Биполярное аффективное расстройство

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F31 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Биполярное аффективное расстройство — хроническое рецидивирующее расстройство настроения с маниакальными, гипоманиакальными, депрессивными и смешанными эпизодами. Рекомендация посвящена клинической диагностике, купированию текущей фазы, длительной профилактике рецидивов, оценке суицидального риска и организации психиатрической помощи.

Главное

- По МКБ-10 диагноз БАР устанавливают при наличии в течении заболевания хотя бы одного маниакального или смешанного эпизода. Диагноз устанавливают исключительно на основании клинических признаков; при обследовании исключают влияние психоактивных веществ и органического психического расстройства.
- БАР-I связан с развернутой манией, БАР-II — с гипоманией и депрессией без мании в анамнезе; в России диагноз БАР-II отдельно не ставят, его можно кодировать как F31.8.
- При выявлении депрессивных, маниакальных или смешанных симптомов необходимо оценивать опасность для пациента и окружающих.
- При суицидальных или антивитальных мыслях проводят обследование с использованием Колумбийской шкалы суицидального риска.
- Суицидальный риск особенно высок при депрессивных фазах со смешанными чертами. Активные суицидальные мысли или план с высоким риском летальности — абсолютные показания к госпитализации.
- Лечение БАР включает три последовательных этапа: купирование острой симптоматики, долечивание для стабилизации и длительную противорецидивную терапию.
- После достижения ремиссии профилактическую терапию обычно продолжают неопределенно долго. Отмена допустима не ранее чем после 5 лет стабильной ремиссии и только при настойчивом желании пациента либо при планируемой беременности, если риск для плода превышает пользу лечения.
- Психообразование пациента и родственников, психотерапия и социальная реабилитация дополняют фармакотерапию, повышают приверженность и помогают распознавать ранние признаки рецидива.

Диагностика

1. Провести первичный осмотр психиатром с клинико-психопатологическим обследованием, сбором анамнеза и оценкой риска для себя и окружающих; определить наличие депрессивных, маниакальных или смешанных симптомов. УУР С, УДД 4.
2. Уточнить эпизодность заболевания: соответствие симптомов критериям депрессии, гипомании, мании или смешанного эпизода; наличие в анамнезе не менее двух аффективных эпизодов; перенесенные заболевания мозга и соматические состояния; прием психоактивных веществ и лекарств, способных вызвать аффективные симптомы. УУР С, УДД 4.
3. У пациентов с первичным или повторным депрессивным эпизодом провести скрининг гипомании по русскоязычной шкале HCL-32 или HCL-33. При 14 ответах «да» в третьей части HCL-32 вероятность гипомании высока, но окончательный диагноз ставит психиатр; при положительном скрининге нужны подробный опрос пациента и сведения родственников. УУР В, УДД 2.
4. Проверить критерии длительности и тяжести: гипомания продолжается не менее 4 дней, мания — не менее недели, если тяжесть состояния не требует госпитализации, депрессивный эпизод — не менее 2 недель; для смешанного эпизода маниакальные и депрессивные симптомы должны быть выражены не менее 2 недель.
5. Выполнить физикальное обследование, включая осмотр кожи на следы инъекций, оценку непроизвольных движений и мышечного гипертонуса. УУР С, УДД 5.
6. До начала терапии провести общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови; исследование функции щитовидной железы проводить у первичных пациентов, ранее не обследованных, при клинических или анамнестических показаниях, а также при терапии солями лития. Провести скрининг на ВИЧ, вирусные гепатиты B и C и сифилис. УУР С, УДД 3–4.

7. Перед назначением терапии провести ЭКГ. ЭЭГ и МРТ головного мозга либо КТ головного мозга проводить первичным пациентам, которым ранее эти исследования не выполнялись, или при наличии клинических или анамнестических показаний; оценить артериальное давление, окружность талии и индекс массы тела.
8. Женщинам фертильного возраста, не использующим надежные методы контрацепции, выполнить тест на беременность.

Лечение

- При эйфорической мании или гипомании начальная монотерапия может включать лития карбонат или вальпроевую кислоту (УУР А, УДД 1), а также антипсихотическое средство второго поколения (УУР А, УДД 2). При гневливой мании предпочтительны вальпроевая кислота или карбамазепин (УУР А, УДД 1), либо антипсихотическое средство второго поколения (УУР А, УДД 2).
- При тяжелой мании, выраженном психомоторном возбуждении или психотических симптомах лечение начинают с комбинации нормотимической терапии и антипсихотического средства; в первые дни предпочтителен внутримышечный путь. Если возбуждение сохраняется, добавляют производное бензодиазепина или седативное антипсихотическое средство. УУР А, УДД 1 для стартовой комбинации.
- Для купирования психомоторного возбуждения при возможности сотрудничества сначала используют пероральную или буккальную терапию и методики деэскалации. Лоразепам внутрь начинают с 1–2 мг/сут при возбуждении или с 2–4 мг/сут при тяжелой мании; при возбуждении дозу постепенно увеличивают до максимальной 10 мг/сут.
- При биполярной депрессии I типа без психотических симптомов препаратами первого выбора являются кветиапин, карипразин, луразидон или комбинация луразидона с лития карбонатом либо вальпроевой кислотой. Для лития целевая концентрация в плазме составляет 0,6–1,0 ммоль/л; концентрация не должна превышать 1,2 ммоль/л, обычная доза для взрослых — 300–600 мг 3 раза в сутки.
- При биполярной депрессии II типа без психотических симптомов первой опцией является кветиапин; при его неэффективности возможны лития карбонат, ламотриджин, ЭСТ, сертралин или венлафаксин. Ламотриджин начинают с 25 мг/сут и повышают еженедельно на 25 мг до 200 мг/сут.
- Монотерапии антидепрессантом при БАР следует избегать. При смешанных чертах или инверсии фазы на антидепрессантах их присоединение противопоказано; при появлении гипомании, мании или психомоторного возбуждения антидепрессант отменяют. Если антидепрессант применяют вместе с нормотимиком, дозу снижают постепенно — на 25–33% каждые 2–4 дня.
- При смешанной депрессии первой линией являются зипрасидон или карипразин; при смешанной мании — оланзапин, зипрасидон, карипразин или вальпроевая кислота. Первый этап терапии смешанных состояний продолжают не менее 2–4 недель; при частичном эффекте лечение можно продолжить еще 4 недели.
- Для вторичной профилактики используют нормотимическую терапию или кветиапин; выбор зависит от полярности и варианта течения, соматического статуса, переносимости и прежней эффективности препарата. После купирования мании нормотимики или их комбинацию продолжают 3–4 месяца, а седативную антипсихотическую терапию и бензодиазепины постепенно уменьшают или отменяют; постоянное применение этих препаратов не рекомендуется более 1–2 месяцев.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при мании умеренной или тяжелой степени.
- При биполярной депрессии госпитализация обязательна при суицидальном риске и/или психотической симптоматике.
- При гипомании амбулаторное лечение допустимо, если пациент сохраняет относительную критичность, выполняет назначения, а близкие могут контролировать состояние и лечение; решение также зависит от социальной дезадаптации, суицидального риска и анамнеза.
- После суицидальной попытки требуется тщательное обследование, мониторинг жизненно важных функций и скрининг лекарственных препаратов в моче. При психозе, тяжелой попытке с высоким риском летальности, активных суицидальных мыслях или плане с высоким риском летальности необходима госпитализация.
- Резистентное психотическое возбуждение ведут коллегиально, с привлечением анестезиолога-реаниматолога и невролога; лечение проводят в условиях психореанимационного отделения.

Частые вопросы

Какие минимальные критерии нужны для диагноза БАР?

По МКБ-10 в течении заболевания должен быть хотя бы один маниакальный или смешанный эпизод. При клиническом обследовании дополнительно уточняют повторность эпизодов, их полюс, длительность и исключают психоактивные вещества и органическое психическое расстройство.

Когда при БАР обязательна госпитализация при мании?

При мании умеренной или тяжелой степени.

Когда при биполярной депрессии обязательна госпитализация?

При суицидальном риске и/или психотической симптоматике.

Какие абсолютные показания к госпитализации существуют при суицидальном поведении?

Абсолютными показаниями являются психоз после суицидальной попытки, тяжелая попытка с высоким риском летальности, активные суицидальные мысли или план с высоким риском летальности.

Что назначать первым при мании?

При эйфорической мании или гипомании — лития карбонат, вальпроевую кислоту или антипсихотическое средство второго поколения. При тяжелой мании с возбуждением или психозом сразу начинают комбинацию нормотимика с антипсихотическим средством.

Можно ли назначать антидепрессант при биполярной депрессии?

Монотерапии антидепрессантом следует избегать. Антидепрессант может быть добавлен к нормотимической терапии в отдельных случаях, но противопоказан при смешанных чертах или прежней инверсии фазы на антидепрессантах; при появлении мании или возбуждения его отменяют.

Как долго продолжать поддерживающее лечение?

При хорошей переносимости и полном подавлении фаз терапию продолжают неопределенно долго. Попытка отмены возможна не ранее 5 лет стабильной ремиссии и только при настойчивом желании пациента либо при планировании беременности, если риск для плода выше пользы лечения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/675-bipolyarnoe-affektivnoe-rasstrojstvo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/675_2