

Оглавление

F3. Расстройства настроения (аффективные расстройства).....	1
F30 Маниакальный эпизод	2
F31 Биполярное аффективное расстройство	2
F30.0 Гипомания.....	3
F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании.....	3
Расшифровка терминологии	3

F3. Расстройства настроения (аффективные расстройства)

В системе лечебных мероприятий при терапии аффективных расстройств выделяют 3 относительно самостоятельных этапа.

Первый этап - купирующая терапия (от момента начала лечения аффективной симптоматики до установления клинической ремиссии), направленная на быстрейшее купирование острой аффективной симптоматики.

Основными терапевтическими принципами этого этапа являются гибкий, динамичный подход к проведению терапии с адекватным темпом наращивания дозировок и быстрым переходом к интенсивным методам ведения больного при отсутствии или недостаточной эффективности терапии.

Второй этап - долечивающая или стабилизирующая терапия заключается в продолжении эффективной терапии с момента достижения клинической (терапевтической) ремиссии до предполагаемого спонтанного окончания фазы. Этот этап включает в себя также долечивание резидуальной, симптоматики, борьбу с аффективной неустойчивостью, предрецидивными или ранними рецидивными расстройствами, включая их быстрое выявление и своевременное усиление терапии, длительность которой зависит от эндогенно запрограммированных характеристик течения заболевания. Проводится в амбулаторных или полустационарных условиях.

Третий этап - профилактическая терапия направлена на предотвращение развития рецидивов заболевания. Проводится в амбулаторных условиях.

Показаниями к назначению профилактической терапии являются:

- наличие не менее двух очерченных аффективных эпизодов за последние два года;
- наличие аффективных фаз субклинического уровня в долечивающем периоде после первого в жизни эпизода;
- первый эпизод тяжелый, приведший к госпитализации (наличие психотической симптоматики, при депрессии - суицидальные мысли/тенденции).

Профилактическая терапия может проводиться неопределенно долго, но не менее 1 года. Вопрос о прекращении профилактической терапии может быть решен положительно в случае, когда на протяжении пяти лет имело место полностью устойчивое состояние пациента, т.е. не наблюдалось аффективных расстройств даже субклинического уровня. При этом следует помнить, что даже на фоне полного благополучия прекращение профилактической терапии может привести к развитию фазы и дальнейшему утяжелению течения заболевания по сравнению с периодом до начала лечения. В связи с этим в случаях, когда нет объективных медицинских показаний для отмены профилактической терапии (подобные действия, возникновение сопутствующих интеркуррентных заболеваний, требующих назначения медикаментов, несовместимых с используемыми для профилактики препаратами и т.п.), **тактика врача должна быть направлена на продолжение терапии неопределенно долго.**

F30 Маниакальный эпизод

Условия лечения

Обычно стационарное. Длительность пребывания в стационаре зависит от скорости редукции симптоматики, в среднем составляет 2 - 3 месяца. Возможно долечивание в полустационарных или амбулаторных условиях.

Необходимые обследования см. общую часть F3.

Принципы и длительность терапии

Соблюдаются все основные подходы и принципы, описанные для биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31). На этапе купирующей терапии препаратами первого выбора являются соли лития (карбонат, оксидбутират). Лечение проводится под контролем концентрации лития в плазме крови. Доза подбирается таким образом, чтобы концентрация лития в плазме крови, определяемая утром, натощак, через 8 - 12 часов после приема последней дозы была не ниже 0,8 и не выше 1,2 ммоль/л. Оксидбутират лития вводится внутримышечно, внутривенно медленно или внутривенно капельно.

Для коррекции расстройств сна - присоединение гипнотиков (таких как нитразепам, флуниразепам, темазепам и пр.).

При выраженном психомоторном возбуждении, агрессивности, наличии маниакально-бредовой симптоматики или отсутствии эффекта лития в течение первых дней терапии в схему добавляют нейролептики (преимущественно - галоперидол, при необходимости - парентерально), дозу которого по мере становления эффекта постепенно снижают до полной отмены. Возможно добавление седативных нейролептиков (см. табл.1). Их применение носит симптоматический характер, то есть в случае развития моторного возбуждения или расстройств сна. При использовании нейролептической терапии также необходимо руководствоваться правилами купирования острого психоза при шизофрении (см. рубрику F20).

При отсутствии эффекта в первый месяц терапии необходим переход к интенсивной терапии или противорезистентным мероприятиям: чередование высоких доз инцизивных нейролептиков с седативными (см. табл.1), присоединение мощных транквилизаторов (феназепам, лоразепам), карбамазепина, вальпроата натрия и др.

На втором этапе - долечивающей или стабилизирующей терапии, применение солей лития должно продолжаться вплоть до спонтанного окончания фазы, длительность которой устанавливают по предыдущим фазам (в среднем 4 - 6 месяцев). Используются карбонат лития или его пролонгированные формы (контемнол и др.). При этом доза препарата должна быть постепенно снижена; поддерживается концентрация в плазме крови 0,5 - 0,8 ммоль/л.

Вопрос о прекращении терапии литием решается в зависимости от особенностей течения заболевания и необходимости проведения профилактической терапии.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование аффективных расстройств (см. общую часть F3).

F31 Биполярное аффективное расстройство

Соблюдаются все основные подходы и принципы, описанные для аффективных расстройств (F3).

Учитывая риск инверсии фазы, для ее предотвращения уже на этапе купирующей терапии в схему включают препараты нормотимического действия, которые сохраняются и на втором этапе терапии.

Длительность долечивающей или стабилизирующей терапии зависит от характеристик течения заболевания, определяется длительностью предшествующих фаз и составляет в среднем 4 - 6 месяцев.

Для проведения профилактической терапии применяются препараты нормотимического действия. Их дозы подбираются таким образом, чтобы достигался максимальный терапевтический эффект при минимальной выраженности побочных действий.

При классическом альтернирующем течении профилактическую терапию следует начинать с применения солей лития. В случае применения карбоната лития лечение начинают с 1 - 2 таблеток в день. Ежедневно, определяя концентрацию лития в плазме крови и повышая дозу на 1 таблетку в неделю, доводят концентрацию до 0,6 - 0,8 ммоль/л. Обычно средняя доза варьирует от 0,6 до 1,2 г в сутки. После подбора адекватной профилактической дозы концентрация лития в плазме крови должна определяться достаточно регулярно: сначала не реже 1 раза в 2 месяца, в последующем - 1 раз в 4 - 6 месяцев. При изменении дозы концентрацию вновь необходимо проверить через неделю. Применение суточных пролонгов карбоната лития (контемнол и др.) облегчает проведение длительной профилактической терапии.

При отсутствии результата, недостаточной эффективности через год от начала терапии или невозможности ее проведения в режиме адекватных дозировок из-за возникающих побочных явлений или сопутствующих соматических заболеваний можно перейти к монотерапии антиконвульсантами (карбамазепин, соли вальпроовой кислоты) или использовать комбинированную терапию нормотимиками.

Лечение карбамазепином начинают с минимальных доз (100 - 200 мг/сут), с последующим постепенным увеличением дозы (на 100 - 200 мг 1 раз в 2 - 3 дня в зависимости от переносимости препарата). При появлении побочных действий (атаксия, диплопия, повышенная седация, дизартрия, тошнота) доза уменьшается до предыдущей - максимально переносимой, которая сохраняется для

проведения дальнейшей терапии. При отсутствии побочных эффектов в период наращивания дозировок средней терапевтической считается доза - 600 мг/сут. На этапе подбора дозировок следует учитывать, что спустя 2 - 3 недели от начала терапии происходит аутоиндукция печеночных ферментов, снижение концентрации препарата в крови, в связи с чем возможно увеличение дозы еще на 200 - 400 мг/сут.

Вальпроат натрия назначается в **минимальных дозах** (150 - 300 мг) с последующим наращиванием дозы **на 300 мг 1 раз в 2 - 3 дня**. Эффективная профилактическая доза варьирует в пределах 600 - 1200 мг/сут.

Для комбинированной терапии используют средние терапевтические дозы. При проведении комбинированной терапии нормотимиками сочетание карбамазепина и вальпроата натрия не используется из-за их интеркуррентного взаимодействия на уровне печеночных ферментов.

При быстрых циклах (более 4 аффективных эпизодов в год) профилактическую терапию рекомендуется начинать сразу с антиконвульсантов. При отсутствии эффекта нормотимиков (моно- или комбинированной терапии) для обрыва быстроциклического течения возможно проведение электросудорожной терапии (ЭСТ) с последующей терапией нормотимиками.

Особое внимание при проведении длительной профилактической терапии нормотимическими препаратами следует обращать на соматическое состояние пациента.

Психотерапия:

- **когнитивно-бихевиоральная;**
- **интерперсональная;**
- поддерживающая;
- семейное консультирование.

F30.0 Гипомания

Условия лечения

Амбулаторное, полустационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии маниакального эпизода (см. рубрику F30) и биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31). Нейролептики применяются в небольших дозах.

Длительность купирующего этапа лечения

Зависит от скорости редукции симптоматики и может варьировать от нескольких недель до 3-х месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование аффективных расстройств.

F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании

Условия лечения

Лечение в амбулаторных условиях или полустационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31) и правила купирования гипомании (F30.0).

Длительность лечения см. F30.0.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

Расшифровка терминологии

Психотерапия:

- когнитивно-бихевиоральная;

Когнитивно-бихевиоральная терапия или её ещё называют когнитивно – поведенческая терапия представляет собой широко распространенный метод воздействия на психику человека, который сочетает в себе поведенческую и когнитивную психотерапию, на сегодняшний день является самой распространенной формой психологической помощи,

- интерперсональная;

Интерперсональная (межличностная) психотерапия (ИПТ) — [психотерапия](#), являющаяся краткосрочной, высокоструктурированной, конкретно сфокусированной психотерапией, основанной на

рабочем принципе «здесь и сейчас» и направленная на разрешение проблем текущих межличностных взаимоотношений пациентов, страдающих психическими расстройствами.

- поддерживающая;
- семейное консультирование.

Вспыльчивость — психоэмоциональное состояние человека, эмоциональная несдержанность, способная под влиянием внешних или внутренних факторов легко переходить в состояние крайней раздражительности, гнева, агрессии.

Острые и преходящие психотические расстройства — это группа состояний с быстрым развитием симптомов: состояние человека резко ухудшается от нескольких суток до двух недель. Характеризуется разнообразной аффективной (от депрессии до эйфории) и психотической (бред, галлюцинации) симптоматикой, которая постоянно меняется.

Аффективные расстройства — эмоциональные нарушения, которые проявляются периодами смены настроения: от чрезмерной грусти до избыточного веселья, а также их комбинации между собой.