

# Психозы: лечение и ведение пациентов

**Стрессовые ситуации в современном мире часто вызывают развитие различных психических и неврологических расстройств, а те, кто уже страдает тяжелыми заболеваниями, в частности психозом, становятся еще более уязвимыми. Для облегчения ведения таких пациентов группа специалистов ВОЗ разработала программу действий по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP-HIG). Вашему вниманию представлен обзор части этой программы, посвященный оценке состояния и лечению пациентов с психозом.**

В данном модуле описывается лечение двух тяжелых психических состояний — психоза и биполярного расстройства. Лица, страдающие психозом или биполярным расстройством, более подвержены стигме и дискриминации, а их права на достойную жизнь часто нарушаются.

## 1. Психоз и биполярное расстройство

Психоз характеризуется искажением мыслей и представлений, а также нарушением эмоционального состояния и поведения. Речь человека может быть бессвязной и бессмысленной. Наблюдаются такие симптомы, как: галлюцинации — несуществующие голоса или вещи, которые человек слышит или видит; возникновение бредовых идей — устойчивые ложные убеждения; тяжелые нарушения поведения — дезорганизованные действия, волнение, возбуждение, вялость или гиперактивность; эмоциональные нарушения — заметная апатия или несоответствие между эмоцией, о которой сообщает пациент, и наблюдаемой реакцией, например выражением лица или жестикой.

Биполярное расстройство характеризуется эпизодами, при которых у человека значительно изменяется настроение или уровень активности. Это нарушение, при котором у больного наблюдается чередование эпизодов приподнятого настроения, повышенной энергии и активности (мания) с эпизодами снижения настроения, значительного спада энергии и активности (депрессия).

Типична ситуация, когда между эпизодами психика и личностные свойства больного полностью восстанавливаются. Лица, которые испытывают только маниакальные эпизоды, также относятся к пациентам, страдающим биполярным расстройством.

## 2. Психосоциальные вмешательства

### 2.1. Психосоциальное образование

Объясните пациенту, что симптомы связаны с состоянием психического здоровья, что психоз и биполярные расстройства успешно поддаются лечению. Проясните общепринятые ошибочные представления о психозе и биполярном расстройстве.

Не возлагайте вину на пациента и других членов семьи и не обвиняйте их в том, что они стали причиной развития симптомов. Проведите образовательные беседы с пациентом и членами его семьи относительно необходимости принимать назначенные лекарства и регулярно приходить на прием к врачу для последующего наблюдения за его состоянием.

Объясните, что возвращение и/или ухудшение симптомов — это обычное явление; важно распознать их на раннем этапе и как можно скорее обратиться за помощью в медицинское учреждение. Составьте план ежедневной работы или школьное расписание, что позволит избежать стресса и потери сна как для самого пациента, так и для лиц, осуществляющих уход.

Побуждайте пациента обращаться за советом по важным решениям, особенно

касающимся финансовых вопросов или важных обязательств. Посоветуйте воздержаться от употребления алкоголя, марихуаны, не назначенных врачом препаратов, так как они могут ухудшить симптомы психоза или биполярного расстройства.

В частности, предложите пациенту поддерживать здоровый образ жизни (сбалансированная диета, физическая активность, регулярный сон, надлежащая личная гигиена) и избегать стресс-факторов. Стресс может ухудшить психотические симптомы.

Образ жизни, возможно, придется изменить навсегда. Такие перемены необходимо планировать и разрабатывать заранее в целях обеспечения их устойчивости. Алгоритм оценки состояния пациента представлен на рисунке 1.

- Постройте доверительные отношения с пациентом
- Взаимные доверительные отношения между пациентом и медицинским работником имеют решающее значение для обеспечения приверженности лечению и получения долгосрочных результатов

### 2.2. Уменьшение стресса и укрепление социальной поддержки

Определите имеющиеся медицинские и социальные возможности для обеспечения физических, социальных потребностей и благоприятных условий для психического здоровья семьи.

Исследуйте социальную деятельность, в которой ранее участвовал пациент, и определите потенциальную возможность ее возобновления для обеспечения прямой или косвенной психологической и социальной поддержки, например семейные праздники, встречи с друзьями, посещение соседей, социальная деятельность на работе, спортивная и общественная активность. Поощряйте пациента к возобновлению такой социальной деятельности и поговорите об этом с членами семьи.

Побуждайте пациента и лиц, осуществляющих уход за ним, прикладывать все усилия для улучшения системы социальной поддержки.

- Обеспечьте, чтобы к страдающим психозом относились с уважением и соблюдением достоинства
- Перейдите к ОПУ (модуль рекомендаций, посвященный общим принципам ухода за пациентами)

### 2.3. Стимулируйте функционирование в повседневной жизни

Побуждайте пациента продолжать свою обычную социальную, образовательную и профессиональную деятельность в максимально возможной степени.

Лучше всего, чтобы у пациента была работа или он был занят полезным делом.

Содействуйте вовлечению пациента в экономическую деятельность, в том числе трудовую, соответствующую его общественной среде.

Предложите курс обучения жизненным и/или социальным навыкам в целях их улучшения, необходимых для самостоятельной жизни людей с психозом и биполярным расстройством, а также для членов семьи и/или лиц, осуществляющих уход.

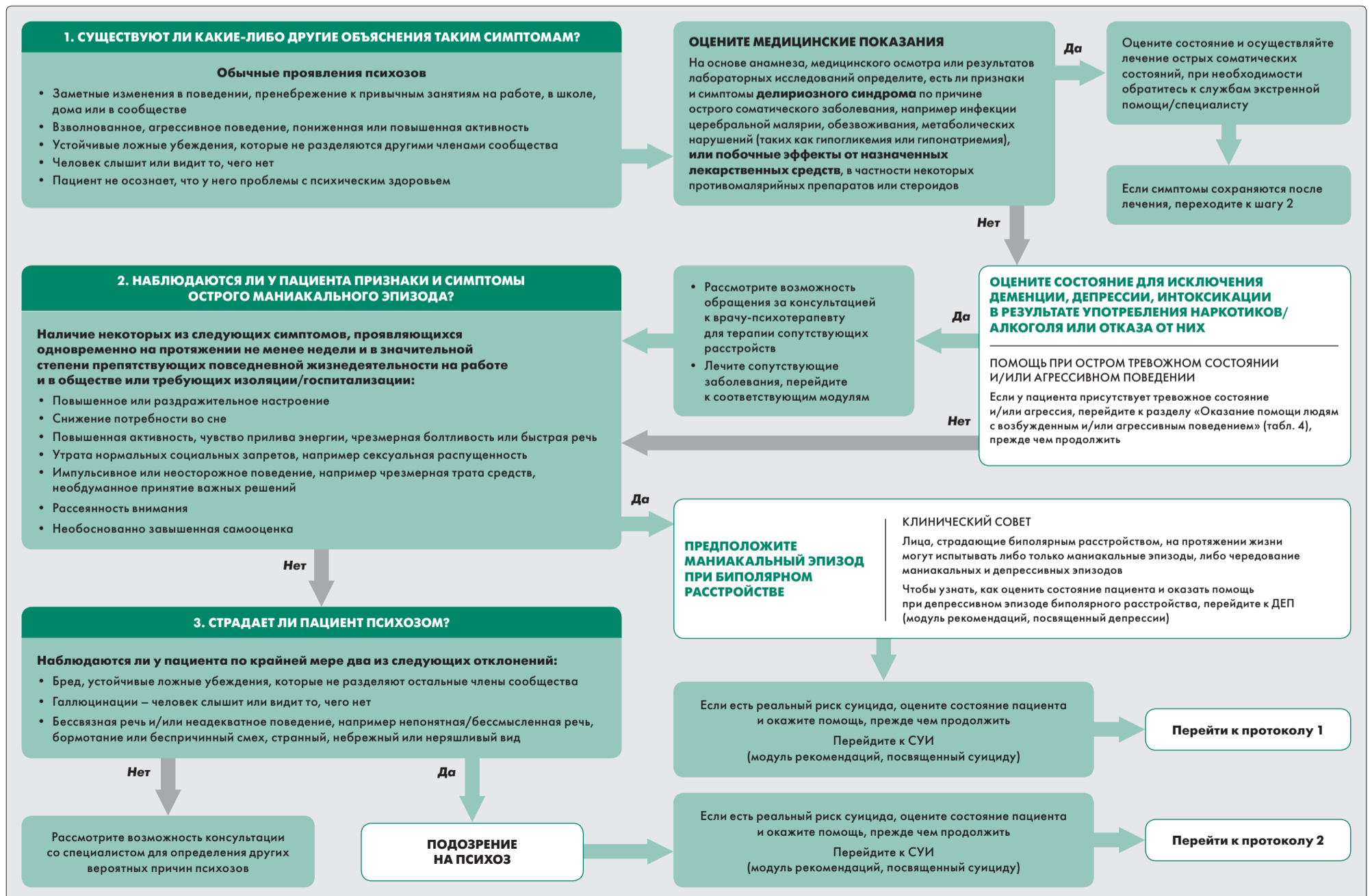


Рис. 1. Алгоритм оценки состояния пациента

Если есть необходимость и возможности, помогите пациенту в организации самостоятельной жизни или проживания в сообществах, где оказывается поддержка таким лицам в соответствии с социокультурными нормами.

#### 2.4. Общие рекомендации для лиц, осуществляющих уход

Не пытайтесь убедить пациента, что его убеждения или переживания являются ложными или не существуют в реальной жизни. Постарайтесь быть нейтральными и оказывайте поддержку, даже если он ведет себя необычно.

Избегайте выражения постоянной, резкой критики, враждебности по отношению к пациенту, страдающему психозом. Обеспечьте ему свободу передвижения. Не ограничивайте движения, но в то же время обеспечьте безопасность как самому больному, так и окружающим. В целом для пациента лучше, чтобы он жил в кругу семьи или в окружении членов своего сообщества в благоприятной атмосфере, а не в больнице.

Необходимо избегать долговременной госпитализации.

#### Фармакологические вмешательства

На рисунке 2 представлены протоколы лечения пациентов с психозом и маниакальным эпизодом при биполярном расстройстве соответственно. Для особых групп населения (беременные женщины или женщины, кормящие грудью, дети/подростки и пожилые люди) смотрите более подробные рекомендации.

#### 2.5. Психоз

Лицу, страдающему психозом, следует применять антипсихотические препараты на регулярной основе. Немедленно начните лечение с назначения антипсихотических средств. Назначайте только один антипсихотический препарат в текущий момент времени. Начните с низкой дозы и постепенно корректируйте ее, чтобы уменьшить риск побочных эффектов. Рассмотрите возможность дополнительного использования короткого курса антихолинэргических средств для лечения экстрапирамидного синдрома, если симптомы значительно ухудшаются (табл. 1).

##### Ожидаемые побочные эффекты:

- Экстрапирамидные побочные эффекты (ЭППЭ): акатизия, острые дистонические реакции, тремор, симптом зубчатого колеса, мышечная ригидность и поздняя дискинезия
- Проводите курс лечения антихолинэргическими препаратами при наличии показаний и доступности (табл. 2)
- Метаболические изменения: увеличение массы тела, высокое артериальное давление, повышенное содержание глюкозы и холестерина в крови
- Изменения на ЭКГ (удлинение интервала QT): по возможности контролируйте показатели ЭКГ
- Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС): редкое, потенциально опасное для жизни заболевание, характеризующееся мышечной ригидностью, повышенной температурой и высоким артериальным давлением

Используйте препарат в стандартной эффективной дозе как минимум на протяжении 4-6 недель, прежде чем посчитать его неэффективным.

Продолжайте контролировать эффект от дозы как можно чаще и по мере необходимости в течение первых 4-6 недель лечения. В таблице 2 представлена информация о применении стабилизаторов настроения.

Если улучшение не наступило, следуйте рекомендациям в разделе «Последующее наблюдение» (рис. 3) и в таблице 3. Контролируйте, по возможности, вес, артериальное

#### ПРОТОКОЛ 1

##### МАНИАКАЛЬНЫЙ ЭПИЗОД БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА

- Проведите курс психообразования для пациента и лиц, осуществляющих уход (2.1)
- Фармакологическое вмешательство (2.6):
  - если пациент принимает антидепрессанты, немедленно прекратите назначение для минимизации риска развития мании
  - начните лечение с назначения лития, вальпроата, карбамазепина или антипсихотических средств
  - запланируйте краткосрочное лечение препаратом бензодиазепинового ряда (не более 2-4 недель) при поведенческих нарушениях или симптомах возбужденного состояния
- Содействуйте функционированию в повседневной деятельности (2.3)
- Обеспечьте безопасность как пациента, так и окружающих лиц
- Проводите регулярное наблюдение за состоянием пациента
- Содействуйте пациенту в его реабилитации в обществе
- Уменьшайте факторы стресса и укрепляйте социальную поддержку (2.2)

#### ПРОТОКОЛ 2

##### ПСИХОЗ

- Проведите курс психообразования для пациента и лиц, осуществляющих уход (2.1)
- Назначьте антипсихотические препараты (2.5)
- Сначала назначьте низкую дозу в пределах терапевтического диапазона и медленно увеличьте ее до минимальной эффективной, с тем чтобы уменьшить риск побочных эффектов
- Содействуйте функционированию пациента в повседневной деятельности (2.3)
- Обеспечьте безопасность как пациента, так и окружающих его лиц
- Проводите регулярное наблюдение за состоянием пациента
- Содействуйте пациенту в его реабилитации в обществе
- Уменьшайте факторы стресса и укрепляйте социальную поддержку (2.2)

#### ОСОБЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Необходимо понимать, что для этих групп населения могут потребоваться другие клинические вмешательства

##### БЕРЕМЕННЫЕ И КОРМЯЩИЕ ГРУДЬЮ ЖЕНЩИНЫ

- Взаимодействуйте со специалистами по охране материнства для организации ухода
- Рассмотрите возможность консультации со специалистом в области психического здоровья, если такой имеется
- Объясните риск неблагоприятных последствий для матери и ее ребенка, в том числе развития акушерских осложнений и психотических рецидивов, особенно в случае прекращения приема медикаментов
- При наличии возможности и необходимости рассмотрите фармакологическое вмешательство (см. ниже)

##### Фармакологические вмешательства

###### ПСИХОЗ

- Женщинам с психозами, планирующим беременность, беременным и кормящим матерям возможно назначение перорально галоперидола или аминазина в низких дозах
- Нельзя назначать антихолинэргические средства беременным женщинам из-за экстрапирамидных побочных эффектов антипсихотических препаратов, за исключением кратковременного использования в случаях обострения
- Нельзя назначать антипсихотические средства в инъекциях на регулярной основе тем женщинам с психическими расстройствами, которые планируют беременность, беременны или кормят грудью, поскольку информации о безопасности применения препарата в этой группе населения недостаточно

###### МАНИАКАЛЬНЫЙ ЭПИЗОД ПРИ БИПОЛЯРНОМ РАССТРОЙСТВЕ

- Избегайте назначения вальпроата, лития и карбамазепина во время беременности и грудного вскармливания для предупреждения риска врожденных дефектов
- С осторожностью рассмотрите назначение галоперидола в низких дозах и при возможности обратитесь за консультацией к специалисту
- Оцените факторы риска и преимущества приема лекарственных средств женщинами детородного возраста
- Если у беременной женщины развивается острая мания во время приема стабилизаторов настроения, рассмотрите возможность перехода на галоперидол в низкой дозе

##### ПОДРОСТКИ

- Рассмотрите возможность консультации со специалистом в области психического здоровья
- Подросткам с психотическими или биполярными расстройствами можно назначить рisperидон в качестве варианта лечения только под наблюдением специалиста
- Если лечение рisperидоном не представляется возможным, то назначение галоперидола или аминазина возможно только под наблюдением специалиста

##### ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ

- Назначайте более низкие дозы препаратов
- Примите во внимание повышенные факторы риска взаимодействия лекарственных средств

**ВНИМАНИЕ!**  
Антипсихотические препараты несут повышенный риск цереброваскулярных осложнений и могут привести к летальному исходу среди пожилых людей, страдающих психозом на фоне старческого слабоумия

Рис. 2. Протоколы лечения пациентов

Табл. 1. Антихолинэргические препараты (для лечения экстрапирамидных побочных эффектов)

Препарат*	Дозировка	Побочные эффекты	Противопоказания/меры предосторожности
<b>Бипериден</b>	Начальная доза – 1 мг дважды в день Увеличение до 3-12 мг/сут Способ применения: перорально или внутривенно	<b>Частые:</b> седативный эффект, спутанность сознания и памяти (особенно у пожилых людей), тахикардия, сухость во рту, задержка мочеиспускания и запор	<b>С осторожностью следует назначать пациентам</b> с заболеваниями сердца, печени или почек <b>Лекарственные взаимодействия:</b> соблюдайте меры предосторожности при сочетании с другими антихолинэргическими препаратами
<b>Тригексифенидил (Бензгексол)</b>	Начальная доза – 1 мг/сут Увеличение до 4-12 мг/сут в 3-4 разделенных дозах (не более 20 мг/сут) Способ применения: перорально	<b>Редкие:</b> закрытоугольная глаукома, тяжелая миастения и обструкция желудочно-кишечного тракта	

Примечание: \* По возможности избегайте назначения препаратов беременным женщинам и кормящим грудью.

Продовження на наст. стор.

Табл. 2. Стабілізатори настроєння

Препарат*	Дозировка	Побочные эффекты	Противопоказания/меры предосторожности
<b>Литий</b> Назначайте препарат только при наличии клинического и лабораторного контроля	<b>Начальная доза</b> – 300 мг/сут <b>Плавное увеличение</b> каждые 7 дней до достижения заданного уровня препарата в крови (не более 600-1200 мг/сут) Осуществляйте контроль каждые 2-3 месяца <b>Способ применения:</b> перорально Целевой уровень препарата в крови: 0,6-1,0 мэкв/л • <b>при остром маниакальном эпизоде:</b> 0,8-1,0 мэкв/л • <b>при проведении поддерживающей терапии:</b> 0,6-0,8 мэкв/л Чтобы определить полную эффективность поддерживающего лечения, необходимо принимать препарат в течение 6 месяцев	<b>Частые:</b> седативный эффект, когнитивные расстройства, тремор, нарушенная координация, гипотония, лейкоцитоз, полиурия, полидипсия, тошнота, диарея, увеличение массы тела, выпадение волос, высыпания <b>Серьезные:</b> несахарный диабет, гипотиреоз, электрокардиографическое изменение (аритмия, синдром слабости синусового узла, изменение зубца Т)	<b>Противопоказания:</b> тяжелые сердечные или почечные заболевания Обезвоживание может увеличить уровень лития в организме <b>Лекарственные взаимодействия:</b> нестероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, тиазидные диуретики Метронидазол и тетрациклин могут увеличить уровень лития в организме Токсичность солей лития может вызвать судороги, делириозный синдром, кому и смерть
<b>Вальпроат натрия</b>	<b>Начальная доза</b> – 500 мг/сут <b>Плавное увеличение</b> до 1000-2000 мг/сут (не более 60 мг/кг/сут) <b>Способ применения:</b> перорально Предпочтительный выбор для лечения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, из-за взаимодействия с другими лекарственными средствами	<b>Частые:</b> седативный эффект, головная боль, тремор, атаксия, тошнота, рвота, диарея, увеличение массы тела, временное выпадение волос <b>Серьезные побочные эффекты:</b> нарушение функции печени, тромбоцитопения, лейкопения, сонливость/спутанность сознания, печеночная недостаточность, геморрагический панкреатит	<b>С осторожностью следует назначать</b> пациентам с предрасположенностью или подозрением на заболевание печени <b>Лекарственные взаимодействия:</b> уровни вальпроата снижаются под воздействием карбамазепина и повышаются под воздействием аспирина
<b>Карбамазепин</b>	<b>Начальная доза</b> – 200 мг/сут <b>Увеличение</b> на 200 мг в неделю до 400-600 мг/сут в два приема (максимум 1200 мг/сут) <b>Способ применения:</b> перорально Может понадобиться скорректировать дозу после двух недель приема из-за индукции собственного метаболизма	<b>Частые:</b> седативный эффект, спутанность сознания, головокружение, атаксия, двоение в глазах, тошнота, диарея, доброкачественная лейкопения <b>Серьезные:</b> гепатотоксичность, задержка проводимости сердечной мышцы, низкий уровень натрия, сильная сыпь	<b>Противопоказания:</b> заболевания крови, почек, печени или сердца в анамнезе <b>Лекарственные взаимодействия:</b> • может снизить действие гормональной контрацепции, иммуно-депрессантов, противозипилептических, антипсихотических средств, метадона и некоторых антиретровирусных препаратов • некоторые противогрибковые препараты и антибиотики способствуют повышению уровня препарата в организме

Примечание: \* По возможности избегайте назначения препаратов беременным женщинам и кормящим грудью.

Табл. 3. Оценка приверженности лечению, побочных эффектов и изменение дозировки на основании клинической картины/симптомов

Клиническая картина	Действие
Пациент не переносит лечение антипсихотическими средствами, то есть налицо экстрапиримидные симптомы (ЭППЭ) или другие серьезные побочные эффекты	<ul style="list-style-type: none"> <li>Уменьшите дозы антипсихотических препаратов</li> <li>Если побочные эффекты сохраняются, рассмотрите возможность перехода на другой антипсихотический препарат</li> <li>Рассмотрите возможность дополнительного назначения короткого курса антихолинергических препаратов для лечения экстрапиримидного синдрома, если указанные выше меры неэффективны или симптомы значительно ухудшаются (табл. 1)</li> </ul>
Приверженность лечению неудовлетворительна	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обсудите причины несоблюдения установленного режима лечения с пациентом и лицами, осуществляющими за ним уход</li> <li>Предоставьте информацию о важности медикаментозного лечения</li> <li>Рассмотрите возможность лечения с использованием всасываемых/инъекционных антипсихотических препаратов длительного действия, после обсуждения с пациентом возможных побочных эффектов при пероральном приеме по сравнению с инъекционным введением</li> </ul>
Неадекватный клинический ответ на лечение препаратом (симптомы сохраняются или ухудшаются), несмотря на приверженность лечению	<ul style="list-style-type: none"> <li>Убедитесь в том, что пациент получает эффективную дозу препарата. Если доза низкая, постепенно увеличивайте ее до наименьшей эффективной, чтобы снизить риск побочных эффектов</li> <li>Выясните, употребляет ли пациент алкоголь или психоактивные вещества, и если это так, примите меры по ограничению употребления. Перейдите к ВЕЩ (модулю, посвященному пагубному употреблению алкоголя и наркотических веществ)</li> <li>Выясните, не пережил ли пациент недавно стрессовое событие, которое, возможно, привело к ухудшению клинического состояния, и примите меры для снижения стресса</li> <li>Изучите симптомы, чтобы исключить физические и/или другие расстройства, связанные с употреблением наркотиков и других веществ. Перейдите к пункту 1 модуля ПСИ, ШАГ 1</li> <li>Рассмотрите назначение рисперидона в качестве альтернативы галоперидолу или хлорпромазину, если стоимость и доступность препарата не являются препятствиями для пациента</li> <li>Если пациент не реагирует на адекватную дозу нескольких антипсихотических препаратов (принимаемых отдельно на протяжении достаточного периода времени), рассмотрите комбинированное лечение антипсихотиками, предпочтительно под наблюдением специалиста и при тщательном клиническом контроле</li> <li>Рассмотрите возможность консультации со специалистом по использованию клозапина у тех пациентов, которые не отреагировали на прием других антипсихотических средств в достаточных дозах и при удовлетворительной продолжительности лечения. Назначайте клозапин только под наблюдением специалиста и только в том случае, если осуществим регулярный лабораторный контроль в связи с риском агранулоцитоза – смертельно опасного побочного эффекта</li> </ul>

Табл. 4. Оказание помощи пациентам с возбужденным и/или агрессивным поведением

Оценка	Общение	Седация и использование препаратов
<b>Попытайтесь поговорить</b> с пациентом <b>Оцените первопричины:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>проверьте уровень глюкозы в крови</li> <li>при низком уровне назначьте глюкозу</li> <li>проверьте основные показатели состояния организма, в том числе температуру и насыщение крови кислородом, при необходимости нормализуйте уровень кислорода</li> <li>исключите делириозный синдром и медицинские причины, в том числе отравление</li> <li>исключите употребление наркотиков и алкоголя, отдельно рассмотрите возможность интоксикации в результате употребления возбуждающих средств и/или воздержания от употребления алкоголя/седативных психотропных препаратов; перейдите к ВЕЩ</li> <li>исключите возбужденное состояние в результате психоза или маниакального эпизода у людей с биполярным расстройством; перейдите к пункту 1 модуля ПСИ, «Оценка»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Безопасность – прежде всего!</li> <li>Оставайтесь спокойными и побудите пациента рассказать о своих проблемах</li> <li>Говорите спокойным голосом и по возможности попытайтесь решить проблемы</li> <li>Внимательно выслушайте пациента, уделите ему необходимое время</li> <li>Никогда не смейтесь над пациентом</li> <li>Не отвечайте агрессивней на агрессию</li> <li>Постарайтесь найти источник проблем пациента и пути их решения</li> <li>Побеседуйте с лицами, осуществляющими уход, и другими сотрудниками</li> <li>Удалите из ситуации тех, кто может вызывать агрессию</li> <li>Если все возможности исчерпаны, а пациент все еще агрессивен, может возникнуть необходимость использовать лекарственную терапию (если возможно), во избежание травмирования</li> </ul>	<p>Применяйте седативные препараты во избежание травм</p> <p>При возбуждении в результате развития психоза или мании рассмотрите возможность использования галоперидола по 2 мг каждый час перорально/внутримышечно до 5 доз (не более 10 мг). Внимание: высокие дозы галоперидола могут вызвать дистонические реакции. Используйте бипериден для лечения острых возбужденных состояний</p> <p>При возбуждении в результате употребления психоактивных веществ, как, например, при алкогольном воздержании/отмене употребления седативных препаратов или интоксикации стимуляторами, используйте диазепам в дозе 10-20 мг перорально и повторите при необходимости. Перейдите к ВЕЩ</p> <p><b>В случаях крайней агрессии:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>обратитесь за помощью полиции или сотрудников клиники</li> <li>используйте 5 мг галоперидола внутримышечно, повторите при необходимости через 15-30 минут (не более 15 мг)</li> <li>проконсультируйтесь со специалистом</li> </ul> <p>Если пациент, несмотря на все проведенные мероприятия, остается в возбужденном состоянии, перепроверьте уровень насыщения крови кислородом, основные показатели состояния организма и уровень глюкозы в крови</p> <p>Предположите, что пациент страдает от боли и обратитесь в больницу</p> <p>После того как возбуждение спадет, обратитесь к главной диаграмме (МС) и выберите соответствующие модули для оценки состояния</p> <p><b>Особые группы населения</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>обратитесь к специалисту для назначения лечения</li> </ul>

давление, гликемию натощак, холестерин и электрокардиограмму (ЭКГ) у лиц, принимающих антипсихотические препараты (информация ниже).

## 2.6. Маниакальный эпизод при биполярном расстройстве

Если пациент принимает антидепрессанты:

- немедленно прекратите назначение антидепрессантов, чтобы предотвратить риск развития мании;
- начните курс лечения с назначения препаратов лития, вальпроата, карбамазепина или антипсихотических средств (табл. 2).

**Литий:** рассмотрите назначение лития в качестве лечения первого ряда при биполярном расстройстве, только если возможен клинический и лабораторный контроль и только под наблюдением специалиста.

Оказание помощи пациентам с возбужденным и/или агрессивным поведением представлено в таблице 4. В случае невозможности провести лабораторные исследования необходимо избегать назначения лития и рассмотреть возможность назначения вальпроата или карбамазепина.

Нерегулярное соблюдение или прекращение лечения литием может резко увеличить риск возврата болезни. Не назначайте литий, когда доставка препарата может часто прерываться. По возможности необходимо иметь результаты анализов функции почек и щитовидной железы, клинический анализ крови, ЭКГ и тест на беременность, прежде чем начинать курс лечения.

**Вальпроат и карбамазепин:** рассмотрите их назначение, если невозможен клинический/лабораторный контроль при лечении литием или при отсутствии специалиста для наблюдения за приемом лития.

- Избегайте назначения препаратов вальпроата, лития и карбамазепина беременным и кормящим грудью
- Рекомендуется с осторожностью и, если возможно, под наблюдением специалиста назначать галоперидол в низких дозах

**Галоперидол и рисперидон:** назначайте галоперидол и рисперидон только, если невозможен клинический/лабораторный контроль при лечении литием или вальпроатом. Страдающим биполярной манией, вместо галоперидола, можно назначить рисперидон лишь при уверенности в постоянном наличии препарата и при условии, что цена будет доступной. Рассмотрите краткосрочный курс лечения препаратом бензодиазепинового ряда (не более 2-4 недель) для лечения поведенческих нарушений или тревожного возбуждения:

1. Лицам, страдающим манией и испытывающим тревожное возбуждение, может помочь кратковременный курс приема бензодиазепиновых препаратов (не более 2-4 недель), например диазепам.

2. По мере уменьшения симптомов необходимо постепенно прекратить прием бензодиазепиновых средств из-за возможности развития устойчивости к препарату.

Поддерживающее лечение необходимо продолжить в течение не менее двух лет после последнего биполярного эпизода. Для поддерживающей терапии при биполярном расстройстве можно назначить литий или вальпроат.

Если лечение одним из этих средств не представляется возможным, следует назначить хлорпромазин или карбамазепин. Предложите поддерживающий курс терапии в учреждениях первичной медицинской помощи под наблюдением специалиста. Алгоритм последующего наблюдения пациента с маниакальным эпизодом при биполярном расстройстве приведен на рисунке 4.

Статья печатается в сокращении  
Оригинальный текст документа читайте на сайте  
[apps.who.int](http://apps.who.int)

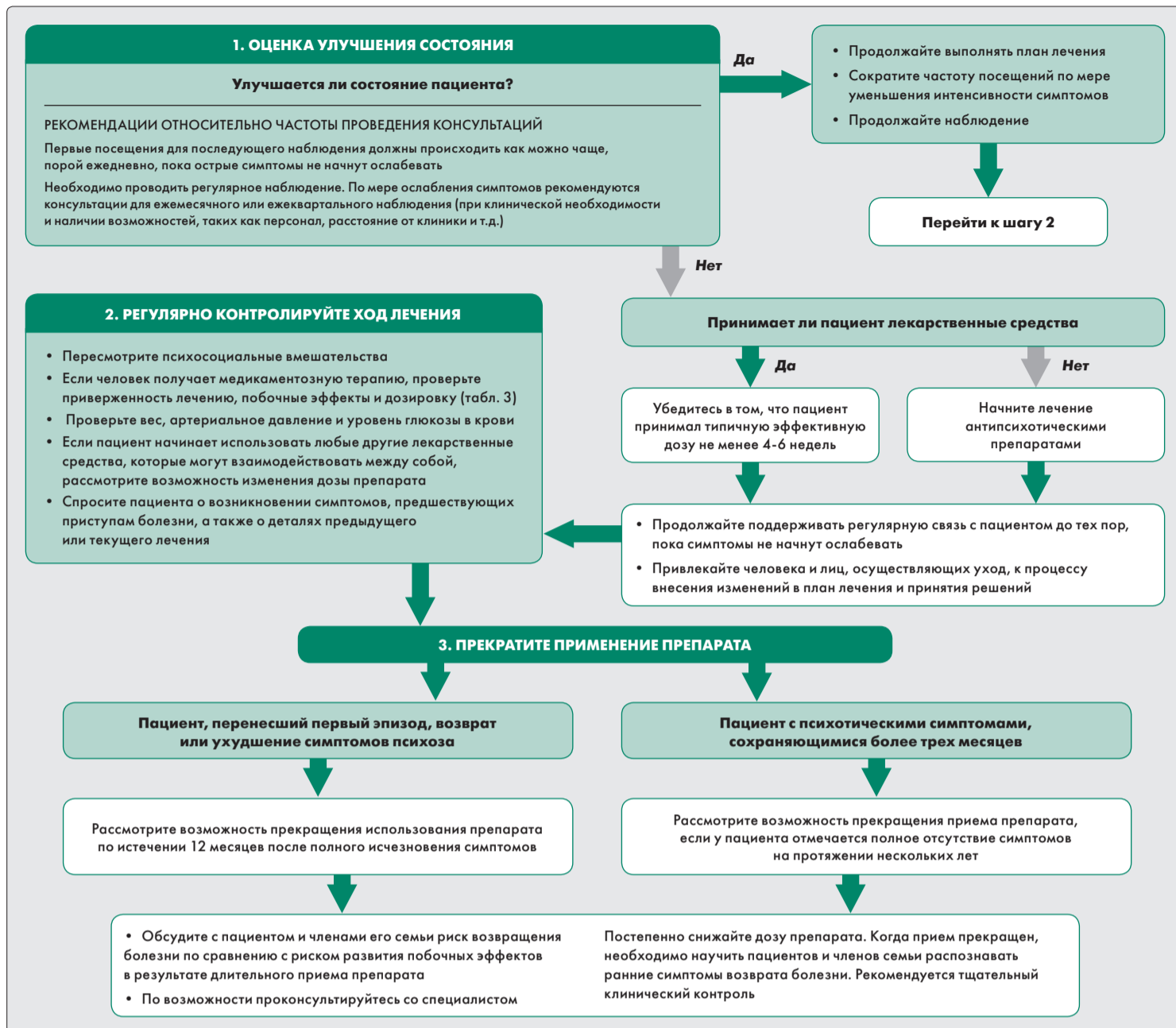


Рис. 3. Алгоритм последующего наблюдения за пациентом с психозом

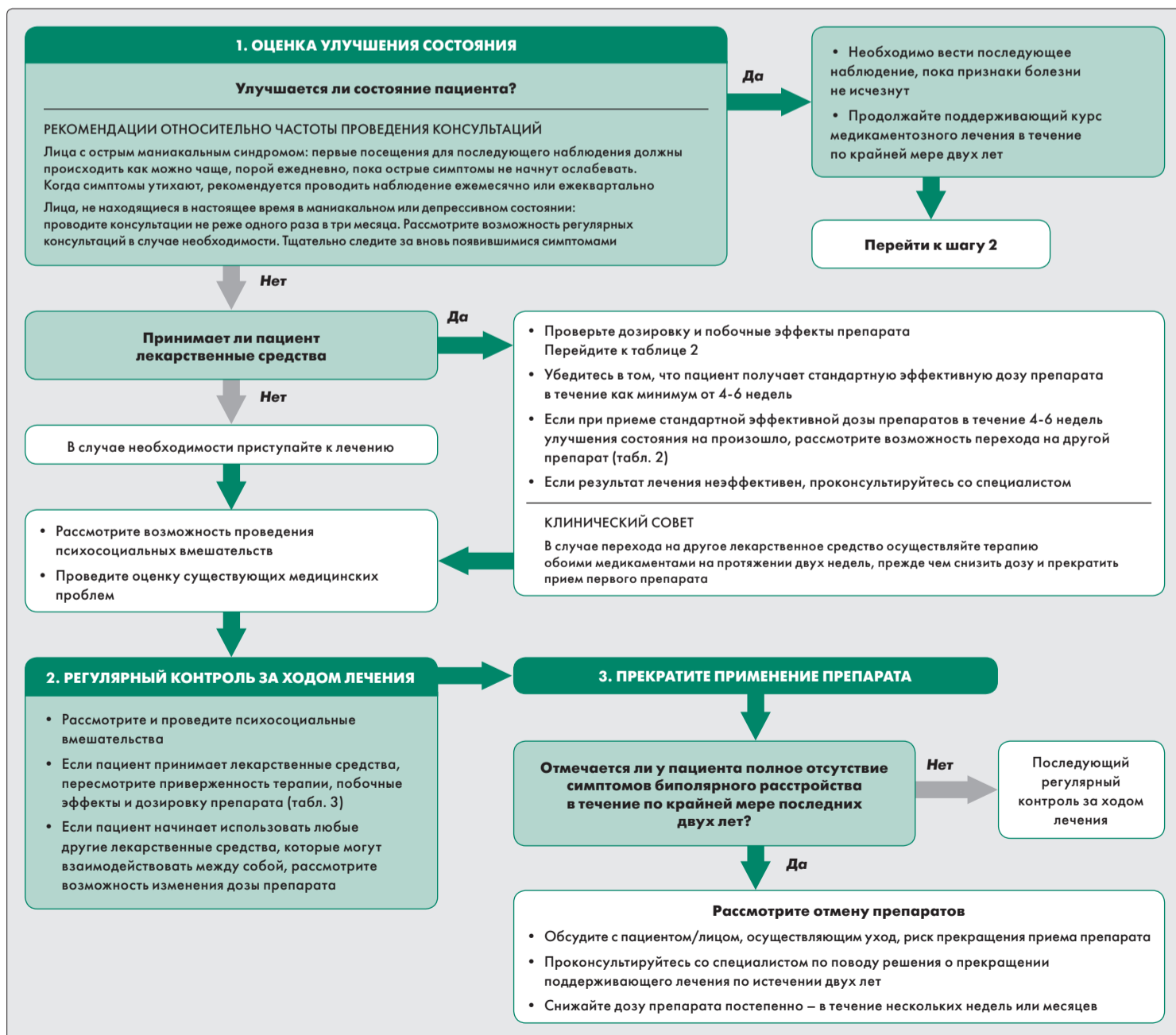


Рис. 4. Алгоритм последующего наблюдения за пациентом с маниакальным эпизодом при биполярном расстройстве