

<b>Наименование организации</b>	<b>МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ</b> <b>Областное бюджетное учреждение здравоохранения</b> <b>«Курская клиническая психиатрическая больница</b> <b>имени святого великомученика и целителя Пантелеймона»</b> <b>(ОБУЗ «ККПБ»)</b>		
<b>Название СОП</b>	<b>Тактика ведения больных с диагнозом БИПОЛЯРНОЕ</b> <b>АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО</b>		
<b>СОП утвержден</b>			
<b>Разработчики</b>	<b>Должность</b>	<b>ФИО</b>	<b>Подпись</b>
<b>Согласован</b>			
<b>Следующий пересмотр</b>	<b>Версия</b>		
<b>Нормативная документация</b> Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». «Биполярное аффективное расстройство: клиническая рекомендация» (разработано Российским обществом психиатров, одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ, уникальный идентификатор (ID): 675).			

## ЛАБОРАТОРНЫЕ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ИНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

<b>Сбор жалоб и анамнеза</b>	
<p>Всем пациентам, у которых в психическом статусе были выявлены симптомы депрессии, мании или смешанного состояния с целью установления диагноза в качестве обязательных шагов рекомендовано:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- оценить соответствие имеющейся у пациента симптоматики критериям диагностики депрессивного, маниакального или смешанного эпизодов;</li> <li>- получить данные анамнеза или медицинской документации о наличии не менее двух эпизодов разного полюса на протяжении болезни;</li> <li>- собрать анамнестические данные о наличии травм, инфекционных заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, непосредственно предшествовавших развитию аффективных симптомов;</li> <li>- 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. <b>(4С)</b></li> </ul>	
<p>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 или HCL-33. <b>(4С)</b></p>	
<p>Всем пациентам с положительным результатом скрининга по шкале HCL-32 или HCL-33 для установления диагноза гипомании в анамнезе пациента рекомендовано провести тщательный целенаправленный клинический опрос пациента, направленный на выявление гипоманий в анамнезе и провести сбор объективных сведений со стороны родных и близких пациента для выявления возможных гипоманий в анамнезе. <b>(4С)</b></p>	
<b>Физикальное обследование</b>	
<p>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 и провести оценку патологических произвольных движений и мышечного гипертонуса для исключения экстрапирамидных побочных эффектов при приеме антипсихотиков. <b>(5С)</b></p>	
<b>Лабораторные диагностические исследования</b>	
<p>Не существует каких-либо лабораторных методов диагностики БАР.</p>	
<p>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, к которым относятся: <b>(3В)</b></p>	
<p><i>Лабораторные методы диагностики</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- исследование уровня общего гемоглобина в крови;</li> <li>- исследование уровня эритроцитов в крови;</li> <li>- исследование уровня тромбоцитов в крови;</li> <li>- исследование уровня лейкоцитов в крови;</li> <li>- дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула);</li> <li>- определение цветового показателя;</li> <li>- определение моноцитов, фагоцитирующих бета-амилоид;</li> <li>- исследование скорости оседания эритроцитов;</li> <li>- исследование уровня креатинина сыворотки крови;</li> <li>- определение белка в моче;</li> <li>- обнаружение эритроцитов (гемоглобина) в моче;</li> <li>- исследование уровня креатинина в крови;</li> <li>- исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови;</li> <li>- исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови;</li> <li>- исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови;</li> <li>- исследование уровня общего билирубина в крови;</li> <li>- определение активности аспартатаминотрансферазы в крови;</li> <li>- определение активности аланинаминотрансферазы в крови;</li> <li>- исследование уровня липопротеинов в крови;</li> <li>- исследование уровня холестерина в крови;</li> <li>- исследование уровня триглицеридов в крови;</li> <li>- исследование уровня глюкозы в крови;</li> <li>- исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови;</li> <li>- исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности.</li> </ul>
<p><i>Комментарий</i></p>	<p>Скрининг уровня гормонов щитовидной железы (СТ3, ТТГ, рекомендуется проводить первичным пациентам, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний).</p>

<b>Инструментальные диагностические исследования</b>	
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, к которым относятся: <b>(5C)</b>	
<i>Инструментальные методы диагностики</i>	- электрокардиография (ЭКГ); - электроэнцефалография (ЭЭГ); - магниторезонансная томография (МРТ) / компьютерная томография (КТ).
<i>Комментарий</i>	МРТ или КТ и ЭЭГ рекомендуется для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводились эти исследования, или при наличии клинических или анамнестических показаний.
Для оценки метаболического синдрома всем больным с избыточной массой тела рекомендовано измерить артериальное давление и провести измерение окружности талии, определение индекса массы тела. <b>(4C)</b>	
<b>Иные диагностические исследования</b>	
Всем пациентам рекомендуется в обязательном порядке направленное клинико-анамнестическое обследование с использованием Колумбийской шкалы суицидального риска) с целью выявления факторов риска суицида. <b>(3B)</b>	
Для пациентов с расстройствами личности и/или дифференциально-диагностическими трудностями с целью установления диагноза рекомендован прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный. <b>(5C)</b>	
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 консультация врача-терапевта, врача офтальмолога, врача – невролога, для женщин – врача-акушера-гинеколога. <b>(5C)</b>	

## ТАКТИКА И ЭТАПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА

<b>Терапия первого выбора</b>	
Всем пациентам с установленным диагнозом МС рекомендуется фармакотерапия с целью купирования симптомов и достижения ремиссии. <b>(1A)</b>	
Для пациентов с веселой (эйфорической) манией на начальном этапе терапии МС или при гипомании рекомендована монотерапия одним из препаратов, обладающих нормотимическим действием: лития карбонат, вальпроевая кислота или АВП. <b>(1A)</b>	
Для пациентов с гневливой манией на начальном этапе терапии МС или при гипомании рекомендована монотерапия одним из препаратов, обладающих нормотимическим действием: вальпроевая кислота, карбамазепин <b>(1A)</b> или АВП. <b>(2A)</b>	
<i>Комментарий</i>	Выбор препарата купирующей терапии должен проводиться с учетом последующего профилактического этапа терапии и учитывать индивидуальную переносимость пациентом выбранного лекарственного средства при длительном применении. Вальпроевая кислота предпочтительнее лития карбоната (вальпроевая кислота не требует регулярного мониторинга плазменной концентрации и обладает более благоприятным профилем побочных эффектов). Другие антиконвульсанты (карбамазепин, окскарбазепин, топирамат, габапентин) и блокаторы кальциевых каналов могут применяться для альтернативной терапии. Не рекомендуется назначение галоперидола на первом этапе купирования МС, за исключением случаев выраженного психомоторного возбуждения и/или выраженной гневливости и агрессивности Режим дозирования окскарбазепина: начальная доза составляет 600 мг/сут (8 – 10 мг/кг массы тела в сутки) , разделенных на два приема. Дозу повышают не более, чем на 600 мг/сут с интервалом, примерно, в 1 неделю до достижения желаемого терапевтического эффекта. Диапазон доз 600-1200 мг/сут. Режим дозирования #топирамата**: Минимальная эффективная доза составляет 200 мг/сут. Обычно суммарная суточная доза составляет от 200 мг до 400 мг и принимается в 2 приема. Некоторым пациентам может понадобиться увеличение суточной дозы до максимальной - 1600 мг. Рекомендуется начать лечение с низкой дозы с последующим постепенным подбором эффективной дозы. Подбор дозы начинают с 25-50 мг, принимая их на ночь в течение 1 недели. В дальнейшем с интервалами 1-2 недели дозу можно увеличивать на 25-50 мг и принимать ее в 2

	<p>приема. При подборе дозы необходимо руководствоваться клиническим эффектом. У некоторых больных эффект может быть достигнут при приеме препарата 1 раз в сутки. Режим дозирования габапентина: эффективная доза составляет от 900 до 3600 мг/сут. Терапию можно начинать по схеме: день 1 – 300 мг/сут; день 2 – 300 мг 2 раза в сутки; день 3 – 300 мг 3 раза в сутки или с дозы 300 мг 3 раза в сутки в первый день. В дальнейшем, в зависимости от ответа пациента и переносимости препарата доза может быть повышена на 300 мг каждые 2-3 дня, максимально до 3600 мг/сут.</p>
	<p>Пациентам с недостаточной эффективностью начального этапа терапии в течение 3 – 4 недель рекомендовано присоединить к схеме антипсихотическое средство (АВП или галоперидол) или использовать другой препарат, обладающий нормотимическим действием. <b>(5С)</b></p>
<i>Комментарий</i>	<p>Антиманиакальный эффект лечения лития карбонатом выше при концентрации 0,8-1,0 ммоль/л, которую при титровании дозы следует проверять 1 раз в неделю. Поэтому неэффективность курса лития карбоната может быть зафиксирована только при достижении терапевтического интервала препарата в плазме крови. Кроме того, нужно иметь в виду, что эффект лития карбоната при МС достигается не ранее, чем через 7-10 дней терапии.</p>
	<p>Пациентам с тяжелой манией и сильным психомоторным возбуждением или при мании с психотическими симптомами рекомендовано терапию сразу начинать с комбинации нормотимическая терапия + антипсихотическое средство (АВП или галоперидол). <b>(1А)</b></p>
<i>Комментарий</i>	<p>В первые дни предпочтительным является в/м путь введения.</p>
	<p>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 нормотимической терапии с антипсихотическим средством (АВП или галоперидол) рекомендовано присоединить производные бензодиазепаина (инъекционные формы мидазолама, диазепам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина) и/или применить седативные антипсихотические средства (хлорпромазин, инъекционный «короткий» пролонг зуклопентиксола). <b>(5С)</b></p>
<i>Комментарий</i>	<p>Предпочтение следует отдавать производным бензодиазепаина с коротким периодом полувыведения (лоразепам, мидазолам) и учитывать возможность угнетения функции дыхания (особенно у диазепам), миорелаксирующее действие и эффект кумуляции у препаратов с длительным периодом полувыведения (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, диазепам). Схема применения лоразепам (для приема внутрь): начальная доза 2-4 мг/сут разделенная на 1-3 приема. Схема применения мидазолама: взрослым до 60 лет внутримышечно вводят 0,07-0,1 мг/кг, пациентам старше 60 лет/пациентам с тяжелой соматической патологией дозу подбирают индивидуально (обычно она составляет 0,025-0,05 мг/кг). Средняя терапевтическая доза 2,5-5 мг/сут; применение более высоких доз (7,5-15 мг/сут) изучено недостаточно.</p>
	<p>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 нормотимической терапии + антипсихотическое средство (АВП или галоперидол), рекомендовано присоединение второго препарата нормотимической терапии (предпочтительно лития карбоната и противоэпилептического препарата) с целью купирования маниакальной симптоматики. <b>(5С)</b></p>
	<p>Пациентам с тяжелой манией с сильным психомоторным возбуждением или при мании с психотическими симптомами, у которых не был достигнут эффект терапии в двух последовательно примененных курсах АВП или АПП, рекомендовано назначать клозапин или комбинацию двух АВП и противоэпилептического препарата - топирамат. <b>(4С)</b></p>
<i>Комментарий</i>	<p>Минимальная эффективная доза топирамата составляет 200 мг/сут. Обычно суммарная суточная доза составляет от 200 мг до 400 мг и принимается в 2 приема. Некоторым пациентам может понадобиться увеличение суточной дозы до максимальной - 1600 мг. Рекомендуется начать лечение с низкой дозы с последующим постепенным подбором эффективной дозы. Подбор дозы начинают с 25-50 мг, принимая их на ночь в течение 1 недели. В дальнейшем с интервалами 1-2 недели дозу можно увеличивать на 25-50 мг и принимать ее в 2 приема. При подборе дозы необходимо руководствоваться клиническим эффектом. У некоторых больных эффект может быть достигнут при приеме препарата один раз в сутки. Применять клозапин следует только в том случае, если до начала лечения число лейкоцитов и абсолютное число нейтрофилов находятся в пределах нормы. Кроме того, при применении препарата необходимо регулярно определять количество лейкоцитов и абсолютное число нейтрофилов.</p>

	Дозу препарата устанавливают индивидуально. Для приема внутрь разовая доза составляет 50-200 мг, суточная - 200-400 мг. Лечение обычно начинают с дозы 25-50 мг, затем постепенно увеличивают на 25-50 мг в день до 200-300 мг/сут в течение 7-14 дней. Суточную дозу можно применять однократно перед сном или 2-3 раза в сутки после еды. При отмене лечения следует постепенно снижать дозу в течение 1-2 недель.
	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.). <b>(5C)</b>
<i>Комментарий</i>	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.
<b>Поддерживающая терапия маниакальных состояний</b>	
	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. <b>(5C)</b>
	После купирования острого МС для всех больных на этапе стабилизации состояния (долечивание) нормотимическую терапию 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. <b>(5C)</b>
	Пациентам с продолжающейся литической редукцией симптоматики рекомендована дальнейшая нормотимическая терапия в сочетании с АВП. <b>(5C)</b>
	Пациентам, принимающим сочетание нормотимической терапии 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. <b>(5C)</b>
	Пациентам у которых наблюдается развитие раннего рецидива в период снижения дозы или сразу после отмены АВП рекомендуется возобновление комбинированной терапии. <b>(5C)</b>
<b>Терапия возбуждения и агрессии</b>	
	На первом допсихофармакологическом этапе ведения пациента с проявлениями возбуждения рекомендуется применение методик дэскалации. <b>(5C)</b>
<i>Комментарий</i>	Методики дэскалации 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.
	Пероральная, буккальная (ородиспергируемые таблетки) психофармакотерапия рекомендуется в качестве первого шага, при условиях возможности его применения (наличия комплаентности). <b>(2A)</b>
	Рекомендуется соблюдение осторожности при назначении диазепам и других производных бензодиазепина (кроме лоразепама), а также низкопотентных антипсихотических средств (хлорпромазин, левомепромазин и хлорпротиксен) пациентам с психомоторным возбуждением для терапии возбуждения в связи с худшей переносимостью и более длительным периодом полувыведения. <b>(5C)</b>
<i>Комментарий</i>	При нетяжелом возбуждении и комплаентности пациента могут быть более предпочтительны пероральные формы лекарственных средств с седативным компонентом действия. В данном случае производные бензодиазепина (в первую очередь лоразепам), прометазин и антипсихотические средства демонстрируют сравнимую эффективность в терапии возбуждения и агрессии. На данном этапе терапии пациент требует наблюдения каждый час. Схема применения лоразепама (для приема внутрь): начальная доза 2-3 мг/сут, разделенная на 1-3 приема. Постепенно доза может быть увеличена до максимальной с 10 мг/сут.
	Пациентам с острым психомоторным возбуждением при неэффективности пероральной терапии или невозможности её применения, а также при изначальной тяжести симптоматики рекомендуется парентеральная терапия. <b>(2B)</b>
<i>Комментарий</i>	Парентеральные формы АВП не уступают в эффективности внутримышечной форме галоперидола, но вызывают меньшее число неврологических побочных эффектов.

Комбинированная внутримышечная психофармакотерапия рекомендуется пациентам с психомоторным возбуждением при неэффективности внутримышечной монотерапии. <b>(1А)</b>	
<i>Комментарий</i>	При использовании данной комбинации необходимо учитывать повышенный риск развития побочных эффектов, что требует постоянного наблюдения за пациентом. Обычно используются комбинации галоперидола с производными бензодиазепина - в первую очередь рекомендуется лоразепам (внутри 2-4 мг/сут) или прометазин. При внутримышечном введении следует соблюдать осторожность во избежание случайного подкожного введения, которое может вызвать некроз тканей в месте введения. Обычная рекомендуемая доза составляет 25-50 мг глубоко внутримышечно. Комбинированное применение внутримышечной формы производных бензодиазепина с клозапином целесообразно избегать из-за риска развития дыхательной недостаточности. Комбинированное применение внутримышечной формы оланзапина и производных бензодиазепина целесообразно избегать из-за повышенного риска внезапной смерти.
При неэффективности комбинированной парентеральной внутримышечной терапии с целью купирования психомоторного возбуждения у пациентов с психомоторным возбуждением рекомендовано внутривенное введение производных бензодиазепина (диазепам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин) либо антипсихотических средств (галоперидол, хлорпромазин, дроперидол). <b>(5С)</b>	
<i>Комментарий</i>	При применении внутривенного пути введения предпочтителен капельный способ. При внутривенном введении препаратов необходимы постоянное наблюдение персонала у постели больного, мониторинг ЭКГ, артериального давления и сатурации. При внутривенном применении дроперидола (2,5-10 мг/сут) из-за риска удлинения интервала QT мониторинг ЭКГ является строго обязательным. Данные требования осуществимы в условиях отделения интенсивной терапии.
При резистентном психотическом возбуждении последующие терапевтические шаги принимаются коллегиально, в том числе с привлечением специалистов другого профиля (врачей анестезиологов-реаниматологов и врачей неврологов). <b>(4С)</b>	
<i>Комментарий</i>	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. В качестве альтернативных терапевтических опций рассмотреть возможности применения дексмететомидина и кетамина.

## ТАКТИКА И ЭТАПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИИ

Терапия первого выбора	
Всем пациентам с установленным диагнозом БД рекомендуется фармакотерапия с целью купирования симптомов и достижения ремиссии. <b>(1В)</b>	
<i>Комментарий</i>	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. 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, вальпроевая кислота 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.
Всем пациентам с БД легкой или умеренной тяжести на фоне фармакотерапии рекомендуется проведение когнитивно-поведенческой и других видов психотерапии. <b>(3С)</b>	

<i>Комментарий</i>	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.
Всем пациентам с установленным диагнозом БД I типа без психотической симптоматики, с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендована одна из следующих терапевтических опций: кветиапин (1A), лития карбонат (2A), ламотриджин (1A), луразидон (1A), карипразин (2A), комбинация луразидона с литием карбоната или вальпроевой кислотой. (2A)	
<i>Комментарий</i>	Если пациент уже принимает с профилактической целью нормотимическую терапию, купирование депрессии проводится на фоне принимаемой нормотимической терапии.
<b>Стратегии терапии БД I типа без психотической симптоматики при неэффективности терапии первого выбора</b>	
Пациентам с установленным диагнозом БД I типа без психотической симптоматики при неэффективности терапии первого выбора с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано использование одной из неиспользованных опций первого этапа. (1A)	
В качестве другой опции пациентам с установленным диагнозом БД I типа без психотической симптоматики при неэффективности терапии первого выбора рекомендовано использование комбинация нормотимической терапии и АВП первого выбора. (3A)	
<i>Комментарий</i>	Среди противоэпилептических препаратов с учетом последующего профилактического этапа терапии в случае преобладания в течении заболевания маниакальных фаз предпочтение рекомендовано отдавать вальпроевой кислоте, а депрессивных – ламотриджину. Доказательная база для карбамазепина хуже, его применение при БД оправдано только если пациент уже принимает данный препарат в качестве профилактической терапии. Режим дозирования карбамазепина: начало терапии – 200 мг/сут с последующим увеличением дозы под контролем эффективности и переносимости до 600-1200 мг/сут.
Пациентам с установленным диагнозом БД I 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: вальпроевая кислота (1A), комбинация вальпроевой кислоты с АД из группы СИОЗС (1A), комбинация лития карбоната с АД из группы СИОЗС (1A), комбинация АВП с АД из группы СИОЗС (1A), комбинация оланзапина с флуоксетином (2A), ЭСТ. (2A)	
<i>Комментарий</i>	Данные подтверждают эффективность кратковременного импульсного правого одностороннего размещения, хотя данных недостаточно для принятия решения об одностороннем или двустороннем расположении электродов применения ЭСТ при биполярной депрессии.
Пациентам с диагностированной БД I типа без психотической симптоматики, у которых перечисленные выше терапевтические мероприятия оказались неэффективными рекомендовано добавление одной из следующих терапевтических опций: арипипразол (4C), карбамазепин в дозах 400-1000 мг/сут (4C), эйкозапентаеновая кислота (одна из нескольких омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, дозы варьируются от 2 до 10 г/сут.) (1A), светотерапия (2A), левотироксин натрия (режим дозирования - 300 мкг один раз в день за 20-30 минут до еды) (2A), ацетилцистеин (2 г/сут в дополнение к проводимому лечению) (2A), оланзапин (5C), транскраниальная магнитная стимуляция на область левой или правой дорсолатеральной коры (1C), СИОЗС или моноаминоксидазы ингибиторы (ОИМАО). (2A)	
<i>Комментарий</i>	При выборе АД предпочтение следует отдавать селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС). 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, если 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 нормотимической терапией может

	<p>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. Несмотря на необходимость ограничения периода использования АД, приблизительно 20% больных БАР нуждаются в поддерживающей терапии АД. Для больных с частыми рецидивами депрессии, развивающимися вследствие отмены АД, они могут быть рекомендованы на длительный срок как часть программы профилактической терапии.</p>
<p align="center"><b>Стратегии терапии первого выбора тяжелой БД 1 типа с психотическими чертами</b></p>	
<p>Всем пациентам с установленным диагнозом тяжелой БД с психотическими чертами рекомендовано назначение комбинации нормотимической терапии с АВП с целью купирования симптомов и достижения ремиссии. <b>(5C)</b></p>	
<p align="center"><b>Стратегии терапии тяжелой БД – 1 типа с психотическими симптомами при неэффективности назначений первого выбора</b></p>	
<p>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 нормотимической терапии с АПП. <b>(5C)</b></p>	
<p align="center"><i>Комментарий</i></p>	<p>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.</p>
<p align="center"><b>Терапевтические стратегии при неэффективности фармакотерапии БД-1 типа с психотическими симптомами</b></p>	
<p>Пациентам с диагностированной БД 1 типа с психотическими симптомами и недостаточной эффективностью фармакотерапии рекомендовано применение ЭСТ. <b>(5C)</b></p>	
<p>Пациентам с диагностированной БД и недостаточной эффективностью фармакотерапии и ЭСТ рекомендовано добавление одной из следующих терапевтических опций: арипипразол <b>(4C)</b>, карбамазепин в дозах 400-1000 мг/сут <b>(4C)</b>, эйкозапентаеновая кислота (одна из нескольких омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, дозы варьируются от 2 до 10 г/сут.) <b>(1A)</b>, светотерапия <b>(2A)</b>, левитироксин натрия (режим дозирования - 300 мкг один раз в день за 20-30 минут до еды) <b>(2A)</b>, ацетилцистеин (2 г/сут в дополнение к проводимому лечению) <b>(2A)</b>, оланзапин <b>(5C)</b>, транскраниальная магнитная стимуляция на область левой или правой дорсолатеральной коры <b>(1C)</b>, СИОЗС или моноаминоксидазы ингибиторы (ОИМАО). <b>(2A)</b></p>	
<p align="center"><b>Терапия первого выбора при БД 2 типа без психотической симптоматики</b></p>	
<p>Пациентам с установленным диагнозом БД 2 типа без психотической симптоматики с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано назначение кветиапина. <b>(2B)</b></p>	
<p align="center"><b>Стратегии терапии БД – 2 типа без психотических симптомов при неэффективности назначений первого выбора</b></p>	
<p>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: лития карбонат, ламотриджин, ЭСТ, сертралин, венлафаксин. <b>(2A)</b></p>	
<p align="center"><b>Стратегии терапии БД – 2 типа без психотической симптомами при неэффективности назначений первого и второго выбора</b></p>	
<p>Пациентам с установленным диагнозом БД 2 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: вальпроевая кислота (1000-2000 мг/сут) <b>(1A)</b>, флуоксетин <b>(2B)</b>, аугментация агомелатином <b>(4C)</b>, ацетилцистеином <b>(2A)</b>, прамипексолом <b>(2A)</b>, гормонами щитовидной железы (левотироксин натрия - 300 мкг/сут). <b>(2A)</b></p>	
<p align="center"><b>Стратегии терапии первого выбора тяжелой БД 2 типа с психотическими чертами</b></p>	
<p>Всем пациентам с установленным диагнозом тяжелой БД 2 типа с психотическими чертами с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано назначение комбинации нормотимической терапии с АВП с целью купирования симптомов и достижения ремиссии. <b>(5C)</b></p>	
<p align="center"><b>Стратегии терапии тяжелой БД – 2 типа с психотическими симптомами при неэффективности назначений первого выбора</b></p>	

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 нормотимической терапии с АПП. <b>(5C)</b>	
<i>Комментарий</i>	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.
Пациентам с диагностированной БД 2 типа с психотическими симптомами и недостаточной эффективностью фармакотерапии с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии рекомендовано применение ЭСТ. <b>(5C)</b>	
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. <b>(5C)</b>	

## ТАКТИКА И ЭТАПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ СМЕШАННОГО АФФЕКТИВНОГО ЭПИЗОДА

<b>Терапия первого выбора СС с преобладанием депрессивной симптоматики</b>	
Всем пациентам с установленным диагнозом СД (смешанная депрессия) с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии, рекомендован зипрасидон. <b>(2A)</b>	
<i>Комментарий</i>	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. В случае если пациент уже принимает нормотимическую терапию с профилактической целью, купирующая терапия СД и назначение зипрасидона проводится на его фоне.
<b>Стратегии терапии СД при неэффективности терапии первого выбора</b>	
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 в виде монотерапии или в комбинации с флуоксетином <b>(2B)</b> , карбамазепина <b>(4C)</b> , луразидона <b>(4C)</b> или ЭСТ. <b>(4C)</b>	
<i>Комментарий</i>	При неэффективности назначенного препарата, необходимо перейти к назначению неиспользованной опции. В тех случаях, когда пациент уже получает нормотимическую терапию с профилактической целью, купирующую терапию СД рекомендуется проводить на фоне принимаемой.
<b>Терапия первого выбора при СС с преобладанием маниакальной симптоматики</b>	
Всем пациентам с установленным диагнозом СМ (смешанная мания) рекомендуется с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии назначение оланзапина, зипрасидона или карипразина. <b>(2B)</b>	
Пациентам с установленным диагнозом СМ, уже получающим нормотимическую терапию, рекомендуется с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии присоединение оланзапина или зипрасидона. <b>(2A)</b>	
<b>Стратегии терапии СМ при неэффективности терапии первого выбора</b>	
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 вальпроевой кислотой или монотерапии арипипразолом или палиперидоном в дозах 3-12 мг/сут, или кветиапина + нормотимическая терапия. <b>(2B)</b>	
<i>Комментарий</i>	При неэффективности назначенного препарата, необходимо перейти к назначению неиспользованной опции. В тех случаях, когда пациент уже получает нормотимическую терапию с профилактической целью, купирующую терапию СМ рекомендуется проводить на фоне принимаемой нормотимической терапии. Для коррекции симптомов тревоги к основной схеме терапии может добавляться алимемазин.
<b>Стратегии терапии СМ при неэффективности терапии второго выбора</b>	
Пациентам с установленным диагнозом СМ, у которых оказались неэффективными препараты второго этапа терапии, рекомендуется назначение одного из перечисленных препаратов: клозапин в дозах 200-900 мг/сут <b>(4C)</b> , габапентин в дозах 300-900 мг/сут (максимальная исследованная доза – 4800 мг/сут) + нормотимическая терапия <b>(4C)</b> , окскарбазепин (600-1200 мг/сут) + лития карбонат <b>(4C)</b> , рисперидон (1-6 мг/сут) <b>(2B)</b> , АПП <b>(4C)</b> , ЭСТ. <b>(3B)</b>	

<i>Комментарий</i>	При неэффективности назначенного препарата, рекомендуется перейти к назначению неиспользованной опции. В тех случаях, когда пациент уже получает нормотимическую терапию с профилактической целью, купирующую терапию СМ следует проводить на фоне принимаемой нормотимической терапии.
<b>Стратегии терапии СМ при неэффективности терапии третьего выбора</b>	
Пациентам с установленным диагнозом СМ, у которых оказались неэффективными препараты третьего этапа терапии, рекомендуется с целью купирования симптоматики и достижения ремиссии назначение топирамата. Начальная доза топирамата составляет 25-50 мг/сут, терапевтическая – 100-300 мг/сут, максимальная изученная доза – 600 мг/сут. <b>(5C)</b>	
<i>Комментарий</i>	При неэффективности назначенного препарата, рекомендуется перейти к назначению неиспользованной опции. В тех случаях, когда пациент уже получает нормотимическую терапию с профилактической целью, купирующую терапию СМ следует проводить на фоне принимаемой нормотимической терапии.

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

Всем пациентам с установленным диагнозом БАР рекомендовано назначение препаратов нормотимического действия для проведения вторичной профилактической терапии с целью предотвращения рецидивов и поддержания эутичного периода. <b>(5C)</b>	
<b>Первый этап профилактической терапии</b>	
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 назначенной ранее нормотимической терапии или АВП с последующей оценкой профилактической эффективности). <b>(5C)</b>	
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 нормотимическую терапию. <b>(5C)</b>	
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 препарата нормотимической терапии или АВП. <b>(5C)</b>	
<i>Комментарий</i>	Подбор дозировок должен проводиться с учетом возможных лекарственных взаимодействий. Если подобранная на первом этапе терапии доза препарата нормотимической терапии 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 препарат нормотимической терапии (при частичном эффекте возможна комбинированная нормотимическая терапия или добавление АВП. В случае развития у пациента осложнений или сопутствующих заболеваний, препятствующих проведению терапии назначенным препаратом, необходимо сменить препарат нормотимической терапии и сделать новую попытку налаживания профилактической терапии.
<b>Второй этап профилактической терапии</b>	
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 эутичного периода. <b>(5C)</b>	
<i>Комментарий</i>	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.
<b>Особенности терапии больных с континуальным и БЦ течением БАР</b>	
Всем пациентам с установленным диагнозом БАР с континуальным или БЦ течением с целью обрыва неблагоприятного течения и формирования эутичного периода рекомендуется исключение возможных медикаментозных факторов, способствующих формированию и поддержанию аффективной неустойчивости с учащением фазообразования. <b>(5C)</b>	
<i>Комментарий</i>	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

	<p>труднокурабельных больных БАР. Учитывая, что все АД, особенно трициклические, могут вызывать инверсию фазы, попытка их отмены должна быть первым шагом при ведении больных с БЦ.</p>
<p>Всем пациентам с установленным диагнозом БАР с континуальным или БЦ течением с целью обрыва неблагоприятного течения и формирования эутимного периода рекомендуется при выборе нормотимика отдавать предпочтение антиконвульсантам, учитывая их большую эффективность в сравнении с лития карбонатом при БЦ течении. <b>4С</b></p>	
<p>Всем пациентам с установленным диагнозом БАР с континуальным или БЦ течением при неэффективности первого назначенного препарата нормотимической терапии с целью обрыва неблагоприятного течения и формирования эутимного периода рекомендуется смена нормотимической терапии или проведение ЭСТ с последующим назначением нормотимической терапии. <b>5С</b></p>	
<p><i>Комментарий</i></p>	<p>При тяжелом течении заболевания с развернутыми аффективными фазами, короткими эутимными периодами или континуальным течением целесообразно проведение ЭСТ уже на ранних этапах терапии. Проведение поддерживающей ЭСТ возможно у пациентов с предшествующей эффективностью обрывающего курса ЭСТ и неэффективностью комбинированных схем нормотимической терапии. 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 нормотимической терапии 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. 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 назначенной нормотимической терапии 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. Увеличение дозы нормотимической терапии 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 производных бензодиазепаина, 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 антипсихотических средств 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</p>

Всем пациентам с установленным диагнозом БАР с континуальным или БЦ течением в случае частичного эффекта назначенной нормотимической терапии, и в зависимости от клинической необходимости может быть рекомендовано продолжение периода наблюдения или присоединение второго препарата нормотимической терапии с целью обрыва континуального цикла и установления эутичного периода. **(5С)**

*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.

## ТЕРАПИЯ В ОСОБЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ

### Ведение пациенток в период беременности

БАР не является абсолютным противопоказанием для беременности и рождения ребенка. Риск развития рецидива существенно увеличивается в случае отмены лекарственной терапии в период беременности, особенно, если отмена препаратов проводилась быстро. С точки зрения развития рецидивов наиболее опасен послеродовой период.

Вопрос о применении психотропных препаратов в период гестации должен решаться индивидуально в каждом конкретном случае после тщательного взвешивания соотношения польза/риск лекарственных средств и отсутствия фармакотерапии. В более молодом возрасте и при менее тяжелом течении БАР целесообразна полная или частичная отмена терапии на период по крайней мере первого триместра беременности и применение психотерапевтических методов лечения, однако у большинства женщин со среднетяжелыми и тяжелыми формами психических заболеваний польза от фармакотерапии, как правило, превышает ее риск. Для женщин более старшего возраста и для тех, у кого прежде наблюдалось тяжелое течение БАР может быть рекомендовано продолжение терапии в период беременности с регулярным ультразвуковым исследованием плода или амниоцентез для выявления возможных тератогенных эффектов.

Все вопросы планирования и ведения беременности у женщин, страдающих БАР, рекомендуется решать коллегиально с учетом мнения врача-психиатра, врача-гинеколога и врача-педиатра, исходя из соображений соотношения «вред-польза» для матери и будущего ребенка.

Исследований тератогенного действия препаратов у женщин в период беременности не проводится по этическим соображениям. В то же время многолетний опыт клинического применения лития карбоната, вальпроевой кислоты, карбамазепина и ламотриджина показал увеличение риска тератогенных эффектов у женщин, получавших эти препараты в первый триместр беременности.

Считается, что лития карбонат повышает риск возникновения врожденных сердечно-сосудистых дефектов, особенно аномалии Эбштейна. Абсолютный риск развития врожденных аномалий сердца при применении лития карбоната во время беременности достаточно низок. Кроме того, аномалии Эбштейна развиваются только в том случае, когда воздействие лития карбоната на плод совпадает по срокам с периодом формирования сердца в процессе органогенеза (преимущественно 3-6 неделя гестации).

Женщине, планирующей беременность, препараты лития следует, по возможности, отменять, по крайней мере, на время I триместра. В случае наступления беременности на фоне лечения лития карбонатом целесообразно подробно обсудить с женщиной пользу и риски, связанные с продолжением лечения, и вместо отмены препарата предложить ей тщательный мониторинг концентраций лития в крови и состояния плода. Это связано с тем, что постепенная отмена лития карбоната на протяжении 2-4 недель при наступившей беременности не позволяет снизить риск тератогенного действия, а его резкая отмена сопряжена с высоким риском развития рецидива. В случае необходимости применения нормотимической терапии во время беременности, включая I триместр, лития карбонат в связи с невысоким абсолютным риском тератогенности и достаточно хорошей изученностью рассматривается в качестве препарата выбора.

Экскреция лития почками повышается по мере увеличения сроков беременности, что обычно вызывает необходимость повышения его доз. Во время родов почечный клиренс лития резко падает. С целью предотвращения токсических эффектов целесообразна отмена препаратов лития или снижение его дозы за 7-10 дней до родов с последующим возобновлением приема после родов. Отмена лития в день родов нецелесообразна, так как сопряжена с высоким риском развития аффективного эпизода в послеродовом периоде.

Токсические эффекты лития карбоната у новорожденного обычно проявляются летаргией и синдромом «вялого младенца» (floppy baby syndrome), для которого характерны респираторные нарушения, цианоз и снижение мышечного тонуса. Эти симптомы являются дозозависимыми и развиваются на фоне высокого уровня лития в крови в поздние сроки беременности. Обычно они носят легкий и транзиторный характер. Влияние лития карбоната на отдаленные исходы развития детей остается неизвестным.

Внутриутробное воздействие вальпроевой кислоты ассоциируется с повышенным риском когнитивных и поведенческих проблем у детей. Особенно высокий риск нейроразвивающих нарушений наблюдается при применении вальпроевой кислоты в комбинации с другими психотропными средствами. В 3-летнем возрасте у детей, подвергшихся внутриутробному воздействию вальпроевой кислоты, отмечалось отставание по уровню IQ в среднем на 9 и 6 баллов ниже, чем у их сверстников, матери которых получали во время беременности ламотриджин и карбамазепин, соответственно.

Карбамазепин может вызывать дефицит витамина К у плода, приводя к развитию кровотечений у новорожденного и нарушению морфологии лица. Кроме того, описаны случаи транзиторной гипербилирубинемии у новорожденных. Возможно также негативное дозозависимое влияние карбамазепина на вербальные функции детей 2-3 лет, подвергшихся его воздействию в пренатальном периоде.

Ограниченность и противоречивость данных не позволяют сделать окончательного заключения о наличии периоде, как только стабилизируется состояние женщины, в дозе, которая использовалась до беременности. При применении в I триместре провести на 16-18-ой неделе ультразвуковое исследование с высоким разрешением и эхокардиографию у плодотератогенного потенциала у ламотриджина, однако он представляется более безопасным препаратом для беременных, чем вальпроевая кислота и карбамазепин. У новорожденных, внутриутробно подвергшихся действию ламотриджина, потенциально возможно развитие токсических эффектов, включая кожную сыпь.

Женщинам с диагнозом БАР, принимающим антиконвульсанты во время беременности, с целью профилактики врожденных аномалий при применении рекомендуется назначать фолиевую кислоту. **(5C)**

*Комментарий*

Фолиевая кислота в виде монотерапии или в комбинации с другими витаминами и минералами предотвращает дефекты нервной трубки, но не оказывает протективного действия в отношении других врожденных аномалий.

В случае принятия решения о прекращении терапии в период планирования беременности или при наступлении незапланированной беременности, отмену следует проводить постепенно (не менее 2 недель) в связи с увеличением риска развития рецидива при резкой отмене препаратов.

#### **Ведение больного с суицидальным поведением**

В качестве неотложных терапевтических мероприятий при суициде рекомендованы два основных шага: обеспечение безопасности пациента и его клиническая оценка. **(5C)**

*Комментарий*

Клиническая оценка должна быть направлена как на определение возможного психиатрического диагноза, так и на установление рисков и других факторов, влияющих на суицидальное поведение. Раннее выявление индивидуальных факторов, способных предупредить повторные попытки позволят обеспечить успех кризисной интервенции и психотерапии. Психотерапевтическое лечение пациентам с суицидальными тенденциями целесообразно лишь при относительно неглубоком уровне аффективных нарушений.

Пациентам с суицидальными тенденциями рекомендовано сочетание адекватной фармакотерапии с длительной когнитивно-поведенческой или интерперсональной психотерапией. **(5C)**