выбора при СС с преобладанием маниакальной симптоматики (смешанная мания (СМ))

2A

Всем пациентам с установленным диагнозом СМ рекомендуется с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии назначение оланзапина [4, 11, 12 – 14]

2A

Пациентам с установленным диагнозом СМ, уже получающим нормотимик, рекомендуется с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии присоединение оланзапина [17 – 19]

Стратегии терапии СМ при неэффективности терапии первого выбора

2B

Пациентам с установленным диагнозом СМ, получавшим на первом этапе купирующей терапии оланзапин без достаточного эффекта, рекомендуется с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии назначение оланзапина в сочетании с вальпроатом натрия [17–19] или арипипразола [20 – 22] или кветиапина+нормотимик [26].

Комментарий: при неэффективности назначенного препарата, необходимо перейти к назначению неиспользованной опции. В тех случаях, когда пациент уже получает нормотимик с профилактической целью, купирующую терапию СМ рекомендуется проводить на фоне принимаемого нормотимика). Для коррекции симптомов тревоги к основной схеме терапии может добавляться алимемазин [10, 14, 27].

Стратегии терапии СМ при неэффективности терапии второго выбора

3B

Пациентам с установленным диагнозом СМ, у которых оказались неэффективными препараты второго этапа терапии, рекомендуется назначение одного из перечисленных препаратов:

- карипразин
- клозапин
- рисперидон

- АПП
- ЭСТ

Комментарий: при неэффективности назначенного препарата, рекомендуется

Код	Анатомо-терапевтические химические классификационные группы (АТХ)	Международное непатентованное название	Средняя доза в день	Средняя доза на курс
N05AA	Фенотиазиновые алифатические соединения	Хлорпромазин Левомепромазин	600 мг 100 мг	6000 мг 1000 мг
N05AB	Фенотиазиновые пиперазиновые соединения	Трифлуоперазин Флуфеназин	20 мг 100 мг	420 мг 1000 мг
N05AC	Фенотиазиновые пиперидиновые соединения	Тиоридазин	200 мг	4200 мг
N05AD	Бутирофеноновые соединения	Галоперидол	10 мг	210 мг
N05AH	Диазепины	сибазон	5 мг	100 мг
N05AL	Бензамиды	Сульпирид Тиаприд	300 мг 300 мг	6300 мг 6300 мг
N05AX	Другие антипсихотические средства	Рisperидон	2 мг	42 мг
N03AF	Производные карбоксамида	Карбамазепин	400 мг	1200 мг
N03AG	Производные жирных кислот	Вальпроевая кислота	750 мг	22500 мг
N03AX	Другие противосудорожные препараты	Ламотриджин	25 – 50 мг	1500мг

перейти к назначению неиспользованной опции. В тех случаях, когда пациент уже получает нормотимик с профилактической целью, купирующую терапию СМ следует проводить на фоне принимаемого нормотимика.

Стратегии терапии СМ при неэффективности терапии третьего выбора

2С

Пациентам с установленным диагнозом СМ, у которых оказались неэффективными препараты третьего этапа терапии, рекомендуется с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии назначение *топирамата [24]

Комментарий: при неэффективности назначенного препарата, необходимо перейти к назначению неиспользованной опции. В тех случаях, когда пациент уже получает нормотимик с профилактической целью, купирующую терапию СМ рекомендуется проводить на фоне принимаемого нормотимика.

Реабилитация

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

2А

Всем пациентам с установленным диагнозом БАР рекомендована психосоциальная поддержка и психотерапия с целью повышения эффективности терапии депрессивной фазы и снижения интенсивности рецидивирования на профилактическом этапе лечения [22].

Комментарий: Некоторые психосоциальные методики, разработанные специально для БАР, способны уменьшать интерперсональные конфликты, нивелировать потенциальные триггерные механизмы развития фазы и/или сглаживать циркадианную ритмику.

2А

Всем пациентам с установленным диагнозом БАР рекомендована психообразовательная методика с целью повысить осведомленность о природе заболевания, его течении, прогнозе и методах лечения [22]

Комментарий. При этом решаются следующие основные задачи: улучшение комплаенса и активное формирование приверженности длительной противорецидивной нормотимической терапии; установление необходимого альянса между лечащим врачом, пациентом и его родственниками; соблюдение режима терапии и регулярного мониторингования лабораторных анализов, включая определение препарата в крови, и побочных эффектов терапии; полное восстановление уровня социального функционирования; распознавание ранних проявлений рецидивов и вероятных побочных эффектов; объективная оценка рисков, связанных с заболеванием и проводимой терапией (суицид, нарушения закона, злоупотребление ПАВ, беременность и др.). Близкие к этим задачи при использовании психообразовательного подхода ставятся также при работе с семьями этих пациентов, включая также совладание со стрессом вследствие возникновения болезни у члена семьи и налаживание внутрисемейных отношений.

Пациенту и родственникам разъясняются порядок и правила приёма лекарственных средств, необходимость госпитализации в психиатрический стационар или амбулаторного лечения и наблюдения врачом-психиатром. В таблице 2 представлены некоторые наиболее важные пункты информации, которую рекомендовано освещать при проведении психообразовательных семинаров у больных, получающих различные нормотимики.

3.3 Профилактика и диспансерное наблюдение

2А

Всем пациентам с установленным диагнозом БАР рекомендовано назначение препаратов нормотимического действия для проведения третичной профилактической терапии с целью предотвращения рецидивов и поддержания эутичного периода.

Комментарий:

Задачи нормотимической терапии:

- ✓ назначение нормотимического средства и подбор адекватной дозы

- ✓ оценка толерантности и эффективности терапии
- ✓ сохранение эутимного периода, и симптоматическая коррекция легких новых или резидуальных аффективных и других психических нарушений
- ✓ контроль соматоневрологического состояния пациента
- ✓ сохранение преморбидного уровня социальной адаптации и качества жизни

Условия проведения – амбулаторно

Выбор препарата для профилактической терапии должен осуществляться с учетом варианта течения заболевания, преобладающей полярности аффекта, соматоневрологического статуса пациента, вероятных побочных эффектов препаратов, противопоказаний к их назначению, а также с учетом предшествующей эффективности того или иного препарата на остром этапе заболевания у данного больного [1, 32].

Не рекомендуется: назначать больным препарат, к которому у них имеются относительные противопоказания, если не исчерпаны терапевтические возможности выбора других препаратов [1,32, 37 и др.]. Подбор дозы препарата проводится в соответствии с учетом индивидуальной переносимости, рекомендуемого диапазона терапевтических доз, фармакокинетических параметров, сопутствующей терапии и в соответствии со схемой в утвержденной инструкции к применению препарата [1,32, 37 и др.].

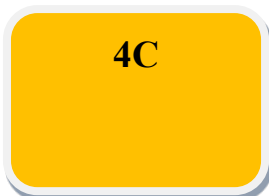
В период подбора профилактической терапии осмотры пациента врачом должны проводиться ежемесячно с целью контроля переносимости терапии и выявления предрецидивных расстройств.

Тактика профилактической терапии имеет некоторые различия при альтернирующем течении и БЦ или континуальном течении БАР. Учитывая широкое индивидуальное многообразие вариантов течения и клинических ситуаций, возникающих в процессе многолетней профилактической терапии, алгоритм лечения может быть представлен лишь в общем виде с указанием основных этапов и последовательности действий.

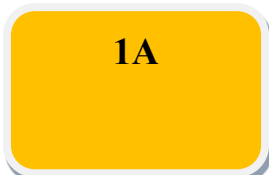
Первый этап профилактической терапии



Пациентам с диагностированным БАР, у которых на первом этапе профилактической терапии развилась очередная фаза или возникли предрецидивные (субсиндромальные) расстройства рекомендовано купировать острую симптоматику и оптимизировать профилактическую терапию (увеличить дозу назначенного ранее нормотимика или АВП с последующей оценкой профилактической эффективности) [1,32, 37 и др.].



Пациентам с диагностированным БАР, у которых оптимизация терапии на первом этапе профилактики, предпринятая в связи с развитием предрецидивных расстройств или рецидива аффективной симптоматики оказалась неэффективной, рекомендовано заменить нормотимик [1,32, 37 и др.]



Пациентам с диагностированным БАР, которым был назначен препарат для профилактической терапии, и у которых к концу периода оценки наблюдается частичный эффект терапии рекомендуется введение в схему второго нормотимика или АВП [1,32, 37, 40, и др.]

Комментарии: Подбор дозировок должен проводиться с учетом возможных лекарственных взаимодействий. Если подобранная на первом этапе терапии доза нормотимика оказывается эффективной, но наблюдаются побочные эффекты препарата,

можно рекомендовать попытку снижения дозы до переносимой. Если в такой ситуации эффект терапии полностью утрачивается, следует заменить основной препарат на другой нормотимик (при частичном эффекте возможна комбинированная терапия нормотимиками или добавление АВП [40]).

В случае развития у пациента осложнений или сопутствующих заболеваний, препятствующих проведению терапии назначенным препаратом, необходимо сменить нормотимик и сделать новую попытку налаживания профилактической терапии.

Второй этап профилактической терапии

5A

Пациентам с диагностированным БАР, у которых, подобранный на первом этапе препарат имеет хорошую переносимость и обеспечивает полное подавление аффективных фаз, рекомендуется продолжать лечение неопределенно долго с целью сохранения эутимного периода [34].

Комментарий: Попытка прекращения терапии возможна не ранее 5 лет стабильной ремиссии и только по инициативе пациента, при его настойчивом желании, либо в случае планируемой беременности у женщин, в случае, если потенциальный риск для плода превышает пользу от продолжения терапии. Нужно предупредить пациента о высоком риске обострения и постараться убедить в необходимости продолжения терапии неопределенно долго.

Следует учитывать, что на этом этапе терапии даже после нескольких лет устойчивой ремиссии возможна утрата эффективности первоначально назначенной терапии или развитие поздних побочных эффектов, осложнений или сопутствующих заболеваний, являющихся противопоказанием к продолжению лечения в прежнем режиме. В этом случае коррекция терапии рекомендовано проводить с соблюдением подходов первого этапа. После достижения устойчивой ремиссии длительностью 2 года, визиты пациента к врачу рекомендуется проводить с интервалом в 3 месяца. Во время визита к врачу необходимо выявить и оценить все детали возможных изменений психического статуса пациента за прошедший период времени и переносимость назначенных препаратов, а также наметить и обсудить с пациентом план дальнейшей терапии. Для эффективного использования времени, отведенного для контакта с врачом, могут служить стандартизованные формы самоотчета пациента, которые выдаются ему на руки для заполнения дома в период между визитами и непосредственно перед визитом к врачу. Такая оценка состояния, самостоятельно регулярно регистрируемая пациентом, способствует формированию у него опыта контроля собственного состояния. Кроме того, в периоды обострений, когда, например, в депрессии пациент утрачивает веру в возможность установления ремиссии, или напротив, в период мании утверждает, что никогда не испытывает проблем, заполненные ранее рукой пациента карты могут служить убедительным доводом в необходимости лечения.

Особенности терапии больных с континуальным и БЦ течением БАР

5A

Всем пациентам с установленным диагнозом БАР с континуальным или БЦ –течением с целью обрыва неблагоприятного течения и формирования эутимного периода рекомендуется исключение возможных медикаментозных факторов, способствующих формированию и поддержанию аффективной неустойчивости с учащением фазообразования [14,32]

Комментарии: При лечении больных БАР с БЦ течением рекомендовано соблюдать общие принципы проведения профилактической терапии БАР. При этом, однако, следует учитывать некоторые особенности терапии этих наиболее труднокурабельных больных БАР [21, 22]. Учитывая, что все АД, особенно трициклические, могут вызывать инверсию фазы, попытка их отмены должна быть первым шагом при ведении больных с БЦ [32, 40].

3В

Всем пациентам с установленным диагнозом БАР с континуальным или БЦ –течением с целью обрыва неблагоприятного течения и формирования эутичного периода рекомендуется при выборе нормотимика отдавать предпочтение антиконвульсантам, учитывая их большую эффективность в сравнении с карбонатом лития при БЦ течении [21, 22].

4А

Всем пациентам с установленным диагнозом БАР с континуальным или БЦ – течением при неэффективности первого назначенного нормотимика с целью обрыва неблагоприятного течения и формирования эутичного периода рекомендуется смена нормотимика или проведение ЭСТ с последующим назначением нормотимической терапии [40, 43, 32, 37,].

Комментарий. При тяжелом течении заболевания с развернутыми аффективными фазами, короткими эутичными периодами или континуальным течением целесообразно проведение ЭСТ уже на ранних этапах терапии [40, 43]. Проведение поддерживающей ЭСТ возможно у пациентов с предшествующей эффективностью обрывающего курса ЭСТ и неэффективностью комбинированных схем нормотимических препаратов. Терапия БЦ течения БАР требует систематического (не реже 1 раза в месяц) тщательного наблюдения за состоянием пациента. Для оценки эффективности назначенной терапии проводится оценка динамики фазообразования.

Факт купирования текущего эпизода сам по себе не может расцениваться как проявление положительного эффекта терапии, также как единичное обострение не должно быть основанием для смены нормотимика из-за его неэффективности. Хорошим подспорьем в оценке эффективности терапии и выработке решения о дальнейшей терапевтической тактике может служить ежедневно заполняемая пациентом карта самооценки состояния (см. Приложение 1 – Карта самостоятельной регистрации колебаний настроения). Это особенно важно в психообразовательных целях, так как в карте наглядно прослеживается постепенное урежение, укорочение или уменьшение тяжести эпизодов. Даже в случае сохраняющихся рецидивов тяжелой депрессии или мании любые свидетельства уменьшения интенсивности фазообразования в течение первых трех месяцев оценки использованной терапевтической тактики могут являться предвестниками грядущего улучшения. Эффекты вновь назначенного нормотимика или отмены АД могут не проявляться в течение нескольких месяцев. Поэтому результаты терапевтической тактики, которые регистрируются в период меньший, чем длительность трех циклов или четырех месяцев являются лишь ориентировочными, но не показательными. В большинстве ситуаций для оценки эффективности вновь назначенной терапии требуется шесть месяцев и более. Несмотря на то, что клиническая необходимость подчас определяет невозможность откладывания интенсификации терапии более чем на четыре месяца, рекомендовано сделать все возможное для сохранения выжидательной тактики с учетом известных сроков становления эффекта любой нормотимической терапии. Только такая тактика дает возможность получить реальные представления об эффективности того или иного препарата. В этот период

необходимо использовать максимально переносимые дозы препаратов, обеспечивающие оптимальную эффективность. [1, 21, 32, 37, 40, др.]

Увеличение дозы нормотимика может способствовать как уменьшению фазообразования, так и купированию маниакальной или депрессивной симптоматики в период рецидива. Такая тактика, наряду с использованием «терапии прикрытия» в ряде случаев позволяет избежать назначения АПП в периоды маний или АД в периоды депрессий и, таким образом, снизить риск провокации усиления цикличности.

Использование бензодиазепиновых транквилизаторов, которые доступны в инъекционных формах, позволяет в большинстве случаев контролировать психомоторное возбуждение при мании или выраженную тревогу при депрессии в условиях стационара. При необходимости использования антипсихотиков предпочтение должно отдаваться АВП.

При тяжелых депрессиях, особенно с суицидальными тенденциями, избежать назначения АД не представляется возможным. В этих случаях рекомендуется тактика лечения БД, а после купирования симптоматики вновь возвращаются к методам, направленным на обрыв БЦ течения. При этом лечение острого эпизода проводится без отмены, предшествующей нормотимической терапии [1, 21, 32, 37, 40] .

4С

Всем пациентам с установленным диагнозом БАР с континуальным или БЦ – течением в случае частичного эффекта назначенного нормотимика, и в зависимости от клинической необходимости может быть рекомендовано продолжение периода наблюдения или присоединение второго нормотимика с целью обрыва континуального цикла и установления эутимного периода [1, 21, 32, 37, 40,].

Комментарий: Противорецидивная терапия в режиме лечения БЦ в большинстве случаев рекомендована даже тогда, когда течение заболевания уже не отвечает этим критериям. Для пациентов с 1-3 эпизодами в год, основные усилия должны быть направлены на достижение более длительной ремиссии с целью максимального улучшения качества их жизни [1, 21, 32, 37, 40]

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Решение вопроса о стационарном или амбулаторном лечении:

При мании умеренной тяжести или тяжелой рекомендовано госпитализировать пациента.

При гипомании - для решения вопроса о стационарировании рекомендовано учитывать:

- степень выраженности нарушений поведения и социальной дезадаптации
- суицидальный риск (при наличии смешанных состояний)
- анамнестические данные (риск развития мании и быстроту развития предшествующих маниакальных эпизодов)
- уровень критичности пациента к имеющейся у него симптоматике
- условия микросоциальной среды и степень участия близких в терапевтическом процессе

Проведение амбулаторной терапии при гипомании возможно при следующих условиях:

- пациент сохраняет относительную критичность к состоянию
- пациент способен выполнять назначения врача

– у пациента есть близкие, способные оказать помощь в контроле за выполнением назначений и состоянием пациента.

При депрессии легкой или умеренной для решения вопроса о стационарировании рекомендовано учитывать:

- степень выраженности социальной дезадаптации
- суицидальный риск
- анамнестические данные (риск инверсии фазы, утяжеления симптоматики с формированием суицидальных тенденций, выраженность симптомов тревоги)
- уровень критичности пациента к имеющейся у него симптоматике
- условия микросоциальной среды и степень участия близких в терапевтическом процессе

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под редакцией С.Н. Мосолова М.: МЕДпресс-информ, 2008. – с.15
2. Grunze H., Vieta E., Goodwin GM., Bowden C., Licht R.W., Möller H.J., et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. //World J Biol Psychiatry. – 2010. – №11. – p.81–109
3. McDonald K.C., Bulloch A.G.M., Duffy A., et al. Prevalence of bipolar I and II disorder in Canada // Can J Psychiatry. -2015; N. 60 P. 151-6.
4. Bauer M., Glenn T., Alda M., et al. Influence of birth cohort on age of onset cluster analysis in bipolar I disorder // Eur Psychiatry. - 2015; N. 30 P. 99-105.
5. Hwu H.G., Yeh E.K., Chang L.Y. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule // Acta Psychiatr Scand. –1989 N. 79 P. 136-147.
6. Wittchen H.U., Essau C.A., von Zerssen D., Krieg J.C., Zaudig M. Lifetime and sixmonth prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. -1992 N. 241 P. 247-258.
7. Hirschfeld R.M.A., Calabrese J.R., Weissman M., et al. Lifetime prevalence of bipolar I and II disorders in the United States [abstract] // Presented at the 155th American Psychiatric Association Annual Meeting, -2002, May 18-23, Philadelphia, PA, USA
8. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., et al. Lifetime and 12-month prevalence of DMS-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry. - 1994, N.51 P. 18–19.
9. Angst J., Gamma A., Benazzi F., Ajdacic V., Eich D., Rössler W. Diagnostic issues in bipolar disorder // Europ. Neuropsychopharm. – 2003. – Vol. 13. – S43–S50.
10. Angst J., Stassen H.H., Clayton P.J. et al. Mortality of patients with mood disorders: follow up over 34-38 years // J. Affect. Disord. – 2002. – Vol.68. – p. 167-181
11. Licht R.W., Vestergaard P., Brodersen A. Long-term outcome of patients with bipolar disorder commenced on lithium prophylaxis during hospitalization: a complete 15-year register-based follow-up. Bipolar Disord. – 2008, N. 10. P. 79-86.

12. Беляев Б. С. Клиническая дифференциация и систематика эндогенных аффективных психозов // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1991. — Т. 91. — No 12. — С. 51-55.
13. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2015-2017 гг. Аналитический обзор под ред. З.И. Кекелидзе. ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, М., - 2018, с. 142
14. Lish J.D., Dime-Meenan S., Whybrow P.C., et al. The national Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members // J. Affect Disord., - 1994; N. 31. P. 281–294.
15. Hirschfeld R.M., Lewis L., Vornik L.A. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder // J Clin Psychiatry. – 2003. – Vol. 64. – P. 161–174.
16. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Всемирная организация здравоохранения. Перевод на русский язык под ред. Нуллер Ю.Л., Циркин С.Ю. // Россия. С-П «Оверлайд», 1994.
17. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства//Современная терапия психических расстройств. – 2014. – Вып. 2. – С. 2–14
18. Мосолов С.Н., Шафаренко А.А., Ушкалова А.В., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством// Современная терапия психических расстройств. – 2014. – Вып. 3. – С. 2–8
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric. J Clin Psychiatry 78:8, September/October 2017 1100
20. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии // Восток. – 1996. – 374 с.
21. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г. Клинические рекомендации по терапии быстроциклического течения биполярного расстройства // Современная терапия психических расстройств. - 2008. - № 1. - С. 38-46.
22. Мосолов С.Н. Обрыв континуального течения аффективных колебаний с помощью карбамазепина и вальпроата натрия у резистентных к лечению солями лития больных эндогенными психозами // Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. – М., 1986. – С. 75–80
23. Мосолов С.Н., Мощевитин С.Ю. Применение электросудорожной терапии для обрыва континуального течения терапевтически резистентных аффективного и шизоаффективного психозов. Ж-л Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1990, 4, с.121-125
24. Bauer M.S., Calabrese J.R., Dunner D.L., et al. Multisite data reanalysis of the validity of rapid cycling as a course modifier for bipolar disorder in DSM-IV // Am J Psychiatry. -1999. N. 151 P. 506-515.
25. Dunner D., Patrick V., Fieve R. Rapid cycling manic-depressive patients // Comprehensive Psychiat., - 1977, Vol.18, N 6, p.561-566.
26. Suppes T., Leverich G.S., Keck P.E. et al. The Stanley Foundation Bipolar treatment outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients // J. Affect. Disorder, - 2001. N. 67 P. 45-59.
27. Wehr T.A., Sack D.A. et al., Rapid cycling affective disorder% contributing factors and treatment responses in 51 patients. Am J Psychiatry. – 1988. – №145. – p 179 -184
28. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Современная диагностика и терапия биполярного аффективного расстройства: от доказательных научных исследований к клинической практике. // Биологические методы терапии психических расстройств

(доказательная медицина-клинической практике) под редакцией С.Н. Мосолова. Москва, 2012, стр. 491-529

29. Kogan J.N., Otto M.W., Bauer M.S. et al. Demographic and diagnostic characteristics of the first 1000 patients enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) // *Biol Psychiatry*, - 2004.

30. Frye M.A., Altshuler L.L., McElroy S.L. et al. Gender differences in prevalence, risk and clinical correlate of alcoholism comorbidity in bipolar disorder // *Am. J. Psychiatry*, 2003, Vol.160, p.883-889.

31. Kupfer D.J., Frank E. Trends in diagnosis and treatment of bipolar disorders // *Medicographia*, - 2005. N.27 P. 254-260.

32. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г. Биполярное аффективное расстройство// Национальное руководство. Психиатрия под ркд. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. – Геотар Медиа.– 2018– с. 704-799

33. Angst J, Gamma A, Bowden CL, et al. Diagnostic criteria for bipolarity based on an international sample of 5,635 patients with DSM -IV major depressive episodes // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. - 2012; N. 262. P. 3-1

34. Angst J., Adolfsson R., Benazzi F. et al. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients // *J Affect Dis*. – 2005. – Vol. 88, No 22. – P. 217–233.

35. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б., Курсаков А.А., Образцова Л.В. Валидизация российской версии опросника HCL-32 для выявления пациентов с биполярным аффективным расстройством II типа среди больных, наблюдающихся с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2015. – Т. 25, Вып. 1. – С. 22–30.

36. Truman C.J., Goldberg J.F., Ghaemi S.N., Baldassano C.F., Wisniewki S.R., Dennehy E.B., Thase M.E., Sachs G.S. Self-reported history of manic/hypomanic switch associated with antidepressant use: data from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) // *J Clin Psychiatry*. – 2007.N. 68 P. 1472–1479

37. Yatham L., Kennedy S., Parikh S. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder// *Bipolar Disorders*.-2018. P. 1–74.

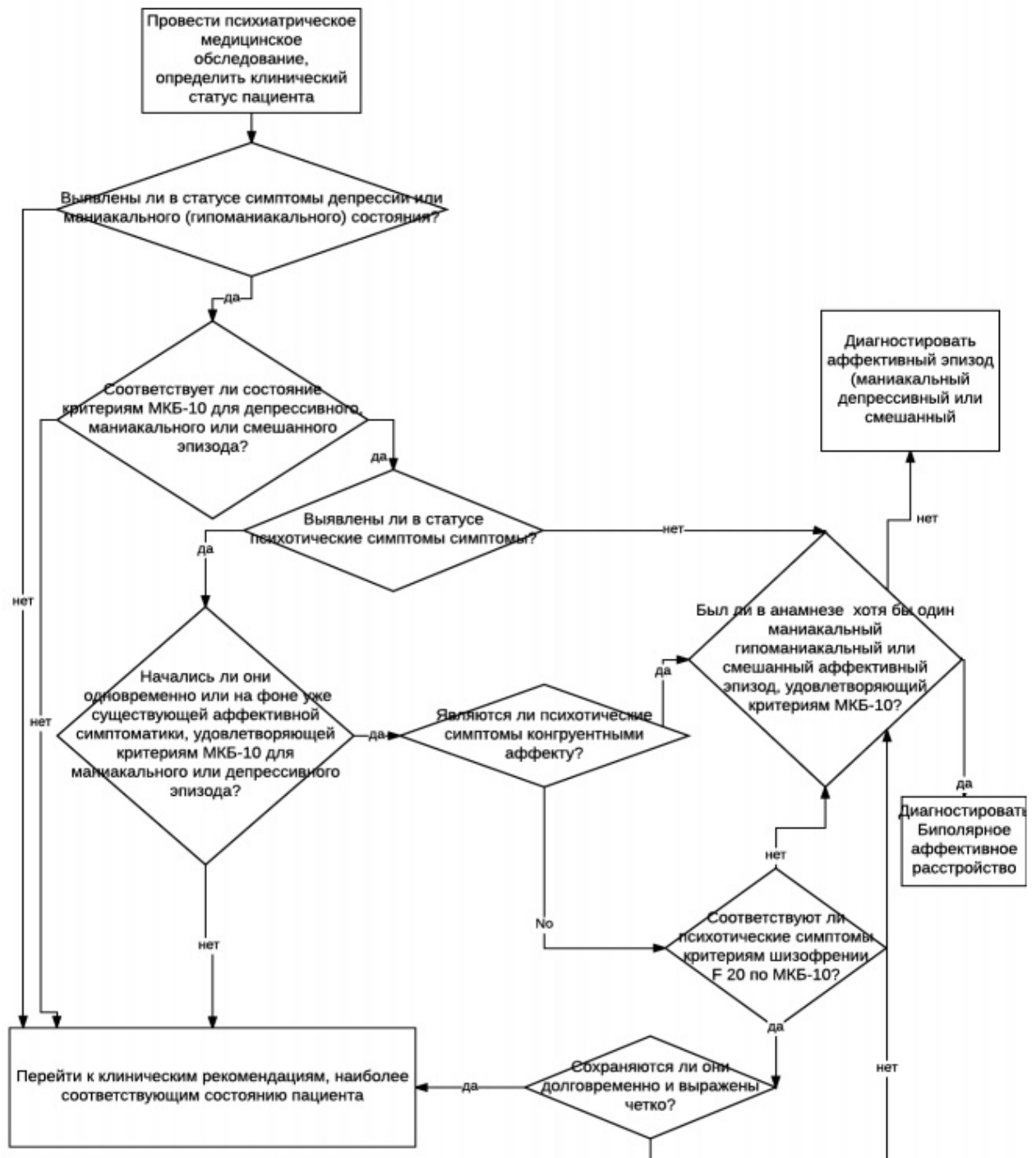
38. Posner K., Oquendo M.A., Gould M., Stanley B., Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants // *Am J Psychiatry*, 200; 164:1035- 1043.

39. Dong M. et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies // *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. – 2019. P. 1–9.

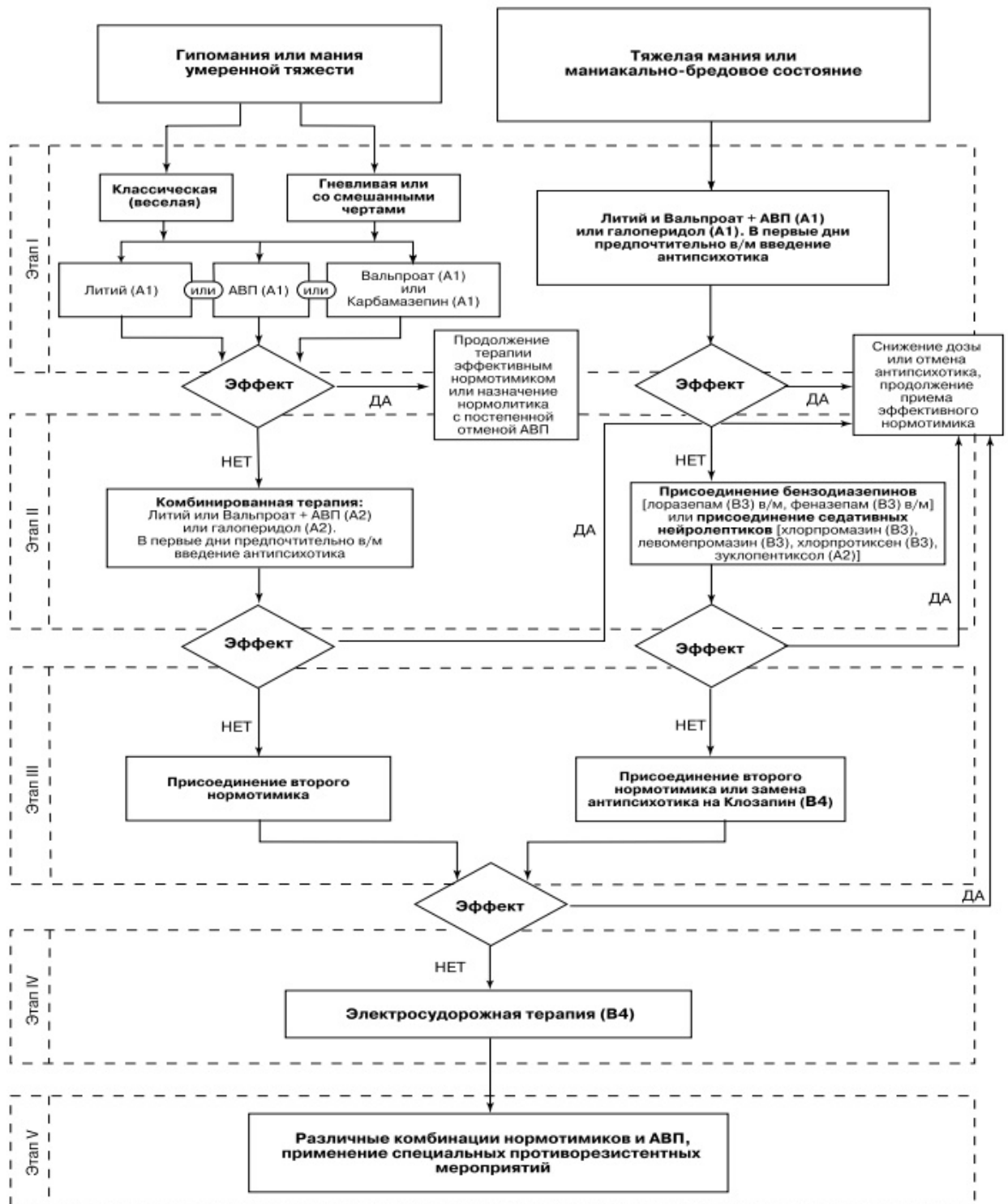
40. Grunze H., Vieta E., Goodwin G.M. et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder // *World J Biol Psychiatry*. - 2013. - Vol. 14. - P. 154-219

Приложение 1. Алгоритмы действий врача

Приложение 1.1. Алгоритм Диагностики Биполярного Аффективного Расстройства



Приложение 1.2. Алгоритм биологической терапии маниакальных состояний в клинических рекомендациях «Биполярное аффективное расстройство у взрослых»



Приложение 2. Специальная информация для обсуждения на психообразовательных семинарах при проведении длительной профилактической терапии различными нормотимическими средствами

Нормотимический препарат	Предупредить о возможности появления	Сообщить врачу при появлении	Специально обсудить
карбонат лития	легкого тремора жажды учащения мочеиспускания сонливости желудочно-кишечных расстройств	тремора нарушений речи мышечных подергиваний нарушений походки и равновесия нарушений памяти	регулярность лабораторных тестов контроль за весом соблюдение обычного солевого пищевого режима тератогенный риск
вальпроат натрия	желудочно-кишечных расстройств (тошнота) сонливости тремора	сыпи нарушений зрения отеков неожиданных синяков вспучивании живота желтухи отеков лица повышенного выпадения волос	контроль за весом возможные лекарственные взаимодействия прием витаминов и минеральных веществ (фолаты, селений, цинк и др.) тератогенный риск
карбамазепин	сонливости головокружения желудочно-кишечных расстройств	сыпи желтухи нарушений координации аритмии, сердцебиений отеков лица неожиданных синяков	контроль за весом возможные лекарственные взаимодействия тератогенный риск прием витаминов и минеральных веществ (фолаты, селений, цинк и др.)
ламотриджин	бессонницы сонливости тошноты головокружения	сыпи неожиданных синяков спучивания живота желтухи отеков лица	возможные лекарственные взаимодействия прием витаминов и минеральных веществ (фолаты, селений, цинк и др.)

Приложение 3. Фармакокинетические характеристики лития и рекомендации по применению и мониторингу во время беременности

Особенности фармакокинетики	Рекомендации
-----------------------------	--------------

- Во вторую половину беременности клиренс повышается на 30% - 50%
- Уровень терапевтических концентраций в сыворотке крови 0.6 - 1.2 мэкв/л
- Период полувыведения: 22 часа

- Перед назначением необходимо определить функцию щитовидной железы и почек.
- Определять концентрацию ТТГ каждые 3-6 месяцев
- Применять в минимальной эффективной дозе.
- Обычно доза составляет 900-1200 мг/сут для поддерживающей терапии и 1200-2400 мг/сут при остром эпизоде
- Для того, чтобы избежать создания высоких концентраций в крови, делить суточную дозу на несколько приемов.
- По возможности, избегать применения в первом триместре.
- Легкая форма заболевания в стабильном состоянии: постепенная (> 2 недель) отмена до беременности и разработка плана ведения при беременности, по возможности, без поддерживающей терапии.
- Тяжелая форма заболевания с умеренным риском рецидива: оценить пользу и риск; по возможности, избегать применения, по крайней мере, в первом триместре.
- Тяжелая форма заболевания с высоким риском рецидива: продолжать терапию на протяжении беременности при условии согласия женщины, проинформированной о риске тератогенности.
- Уровни препарата в крови в период беременности могут снижаться, необходимо регулярное мониторингирование концентраций.
- Измерение уровня концентраций в крови следует проводить ежемесячно в 1-ую половину беременности, еженедельно – в III триместре.
- Поддерживать гидратацию у матери.
- Если препарат отменяли во время родов, возобновлять применение в послеродовом периоде, как только

	<p>стабилизируется состояние женщины, в дозе, которая использовалась до беременности.</p> <ul style="list-style-type: none"> • При применении в I триместре - провести на 16-18-ой неделе ультразвуковое исследование с высоким разрешением и эхокардиографию у плода
--	--

Приложение 4. Фармакокинетические характеристики антиконвульсантов и рекомендации по их применению и мониторингу во время беременности

Препарат	Фармакокинетика	Рекомендации
вальпроатнатрия	Клиренс варьирует Уровень терапевтических концентраций в сыворотке крови: 50-100 мг/мл Период полувыведения: 9-16 ч	<p>По возможности, избегать применения во время беременности и/или в первом триместре.</p> <p>Снижение тератогенного риска наблюдается при применении в дозе <1000 мг/сут (концентрации в сыворотке крови <70 мкг/мл), разделенной на 3 приема</p> <p>Однократное дозирование в сутки может приводить к созданию непредсказуемо высоких пиковых уровней</p> <p>Определение концентраций в крови рекомендуется ежемесячно во II триместре и еженедельно – в III триместре.</p> <p>Мониторировать уровни в крови.</p> <p>Применять витамин К в течение последнего месяца беременности и вводить новорожденному.</p> <p>Назначать фолиевую кислоту в период зачатия и в первом триместре.</p> <p>При применении в I триместре - провести к 18-ой неделе ультразвуковое исследование с высоким разрешением.</p>
карбамазепин	Клиренс варьирует Период полувыведения: переменный	<p>По возможности, избегать применения во время беременности и/или в первом триместре.</p> <p>При необходимости применения использовать в виде монотерапии, разделив суточную дозу на несколько приемов.</p> <p>Мониторировать сывороточную концентрацию не связанной с белками фракции препарата</p> <p>Определение концентраций в крови рекомендуется ежемесячно во II</p>

		<p>триместре и еженедельно – в III триместре.</p> <p>Назначать фолиевую кислоту во время зачатия и в первом триместре.</p> <p>Применять витамин К в течение последнего месяца беременности и вводить новорожденному</p> <p>У женщин, начавших применение после зачатия, более высокий риск серьезных побочных эффектов (агранулоцитоз, печеночная недостаточность, синдром Стивенса-Джонсона).</p> <p>При применении в I триместре - провести к 18-ой неделе ультразвуковое исследование с высоким разрешением и эхокардиографию плода.</p>
ламотриджин	<p>Нет стандартных сывороточных уровней</p> <p>Период полужизни: 25 ч (варьирует при совместном применении с ферментиндуцирующими антиконвульсантами)</p> <p>Повышение клиренса с увеличением срокабеременности, приводящее к более низким сывороточным уровням, после родов концентрации в крови быстро возвращаются к уровню до зачатия</p>	<p>Для снижения риска врожденных аномалий рекомендуется применение в суточной дозе ниже 200 мг.</p> <p>Необходим тщательный подбор доз во время беременности и в раннем послеродовом периоде, так как во время беременности существенно повышается клиренс препарата.</p>

Приложение 5. Показания для госпитализации при суицидоопасных состояниях

<p>А. Абсолютные показания для госпитализации:</p> <p>1) После суицидальной попытки или парасуицида, когда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – больной в психозе – тяжелая суицидальная попытка с высоким риском летальности – планируемый повторный суицид или активные мысли о суициде – риски повтора суицида трудно установить (в т.ч. когда пациент не раскрывает переживаний) – сохраняющиеся/усиливающиеся внешние факторы, явившиеся причиной суицида – мужской пол, старше 45 лет, особенно если пациент первичный – у пациента нет/недостаточно семейной или социальной поддержки – наличие в психическом статусе следующих признаков/симптомов: возбуждение, импульсивность, не критичность и отказ от помощи – изменения психического статуса, вероятно, имеют органический генез (токсический, инфекции и др.) <p>2) Суицидальной попытки не было, имеются:</p>
--

<ul style="list-style-type: none"> – наличие плана суицида с высоким риском летальности – активные суицидальные мысли
Б. Госпитализация может быть необходима:
<p>1) После суицидальной попытки или парасуицида и при наличии суицидальных мыслей, когда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – у пациента имеется другое тяжелое психическое расстройство – суицидальные попытки имели место в прошлом, особенно если они были тяжелыми – возможное наличие соматического заболевания (рак, инсульт и т.д.) – неэффективность (а также отказ от помощи) предыдущего лечения в амбулаторных и полустационарных условиях – необходимость обследования, в т.ч. лабораторно-диагностического – недостаточность семейной или социальной поддержки, плохие жилищные условия – терапевтический контакт трудно установить – удаленное проживание для амбулаторного лечения
<p>2) Суицидальной попытки не было, о мыслях и/или планировании суицида больной также не сообщает. Однако высокий риск суицида выявляется при оценке психического статуса либо подтверждается объективными данными</p>
В. Возможно лечение в режиме дневного стационара:
<p>После суицидальной попытки, а также при наличии суицидального плана или мыслей, когда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – они являются реакцией на произошедшие события (межличностные проблемы, провал экзаменов и т.д.), при условии, если взгляд пациента на ситуацию изменился – суицидальный план /мысли имеют низкий риск летальности – у больного имеется хорошая семейная/социальная поддержка – пациент сотрудничает, выполняет рекомендации, «заключен лечебный контракт»
Г. Другие формы помощи предпочтительнее госпитализации:
<p>У больного очень длительное время присутствуют суицидальные мысли, также возможны нетяжелые самоповреждения (поверхностные порезы и т.д.) при наличии хорошей семейной/социальной поддержки и разработанного терапевтического плана в амбулаторных условиях</p>

Приложение 6. Клинические ориентиры для первичного выбора нормотимика в начале профилактической терапии БАР

Диагност	Характер фазообразования	Преобладающая симптоматика в течении заболевания	Препарат Первичного выбора				
			карбонатлито	вальпроатнат	карбамазепин	ламотриджин	
БАР I	Альтернирующеетечение	Преобладание депрессий	Нетпсихотическойсимптоматики	+	+	+	+
			Естьпсихотическаясимптоматика	-	+	+	-
		Преобладание маний	Нетпсихотическойсимптоматики	+	+	-	-
			Естьпсихотическаясимптоматика	-	+	-	-

	Континуальное/быстроциклическое течение	Преобладание депрессий	Нетпсихотической симптоматики	-	+	+	-
			Естьпсихотическая симптоматика	-	+	+	-
		Преобладание маний	Нетпсихотической симптоматики	-	+	-	-
			Естьпсихотическая симптоматика	-	+	-	-
БАР II	Альтернирующее течение	Преобладание депрессий	Нетпсихотической симптоматики	+	+	+	+
			Естьпсихотическая симптоматика	-	+	+	-
		Преобладание ипоманий	Нетпсихотической симптоматики	+	+	-	-
			Естьпсихотическая симптоматика	-	+	-	-
	Континуальное/быстроциклическое течение	Преобладание депрессий	Нетпсихотической симптоматики	-	+	+	+
			Естьпсихотическая симптоматика	-	+	+	+
		Преобладание ипоманий	Нетпсихотической симптоматики	-	+	-	-
			Естьпсихотическая симптоматика	-	+	-	-

Приложение 7. Меры предосторожности и противопоказания к применению лития, карбамазепина, вальпроата и ламотриджина.

	карбонат лития	карбамазепин	вальпроат натрия	ламотриджин
Абсолютные противопоказания	1. Заболевания почек со снижением их функции (гломерулонефрит, пиелонефрит и др.)	1. Атриовентрикулярная блокада и другие нарушения сердечного ритма. 2. Аллергическая гиперчувствительность к карбамазепину или ТЦА 3. Сочетание с ИМАО или применение менее, чем через 2 недели после их отмены.	1. Аллергическая гиперчувствительность к вальпроату натрия 2. Тяжёлые заболевания печени со снижением функции (острые и хронические гепатиты и др.) 3. Геморрагический диатез	1. Аллергическая гиперчувствительность к ламотриджину

		4. Тяжёлые заболевания печени со снижением функции.		
Относительные противопоказания	<p>1. Эу- и гипотиреозный зоб, микседема.</p> <p>2. Бессолевая диета.</p> <p>3. Помутнение хрусталика (старческая катаракта).</p> <p>4. Костные заболевания, сопровождающиеся остеопорозом.</p> <p>5. Заболевания, протекающие с высокой температурой и обильным потоотделением.</p> <p>6. Первые 3 месяца беременности и период лактации (50% содержания в крови проникает в молоко).</p>	<p>1. Повышение внутриглазного давления (глаукома).</p> <p>2. Сердечнососудистая недостаточность.</p> <p>3. Почечная и печёночная недостаточность.</p> <p>4. Пожилой возраст.</p> <p>5. Заболевания крови, сопровождающиеся угнетением белого ростка.</p> <p>6. Аденома предстательной железы.</p> <p>7. Первые 3 месяца беременности и период лактации (30 - 60% содержания в крови проникает в молоко).</p>	<p>1. Сердечнососудистая недостаточность.</p> <p>2. Почечная и печёночная недостаточность.</p> <p>3. Заболевания крови особенно сопровождающиеся тромбоцитопенией).</p> <p>4. Первые 3 месяца беременности и период лактации (1-10% содержания в крови проникает в молоко, поэтому в этих случаях выбор ВАЛ предпочтителен)</p>	<p>1. Почечная недостаточность</p> <p>2. Печёночная недостаточность</p> <p>3. Беременность и период лактации</p>
Предосторожности	<p>1. Контроль функции щитовидной железы 1 раз в 6 месяцев.</p> <p>2. Анализ крови</p>	<p>1. Вождение автомобиля и управление различными механизмами.</p> <p>2. Контроль форменных элементов</p>	<p>1. Контроль форменных элементов крови и свёртываемости 1 раз в 6 месяцев.</p>	<p>1. Вождение автомобиля и управление различными механизмами</p> <p>2. Тщательный контроль возможных</p>

	<p>общий 1 раз в 6 месяцев.</p> <p>3. Контроль за функцией почек (анализ мочи, определение концентрационной способности почек, клиренса креатинина, электролитов, азота мочевины в крови) 1 раз в 6 месяцев.</p> <p>4. Обследование окулиста (выявление начальных форм помутнения хрусталика) 1 раз в год.</p>	<p>крови 1 раз в месяц (еженедельно в первый месяц лечения).</p> <p>3. Контроль за функцией печени 1 раз в 6 месяцев.</p> <p>4. Анализ мочи 1 раз в 6 месяцев, включая клиренс креатинина.</p> <p>5. ЭКГ 1 раз в 6 месяцев</p> <p>6. Анализ крови на электролиты (проверка гипонатремии) 1 раз в 6 месяцев.</p>	<p>2. Контроль за функцией поджелудочной железы 1 раз в 6 месяцев.</p> <p>3. Обследование желудка 1 раз в год.</p> <p>4. Контроль за функцией печени 1 раз в 6 месяцев (в первый месяц лечения допускается транзиторное повышение трансаминаз).</p> <p>5. Анализ мочи 1 раз в год (может давать ложно положительную реакцию на ацетон).</p>	<p>аллергических реакций</p> <p>3. Снижение дозировок при нарушении функции печени и почек</p> <p>4. Назначать с осторожностью при беременности и лактации</p> <p>5. Коррекция дозы при назначении или отмене сопутствующей терапии</p>
<p>В анамнезе особое внимание обращать на:</p>	<p>1. Воспалительные заболевания почек.</p> <p>2. Нарушения функции щитовидной железы.</p>	<p>1. Кожные аллергические реакции.</p> <p>2. Гепатиты.</p> <p>3. Угнетение функции кроветворного ростка костного мозга.</p> <p>4. Нарушения сердечного ритма.</p>	<p>1. Аллергические гепатиты.</p> <p>2. Нарушение системы свёртывания крови.</p>	<p>1. Аллергические реакции</p>

Приложение 8. Некоторые сравнительные фармакокинетические параметры карбоната лития, карбамазепина, вальпроата натрия и ламотриджина

Параметры/препарат	карбонат лития	карбамазепин	вальпроат натрия	ламотриджин
--------------------	----------------	--------------	------------------	-------------

Наиболее частый интервал среднесуточных доз в г	0,6 - 1,2	0,4 - 1,0	0,6 - 1,4	0,2-0,4
Оптимальный интервал терапевтической концентрации в плазме крови	0,5 - 0,8 м моль/л	6-8 м кг/мл	50 - 100 мкг/мл	2-10 мкг/мл
Зависимость между концентрацией препарата в крови и эффектом профилактической терапии	++ (чёткая, прямая)	? (сомнительная)	+ (непрямая) менее очевидна по сравнению с карбонатом лития	?
Токсическая концентрация	1,5 ммоль/л	18 мкг/мл	200 мкг/мл	?
Аутоиндукция печёночных ферментов (возможность спонтанного снижения препарата в крови с необходимостью корректировки дозы)	-	+	-	-
Пик сывороточной концентрации при пероральном приёме	через 1 - 3 часа	через 4- 10 часов	через 1 - 4 часа	через 2,5 часов
Связывание с белками крови (в %)	0	75	90	55
Время полужизни в крови	8-41 часов (в среднем 24 ч)	30 - 40 час (8-17 час. при длительном применении вследствие ферментатив. аутоиндукции)	8 -17 часов	24-35 час (в среднем - 32,8 часов) - однократная доза.
Достижение стабильной фазы концентрации в плазме крови	через 2-6 дней (не меняется при длительном приёме)	через 7- 10 дней сначала и через 3-5 дней при изменении дозы после длительного приёма	через 2 дня (не меняется при длительном приёме)	через сутки (изменения при длительном приеме неизвестны)
Основные пути выведения из организма	80- 90% с мочой в неизменном виде	2% с мочой и калом в неизменном виде, остальное метаболизируется в печени	3% с мочой и калом в неизменном виде, остальное метаболизируется	10% с мочой и 2% с калом в неизменном виде, остальное метаболизируется

		путём гидроксилирования и послед. соедин. с глюкуроновой кислотой	тсия в печени путём соединения с глюкуроновой кислотой	тсия в печени путем соединения с глюкуроновой кислотой
--	--	---	--	--

Приложение 9. Рекомендуемые дозы препаратов и сила рекомендаций для лечения ПР

Препарат	Рекомендуемая доза, мг/сут
Атипичные антипсихотики	
Арипипразол	15-30
Кветиапин	200-800
Клозапин	150-600
Оланзапин	5-20
Палиперидон	3-12
Рisperидон	1-6
Карипразин	3-6
Традиционные антипсихотики	
Хлорпромазин табл.	25-1500
Хлорпромазин инъекции	25-1000 в/в 25-600 в/м
Галоперидол табл.	0,5-15
Галоперидол инъекции	5-20
Левомепромазин табл.	200-300
Левомепромазин инъекции	75-250
Бензодиазепины	
Диазепам табл.	1-60
Диазепам р-р для инъекций	5-10
Медазепам	10-40

Лоразепам	2-10
Нормотимические вещества	
Литияк арбонат*	0,6-2,1 Плазменная концентрация 0,8-1,2 мкг/мл
Ламотриджин	25-400
Карбамазепин	400-1600
Вальпроевая кислота	1000-2000
Топиромат	200-1600
Габапентин	900-3600
Трициклические антидепрессанты (ТЦА)	
Амитриптилин	50-200
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)	
Пароксетин	20-50
Сертралин	50-200
Флувоксамин	50-300
Флуоксетин	20-60
Циталопрам	20-40
Эсциталопрам	10-20
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН)	
Венлафаксин	75-375
Препараты других групп	
Дроперидол	2,5-10

Приложение 10. Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности (C-SSRS)

СУИЦИДАЛЬНОЕ МЫШЛЕНИЕ		
<p><i>Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу “Суицидальное поведение”. Если на вопрос 2 получен ответ “да”, то задайте вопросы 3, 4 и 5. Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ “да”, то заполните нижеприведенный раздел “Интенсивность суицидального мышления”.</i></p>	<p>На протяжении всей жизни: Момент, когда он/она испытывал(а) самое сильное желание покончить с собой</p>	<p>Последние месяцы</p>
<p>1. Желание умереть</p> <p>Субъект подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться.</p> <p><i>Возникло ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться?</i></p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Да Нет</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве</p> <p>Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой, т.е. совершить самоубийство (например, “Я думал(а) о том, чтобы покончить с собой?”) при отсутствии размышлений о том, как это сделать (способах самоубийства), намерения или плана в период оценки.</p> <p><i>Думали ли Вы в самом деле о том, чтобы покончить с собой?</i></p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Да Нет</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Активное суицидальное мышление, включая размышления о любых способах самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать</p> <p>Субъект подтверждает наличие мыслей о самоубийстве и то, что в течение оцениваемого периода времени он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда субъект разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, субъект думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: “Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построил(а) конкретного плана относительно того, когда, где и как осуществить это.....и я бы никогда не довел(а) дело до конца”.</p> <p><i>Думали ли Вы о том, как могли бы это сделать?</i></p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Да Нет</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Активное суицидальное мышление, включая некоторое намерение действовать, при отсутствии конкретного плана</p> <p>Активные мысли о самоубийстве при заявлении субъекта о <u>некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями</u> в отличие от</p>	<p>Да Нет</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Да Нет</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<p>утверждения: “Такие мысли посещают меня, но я определенно не стану ничего предпринимать”.</p> <p>Посещали ли Вас подобные мысли и было ли у Вас какое-нибудь намерение действовать в соответствии с ними?</p> <p>Если да, опишите:</p>		
<p>5. Активное суицидальное мышление, с конкретным планом и намерением</p> <p>Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями, и некоторое намерение субъекта осуществить этот план.</p> <p>Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства? Намереваетесь ли Вы осуществить этот план?</p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Да Нет</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНОГО МЫШЛЕНИЯ		
<p>Следующие пункты следует оценивать, принимая во внимание наиболее опасный тип мышления (т.е. пункты 1-5, приведенные выше: 1 - наименее опасный, а 5 – наиболее опасный). Спросите, когда у субъекта было самое сильное желание покончить с собой.</p> <p><u>На протяжении всей жизни - Наиболее опасное мышление:</u></p> <p style="text-align: right;">Тип № (1-5) Описание мышления</p> <p><u>Последние X месяцев - Наиболее опасное мышление: _</u></p> <p style="text-align: right;">Тип № (1-5) Описание мышления</p>	<p>Наиболее опасное</p>	<p>Наиболее опасное</p>
<p>Частота</p> <p>Сколько раз Вас посещали подобные мысли?</p> <p>(1) Реже одного раза в неделю (2) Раз в неделю (3) 2-5 раз в неделю (4) Каждый день или почти каждый день (5) Многократно каждый день</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Продолжительность</p> <p>Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся?</p> <p>(1) Они мимолетны- несколько секунд или минут (2) Менее часа/недолго (3) 1-4 часа/ долго</p> <p>(4) 4-8 часов/большую часть дня (5) Более 8 часов/они устойчивы или постоянны</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Контролируемость</p>		

<p>Могли ли Вы или можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть?</p> <p>(1) Может легко контролировать такие мысли</p> <p>(2) Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями</p> <p>(3) Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями</p> <p>(4) Может контролировать такие мысли с большими затруднениями</p> <p>(5) Не в состоянии контролировать такие мысли</p> <p>(0) Не пытается контролировать такие мысли</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Сдерживающие факторы</p> <p><i>Есть ли какие-либо сдерживающие факторы (кто-то или что-то), которые удержали Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве (например, семья, религия, страх перед болью, связанной со смертью)?</i></p> <p>(1) Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства</p> <p>(2) Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас</p> <p>(3) Вы не уверены, что сдерживающие факторы удержали Вас</p> <p>(4) Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас</p> <p>(5) Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас</p> <p>(0) Данный пункт не применим</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Причины суицидального мышления</p> <p><i>Какие причины были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать чувствовать то, что Вы чувствовали (иными словами, Вы не могли продолжать жить с той болью или теми чувствами, которые Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то, и другое?</i></p> <p>(1) Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей</p> <p>(2) Большею частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей</p> <p>(3) В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей, и для того, чтобы прекратить / остановить боль</p> <p>(4) Большею частью для того, чтобы прекратить / остановить боль (Вы не могли продолжать жить с той болью или теми чувствами, которые Вы испытывали)</p> <p>(5) Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить с той болью или теми чувствами, которые Вы испытывали)</p> <p>(0) Данный пункт не применим</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>

Пожалуйста, укажите, как вы чувствуете себя сегодня, по сравнению с обычным состоянием

Намного хуже, чем обычно	Хуже, чем обычно	Немного хуже, чем обычно	Ни хуже, ни лучше	Немного лучше, чем обычно	Лучше, чем обычно	Намного лучше, чем обычно
--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------	---------------------------	-------------------	---------------------------

Независимо от того, как вы чувствуете себя сегодня, укажите уровень своей активности в сравнении с другими людьми

Всегда достаточно стабильный и ровный	В целом выше	В целом ниже	Отличается чередованием подъёмов и спадов
---------------------------------------	--------------	--------------	---

Пожалуйста, дайте ответы на вопросы о том, как вы себя чувствовали в состоянии подъёма, вне зависимости от того, как вы чувствуете себя сегодня. В состоянии подъёма я:

		ДА	НЕТ
1	Меньше сплю		
2	Более энергичен и активен		
3	Более уверен в себе		
4	Получаю больше удовольствия от работы		
5	Становлюсь более общительным (чаще звоню по телефону, чаще бываю в обществе)		
6	Мне хочется путешествовать, и я действительно больше разъезжаю		
7	Мой стиль вождения становится более раскованным		
8	Я трачу больше/слишком много денег		
9	В повседневной жизни я больше иду на риск (в работе и/или другой деятельности)		
10	Я проявляю большую физическую активность (спорт и т.д.)		
11	Я строю больше планов и проектов		
12	У меня больше творческих идей		
13	Я менее застенчив и скован		
14	Я одеваюсь более ярко и экстравагантно/больше пользуюсь косметикой		
15	У меня возрастает потребность в общении или я действительно общаюсь с большим числом людей		
16	У меня возрастает интерес к сексу и/или усиливается сексуальное желание		
17	Я чаще флиртую и/или проявляю большую сексуальную активность		
18	Я больше говорю		
19	Я быстрее думаю		
20	В беседах я чаще шучу и каламбурю		
21	Я легче отвлекаюсь		
22	Я нахожу множество новых занятий		
23	Мои мысли перескакивают с одной темы на другую		
24	Я со всем справляюсь быстрее и легче		
25	Я более нетерпелив и/или быстрее раздражаюсь		
26	Я могу утомлять и раздражать окружающих		
27	Я чаще попадаю в конфликтные ситуации		
28	Я в приподнятом настроении и более оптимистичен		
29	Я пью больше кофе		
30	Я больше курю		
31	Я употребляю больше алкоголя		
32	Я принимаю больше лекарств		

Как сказываются периоды «подъёма» на разных периодах вашей жизни?

	Позитивно и негативно	Позитивно	Негативно	Никак
Семейная жизнь				
Общественная жизнь				
Работа				
Досуг				

Как реагируют окружающие и близкие на ваши состояния «подъёма» и что они об этом говорят?

Позитивно (ободряют или поддерживают)	Нейтрально	Негативно (проявляют беспокойство, досаду, раздражение)	Позитивно и негативно	Никак не реагируют
---------------------------------------	------------	---	-----------------------	--------------------

Обычная продолжительность ваших периодов «подъёма» (в среднем):

1 день	2-3 дня	4-7 дней	Больше недели	Больше месяца	Не могу судить/не знаю
--------	---------	----------	---------------	---------------	------------------------

Отмечались ли у вас такие «подъёмы» за последние двенадцать месяцев? Да/Нет

Если да, пожалуйста, оцените, сколько дней из последних двенадцати месяцев вы находились в состоянии «подъема»?

В общей сложности около _____ дней

Приложение 12. Шкала мании Янга (YMRS)

Клиническое пособие, разработанное специалистами Королевского колледжа психиатров (The Royal College of Psychiatrists). Впервые была опубликована в 1978 году. Шкала Янга является клиническим инструментом, используемым для определения выраженности маниакальных симптомов. Заполняется имеющим опыт клиницистом.

Оценка суммарного балла:

0—12 — Норма

13—21 — Гипоманиакальное состояние

22—30 — Маниакальное состояние

более 30 — Выраженное маниакальное состояние

Опросник:

ФИО обследуемого _____

№ истории болезни _____ дата обследования _____

1. Приподнятое настроение

0 - отсутствует

1 - слабо или возможно повышенное, выявляется при расспросе

2 - субъективно ощущаемый подъем; больной выглядит оптимистичным, самоуверенным, веселым, адекватным обстановке

3 - настроение приподнятое, неадекватное обстановке, отпускает шутки

4 - больной эйфоричен, неадекватно смеется, поет.

2. Увеличение моторной активности, энергичность

0 - отсутствует

1 - субъективно отмечаемое увеличение

2 - больной оживлен, жестикуляция усилена

3 - чрезмерная энергичность, периодическая гиперактивность, беспокойство (может быть успокоен)

4 - двигательное возбуждение, постоянная гиперактивность (невозможно успокоить)

3. Сексуальная заинтересованность

0 - нормальная, не повышена

1 - слегка или возможно повышена

2 - субъективно отмечаемое повышение

3 - в беседе спонтанно возникают сексуальные темы, много об этом говорит, сообщает о своей гиперсексуальности

4 - ярко выраженное сексуальное поведение (по отношению к пациентам, персоналу, врачу)

4. Сон

0 - не сообщает об уменьшении продолжительности сна

1 - уменьшение продолжительности сна менее чем на 1 час по отношению к обычному

2 - уменьшение продолжительности сна более чем на час

3 - сообщает о снижении потребности во сне

4 - отрицает потребность во сне

5. Раздражительность

0 - отсутствует

2 - субъективное повышение

4 - раздражителен во время интервью, недавние эпизоды гнева или раздражительности в отделении

6 - часто раздражается во время интервью, стремится прервать беседу

8 - враждебен, отказывается от сотрудничества, интервью невозможно

6. Речь (скорость и количество)

0 - не увеличена

2 - субъективно отмечаемая разговорчивость

4 - периодически многословен, речь ускорена

6 - речь с напором, отчетливое ускорение темпа, многоречив, трудно перебить

8 - «словесный поток», невозможно перебить, непрерывная речь

7. Нарушение мышления

0 - отсутствует

- 1 - больной обстоятельный, несколько отвлекаем, мышление ускорено
- 2 - отвлекаем, теряет цель высказывания, часто меняет тему, «скачка идей»
- 3 - наплыв идей, идеаторная спутанность, непоследовательность; рифмует предложения; эхолалия
- 4 - мышление инкогерентное; не способен к продуктивному контакту
8. Содержание идей
- 0 - нормальное
- 2 - сомнительные планы, новые интересы
- 4 - особые проекты, гиперрелигиозность
- 6 - грандиозные или параноидные идеи, идеи отношения
- 8 - бред, галлюцинации
9. Агрессивное поведение
- 0 - отсутствует, сотрудничает с врачом
- 2 - саркастичен в общении, периодически повышает голос, напряжен
- 4 - выдвигает требования, высказывает угрозы в отделении
- 6 - угрожает врачу, бранится, проведение интервью затруднено
- 8 - нападает, совершает деструктивные действия, интервью невозможно
10. Внешний вид
- 0 - соответствующе одет и ухожен
- 1 - несколько небрежный вид
- 2 - выглядит неухоженным, небрежно одетым, неадекватная «нарядность»
- 3 - неопрятен, одет не полностью, кричащий макияж
- 4 - одет крайне небрежно, вычурно, много украшений
11. Сознание болезни
- 0 - признает себя больным, соглашается с необходимостью лечения
- 1 - соглашается, что возможно болен
- 2 - признает перемены в поведении, но отрицает болезнь

3 - признает, что возможны перемены в поведении, но отрицает болезнь

4 - отрицает любые изменения в поведении

количество баллов: _____

Приложение 13. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS)

Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) — инструмент, наиболее широко используемый в испытаниях лекарственных средств. HARS предназначена для оценки состояния пациентов с уже установленным диагнозом тревожного расстройства и для оценки тревоги у пациентов, страдающих другими расстройствами, чаще всего депрессивными.

Шкала во многом основана на субъективной оценке пациента, которая является важным критерием оценки заболевания до начала терапии и улучшения состояния после лечения. HARS считается эффективным и точным инструментом измерения тяжести тревожного синдрома, даже несмотря на то, что она не позволяет достаточно точно оценивать генерализованную тревогу.

Выделяются три области значений суммарного балла по шкале Гамильтона:

- 0 — отсутствие тревожного состояния,
- 8 — симптомы тревоги,
- 20 — тревожное состояние.

Опросник:

1. Депрессивное настроение (подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)

- 0- отсутствие
- 1- выражение указанного чувства только при прямом вопросе
- 2- жалоба высказывается спонтанно
- 3- определяется невербально (поза, мимика, голос, плаксивость)
- 4- пациент выражает только эти чувства, как в высказываниях, так и невербально

2. Чувство вины

- 0- отсутствие
- 1- самоуничижение, считает, что подвел других
- 2- чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах
- 3- настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности
- 4- вербальные галлюцинации обвиняющего и/или осуждающего содержания, и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

3. Суицидальные намерения

- 0- отсутствие
- 1- чувство, что жить не стоит
- 2- желание смерти или мысли о возможности собственной смерти
- 3- суицидальные высказывания или жесты
- 4- суицидальные попытки

4. Ранняя бессонница

- 0- отсутствие затруднений при засыпании
- 1- жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более 30 минут)

- 2- жалобы на невозможность заснуть каждую ночь
5. Средняя бессонница
- 0- отсутствие
 - 1- жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи
 - 2- многократные пробуждения в течение всей ночи, подъем с постели
6. Поздняя бессонница
- 0- отсутствие
 - 1- раннее пробуждение с последующим засыпанием
 - 2- окончательное раннее утреннее пробуждение
7. Работоспособность и активность
- 0- отсутствие трудностей
 - 1- мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с работой или хобби
 - 2- утрата интереса к работе или хобби, выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)
 - 3- уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности
 - 4- отказ от работы вследствие настоящего заболевания
8. Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)
- 0- нормальная речь и мышление
 - 1- легкая заторможенность в беседе
 - 2- заметная заторможенность в беседе
 - 3- выраженные затруднения при проведении опроса
 - 4- ступор
9. Ажитация
- 0- отсутствие
 - 1- беспокойство
 - 2- беспокойные движения руками, тербление волос
 - 3- подвижность, неусидчивость
 - 4- постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, кусание губ
10. Психическая тревога
- 0- отсутствие
 - 1- субъективное напряжение и раздражительность
 - 2- беспокойство по незначительным поводам
 - 3- тревога, выражающаяся в выражении лица и речи
 - 4- страх, выражаемый и без расспроса
11. Соматическая тревога
(сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка, сердцебиение, головные боли, гипервентиляция, одышка, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение)
- 0- отсутствие
 - 1- слабая
 - 2- средняя
 - 3- сильная
 - 4- крайне сильная
12. Желудочно-кишечные соматические симптомы
- 0- отсутствие
 - 1- утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения, чувство тяжести в животе
 - 2- прием пищи только с упорным принуждением, потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов
13. Общие соматические симптомы

- 0- отсутствие
- 1- тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил

- 2- любые резко выраженные симптомы

14. Генитальные симптомы

(Утрата либидо, менструальные нарушения)

- 0- отсутствие симптомов

- 1- слабо выраженные

- 2- сильно выраженные

15. Ипохондрия

- 0- отсутствие

- 1- поглощенность собой (телесно)

- 2- чрезмерная озабоченность здоровьем

- 3- частые жалобы, просьбы о помощи

4- ипохондрический бред

16. Потеря в весе [1]

А. По данным анамнеза

- 0- отсутствие

- 1- вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием

- 2- явная (со слов) потеря в весе

- 3- не поддается оценке

Б. Если изменения в весе имеют место еженедельно

- 0- менее 0,5 кг. в неделю

- 1- более 0,5 кг. в неделю

- 2- более 1 кг. в неделю

- 3- не поддается оценке

17. Критичность отношения к болезни

- 0- осознание болезни

- 1- осознание болезненности состояния, но отнесение его на счет плохой пищи, климата, переутомление и

т.д.

- 2- полное отсутствие сознания болезни

18. Суточные колебания [2]

А. Когда симптомы более выражены

- 0- отсутствие колебаний

- 1- утром

- 2- вечером

Б. Степень выраженности

- 0- отсутствие

- 1- слабые

- 2- сильные

19. Деперсонализация и дереализация

(измененность себя, окружающего)

- 0- отсутствие

- 1- слабая

- 2- умеренная

- 3- сильная

- 4- непереносимая

20. Параноидальные симптомы

- 0- отсутствие

- 1- подозрительность

- 2- идеи отношения

- 3- бред отношения, преследования
- 21. Обсессивные и компульсивные симптомы
- 0- отсутствие
- 1- легкие
- 2- тяжелые

Примечания

[1] оценивается либо А, либо Б

[2] пункт Б оценивается при наличии расстройств в пункте А

Приложение 14. Шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии

Баллы начисляются следующим образом:

- за каждый ответ А начисляется 0 баллов
- за каждый ответ В начисляется 2 балла
- за каждый ответ С начисляется 4 балла
- за каждый ответ D начисляется 6 баллов

Если вы затрудняетесь с ответом, при наличии промежуточных состояний, возможно начисление нецелых баллов, например, 1,3, 4,5 и др. (этот комментарий вставить только в печатной версии)

Подведение итогов

Максимальное количество баллов — 60

От 0 до 15 баллов — у Вас нет депрессии

От 16 до 25 баллов — у Вас малый депрессивный эпизод

От 26 до 30 баллов — у Вас умеренный депрессивный эпизод

Более 30 баллов — у Вас большой депрессивный эпизод

Опросник

1. Объективные (видимые) признаки подавленности

Проявления угнетенности, уныния, отчаяния (более выраженных, чем при обычном временном снижении настроения) в речи, в мимике и позе. Оцениваются в соответствии с глубиной снижения настроения.

А. Отсутствие

В. Выглядит подавленным, но настроение легко улучшается

С. Выглядит подавленным и несчастным большую часть времени

Д. Выглядит крайне подавленным и угнетенным все время

2. Субъективные признаки подавленности

Сообщение пациента о депрессивном настроении независимо от того, насколько оно проявляется внешними признаками. Включает упадок духа, угнетенность или чувство беспомощности и безнадежности. Оценивается в соответствии с интенсивностью, продолжительностью и степенью того, насколько, по описанию пациента, сниженное настроение связано с внешними событиями.

А. Эпизодическая подавленность, связанная с внешними обстоятельствами

В. Печальное или подавленное настроение, легко поддающееся улучшению

С. Глубокое чувство угнетенности или уныния; настроение еще подвержено влиянию внешних событий

Д. Постоянное и неизменное чувство подавленности, отчаяния или угнетенности

3. Внутреннее напряжение

Чувство болезненного дискомфорта, смятения, раздражения, психического напряжения,ходящего до паники, сильного страха или душевной боли.

- А. Спокойное состояние; только чувство внутреннего напряжения
В. Эпизодическое чувство раздражения или болезненного дискомфорта
С. Постоянное чувство внутреннего напряжения, периодическая паника, преодолеваемая больным с большим трудом
D. Неослабевающий крайне выраженный страх или душевная боль; непреодолимая паника
4. Недостаточный сон
Уменьшение продолжительности или глубины сна в сравнении с привычными для пациента характеристиками сна.
А. Обычный сон
В. Незначительно затрудненное засыпание или несколько укороченный, поверхностный или прерывистый сон
С. Укороченный сон, не менее 2 часов
D. Менее 2–3 часов сна
5. Снижение аппетита
Утрата аппетита. Оценивается в соответствии со степенью утраты желания поесть или усилий заставить себя принять пищу.
А. Нормальный или повышенный аппетит
В. Несколько сниженный аппетит
С. Отсутствие аппетита; пища не имеет вкуса
D. Необходимость принуждения для приема пищи
6. Нарушение концентрации внимания
Трудности собраться с мыслями вплоть до утраты способности сконцентрироваться. Оценивается в соответствии с интенсивностью, частотой и степенью утраты способности концентрировать внимание.
А. Нет нарушений концентрации
В. Эпизодически трудно собраться с мыслями
С. Затруднения концентрации и длительного сосредоточения со снижением способности читать или поддерживать разговор
D. Утрата способности читать или участвовать в разговоре без значительных усилий
7. Апатия
Затруднения начать какую-либо деятельность или замедленность начала и выполнения повседневной деятельности.
А. Отсутствие затруднения начать какую-либо деятельность; отсутствие замедленности
В. Затруднения начать какую-либо деятельность
С. Затруднения начать простую повседневную деятельность, выполнение которой требует дополнительных усилий
D. Полная апатия; неспособность выполнить что-либо без посторонней помощи
8. Утрата способности чувствовать
Субъективное ощущение снижения интереса к окружающему миру или деятельности, обычно доставляющей удовольствие. Снижение способности адекватно эмоционально реагировать на внешние события или людей.
А. Нормальный интерес к окружающему и людям
В. Снижение способности получать удовольствие от того, что обычно интересно
С. Утрата интереса к окружающему; утрата чувств к друзьям и знакомым
D. Ощущение эмоционального паралича, утраты способности испытывать гнев, печаль или удовольствие, полной или даже болезненной утраты чувств к близким и друзьям
9. Пессимистические мысли
Идеи собственной вины, малоценности, самоуничтожения, греховности или раскаяния.
А. Отсутствие пессимистических мыслей
В. Эпизодические идеи неудачливости в жизни, самоуничтожения или малоценности
С. Постоянное самообвинение или конкретные, но еще рациональные, идеи виновности или греховности; нарастающая пессимистическая оценка будущего

D. Бредовые идеи полного краха, раскаяния или неискупимого греха; абсурдное и непоколебимое самообвинение

10. Суицидальные мысли

Чувство, что жить больше не стоит, что естественная смерть — желаемый исход; суицидальные мысли и приготовления к самоубийству.

A. Жизнь приносит удовольствие или воспринимается такой, какая она есть

B. Усталость от жизни; эпизодические мысли о самоубийстве

C. Возможно, лучше умереть; суицидальные мысли становятся привычными, а самоубийство рассматривается как возможный способ решения проблем при отсутствии конкретных суицидальных планов или намерений

D. Конкретное планирование совершения самоубийства при первой возможности; активные приготовления к самоубийству