

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00717&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00717. Біполярний афективний розлад

Автор: Erkki Isometsä
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2017-08-25

Основні положення

- Основною метою терапії є лікування в гострому періоді та профілактика рецидивів маніакальних та депресивних епізодів.
- Завжди визначайте, чи в пацієнта з депресією раніше були періоди манії або гіпоманії, тобто, чи він/вона має біполярний афективний розлад.
- Лікування гострих фаз біполярного розладу, зазвичай, проводиться у психіатричних лікарнях.
- Організуйте негайну госпіталізацію пацієнта, що перебуває в маніакальному стані.

Поширеність і класифікація

- Поширеність біполярного розладу впродовж життя становить близько 1-2%.
- З даним захворюванням пов'язана висока смертність внаслідок самогубств (стандартизований коефіцієнт смертності = приблизно 20); близько половини пацієнтів мали хоча б одну спробу самогубства у період захворювання.
- Розлад класифікується на дві категорії:
 - Біполярний розлад I типу включає епізоди манії, депресії та змішані епізоди

- У випадку розладу II типу чергуються епізоди гіпоманії та депресії.

Симптоми і діагноз

- Звичайно у пацієнта спостерігаються епізоди, як великого депресивного розладу, так і манії або гіпоманії, дуже рідко - тільки гіпоманії/манії.
- Зазвичай, напади депресії переважають у перебігу хвороби.
- Опитувальник щодо розладів настрою (Mood Disorder Questionnaire, MDQ) є зручним інструментом для скринінгу біполярного розладу в усіх пацієнтів з депресією. Позитивний результат тесту вимагає подальшої діагностичної оцінки.
 - Деякі пацієнти заперечують наявність симптомів, і результат скринінгу в них буде негативним.
 - Позитивний результат скринінгу не дорівнює діагнозу.
 - Діагноз біполярного афективного розладу встановлює психіатр.

Гіпоманія

- Помірне, але добре помітне піднесення настрою, що явно відрізняється від звичайного психологічного стану пацієнта.
- Тривалість коливається від днів до тижнів.
- Присутні хоча б три з наступних симптомів:
 - підвищення активності та фізичної невгамовності
 - підвищення балакучості
 - труднощі при концентрації, схильність до відволікання
 - зменшення потреби у сні
 - підвищення інтересу та потягу до сексу
 - марнотратство та інша безвідповідальна поведінка
 - підвищення товарищескості та панібратства.

Манія

- Симптоми такі ж, як при гіпоманії, але більш виражені, через що призводять до явного зниження функціональних можливостей. Через відсутність критики та наявність гіперактивності пацієнт з манією звичайно завдає велику шкоду його/її родинним стосункам та кар'єрі та часто наражає себе та оточуючих на небезпеку.
- Манії, зазвичай, передує м'якша пресимптомна фаза; пацієнт відчуває себе все енергійніше, знижується потреба уві сні та починає наростати збудження.
- Пацієнт може взяти себе в руки впродовж консультації та певний час поводити себе нормально, надаючи хороші пояснення своїй поведінці. Анамнез потрібно збирати не тільки у пацієнта, але й у інших людей.
- Для діагнозу, три симптоми (чотири, якщо настрій роздратований) з наступних мають бути присутніми впродовж хоча б одного тижня:
 - підвищення активності та фізичної невгамовності
 - підвищення балакучості (потік слів)
 - плин думок або відчуття прискореного мислення
 - відсутність гальмування
 - зменшена потреба уві сні (пацієнт, звичайно, спить переважно кілька годин уночі)
 - підвищена самооцінка або маячення грандіозності
 - схильність до відволікання або постійні зміни дій та планів
 - необачна або безвідповідальна поведінка з ризиками, які пацієнт не розпізнає
 - підвищений статевий потяг та нерозбірливість у зв'язках.
- При психотичній манії у пацієнта спостерігаються маячення або галюцинації.
- Іноді може розвинути стан сплутаної свідомості типу делірії, що вимагає негайного лікування.

Епізоди депресії

- Симптоми депресивних фаз біполярного розладу не відрізняються від важких епізодів депресії (див. [\[Настанова 00715\] \[Виявлення і діагностика ...\]](#) та [\[Настанова 00716\] \[Депресія\]](#)), але фармакотерапія є іншою.

Змішані епізоди

- Симптоми нападів манії та депресії присутні одночасно або швидко чергуються (швидкі цикли).
- Настрій може бути пригніченим, але рівень активності підвищеним.
- Зазвичай, стан пацієнта змінюється і спостерігаються як діаметрально протилежні настрої, так і періоди з одночасною наявністю їх симптомів.
- Існує високий ризик самогубства під час змішаного епізоду.

Диференціальний діагноз

- Деякі препарати (амфетаміни, глюкокортикоїди, леводопа) та деякі судинно-мозкові захворювання можуть викликати вторинну манію. Їх потрібно розглянути, особливо коли перший епізод манії виник у віці понад 50 років.
- Щодо зловживання алкоголем або психоактивними речовинами див. [\[настанова 00894\]](#) [\[Пацієнт з аддикцією до л...\]](#).
- Гіпоманія або манія, спричинені початком прийому антидепресантів, ведуть до діагнозу біполярного афективного розладу тільки якщо симптоми рекурентні. Лікар-фахівець має оцінити ситуацію, беручи до уваги повну картину.
- Пограничний розлад особистості пов'язаний зі змінами настрою, але не з гіпоманіакальним чи маніакальним піднесенням.
- Найпоширенішою причиною хибного діагнозу є те, що ранні фази ейфорії не були зареєстровані, і діагнозом пацієнта в депресивній фазі вважають звичайну депресію.

Лікування [\[доказ 006961\]](#) [\[D\]](#)

- Як правило, гострі періоди біполярного розладу лікують психіатри.
- У різних фазах захворювання фармакотерапевтичний профіль змінюється.
- Протокол лікування при розладі типу II в основному подібний до I типу. Є відмінності у призначенні антидепресантів (менші ризики при II типі) та придатності ламотриджину для підтримуючої терапії (але не для монотерапії при I типі).

- Після гострої фази основною метою є профілактика нових епізодів та функціональних порушень. Потрібно проводити моніторинг психічного статусу пацієнта, надати пацієнту та його/її близьким інформацію щодо біполярного розладу для раннього розпізнавання нових епізодів та запобігання провокуючих факторів ризику, таких як стрес та недосипання.
- Варіанти лікування різних періодів розладу перелічені у таблиці [табл. |Т1].

Коментар експерта. Лікарський засіб Азенапін станом на 12.02.2019 в Україні не зареєстрований

Коментар експерта. Лікарський засіб Луразидон станом на 12.02.2019 в Україні не зареєстрований

Таблиця Т1. Перелік варіантів лікування біполярного афективного розладу I типу в різних фазах розладу

Фаза	Лікування
Гостра манія	Антипсихотичні засоби: арипіпразол (15-30 мг/день), азенапін (10-20 мг/день), галоперидол (2-15 мг/день), кветіапін (300-800 мг/день), оланзапін (5-20 мг/день), рисперидон (1-6 мг/день) або зипразидон (80-120 мг/день)
	Літій (цільова концентрація 0,80–1,20 ммоль/л)
	Вальпроат (вальпроєва кислота)* (цільова концентрація 450-900 мкмоль/л)
	Карбамазепін (400–1600 мг/день)
	Комбінація нормотимічних засобів та атипівих антипсихотиків
	Електросудомна терапія (в окремих терапевтично резистентних або психотичних випадках)
Депресивний епізод	Ламотриджин (50-200 мг/день)
	Літій (цільова концентрація 0,80–1,20 ммоль/л)
	Вальпроат* (цільова концентрація 450-600 мкмоль/л)
	Оланзапін + флуоксетин (5+20 - 10+40 мг/день)
	Луразидон (20-120 мг/день)
	Кветіапін (300-600 мг/день)
	Антидепресанти (тільки в комбінації з нормотиміками; поступово відмінити при досягненні ремісії)
Електросудомна терапія (ЕСТ)	
Змішаний епізод	Лікування, як при манії
Підтримуюча терапія	Літій (цільова концентрація 0,60–0,80 ммоль/л)
	Карбамазепін (400–1600 мг/день)
Вальпроат (вальпроєва кислота) має високу тератогенність, тому жінкам, які можуть завагітніти, його призначають лише в разі, якщо не підходить жодний з інших варіантів.	

Вальпроат* (цільова концентрація 450-900 мкмоль/л)
Ламотриджин (50-400 мг/день; при типі I не можна у якості монотерапії)
Арипіпразол (15–30 мг/день), кветіапін (300–600 мг/день) або оланзапін (5–20 мг/день); депо-рисперидон (25–50 мг/2 тижні)
Вищезазначені препарати у комбінації
Вальпроат (вальпроєва кислота) має високу тератогенність, тому жінкам, які можуть завагітніти, його призначають лише в разі, якщо не підходить жодний з інших варіантів.

Лікування манії та гіпоманії [доказ 05379 B]

- Пацієнти з манією звичайно потребують госпіталізації; може знадобитися примусове лікування. Манія сама по собі дає можливість застосувати примусове лікування, якщо виконуються інші юридичні передумови. Наявність маячення або галюцинацій не є вирішальним.
- При фармакотерапії манії, зазвичай, потрібно комбінувати, як мінімум два препарати [доказ 06242 A], напр. призначити літій або вальпроат [доказ 03363 A] одночасно з антипсихотиком другого покоління [доказ 05247 A].
- Гіпоманія звичайно є короткотривалим станом легкого ступеня тяжкості; її можна лікувати в амбулаторних умовах, додаючи дозу тимостабілізуючого препарату та/або антипсихотика другого покоління (оланзапін, арипіпразол [доказ 07294 B]).

Лікування біполярної депресії [доказ 05993 D]

- Неправильне застосування антидепресантів без одночасного призначення тимостабілізуючого препарату може викликати гіпоманію або манію та/або збільшити частоту рецидивів епізодів захворювання.
 - Антидепресанти приносять користь лише деяким пацієнтам, тому призначаються лише в комбінації з нормотиміками або антипсихотиками другого покоління.
 - З антипсихотиків другого покоління кветіапін (300-600 мг/день) показав ефективність у лікуванні депресивних епізодів. Також ефективність мав луразидон (20-120 мг/день), як і комбінація оланзапіну з флуоксетином.
- Серед стабілізуючих препаратів найкращу антидепресивну дію мають ламотриджин [доказ 04990 C] та літій.

Лікування змішаних епізодів

- Звичайно ті самі препарати, що використовуються при лікуванні манії
- Призначення антидепресантів у випадку змішаних епізодів може погіршити стан, провокуючи симптоми манії та зміни настрою, отже їх не можна використовувати.

Підтримуюча терапія [доказ 05932 | D] [доказ 06351 | C] [доказ 05821 | D]

- У фазі підтримки для профілактики епізодів захворювання використовується тривала фармакотерапія.
- Потрібно уникати препаратів, що можуть провокувати манію чи гіпоманію (антидепресанти) або депресію (традиційні нейролептики).
- Якщо були рецидиви епізодів захворювання, потреба в підтримуючій терапії, зазвичай, є позитивною. Навіть після дуже тривалої (> 10 років) безсимптомної фази на підтримуючій терапії, як правило епізоди захворювання виникають знову після відміни підтримуючої терапії.
- Лікар загальної практики також може відповідати за підтримуючу терапію, якщо стан пацієнта стабілізовано і прихильність до лікування добра.
- Вальпроат (вальпроєва кислота) має високу тератогенність, і його, зазвичай, не можна призначати жінкам, які можуть завагітніти. Його призначають лише якщо інші препарати були неефективні.
- Протягом терапії літій рекомендується контролювати раз на місяць концентрацію препарату впродовж перших 6 місяців, після чого раз на 6–12 місяців, залежно від індивідуальної потреби (оптимальний рівень при підтримуючій терапії становить 0,60–0,80 ммоль/л), також хоча б раз на рік потрібно визначити рівень ТТГ сироватки крові, креатиніну та електролітів плазми крові.
 - Літій має вузький терапевтичний діапазон; концентрації більше 1,50 ммоль/л можуть уже бути токсичними. Кліренс літію знижується при дегідратації, гіпонатріємії, нирковій недостатності та використанні протизапальних препаратів.
 - Якщо є підозра на передозування, потрібно швидко виміряти концентрацію літію в сироватці крові та зменшити дозу або тимчасово припинити прийом препарату; в разі інтоксикації потрібна негайна госпіталізація до стаціонару.

- Препарати літію відмінюють поступово впродовж тижнів; різка відміна може спричинити манію або депресію.
- Психосоціальні втручання під час фази підтримки (групова психотерапія, когнітивна психотерапія, деякі сімейні втручання) є дуже корисними для адаптації до хвороби та профілактики нових епізодів.
- Навчання в групах рекомендується усім пацієнтам після встановлення діагнозу в підтримуючий період.

Циклотимія

- Циклотимія (F34.0) є більш м'яким психічним розладом, при якому чергуються гіпоманія та помірні депресивні епізоди. Важких епізодів депресії або манії не виникає.
- За оцінками, поширеність впродовж життя становить 0,4-1%.
- У близько половини пацієнтів пізніше розвивається біполярний розлад.
- На розсуд лікаря, можливо призначити ті самі ліки, що й при біполярному розладі; втім, більшість пацієнтів не прагнуть лікування через легку вираженість симптомів.
- Пацієнтів необхідно повідомити щодо ризику біполярного розладу, особливо якщо на це вказує сімейний анамнез.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00156\] Bipolar disorder \(manic-...\]](#)
- Клінічні настанови [\[пов'язані 00156\] Bipolar disorder \(manic-...\]](#)
- Література [\[пов'язані 00156\] Bipolar disorder \(manic-...\]](#)

Настанови

- [Настанова 00715](#). Виявлення і діагностика депресії.
- [Настанова 00716](#). Депресія.
- [Настанова 00894](#). Пацієнт з аддикцією до лікарських засобів на первинному рівні надання медичної допомоги.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06961](#). Oxcarbazepine for acute affective episodes in bipolar disorder.
Дата оновлення: 2012-03-26
Рівень доказовості: D
Резюме: Oxcarbazepine might possibly have similar efficacy to more accepted medications for acute affective episodes in bipolar disorder, although the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 05379](#). Haloperidol alone or in combination for acute mania .
Дата оновлення: 2007-01-09
Рівень доказовості: B
Резюме: Haloperidol appears to be an effective treatment for acute mania.
- [Доказовий огляд 06242](#). Adjunctive therapy with antipsychotics vs. monotherapy in acute bipolar mania.
Дата оновлення: 2008-11-11
Рівень доказовості: A
Резюме: Adjunctive antipsychotic treatment is more effective than monotherapy with mood stabilisers for patients with acute bipolar mania.
- [Доказовий огляд 03363](#). Valproic acid, valproate and divalproex in the treatment of bipolar disorder.
Дата оновлення: 2017-10-16
Рівень доказовості: A
Резюме: Valproate is effective in the treatment of mania. The efficacy is comparable to that of lithium and carbamazepine.
- [Доказовий огляд 05247](#). Risperidone for acute mania.
Дата оновлення: 2006-09-13
Рівень доказовості: A
Резюме: Risperidone, as monotherapy and adjunctive treatment, is effective in reducing manic symptoms and comparable in efficacy to haloperidol.
- [Доказовий огляд 07294](#). Aripiprazole alone or in combination for acute mania.
Дата оновлення: 2014-04-29
Рівень доказовості: B
Резюме: Aripiprazole appears to be an effective treatment for acute mania, although its use appears to cause gastrointestinal disturbances and movement disorders.
- [Доказовий огляд 05993](#). Omega-3 fatty acids for bipolar disorder .
Дата оновлення: 2008-05-19
Рівень доказовості: D
Резюме: Omega-3 fatty acids might possibly be effective as an adjunctive treatment for depressive but not manic symptoms in bipolar disorder, but the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 04990](#). Lamotrigine for bipolar depression.
Дата оновлення: 2006-04-05
Рівень доказовості: C
Резюме: Lamotrigine may be effective in the treatment of bipolar depression.
- [Доказовий огляд 05932](#). Oxcarbazepine in the maintenance treatment of bipolar disorder.
Дата оновлення: 2008-04-16

Рівень доказовості: D

Резюме: There is insufficient evidence from randomised controlled trials regarding the use of oxcarbazepine in maintenance phase of bipolar illness, either in monotherapy or as an adjunctive treatment.

- [Доказовий огляд 06351](#). Olanzapine in long-term treatment for bipolar disorder.
Дата оновлення: 2009-03-25
Рівень доказовості: C
Резюме: Olanzapine may prevent further mood episodes in patients who have responded to olanzapine during an index manic or mixed episode and who have not previously had a satisfactory response to lithium or valproate.
- [Доказовий огляд 05821](#). Family interventions for bipolar disorder.
Дата оновлення: 2008-01-30
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence on the effect of family interventions for bipolar disorder

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00717 Ключ сортування: 035.022 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-25

Автор(и): Erkki Isometsä Редактор(и): Sari Atula Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Psychiatry

Ключові слова індексу

mesh: Bipolar Disorder mesh: acute mania mesh: Cyclothymic Disorder mesh: hypomania mesh: Lithium
mesh: Depression mesh: follow-up testing mesh: remission mesh: Haloperidol mesh: Antipsychotic Agents
mesh: Antidepressive Agents mesh: maintenance therapy mesh: rapid cycling mesh: mixed period icpc-2: P73
speciality: Psychiatry