

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
8 ноября 2022 г. № 108

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с аффективными расстройствами настроения (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами приема пищи (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами сна неорганической этиологии (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, не классифицированными в других рубриках (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами психологического (психического) развития (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте (взрослое и детское население)» (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387 «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 мая 2016 г. № 502 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Первый заместитель Министра

Е.Н.Кроткова

СОГЛАСОВАНО

Управление делами Президента
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Государственный комитет
судебных экспертиз
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами, соответствующими шифрам F00-F09 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЧЕСКИХ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

8. Органические, включая симптоматические, психические расстройства – разнородные по своей тяжести и проявлениям заболевания, которые объединяет ключевой признак: четкая причинно-следственная и временная связь с установленным поражением или дисфункцией головного мозга. Органические, включая симптоматические, психические расстройства могут быть обусловлены установленным первичным или системным заболеванием:

первичным, когда головной мозг поражается непосредственно (травмы, мозговые опухоли, воспаления, атрофические процессы, патология мозговых сосудов и другое);

вторичным (симптоматическим), когда причиной заболевания является поражение других органов и систем (например, при эндокринных заболеваниях, нарушениях электролитного баланса, инфекциях, внемозговых опухолях, аутоиммунных заболеваниях).

Оказание медицинской помощи пациентам с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами в условиях стационара определяется клинической целесообразностью (продолжительность и тяжесть симптоматики: выраженные нарушения поведения, эмоциональной, когнитивной сферы, значительное ослабление критических функций, делающее невозможным самостоятельный прием необходимых ЛС в иных условиях, галлюцинаторные переживания, состояния измененного сознания, острый либо хронический бред, обуславливающие поведение пациента, для проведения дифференциально-диагностических мероприятий, для установления окончательного диагноза, при наличии суицидальных намерений на фоне депрессивной симптоматики).

9. Деменции (F00-F03 по МКБ-10) включают:

Деменцию при болезни Альцгеймера (F00 по МКБ-10);

Сосудистую деменцию (F01 по МКБ-10);

Деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках (F02 по МКБ-10);

Деменцию неуточненную (F03 по МКБ-10).

Деменция при болезни Альцгеймера (F00 по МКБ-10):

установление диагноза проводится методом исключения других причин деменции, а также сходных с деменцией состояний.

Сосудистая деменция (F01 по МКБ-10):

при постановке диагноза сосудистой деменции особое значение имеет обследование пациента в отношении факторов риска ее развития – липидный спектр, ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) сердца, электрокардиография (далее – ЭКГ), по медицинским показаниям магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) головного мозга и (или) компьютерная томография головного мозга (далее – КТ).

Деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках (F02 по МКБ-10):

Синдром деменции, возникающий при болезни Пика, Крейтцфельда-Якоба, Гентингтона, Паркинсона, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), при других уточненных болезнях, классифицируемых в других разделах.

Деменция при болезни Пика (F02.0 по МКБ-10):

эта форма деменции с прогрессирующим течением характеризуется возникающими уже на ранних стадиях изменениями характера и социальной деградацией, грубыми нарушениями поведения, поэтому пациенты нуждаются в уходе и надзоре на самых ранних стадиях деменции.

Деменция при болезни Крейтцфельда-Якоба (F02.1 по МКБ-10):

этот вид деменции отличается от других деменций катастрофической скоростью прогрессирования – тотальное слабоумие наступает уже через несколько месяцев после

начала заболевания. Рано наступает потребность в постороннем уходе. В большинстве случаев заболевание приводит к летальному исходу в течение 6 месяцев;

для дифференциальной диагностики используют: электроэнцефалографию (далее – ЭЭГ), МРТ головного мозга, анализ крови, спинномозговой жидкости (далее – СМЖ) на наличие прионового протеина.

Деменция при болезни Гентингтона (F02.2 по МКБ-10):

диагноз устанавливается на основании данных молекулярно-генетического исследования.

Деменция при болезни Паркинсона (F02.3 по МКБ-10):

деменция присоединяется на поздних стадиях болезни Паркинсона. Среди сопутствующих деменции психических и поведенческих расстройств часто встречается депрессия.

Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других разделах (F02.8 по МКБ-10):

развивается как следствие разнообразных состояний и заболеваний (болезнь Вильсона, гиперкальциемия, приобретенный гипотиреоз, дефицит витамина В12, пеллагра, нейросифилис, интоксикации, трипаносомозы, эпилепсия и другие).

Деменция неуточненная (F03 по МКБ-10):

заболевание, манифестирующее преимущественно в старческом возрасте и характеризующихся неуклонно прогрессирующим, постепенно возникающим и протекающим без остановок и ремиссий (но и без обострений) процессом утраты когнитивных функций. Морфологический субстрат пресенильных деменций – первично атрофический процесс;

включает сенильную и пресенильную деменцию, первичную дегенеративную деменцию депрессивного или параноидного типа;

характеризуется расстройством умственной деятельности – памяти, интеллекта, абстрактного мышления и эмоциональной сферы. Симптомы и признаки развиваются постепенно, в течение нескольких лет.

10. Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем и другими психоактивными веществами (F04 по МКБ-10):

амнестический синдром – нарушения памяти на недавние и отдаленные события при сохранении непосредственного воспроизведения; снижение способности к усвоению нового материала, дезориентировка во времени, наличие конфабуляций. Интеллект обычно сохранен;

синдром обусловлен заболеваниями мозга различной этиологии, преимущественно с билатеральным поражением диэнцефальных и срединных височных структур. Наиболее частые причинные факторы: сосудистая патология головного мозга, черепно-мозговая травма (далее – ЧМТ), церебральные опухоли, интоксикации (часто угарным газом), гипоксия вследствие остановки сердца, наркоза, утопления, суицидальных попыток и другие;

в случаях, когда состояние вызвано кратковременной гипоксией, интоксикацией или травмой, амнестические нарушения могут быть обратимы. В неблагоприятных случаях амнестические нарушения переходят в деменцию.

11. Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05 по МКБ-10):

этиологически неспецифический синдром, который характеризуется сочетанным расстройством сознания и внимания, восприятия, мышления, памяти, психомоторного поведения, эмоций и ритма сна-бодрствования;

продолжительность делирия может варьировать от нескольких часов до нескольких месяцев, интенсивность – от спутанности до тяжелых аментивных расстройств сознания. Является частым спутником деменции при болезни Альцгеймера, сосудистой деменции, сопровождается многие инфекционные заболевания, интоксикации, соматические заболевания;

в его основе могут лежать соматические заболевания (пневмония, панкреатит, ЧМТ, эпилепсия и другие), интоксикация, нежелательные реакции ЛС. Требуется тщательное выявление базовой патологии и адекватного ее лечения или отмена соответствующих ЛС в неотложном порядке.

12. Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06 по МКБ-10):

клинически разнородные состояния, причинно связанные с дисфункцией мозга вследствие первичного мозгового заболевания (ЧМТ, инсульт, эпилепсия и другие), с соматическим заболеванием, вторично поражающим головной мозг (эндокринные заболевания, системная красная волчанка и другие), с экзогенной интоксикацией (исключая психоактивные вещества).

Критерии постановки диагноза:

доказанное наличие основного заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга (клинические проявления, анамнестические данные и другие);

связь во времени (недели или месяцы) между возникновением основного заболевания и симптомами психической патологии;

редукция симптомов психического расстройства при излечении основного заболевания;

отсутствие иных объяснений причины возникших психических расстройств (например, стресса или наследственной отягощенности).

Органический галлюциноз (F06.0 по МКБ-10):

характерны обманы восприятия, преимущественно в форме зрительного, слухового галлюциноза (реже – тактильного и других), при ясном сознании и относительно сохранной критике, отсутствии выраженного интеллектуального снижения, расстройства настроения и доминирующих бредовых идей.

Органическое кататоническое состояние (F06.1 по МКБ-10):

кататонические симптомы считаются этиологически неспецифичными. Кататоническое возбуждение, ступор, а также изолированные симптомы кататонии (мутизм, негативизм, персеверативная деятельность, гипокинезия, мышечная ригидность) могут возникать как следствие церебральной патологии (сосудистая патология, эпилепсия и другие), инфекционных заболеваний (энцефалит), соматических заболеваний (тиреотоксикоз и других), отравлений (угарный газ, ингаляционные анестетики и другие). Важно установление причин расстройства в каждом отдельном случае для его адекватного лечения.

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2 по МКБ-10):

характерны стойкие или рецидивирующие бредовые идеи (преследования, ревности, воздействия, изобретательства, реформаторства и другие), которые могут сопровождаться галлюцинациями, синдромом психического автоматизма, расстройствами мышления шизофреноподобного типа, изолированными кататоническими симптомами при ясном сознании и сохранности мнестических и когнитивных функций. Примером могут служить иктальные, постиктальные и интериктальные психозы при эпилепсии.

Органические расстройства настроения (аффективные) (F06.3 по МКБ-10):

широкий спектр расстройств настроения, имеющий четкую причинную и временную связь с установленной органической причиной. Характерный пример – постинфекционная (постгриппозная) депрессия;

симптомы могут изменяться от гипоманиакального состояния до мании с психотическими симптомами.

Органическое тревожное расстройство (F06.4 по МКБ-10):

развивается вследствие органической патологии (эпилепсия, тиреотоксикоз, феохромоцитомы).

Органическое диссоциативное расстройство (F06.5 по МКБ-10):

расстройство характеризуется частичной или полной потерей нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознанием себя как личности,

непосредственными ощущениями и контролем за движением тела, возникшее как следствие органического нарушения.

Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6 по МКБ-10):

состояние, характеризующееся выраженной и постоянной эмоциональной несдержанностью или лабильностью, утомляемостью, разнообразными неприятными физическими ощущениями и болями, предположительно возникающими вследствие органического поражения мозга. Характерны головные боли, головокружения, плаксивость, вегетативная неустойчивость, гиперестезии. Чаще возникает в связи с цереброваскулярными заболеваниями или артериальной гипертензией.

Легкое когнитивное расстройство (F06.7 по МКБ-10):

возникает как следствие перенесенного органического заболевания (дисфункции) головного мозга, так и другого соматического или инфекционного заболевания. Характеризуется снижением умственной продуктивности, легкими нарушениями памяти, снижением способности к длительной концентрации внимания, снижением работоспособности, не столь значительными, чтобы пациенту мог быть установлен диагноз деменции или органического амнестического синдрома. Могут отмечаться также утомляемость, головные боли, несдержанность и эмоциональная лабильность. Данное психическое расстройство в большинстве случаев обратимо, длительность его совпадает (или несколько превышает) длительность основного заболевания, которым оно было вызвано.

Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8 по МКБ-10) включают расстройства, обусловленные органическими факторами, но не отвечающие критериям расстройств рубрики F06 по МКБ-10.

Примерами могут служить патологические аффективные состояния, возникающие в процессе лечения стероидами или психотропными ЛС, или психозы при эпилепсии.

13. Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07 по МКБ-10):

изменение личности и поведения может быть резидуальным и сопутствующим расстройством при повреждении и дисфункции головного мозга.

Расстройство личности органической этиологии (F07.0 по МКБ-10):

органическое расстройство личности характеризуется выраженными нарушениями в поведении, сфере эмоций и влечений, снижением способности справляться с целенаправленной деятельностью, когнитивными нарушениями (не достигающими степени деменции), подозрительностью, вязкостью мышления, излишне детализированным мышлением и речью. Страдает способность предвидеть и планировать последствия своих действий, контролировать с точки зрения социальных норм свое поведение. Возможно формирование психопатоподобного поведения и антисоциальных тенденций. При значительных локальных повреждениях могут обнаруживаться симптомы выпадения функций, соответствующих локализации поражения – нарушения речи, счета, чтения, восприятия пространственных отношений и другие.

Постэнцефалитный синдром (F07.1 по МКБ-10):

включает резидуальные изменения после перенесенного вирусного или бактериального энцефалита. Симптомы: астения, раздражительность и эмоциональная лабильность, нетерпеливость и склонность к конфликтам, повышенная истощаемость, нарушения сна и аппетита, нарушения в сексуальной сфере, негрубое снижение когнитивных функций. Реже встречается резидуальный неврологический дефицит – параличи, парезы, афазия, апраксия, акалькулия, снижение слуха, зрения. Расстройства обычно обратимы.

Постконтузионный синдром (F07.2 по МКБ-10):

относится к резидуальным проявлениям перенесенной ЧМТ и включает головную боль, головокружение, утомляемость, раздражительность, эмоциональную лабильность, трудности в концентрации внимания, нарушения сна, снижение памяти и другие.

Характерно снижение толерантности к стрессу, эмоциональным нагрузкам и алкоголю. Возможно формирование на указанном фоне депрессии, тревоги, ипохондричности, фобий с опасениями неблагоприятного исхода заболевания.

Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные заболеванием, травмой и дисфункцией головного мозга (F07.8 по МКБ-10), не отвечающие критериям рубрик F01-F06 по МКБ-10, например, правополушарные органические аффективные расстройства; когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции при прогрессирующих неврологических расстройствах (болезнь Альцгеймера, Паркинсона, Пика и другие).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ОРГАНИЧЕСКИХ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

14. Перечень обязательного обследования в стационарных условиях:
консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;
консультация врача-невролога;
консультация врача-детского невролога;
общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматического заболевания – 1 раз в месяц;
общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматического заболевания – 1 раз в месяц;
биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности аспартатаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;
обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (пациентам старше 18 лет);
флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (пациентам старше 18 лет);
ЭКГ – однократно при поступлении, далее при нормальных показателях и отсутствии симптомов соматических заболеваний – по медицинским показаниям;
консультация врача-акушера-гинеколога – однократно при поступлении (для пациентов женского пола);
мазок на кишечно-патогенную флору – однократно при поступлении.

15. Перечень обязательного обследования в условиях отделения дневного пребывания:

консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;
консультация врача-невролога;
консультация врача-детского невролога;
ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;
ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;
БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ – однократно при поступлении (пациентам старше 18 лет), далее – по медицинским показаниям;
обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (пациентам старше 18 лет);
флюорография ОГК – 1 раз в год (пациентам старше 18 лет).

16. Перечень обязательного обследования в амбулаторных условиях:
- консультация психолога с целью психологической диагностики;
 - использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;
 - консультация врача-невролога;
 - консультация врача-детского невролога;
 - ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;
 - ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;
 - флюорография ОГК – 1 раз в год (пациентам старше 18 лет).
17. Перечень дополнительного обследования:
- консультация врачей иных специальностей по профилю соматической патологии;
 - ЭКГ;
 - МРТ головного мозга;
 - КТ головного мозга;
 - ЭЭГ;
 - УЗИ сердца;
 - ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;
 - исследование СМЖ, крови на антинейрональные антитела при подозрении на аутоиммунный энцефалит;
 - исследование СМЖ, крови на герпесвирусные инфекции при подозрении на нейроинфекционное заболевание;
 - определение уровня маркеров нейродегенерации в крови, СМЖ: бета-амилоиды 40 и 42, фосфорилированный тау-белок, L-филаменты легких цепей, антитела к миелину;
 - определение уровня тиреотропного гормона;
 - определение уровня витамина В12 в крови;
 - определение уровня церулоплазмينا и меди в крови при подозрении на болезнь Вильсона-Коновалова;
 - анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол и другие) при подозрении на интоксикацию;
 - анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;
 - анализ мочи на дельта-аминолевулиновую кислоту при подозрении на острую перемежающуюся порфирию;
 - исследование СМЖ, крови при подозрении на инфекционную этиологию заболевания либо аутоиммунный энцефалит;
 - консультация врача-генетика для исключения наследственных заболеваний.
18. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами указанных в пунктах 14–17 настоящего клинического протокола обследований, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ОРГАНИЧЕСКИМИ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

19. Медицинские показания для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – непсихотические психические расстройства органической природы, психотические состояния с незначительно выраженной симптоматикой или в состоянии фармакологической либо спонтанной ремиссии.

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в условиях отделения дневного пребывания – затяжные непсихотические психические расстройства органической природы и психотические психические расстройства органической природы после стационарного лечения.

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях – психотические нарушения органической природы.

Медицинские показания для госпитализации:

органические, включая симптоматические, психические расстройства, обуславливающие непосредственную опасность для пациента себя и (или) иных лиц, его беспомощность, либо возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи.

Продолжительность лечения в стационарных условиях определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики), в условиях отделения дневного пребывания – на период проведения диагностических мероприятий, курса лечения; в амбулаторных условиях – на период времени, пока сохраняется необходимость в поддерживающем лечении.

20. Лечение органических, включая симптоматические, психических расстройств включает:

купирование аффективных, психотических, выраженных поведенческих и других сопутствующих психических расстройств;

мероприятия, направленные на улучшение и сохранение когнитивных функций;

этиотропное лечение – мероприятия, направленные на устранение причины заболевания в тех случаях, когда это возможно.

21. Деменции (F00-F03 по МКБ-10):

лечение поведенческих и других нарушений, которые могут сопутствовать деменции, зависит от психопатологического синдрома и нозологической принадлежности деменции. Предпочтительна монотерапия. В зависимости от преобладающих симптомов (психомоторное возбуждение, параноидные симптомы, нарушения восприятия, беспокойство, агрессивность, тревога, депрессия) назначаются следующие ЛС:

антипсихотические ЛС (далее – антипсихотики):

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, по 5–20 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, по 1,5–5 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

зуклопентиксол, таблетки 2 мг, 10 мг, по 2–50 мг/сутки внутрь, начальная доза 20 мг/сутки может при необходимости увеличиваться на 10–20 мг/сутки через 2–3 дня, поддерживающая доза 20–40 мг/сутки, пациентам пожилого возраста рекомендована доза 2–6 мг/сутки, при необходимости доза может увеличиваться до 10–20 мг/сутки;

кветиапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 50–600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, начальная доза пациентам пожилого возраста составляет 25 мг/сут, дозу следует увеличивать ежедневно на 25–50 мг до достижения эффективной;

клозапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 12,5–100 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема;

оланзапин, таблетки 2,5 мг, 5 мг, по 2,5–15 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема;

перидиазин, капсулы 10 мг, внутрь по 30–100 мг в 2 или 3 приема, большая часть дозы должна приниматься вечером, максимальная суточная доза 200 мг, для лечения пациентов пожилого возраста дозы снижаются в 2–4 раза;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, по 0,5–3 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема; раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг);

трифлуоперазин, таблетки 5 мг, по 5 мг 2 раза в сутки внутрь, при необходимости в течение 2–3 недель дозу повышают до 15–20 мг в сутки;

хлорпротиксен, таблетки 15 мг, 25 мг, 50 мг, по 25–100 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, пациентам пожилого возраста – с осторожностью 15–150 мг/сутки;

антидепрессанты:

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь, в начале лечения суточная доза составляет 50–100 мг, рекомендуется принимать на ночь, при недостаточной эффективности суточная доза может быть увеличена до 150–200 мг, максимальная суточная доза 300 мг, суточную дозу более 100 мг следует делить на 2–3 приема;

флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема в течение 4–6 месяцев;

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, 75 мг и 150 мг, внутрь, одновременно с приемом пищи, рекомендуемая начальная доза 75 мг в 2 приема ежедневно, в зависимости от переносимости и эффективности возможно повышение дозы постепенно до 150–225 мг/сутки;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 50–150 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев;

при выраженности тревожных компонентов депрессии – антидепрессантам с седативным действием:

миртазапин, таблетки 30 мг, 15–45 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, флувоксамин 100–200 мг/сутки, в течение 4–6 месяцев;

эсциталопрам, таблетки 10 мг, от 5–10 мг до 40 мг/сутки внутрь, 1 раз в сутки, в течение 4–6 месяцев;

пароксетин, таблетки 20 мг, 30 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев;

тианептин, таблетки 12,5 мг, внутрь, перед приемом пищи, по 12,5 мг 3 раза в день, пациентам пожилого возраста – по 12,5 мг 2 раза в сутки;

кломипрамин, таблетки 25 мг, лечение начинают с 25 мг 2–3 раза в день, дозу ЛС постепенно повышают, на 25 мг через каждые несколько дней до достижения суточной дозы 100–150 мг, максимальная суточная доза 250 мг;

мапротилин, таблетки 25 мг, по 25–75 мг, внутрь в 1–3 приема, пациентам пожилого возраста – 10 мг 3 раза/сут; при необходимости разовую дозу постепенно увеличивают до 25 мг/сутки;

анксиолитики:

тофизопам, таблетки 50 мг, по 50–100 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, 7–14 дней;

буспирон, таблетки 5 мг, 10 мг, по 5 мг внутрь 3 раза в сутки, при необходимости ее можно увеличивать на 5 мг каждые 2–3 дня, средняя суточная доза составляет 20–30 мг, максимальная разовая доза – 30 мг;

феназепам, таблетки 1 мг, внутрь, независимо от приема пищи, начальная доза составляет 0,5–1 мг 2–3 раза в день, через 2–4 дня с учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 4–6 мг/сут;

оксазепам, таблетки 10 мг, внутрь независимо от приема пищи, по 10–20 мг 2–3 раза в день, пациентам пожилого возраста: 10 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза при стационарном лечении – 120 мг;

диазепам, таблетки 2 мг, 5 мг, 10 мг, по 2,5–10 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема до 10–14 дней, отмена постепенная, ампулы, раствор для инъекций 10 мг/2 мл, парентерально до 10 мг 3 раз в сутки, рекомендованная продолжительность 3–10 дней;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, по 4–8 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, первоначальная суточная доза не более 1,5 мг, для пациентов пожилого возраста рекомендуется начальная доза не более 0,5 мг, дозу следует увеличивать постепенно на 0,5–1 мг каждые 3 дня, в зависимости от реакции пациента на данное ЛС, до достижения поддерживающей дозы, достижение поддерживающей суточной дозы – в течение 2–4 недель лечения;

небензодиазепиновые снотворные:

зопиклон, таблетки 3,75 мг, 7,5 мг, внутрь, по 3,75–7,5 мг, на ночь однократно, не более 4 недель;

ЛС с нормотимическим эффектом:

карбамазепин, таблетки 200 мг, по 400–600 мг/сутки внутрь, в 2 приема, 2–6 месяцев;

соли вальпроевой кислоты, таблетки 300 мг, 500 мг, по 300–1000 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, 2–6 месяцев;

ламотриджин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 25–150 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема, 2–6 месяцев;

лития карбонат, таблетки 300 мг, начальная доза 600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, с последующим увеличением суточной дозы до 1200 мг/сутки;

прегабалин, капсулы 75 мг, 150 мг, 300 мг, по 150–600 мг/сут в 2–3 приема, максимальная суточная доза 600 мг.

Следует избегать назначения ЛС с выраженными антихолинэргическими (холинолитическими) эффектами из-за опасности развития психотических расстройств, например, антихолинэргические антидепрессанты, антипсихотики, ЛС против болезни Паркинсона, заболеваний мочевого пузыря и эпилепсии. Антихолинэргические ЛС могут повышать риск развития деменции, особенно у пациентов пожилого возраста.

Тренинг когнитивных функций, тренировка бытовых и социальных навыков пациента, стимуляция физической активности, информирование о формировании адекватной среды по месту его проживания. Семейное консультирование, психологическая поддержка членов семьи, осуществляющих уход, медицинская профилактика у них психологического «выгорания».

Деменция при болезни Альцгеймера (F00 по МКБ-10):
специфическими ЛС для лечения болезни Альцгеймера являются холиномиметические ЛС – ингибиторы ацетилхолинэстеразы – донепезил, галантамин, а также антагонист рецепторов N-метил-D-аспартата (NMDA-глутаматных рецепторов) – мемантин.

Холиномиметические ЛС показаны при деменции легкой и средней степени, то есть на начальных и средних этапах заболевания.

Донепезил (таблетки для приема внутрь, 5 мг и 10 мг) назначают в суточной дозе 5 мг однократно на ночь, через 4–6 недель дозу повышают до 10 мг.

Галантамин (таблетки для приема внутрь, 4 мг, 8 мг, 12 мг, капсулы пролонгированного действия 8 мг, 16 мг, 24 мг) рекомендовано начинать с дозы 8 мг в сутки: 4 мг 2 раза в сутки, через 4 недели переходят на поддерживающую дозу 16 мг (по 8 мг 2 раза в сутки), которую принимают не менее 4 недель. Максимальная доза (24 мг в сутки) может быть назначена с учетом клинической ситуации (достигнутого эффекта и переносимости).

При использовании ЛС холиномиметического действия эффект развивается не ранее, чем через несколько недель приема и он тем выше, чем раньше начато лечение и чем выше доза ЛС. Для оценки эффективности ЛС, минимальный курс лечения должен составлять 2–3 месяца. Холиномиметики назначают на неопределенно долгий срок.

Холина альфосцерат (капсулы по 400 мг для приема внутрь, назначается в дозах от 1200 мг/сут, капсулы принимают 3 раза в день до еды; раствор для инъекций 250 мг, 4,0 мл вводят внутримышечно или внутривенно медленно) 1 раз в сутки. Холина альфосцерат показан при деменции легкой степени, минимальная длительность терапии 3 месяца.

Применение холина альфосцерата совместно с ЛС холиномиметического действия оказывает нейропротекторное действие, превосходящее результаты монотерапии данными ЛС.

Мемантин показан для использования при умеренной и тяжелой степени деменции при болезни Альцгеймера. Мемантин, таблетки для приема внутрь сразу после еды, 10 мг и 20 мг, максимальная суточная доза 20 мг. Для снижения риска нежелательных реакций, поддерживающая доза достигается подбором по 5 мг в неделю в течение первых трех недель по схеме: 1-я неделя – 5 мг (1/2 таблетки с дозировкой 10 мг) в сутки; 2-я неделя – 10 мг (1 таблетка с дозировкой 10 мг) в сутки; 3-я неделя – 15 мг (1,5 таблетки с дозировкой 10 мг) в сутки; начиная с 4-й недели: рекомендуемая поддерживающая доза – 20 мг в сутки.

При слабо и умеренно выраженной деменции при болезни Альцгеймера положительное влияние на когнитивные функции оказывает селективный ингибитор ацетилхолинэстеразы ривастигмин (раствор для приема внутрь 2 мг/1 мл, флакон 50 мл). Назначается внутрь, во время еды, 2 раза в сутки. В первые 2 недели – по 1,5 мг на прием. При хорошей переносимости (не ранее чем через 2 недели лечения) доза может быть увеличена до 3 мг и далее до 4,5–6 мг 2 раза в сутки. Поддерживающая доза – от 1,5 до 6 мг 2 раза в сутки.

Церебролизин, раствор, вводить 10 мл – 30 мл посредством медленных внутривенных инфузий после разведения стандартными растворами для инфузий в течение 15–60 мин. Рекомендуемый курс лечения 10–20 дней.

Цитиколин раствор, ампулы 4 мл, 125 мг действующего вещества в 1 мл, вводить 500–2000 мг в день медленно внутривенно (в течение 3–5 минут, в зависимости от назначенной дозы) или внутривенно капельно (40–60 капель в минуту), длительность лечения до 6 недель.

Лечение психических и поведенческих нарушений сопутствующих деменции проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Рекомендован тренинг когнитивных функций.

Сосудистая деменция (F01 по МКБ-10):

при постановке диагноза сосудистой деменции особое значение имеет обследование пациента в отношении факторов риска ее развития – липидный спектр, УЗИ сердца, ЭКГ, по медицинским показаниям – КТ и (или) МРТ головного мозга.

лечение сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Использование анксиолитиков группы бензодиазепинов должно быть сведено к минимуму, в связи с возможным развитием спутанности, атаксии и риском ухудшения когнитивных функций.

Рекомендован тренинг когнитивных функций.

Деменция при болезни Пика (F02.0 по МКБ-10):

лечение сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом;

Рекомендован тренинг когнитивных функций.

Деменция при болезни Крейтцфельда-Якоба (F02.1 по МКБ-10):

для дифференциальной диагностики используют: ЭЭГ, МРТ головного мозга, анализ крови/СМЖ на наличие прионового протеина;

лечение сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом. Для купирования миоклоний назначают клоназепам, соли вальпроевой кислоты.

Деменция при болезни Гентингтона (F02.2 по МКБ-10):

диагноз устанавливается на основании данных молекулярно-генетического исследования.

Лечение сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Для купирования психотических расстройств предпочтительнее назначать галоперидол, так как он одновременно уменьшает гиперкинезы.

При плохой переносимости типичных антипсихотиков рекомендуются атипичные антипсихотики: рисперидон, клозапин, оланзапин.

Для лечения депрессивных состояний используют антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС). Применения трициклических антидепрессантов следует избегать, так как они усиливают гиперкинезы и способствуют ухудшению когнитивных функций.

При отсутствии эффекта лечения антипсихотиками возможно назначение карбамазепина, вальпроевой кислоты, СИОЗС, низкие дозы бензодиазепинов.

Пациентам пожилого возраста предпочтительно назначение бензодиазепинов короткими курсами из-за выработки толерантности, дневной сонливости, бессонницы после прекращения приема, ухудшения когнитивных функций, падений, потери самоконтроля, угнетения дыхания у пациентов с апноэ во сне и делирия. С целью минимизации нежелательных реакций рекомендовано назначение анксиолитиков группы бензодиазепинов короткого действия, не оказывающих снотворного, миорелаксирующего и противосудорожного действия.

При нарушениях сна предпочтительно использовать небензодиазепиновые снотворные.

Применение противосудорожных ЛС у пациентов пожилого возраста с деменцией необходимо ограничить следующими ЛС:

карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин.

Деменция при болезни Паркинсона (F02.3 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений сопутствующих деменции проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Рекомендуется отмена ЛС, которые могут ухудшить когнитивные функции, либо способствовать развитию психотических расстройств (холинолитики, амантадин, агонисты дофаминовых рецепторов).

Противопаркинсонические ЛС назначаются врачом-неврологом.

Для улучшения когнитивных функций и купирования психотических расстройств рекомендуют ЛС холиномиметического действия.

Следует избегать применения типичных антипсихотиков (вызывают развитие нейролептического паркинсонизма) и трициклических психоаналептиков (холинолитические нежелательные реакции).

При лечении психотических расстройств показано назначение кветиапина, клозапина, применение других антипсихотиков противопоказано.

Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других разделах (F02.8 по МКБ-10):

лечение сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Деменция неуточненная (F03 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений сопутствующих деменции проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Рекомендован тренинг когнитивных функций.

22. Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем и другими психоактивными веществами (F04 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Симптоматическое лечение начинается от момента выявления расстройства и продолжается до полного купирования нарушений когнитивных функций, упорядочивания поведения, восстановления ориентировки.

Психотерапия: поддерживающая; семейное консультирование; упражнения по тренировке памяти и улучшению ориентировки.

23. Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05 по МКБ-10):

лечение проводится в условиях психиатрического стационара или отделения интенсивной терапии и реанимации организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь пациентам с соматической патологией, и продолжается до редукции симптомов делирия, купирования острой психотической симптоматики, упорядочивания поведения, восстановления нарушенного сознания и ориентировки. При сочетании делирия с тяжелой соматической патологией лечение проводится в соматическом стационаре.

ЛС выбора являются бензодиазепиновые анксиолитики и антипсихотики. Предпочтение отдается ЛС с наименее выраженными холинолитическими свойствами. Купирование делирия следует начинать с применения бензодиазепиновых анксиолитиков, подключая антипсихотики в случае отсутствия эффекта бензодиазепиновых анксиолитиков.

Чаще всего с целью купирования делирия используются диазепам, галоперидол, рисперидон, оланзапин.

24. Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06 по МКБ-10):

симптоматическое лечение начинается от момента выявления и продолжается до редукции или полного купирования симптомов психического расстройства, упорядочивания поведения.

Медикаментозное лечение: антидепрессанты, антипсихотики, анксиолитики. При необходимости к лечению добавляют также ноотропные, противосудорожные ЛС с нормотимическим действием, антигипертензивные и другие ЛС.

Применение психотерапии определяется потребностями личности пациента, степенью сохранности когнитивно-мнестических функций, особенностями симптоматики. Используют различные варианты когнитивно-поведенческой терапии, семейное консультирование.

Этиотропное лечение применяется при верифицированном диагнозе органического заболевания мозга (нейроинфекция, новообразования мозга, сосудистая патология, ЧМТ, эпилепсия) или интоксикации. При необходимости, этиотропное лечение может проводиться в условиях другой организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь пациентам с соматической патологией, в наибольшей степени удовлетворяющей потребностям лечения данной конкретной патологии.

Органический галлюциноз (F06.0 по МКБ-10):

для купирования галлюцинаций применяются антипсихотики: галоперидол, рисперидон, оланзапин, кветиапин, арипипразол. Их доза должна быть минимально эффективной. Эффективное ЛС подбирается последовательной монотерапией. При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения – проведение электросудорожной терапии (далее – ЭСТ).

Органическое кататоническое состояние (F06.1 по МКБ-10):

в качестве ЛС первого выбора используют бензодиазепиновые анксиолитики: диазепам, клоназепам.

Из антипсихотиков показаны атипичные ЛС (рисперидон, клозапин, оланзапин, кветиапин). Антипсихотики применяются с осторожностью в связи с их способностью ухудшать течение кататонической симптоматики.

В случае отсутствия эффекта от медикаментозного лечения – проведение ЭСТ.

При лечении кататонических проявлений обязательно проведение медицинской профилактики венозной тромбоэмболии, пролежней, контрактур, а также обеспечение достаточной гидратации и питания.

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2 по МКБ-10):

для купирования бреда и галлюцинаций применяют антипсихотики. Эффективное ЛС подбирается последовательной монотерапией. Рекомендуются ЛС с низким уровнем экстрапирамидных нежелательных реакций (клозапин, оланзапин, кветиапин, рисперидон).

В случае отсутствия эффекта от медикаментозного лечения – проведение ЭСТ.

Органические расстройства настроения (аффективные) (F06.3 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

для купирования маниакальной (гипоманиакальной) симптоматики показаны ЛС обладающие нормотимическим эффектом, антипсихотики, анксиолитики:

карбамазепин, таблетки 200 мг, по 600–1200 мг/сутки внутрь, в 2 приема, 1–6 месяцев;

соли вальпроевой кислоты, таблетки 300 мг, 500 мг, по 500–1800 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, 1–6 месяцев;

ламотриджин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 100–200 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема, 1–6 месяцев;

лития карбонат, таблетки 300 мг, начальная доза 600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, с последующим увеличением суточной дозы, максимальная дозировка – 1500 мг/сутки (под контролем содержания лития в плазме крови);

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, по 5–30 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, раствор для инъекций 5 мг/1 мл, 5–20 мг/сутки внутрь в 1–3 приема, внутримышечно 1–3 раза в сутки;

зуклопентиксол, таблетки 2 мг, 10 мг, раствор для внутримышечного введения масляный 50 мг/1 мл, по 20–75 мг/сутки внутрь в 1–3 приема, либо внутримышечно в дозе 50–150 мг каждые трое суток не более трех инъекций;

кветиапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 100–700 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, начальная доза пациентам пожилого возраста составляет 25 мг/сут, дозу следует увеличивать ежедневно на 25–50 мг до достижения эффективной;

клозапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 100–400 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема;

оланзапин, таблетки 2,5 мг, 5 мг, по 5–20 мг/сутки, внутрь, в 1–3 приема;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг), по 2–6 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема;

диазепам, таблетки 2 мг, 5 мг, 10 мг, по 2,5–10 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема до 10–14 дней, отмена постепенная, ампулы, раствор для инъекций 10 мг/2 мл, парентерально 10 мг до 3 раз в сутки, рекомендованная продолжительность 3–10 дней;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, по 4–8 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, первоначальная суточная доза не более 1,5 мг, для пациентов пожилого возраста рекомендуется начальная доза не более 0,5 мг, дозу следует увеличивать постепенно на 0,5–1 мг каждые 3 дня, в зависимости от реакции пациента на данное ЛС, до достижения поддерживающей дозы, достижение поддерживающей суточной дозы – в течение 2–4 недель лечения.

Возможно комбинированное лечение: ЛС, обладающие нормотимическим действием, антипсихотики, анксиолитики.

При выраженных симптомах депрессии в выборе антидепрессанта предпочтение отдается ЛС с наименее выраженными холинолитическими нежелательными реакциями: сертралин (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 50–150 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев), эсциталопрам (таблетки 10 мг, от 5–10 мг до 30 мг/сутки внутрь, 1 раз в сутки, в течение 4–6 месяцев), и другие.

При выраженных тревожных симптомах сопровождающих депрессию рекомендованы антидепрессанты с седативным действием: мirtазапин (таблетки 30 мг, 15–45 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема), флувоксамин (таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь, в начале лечения суточная доза составляет 50–100 мг, рекомендуется принимать на ночь, при недостаточной эффективности суточная доза может быть увеличена до 150–200 мг, максимальная суточная доза 300 мг, суточную дозу более 100 мг следует делить на 2–3 приема).

При выраженных симптомах апатической депрессии более эффективны антидепрессанты, обладающие стимулирующим действием:

флуоксетин (капсулы 10 мг, 20 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема в течение 4–6 месяцев);

эсциталопрам (таблетки 10 мг, от 5–10 мг до 30 мг/сутки внутрь, 1 раз в сутки, в течение 4–6 месяцев);

пароксетин (таблетки 20 мг, 30 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев);

венлафаксин (таблетки 37,5 мг, 75 мг и 150 мг, внутрь, одновременно с приемом пищи, рекомендуемая начальная доза 75 мг в 2 приема ежедневно, в зависимости от переносимости и эффективности возможно повышение дозы постепенно до 150–225 мг/сутки).

У пациентов пожилого возраста с большим количеством соматических жалоб может использоваться тианептин, таблетки 12,5 мг, внутрь, перед приемом пищи, по 12,5 мг 2–3 раза в сутки.

При тяжелых и умеренно тяжелых депрессиях, при сомнительной приверженности лечению возможно применение инъекционных и пероральных форм следующих ЛС:

кломипрамина раствор для внутривенного, внутримышечного применения 12,5 мг/мл, ампула 2 мл, таблетки 25 мг, лечение начинают с 25 мг 2–3 раза в день, дозу постепенно повышают на 25 мг через каждые несколько дней до достижения суточной дозы 100–150 мг, максимальная суточная доза 250 мг;

мапротилин, таблетки 25 мг, драже 10, 25, 50 мг, внутрь в 1–3 приема 25–75 мг/сутки, раствор для инъекций 1,25 % 2 мл, внутривенно капельно/струйно,

25–75 мг/сутки, максимальная дозировка 150 мг, пациентам пожилого возраста – 10 мг 3 раза/сутки, при необходимости разовую дозу постепенно увеличивают до 25 мг/сутки.

При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения показано проведение ЭСТ.

Психотерапия: поддерживающая, когнитивно-поведенческая, личностно-ориентированная, семейное консультирование.

Органическое тревожное расстройство (F06.4 по МКБ-10):

основные группы ЛС: анксиолитики (клоназепам, буспирон), антидепрессанты (флувоксамин, сертралин), противоэпилептические ЛС (соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, прегабалин). Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в частях первой–четвертой пункта 21 настоящего клинического протокола.

При неэффективности монотерапии: комбинированное лечение ЛС разных групп (например, анксиолитик и противоэпилептическое ЛС, анксиолитик и антидепрессант).

Психотерапия: когнитивно-поведенческая, личностно ориентированная, групповая, семейное консультирование.

Органическое диссоциативное расстройство (F06.5 по МКБ-10):

основное лечение – психотерапия: когнитивно-поведенческая, личностно-ориентированная, групповая, семейное консультирование.

Лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6 по МКБ-10):

лечение:

анксиолитики (клоназепам, тофизопам) следует назначать с осторожностью, избегая длительных сроков приема с целью медицинской профилактики зависимости;

антидепрессанты: флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам;

противоэпилептические ЛС: соли вальпроевой кислоты, карбамазепин;

антипсихотики (перициазин, сульпирид, кветиапин, арипипразол) при выраженной эмоциональной неустойчивости, вспыльчивости, дисфорических реакциях. Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в части четырнадцатой настоящего пункта.

При неэффективности монотерапии: комбинированное лечение ЛС разных групп (например, анксиолитик и противоэпилептическое ЛС, анксиолитик и антидепрессант).

Психотерапия: поддерживающая, когнитивно-поведенческая, аутотренинг, техника саморегуляции, личностно-ориентированная, групповая, семейное консультирование.

Легкое когнитивное расстройство (F06.7 по МКБ-10):

лечение симптоматическое.

Рекомендована психотерапия: тренинг когнитивных функций, семейная терапия.

Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

25. Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07 по МКБ-10):

Расстройство личности органической этиологии (F07.0 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

При преобладании эмоциональной лабильности назначаются противоэпилептические ЛС с нормотимическим эффектом (карбамазепин, вальпроевая кислота).

При выраженных нарушениях поведения, дисфориях, эксплозивности, склонности к импульсивным агрессивным действиям используются антипсихотики (перициазин, оланзапин, кветиапин, хлорпротиксен, галоперидол).

При депрессивных симптомах рекомендованы антидепрессанты со сбалансированным действием (мапротилин, кломипрамин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин).

При симптомах тревоги, а также с целью неотложной терапии психомоторного возбуждения, возможно назначение анксиолитиков с осторожностью, избегая длительного приема из-за риска формирования зависимости (диазепам, тофизопам, клоназепам).

Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в части четырнадцатой настоящего пункта.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций, семейное консультирование.

Постэнцефалитический синдром (F07.1 по МКБ-10):

лечение:

фармакотерапия осуществляется в соответствии с частями первой–четвертой пункта 21 настоящего клинического протокола;

психотерапия, тренинг когнитивных функций.

Постконтузионный синдром (F07.2 по МКБ-10):

лечение:

при преобладании эмоциональной лабильности:

противоэпилептические ЛС с нормотимическим эффектом (карбамазепин, соли вальпроевой кислоты, ламотриджин);

при депрессивных симптомах:

антидепрессанты со сбалансированным действием (мапротилин, кломипрамин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин);

при симптомах тревоги:

анксиолитики с осторожностью, избегая длительного приема из-за риска формирования зависимости и влияния на когнитивные функции (диазепам, тофизопам, клоназепам).

Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в частях первой–четвертой пункта 21 настоящего клинического протокола.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций, семейное консультирование.

Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга (F07.8 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций.

Приложение

к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с органическими,
включая симптоматические,
психическими расстройствами
(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, используемых в диагностике органических, включая симптоматические, психических расстройств

1. Краткая оценка когнитивных функций

Пробы	Оценка (баллы)
1. Ориентировка в личности: пациента просят назвать фамилию, собственное имя, отчество (если таковое имеется), возраст, дату рождения	0 1 2 3 4 5

2. Ориентировка во времени: пациента просят назвать полностью год, время года, дату, день недели, месяц	0 1 2 3 4 5
3. Ориентировка в месте: пациента просят назвать страну, область, город, организацию здравоохранения, в котором происходит обследование, этаж	0 1 2 3 4 5
4. Динамический праксис: пациента просят повторить за врачом одной рукой серию из трех движений: кулак (ставится горизонтально, параллельно поверхности стола) – ребро (кисть ставится вертикально на медиальный край) – ладонь (кисть горизонтально, ладонью вниз). Пациенту показывают движения два раза подряд, просят повторить самостоятельно и затем, если пациент не справляется (путает последовательность движений, пропускает движение, располагает руку в неверной плоскости), просят повторить вместе с врачом	0 1 2 3
5. Минимальное психологическое исследование (Mini-Cog)	0 1 2 3 4 5
Письмо, внимание, память: Пациента просят написать фразу «Я закончил!»	0 1 2
ОБЩИЙ БАЛЛ*	

* Максимальный балл учитывается, если пациент самостоятельно и правильно выполнил задание. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

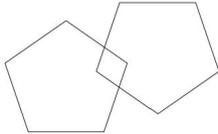
Результаты теста:

23–25 баллов – когнитивные функции пациента (внимание, память) в норме;

21 и менее баллов – у пациента имеются когнитивные нарушения; необходимо проведение развернутой нейропсихологической диагностики.

2. Краткая шкала оценки психического статуса – Тест Фольштейна (Mini-Mental State Examination, MMSE)

							Баллы
1. Ориентировка во времени							макс = 5
назовите год							0–1
время года							0–1
месяц							0–1
число							0–1
день недели							0–1
2. Ориентировка в месте							макс = 5
страна							0–1
город							0–1
район (или номер/название почтового отделения)							0–1
учреждение							0–1
этаж							0–1
3. Восприятие							макс = 3
назвать 3 предмета (слова) и попросить пациента их повторить							
яблоко	мяч	груша	лимон	карандаш	стол	0–1	
стол	флаг	снег	ключ	дом	вода	0–1	
монета	дверь	шкаф	шар	копейка	ночь	0–1	
4. Концентрация внимания и счет: «100-7» – пять раз							макс = 5
93			Я			0–1	
86			Л			0–1	
79			М			0–1	
72			Е			0–1	
65			З			0–1	
при произнесении слово «земля» наоборот							0–5
5. Память							макс = 3
назвать 3 предмета из пункта 3							
яблоко	мяч	груша	лимон	карандаш	стол	0–1	
стол	флаг	снег	ключ	дом	вода	0–1	
монета	дверь	шкаф	шар	копейка	ночь	0–1	

6. Речевые функции:	max = 2
6.1. просят назвать предмет: ручка (что у меня в руке?)	0–1
просят назвать предмет: часы (что у меня на руке?)	0–1
6.2. просят повторить сложное предложение «никаких если и или но»	0–1
7. Просят выполнить 3 последовательные команды	max = 3
взять бумагу в правую руку	0–1
сложить пополам	0–1
положить на стол	0–1
8. Просят прочитать и выполнить задание «Закройте глаза»	0–1
9. Просят написать предложение содержащее подлежащее, сказуемое и имеющее смысл	0–1
10. Просят перерисовать 2 пятиугольника	0–1
	
Общая сумма баллов: 28–30 баллов – нет нарушений когнитивных функций, 24–27 баллов – легкие (преддементные) когнитивные нарушения, 20–23 балла – деменция легкой степени выраженности, 11–19 баллов – деменция умеренной степени выраженности, 0–10 баллов – тяжелая деменция	max = 30

3. Батарея лобной дисфункции, бланк (Frontal assessment battery, FAB)

№ задания	Баллы	Задание
1. Концептуализация		
	0/1	что общего между яблоком и грушей?
	0/1	что общего между пальто и курткой?
	0/1	что общего между столом и стулом?
2. Беглость речи. Закройте глаза и в течение минуты называйте слова на букву «с»		
	3	более 9 слов
	2	от 7 до 9 слов
	1	от 4 до 6 слов
	0	менее 4 слов
3. Динамический праксис. Кулак – ребро – ладонь. Первый раз следит за врачом, второй раз вместе с врачом, последующие два раза – самостоятельно		
	3	правильное выполнение шести серий движений
	2	трех серий движений
	1	выполнение только совместно с врачом
	0	невозможность выполнения задания
4. Простая реакция выбора. «Сейчас я проверю Ваше внимание. Мы будем выстукивать ритм. Если я ударю один раз, Вы должны ударить два раза подряд. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз». Ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2		
	3	правильное выполнение
	2	не более 2 ошибок
	1	много ошибок
	0	полное копирование ритма
5. Усложненная реакция выбора. «Теперь, если я ударю один раз, то вы ничего не должны делать. Если я ударю два раза подряд, то вы должны ударить только один раз». Ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2		
	3	правильное выполнение
	2	не более 2 ошибок
	1	много ошибок
	0	полное копирование ритма
6. Исследование хватательного рефлекса. Сидя, положите руки на колени ладонями вверх. Врач проводит по рукам предметом (карандаш, ручка)		
	3	отсутствие хватательного рефлекса
	2	пациент спрашивает, должен ли схватить предмет
	1	после инструкции: «Не хватать!», хватательный рефлекс отсутствует
	0	после инструкции: «Не хватать!», хватает
Общая сумма баллов		16–18 баллов – нет нарушений когнитивных функций, 12–15 баллов – легкая и умеренная лобная дисфункция, 11 и меньше – деменция лобного типа

4. Рисование часов

Пациенту дают чистый лист нелинованной бумаги и карандаш. Врач предлагает пациенту нарисовать круглые часы с цифрами на циферблате, указав время без пятнадцати час. Пациент должен самостоятельно нарисовать круг, поставить в нужные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции. При возникновении когнитивных расстройств пациент может допускать ошибки, которые оцениваются по десятибалльной шкале:

10 баллов – норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;

9 баллов – незначительные неточности в расположении стрелок;

8 баллов – более заметные ошибки в расположении стрелок;

7 баллов – стрелки показывают неправильное время;

6 баллов – стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком);

5 баллов – неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое;

4 балла – утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга;

3 балла – числа и циферблат не связаны друг с другом;

2 балла – пациент пытается выполнить инструкцию, но безуспешно;

1 балл – пациент не делает никаких попыток выполнить инструкцию.

Если пациент рисует часы неправильно, врач может упростить задание, предложив дорисовать стрелки на уже нарисованном циферблате с числами. Правильное расположение стрелок в готовом круге свидетельствует о деменции лобного типа или деменции с преимущественным поражением подкорковых структур. Неспособность правильно нарисовать стрелки даже на готовом циферблате заставляет склониться к деменции при болезни Альцгеймера.

5. Клиническая рейтинговая шкала деменции:

0,5 балла – «сомнительная» деменция

Память: постоянная незначительная забывчивость, неполное припоминание происшедших событий, «доброкачественная забывчивость».

Ориентировка: полностью ориентирован, но могут быть неточности при назывании даты.

Мышление: незначительные трудности при решении задач, анализе сходств и различий.

Взаимодействие в обществе: незначительные трудности.

Поведение дома и увлечения: незначительные трудности.

Самообслуживание: нет нарушений.

1 балл – легкая деменция

Память: более значительная забывчивость на текущие события, которая мешает в повседневной жизни.

Ориентировка: не полностью ориентирован во времени, но всегда правильно называет место; в то же время могут быть трудности самостоятельного ориентирования на местности.

Мышление: умеренные затруднения при решении задач, анализе сходств и различий, которые не затрагивают повседневную жизнь.

Взаимодействие в обществе: утрачена независимость, однако возможно осуществление отдельных социальных функций. При поверхностном знакомстве нарушения могут быть неочевидны. Поведение дома и увлечения: легкие, но отчетливые бытовые трудности, потеря интереса к сложным видам активности. Самообслуживание: нуждается в напоминаниях.

2 балла – умеренная деменция

Память: выраженная забывчивость, текущие события не остаются в памяти, сохранены лишь воспоминания о наиболее значимых событиях жизни.

Ориентировка: дезориентирован во времени, не полностью ориентирован в месте.

Мышление: выраженные трудности при решении задач и анализе сходств и различий, которые оказывают негативное влияние на повседневную активность.

Взаимодействие в обществе: утрачена самостоятельность вне своего дома, однако может вступать в социальное взаимодействие под контролем других лиц.

Поведение дома и увлечения: крайнее ограничение интереса, способность к выполнению только наиболее простых видов деятельности.

Самообслуживание: нуждается в помощи при одевании, гигиенических процедурах, естественных отправлениях.

3 балла – тяжелая деменция

Память: фрагментарные воспоминания о жизни.

Ориентировка: ориентирован только в собственной личности.

Мышление: решение интеллектуальных задач невозможно.

Взаимодействие в обществе: нарушения препятствуют социальному взаимодействию за пределами своего дома.

Поведение дома и увлечения: не способен к выполнению бытовых обязанностей.

Самообслуживание: постоянно нуждается в уходе; частое недержание.

0 баллов по данной шкале соответствует норме, 0,5 балла – связанным с возрастом нарушениям и синдрому умеренных когнитивных нарушений, 1–3 балла – деменции разной степени выраженности. Недостатком данной шкалы является ее более общий характер, отсутствие детализации симптоматики, которая могла бы быть весьма полезной в различных клинических ситуациях.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, соответствующими шифрам F10-F19 по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь

от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХП «О правах ребенка», а также следующие термины и их определения:

алкоголь – алкогольные и слабоалкогольные напитки, пиво, лекарственные средства (далее – ЛС) содержащие этиловый спирт, непивцевая спиртосодержащая продукция, суррогаты алкоголя;

психоактивные вещества (далее – ПАВ) – алкоголь, наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги, токсические или другие одурманивающие вещества.

4. Госпитализация пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики ЛС и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

8. К психическим и поведенческим расстройствам вследствие употребления ПАВ относят расстройства, обусловленные употреблением одного или нескольких веществ и варьирует от неосложненной интоксикации и употребления с вредными последствиями до выраженных психотических расстройств и деменции.

9. В настоящем клиническом протоколе рассматриваются:

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов (F11 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов (F12 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств (F13 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина (F14 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов (включая кофеин) (F15 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов (F16 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака (F17 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей (F18 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19 по МКБ-10).

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

10. При диагностике психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ проводится:

отдельная консультация врача-специалиста с самим пациентом и затем с его близкими родственниками (при их наличии) для сбора сведений об анамнезе (первый контакт с ПАВ, начало, регулярность, длительность употребления, способ употребления ПАВ, применявшееся ранее лечение, наличие спонтанных и терапевтических ремиссий, контекст употребления данного ПАВ и других ПАВ, отношение к употреблению ПАВ в кругу друзей, описание состояний интоксикации, субъективно переживаемое действие ПАВ и состояния отмены, социальные проблемы и негативные последствия употребления ПАВ на семейную жизнь, работу или учебу, криминальная активность, наличие психопатологической и неврологической симптоматики (нарушения пищевого поведения, бред и галлюцинации, судорожные припадки и другие), перенесенные соматические заболевания);

определение концентрации паров алкоголя в выдыхаемом воздухе и (или) исследование крови (слюны) на наличие алкоголя (обязательно при наличии острой интоксикации алкоголем или другими ПАВ, состояния отмены алкоголя или других ПАВ);

исследование мочи на наличие ПАВ с помощью экспресс-тестов или в лаборатории, конкретный вид экспресс-тестов определяет врач-специалист, при подозрении на употребление новых ПАВ, экспресс-тесты на определение которых отсутствуют, рекомендуется лабораторное исследование на наличие ПАВ (обязательно при подозрении на употребление пациентом ПАВ, наличии острой интоксикации ПАВ, при необходимости – при состоянии отмены ПАВ).

11. По медицинским показаниям проводится дополнительное обследование:

биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, хлора; определение активности печеночных ферментов – аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, гаммаглутамилтранспептидазы (или результат биохимического исследования крови согласно выписки из медицинских документов), при этом определение концентрации печеночных ферментов (прежде всего, гаммаглутамилтранспептидазы) повторяется в течение лечения, как правило, 1 раз в месяц; далее – по медицинским показаниям;

консультация врача-терапевта (врача общей практики), врача-невролога, несовершеннолетним пациентам – консультация врача-педиатра, врача-детского невролога;

электроэнцефалография;

магнитно-резонансная томография головного мозга;

электрокардиография;

флюорография органов грудной клетки (рентгенография, рентгеноскопия) (пациентам старше 18 лет);

определение маркеров гепатитов В и С при употреблении ПАВ: исследование на наличие поверхностного антигена вируса гепатита В – HbsAg, определение антител к вирусу гепатита С (anti-HCV);

обследование на вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) при употреблении ПАВ;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно;

консультация врача-акушера-гинеколога – однократно при подозрении на наличие беременности (для пациенток женского пола старше 18 лет);

консультация психолога с целью психологической диагностики;

диагностическая консультация специалиста по социальной работе.

12. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами, указанными в пунктах 10–11 настоящего клинического протокола обследований, проведенных не позднее чем за три месяца до оказания медицинской помощи.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

13. Для повышения мотивации пациентов к прохождению лечения и медицинской реабилитации используется мотивационное консультирование. Мотивационное консультирование проводится врачами-специалистами, врачами иных специальностей, медицинскими работниками со средним специальным медицинским образованием, психологами, специалистами по социальной работе, а с согласия пациента – сотрудниками и консультантами общественных (религиозных) организаций и волонтеров программ опиоидной заместительной терапии.

14. Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ направлено на прекращение (существенное сокращение) употребления ПАВ и (или) уменьшение вреда от употребления ПАВ: профилактика передозировок, лечение острой интоксикации (состояния опьянения), состояния отмены или иных острых психических расстройств, вызванных употреблением ПАВ, уменьшение негативных последствий употребления ПАВ, а также повышение мотивации пациента для лечения и медицинской реабилитации синдрома зависимости от ПАВ.

15. Начинают оказание медицинской помощи с детоксикации, которую проводят как в организациях здравоохранения в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания, так и вне организации здравоохранения.

Детоксикация занимает от 1 недели до 1 месяца в зависимости от типа ПАВ. В организациях здравоохранения также могут организовываться программы снижения вреда от употребления ПАВ (программы вторичной и третичной медицинской профилактики), особенно инъекционного употребления (комнаты безопасных инъекций, дроп-ин центры, пункты обмена игл и шприцов, программы консультирования, поддержки и социального сопровождения, медицинской профилактики и лечения ВИЧ, вирусных гепатитов).

16. После детоксикации по желанию пациента начинается лечение синдрома зависимости от ПАВ, которое включает подавление влечения к ПАВ, при необходимости, с использованием ЛС, и стабилизацию состояния воздержания от употребления ПАВ путем применения фармакотерапии, индивидуальной и групповой поддерживающей психотерапии, психологической коррекции. Для лечения синдрома зависимости от опиоидов или синдрома сочетанной зависимости от опиоидов и других ПАВ применяется назначение заместительного поддерживающего лечения опиоидными анальгетиками. Пациента информируют о правилах внутреннего распорядка для пациентов, в которых отражены его права и обязанности, а также об ответственности за незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их употребление без назначения врача-специалиста.

17. После лечения с синдромом зависимости от ПАВ при наличии мотивации и реабилитационного потенциала осуществляется медицинская реабилитация пациентов после достижения воздержания от употребления ПАВ, а также при необходимости, использование ЛС.

18. После завершения медицинской реабилитации в государственных организациях здравоохранения пациент направляется (сопровождается социальными работниками) для продолжения реабилитации в реабилитационные центры общественных (религиозных) организаций.

19. После медицинской реабилитации поддержка пациентов, осуществляется в амбулаторных условиях или вне организаций здравоохранения от 1 года до 3 лет.

Поддержка предусматривает посещение групп самопомощи «Анонимные алкоголики» или «Анонимные наркоманы» и других групп самопомощи, участие в терапевтических сообществах пациентов на базе организаций здравоохранения, реабилитационных центров общественных (религиозных) организаций, а также оказание социальных услуг.

20. Лечение резистентных случаев, терапия пациентов с сочетанными психическими и поведенческими расстройствами и синдромом зависимости от ПАВ, разработка и апробация новых методов оказания медицинской помощи, в том числе программ медицинской реабилитации, консультирование с целью уточнения диагноза, определения тактики лечения пациентов с состоянием отмены ПАВ, синдромом зависимости от ПАВ и другими психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, осуществляется в психиатрических (психоневрологических) организациях.

21. Основные принципы оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах вследствие употребления ПАВ:

приоритетность мер профилактического воздействия;

повышение мотивации пациентов к современному обращению за оказанием медицинской помощи, выполнению рекомендаций медицинских работников, сохранению собственного здоровья;

развитие программ снижения вреда от употребления ПАВ;

создание условий для максимального соблюдения требований законодательства, прав человека, норм и правил медицинской этики и деонтологии;

комплексность (биопсихосоциальный подход, реализуемый посредством работы мультидисциплинарной команды специалистов);

приоритетность оказания первичной медицинской помощи в диагностике и лечении пациентов с острой интоксикацией ПАВ, неосложненным состоянием отмены ПАВ и употреблением ПАВ с вредными последствиями, не требующих специализированной медицинской помощи;

приоритетность оказания медицинской помощи несовершеннолетним пациентам, женщинам, прежде всего, во время беременности, родов и в послеродовой период, пациентам пожилого возраста, инвалидам;

приоритетность мер медицинской реабилитации и социальной адаптации.

22. Формирование мотивации пациента на прекращение употребления ПАВ (на снижение частоты и объемов употребления ПАВ, на прекращение рискованных видов употребления ПАВ и их сочетаний), является важным компонентом оказания медицинской помощи.

23. Лечение употребления ПАВ с вредными последствиями в большинстве случаев осуществляется в амбулаторных условиях. Длительность лечения при употреблении ПАВ с вредными последствиями определяется индивидуально.

24. Медицинские показания к лечению синдрома зависимости от ПАВ:

в стационарных условиях – при желании пациента, сочетанной зависимости от нескольких ПАВ, зависимости от новых ПАВ, наличии резидуальных психотических психических расстройств, при безуспешном лечении синдрома зависимости от ПАВ в анамнезе в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания, при многочисленных случаях лечения синдрома зависимости от ПАВ в стационарных условиях, с учетом наличия неблагоприятного социального окружения и отсутствие поддержки близких родственников;

в условиях отделения дневного пребывания – при желании пациента, при безуспешном лечении в анамнезе в амбулаторных условиях, при категорическом отказе пациента от лечения в стационарных условиях при отсутствии состояния отмены ПАВ, требующего лечения в стационарных условиях;

в амбулаторных условиях – в остальных случаях.

Многочисленные случаи лечения состояния отмены ПАВ в стационарных условиях не должны рассматриваться как медицинские противопоказания для лечения синдрома зависимости от ПАВ в условиях отделения дневного пребывания или в амбулаторных условиях.

Средняя длительность лечения при синдроме зависимости от ПАВ составляет:

в стационарных условиях – от 14 дней до 2 месяцев (при медицинской реабилитации – от 1 до 6 месяцев);

в условиях отделения дневного пребывания – от 14 дней до 28 дней (при медицинской реабилитации – от 1 до 6 месяцев);

в амбулаторных условиях – от 10–14 дней до 6–12 месяцев, а при необходимости – неограниченно долгое время (заместительное поддерживающее лечение, терапевтическое сообщество, группы самопомощи).

25. Лечение состояния отмены ПАВ проводится вне организаций здравоохранения, в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания и стационарных условиях организаций здравоохранения;

Медицинские показания для оказания медицинской помощи при состояниях отмены ПАВ в стационарных условиях следующие:

тяжелое и осложненное состояние отмены двух и более ПАВ;

состояние отмены с судорогами вследствие употребления седативных и снотворных ЛС (барбитуратов, бензодиазепиновых анксиолитиков, противоэпилептических ЛС или небензодиазепиновых снотворных);

повторная рвота и невозможность приема жидкости внутрь;

агрессивные и суицидальные тенденции;

тяжелые, длительно протекающие психические и поведенческие расстройства, в том числе расстройства личности в стадии декомпенсированные;

коморбидные хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации;

соматические заболевания в стадии обострения.

Медицинским показанием к лечению состояния отмены ПАВ в условиях отделения дневного пребывания является безуспешная попытка лечения в анамнезе в амбулаторных условиях при желании пациента (кроме случаев, когда необходима экстренная психиатрическая помощь).

Лечение состояния отмены ПАВ в амбулаторных условиях или вне организации здравоохранения проводится при отсутствии осложнений, отказе пациента от госпитализации, а также отсутствии медицинских противопоказаний.

Средняя длительность лечения состояния отмены ПАВ в амбулаторных и стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания и вне организации здравоохранения может составлять от 1 до 28 дней.

26. Лечение психотических психических расстройств, в том числе резидуальных и отсроченных, вследствие употребления ПАВ осуществляется, как правило, в стационарных условиях или в условиях отделения дневного пребывания. Длительность лечения психотических психических расстройств – до 2–4 недель. Долечивание осуществляется в амбулаторных условиях.

27. Лечение при резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройствах вследствие употребления ПАВ проводится:

в стационарных условиях – в случае неэффективности предшествующего лечения в амбулаторных условиях и лечения в условиях отделения дневного пребывания;

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – в остальных случаях.

Средняя длительность лечения в стационарных условиях при резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройствах и в условиях отделения дневного пребывания – от 10–14 дней до 2 месяцев, в амбулаторных условиях – неопределенно долго.

28. Психотерапия и психологическая помощь должны быть ведущими подходами в лечении синдрома зависимости от ПАВ и включают:

проблемно-ориентированные подходы (поведенческий подход, когнитивно-поведенческий подход, тренинг социальных навыков, методы профилактики рецидивов, тренинг стратегий совладания и другие);

лично-ориентированные подходы (гештальт-терапия, экзистенциально-гуманистическая терапия, арт-терапия и другие) и психодинамические подходы; духовно-ориентированные подходы (группы самопомощи «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы» и другие); социально-ориентированные подходы (семейная терапия, социальное сопровождение, оказание социальных услуг, работа с семьей, терапия занятостью, спорт, общественная работа и другие).

29. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя (F10.0 по МКБ-10):

медицинская помощь при интоксикации алкоголем оказывается в районных и региональных организациях здравоохранения.

Лечение:

неосложненная интоксикация алкоголем легкой и средней степени не требует специального лечения. Необходимо собрать у пациента сведения об объеме и характере выпитого и организовать медицинское наблюдение за пациентом с интоксикацией алкоголем средней степени в течение 1–3 часов и повторное определение концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе. Может проводиться промывание желудка;

при интоксикации алкоголем осложненной тошнотой, рвотой принимаются меры по предотвращению аспирационно-обтурационных осложнений, санация ротовой полости, зондовое промывание желудка, внутривенное введение раствора 400 мг/мл глюкозы (25–50 г) при отсутствии медицинских противопоказаний. Также проводится введение тиамина 100 мг внутримышечно, меглюмина натрия сукцинат 500 мг, 15 мг/мл, внутривенно, контроль уровня артериального давления, уровня глюкозы в крови, пульсоксиметрия, контроль концентрации алкоголя в воздухе;

при психомоторном возбуждении по медицинским показаниям назначается фиксация пациента и назначение раствора галоперидола в дозировке 5–15 мг с учетом возраста, массы тела;

лечение интоксикации алкоголем средней или тяжелой степени с нарушением функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем должно проводиться в отделении реанимации и интенсивной терапии либо в токсикологическом отделении организации здравоохранения любого уровня оказания медицинской помощи;

после купирования состояния интоксикации с пациентом проводится краткосрочное психотерапевтическое вмешательство в стационарных условиях и на уровне первичной медицинской помощи.

Пагубное употребление алкоголя (F10.1 по МКБ-10):

оказания специализированной медицинской помощи в психиатрических (психоневрологических) организациях, в том числе в стационарных условиях, не требуется;

на уровне первичной медицинской помощи курс краткосрочной психотерапии проводят врачи всех специальностей, медицинские работники со средним специальным медицинским образованием;

в психиатрических (психоневрологических) организациях консультирование может проводиться врачами-специалистами, медицинскими работниками со средним специальным медицинским образованием, психологами, специалистами по социальной работе, также могут привлекаться сотрудники и консультанты общественных (религиозных) организаций;

показано короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня употребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию. Целью собеседования может быть полное воздержание от спиртного, уменьшение количества и частоты употребления алкоголя;

при наличии медицинских показаний могут применяться антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС): пароксетин (20–50 мг/сутки), флувоксамин (100–300 мг/сутки), эсциталопрам (5–20 мг/сутки), сертралин (50–150 мг/сутки), циталопрам (10–60 мг/сутки), флуоксетин (40–60 мг/сутки) в течение 4–12 недель, другие психоаналептики (венлафаксин) и противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием (топирамат, габапентин).

Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя (F10.2 по МКБ-10):

лечение синдрома зависимости от алкоголя включает подавление влечения и стабилизацию состояния трезвости путем применения индивидуальной и групповой поддерживающей психотерапии и психологической коррекции, а при необходимости – и использование ЛС. Лечение длится обычно от 1 до 6 месяцев.

Психотерапевтическое лечение синдрома зависимости от алкоголя включает следующие методы: поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая терапия, психодинамическая терапия, гештальт-терапия, аутогенная тренировка и прогрессивная мышечная релаксация, гипносуггестивные методы, телесно-ориентированная терапия. При наличии медицинских показаний для повышения эффективности лечения может применяться сочетание различных методов психотерапии, в том числе, в групповой форме.

При проведении индивидуальной психотерапии рекомендуются методики, направленные на сдерживание агрессии, психическую релаксацию, методы управления стрессом, групповая психотерапия в малых (до 10 пациентов) и больших (до 30 пациентов) группах, а также терапевтические сообщества (до 60 пациентов).

При синдроме зависимости от алкоголя рекомендуется применение психологического консультирования и психологической коррекции, как в индивидуальной, так и в групповой формах. Используются программы в виде групповых лекций, обсуждений (дискуссий), ролевых игр, семинарских занятий.

Медицинская реабилитация используется после достижения воздержания от употребления алкоголя.

Медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях (в течение 2–6 недель и более), в условиях отделения дневного пребывания, в амбулаторных условиях (в течение 4–12 недель и более), или в виде длительной (до 6 месяцев) поддерживающей психотерапии в амбулаторных условиях.

Медицинские показания для медицинской реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в стационарных условиях:

неудачные попытки медицинской реабилитации в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания;

слабая социальная поддержка;

сопутствующие соматические или психические заболевания;

стойкое желание пациента проходить медицинскую реабилитацию в стационарных условиях.

Основными ЛС для лечения синдрома зависимости от алкоголя являются:

ЛС для лечения алкогольной зависимости (дисульфирам);

СИОЗС;

селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (далее – СИОЗСН);

противоэпилептические ЛС с нормотимической активностью (окскарбамазепин, карбамазепин и другие).

Дисульфирам обладает способностью вызывать аверсивный эффект при приеме алкогольных напитков (в том числе пива и слабоалкогольных напитков), но не уменьшает влечение к алкоголю. В сочетании с алкоголем дисульфирам вызывает реакцию непереносимости, которая в легких случаях проявляется небольшим недомоганием, в тяжелых – чувством жара, головной болью, одышкой, тошнотой, рвотой, потливостью, болью в груди, сердцебиением, артериальной гипотонией, обмороком, головокружением, спутанностью сознания и нечеткостью зрения. В особенно тяжелых случаях – возможны

острая сердечная недостаточность, судороги, кома, остановка дыхания и смерть. Суточная доза данного ЛС обычно составляет 0,5 г.

Перед назначением дисульфирама пациенту объясняют цели лечения. Врач-специалист должен быть уверен, что пациент не будет употреблять спиртное в течение 12 часов перед приемом дисульфирама.

Во время лечения дисульфирамом нельзя употреблять внутрь и наружно любые продукты и вещества, которые содержат этиловый спирт (кефир и кумыс, квас, безалкогольное пиво, соусы, уксус, спиртосодержащие лекарственные настойки, зубные эликсиры, лосьоны, солнцезащитные кремы, духи, дезодоранты). Если же реакция непереносимости развилась, то основная цель ее лечения – поддержание артериального давления и купирование сердечной недостаточности. Вводят 1 г аскорбиновой кислоты внутривенно, что блокирует превращение этанола в ацетальдегид, способствуя выведению неизмененного этанола; с целью детоксикации – унитиол.

Дисульфирам изменяет метаболизм многих ЛС. Его назначение противопоказано пациентам с полинейропатией, циррозом печени, психотическими психическими расстройствами, беременностью и кормящими грудью, суицидальными наклонностями, депрессией, несовершеннолетним пациентам.

Карбамазепин (окскарбазепин), топирамат, габапентин, прегабалин, СИОЗС (сертралин, пароксетин, эсциталопрам и другие), уменьшают влечение к алкоголю, снижая частоту рецидивов при зависимости от алкоголя.

Налтрексон позволяет снизить влечение к алкоголю и таким образом повысить вероятность достижения долгосрочной ремиссии или снижения частоты и длительности рецидивов.

Доза налтрексона при пероральном назначении составляет 50 мг в сутки. При внутримышечном введении пролонгированной формы – 380 мг каждые 4 недели. Продолжительность лечения составляет 8–12 недель.

Акампросат реализует свое действие через нормализацию работы глутаматной системы, снижая влечение и увеличивая продолжительность ремиссий.

Суточная доза акампросата составляет 1,3–2 г в сутки, разбивается на равные части. Принимается независимо от еды.

Акампросат может применяться в качестве дополнительной терапии с налтрексоном или дисульфирамом.

Карбамазепин (окскарбазепин) назначают для уменьшения патологического влечения к алкоголю и устранения дисфории в дозах 200–600 мг/сутки. Длительность лечения – не менее 6 месяцев. При положительном эффекте лечение рекомендуется продолжать неопределенно долго.

Лечение топираматом начинают с 25 мг/сутки, дозу повышают каждые 2 недели на 25 мг/сутки, доводя суточную дозу до 100–400 мг.

Лечение габапентином начинают с 900 мг/сутки, дозу повышают ежедневно на 300 мг/сутки, доводя суточную дозу 3600 мг.

Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг в сутки, дозу повышают до 300 мг/сутки через 3–7 дней и, при необходимости, до максимальной дозы 600 мг/сутки еще через 7 дней.

Антидепрессанты из группы СИОЗС применяют в следующих дозировках: пароксетин 20–50 мг/сутки, флувоксамин 100–300 мг/сутки, эсциталопрам 5–20 мг/сутки, сертралин 50–150 мг/сутки, флуоксетин 40–60 мг/сутки, а также венлафаксин 75–375 мг/сутки в течение 6 месяцев и более.

Важным этапом лечения синдрома зависимости от алкоголя у пациента является одновременное психологическое консультирование или психотерапия близких родственников.

В отношении несовершеннолетних пациентов с синдромом зависимости от алкоголя рекомендуется применять программы медицинской реабилитации в стационарных условиях (от 28 дней).

Абстинентное состояние, вызванное употреблением алкоголя (F10.3 по МКБ-10): медицинская помощь оказывается в организациях здравоохранения на всех уровнях оказания медицинской помощи.

При неосложненном состоянии отмены алкоголя лечение проводится в амбулаторных условиях или вне организации здравоохранения при наличии близких родственников, которые могут участвовать в уходе за пациентом.

Медицинские показания для лечения в условиях отделения дневного пребывания:

выраженный тремор;

повышенное артериальное давление;

тяжело протекающие состояния отмены алкоголя в анамнезе;

в анамнезе: безуспешные попытки лечения в амбулаторных условиях, делирии, судорожные припадки, травма головы с потерей сознания;

имеется возможность частого контакта с пациентом.

Оказание медицинской помощи в стационарных условиях рекомендуется при наличии хотя бы одного из следующих медицинских показаний:

тяжелый тремор;

осложненное состояние отмены алкоголя;

выраженная дегидратация;

упорная рвота, препятствующая приему ЛС;

тахикардия (частота пульса более 90 ударов в мин);

артериальное давление 180/100 мм рт. ст.;

температура тела выше 38,3 °С;

выраженное беспокойство;

эпилептический припадок без указаний на эпилепсию в анамнезе;

суицидальные тенденции;

беременность;

соматическое заболевание в стадии обострения;

хроническое соматическое заболевание при его декомпенсации (в соматическом стационаре);

признаки энцефалопатии Гайе-Вернике – атаксия, нистагм, офтальмоплегия, спутанность;

сопутствующие психические расстройства, затрудняющие лечение в амбулаторных условиях.

Лечение несовершеннолетних пациентов рекомендовано в стационарных условиях.

Фармакологическое лечение состоит из следующих компонентов:

медицинская профилактика развития судорожных состояний и делирия – карбамазепин (окскарбазепин), анксиолитики группы бензодиазепинов;

купирование вегетативной симптоматики – клонидин, бета-адреноблокаторы (пропранолол, атенолол);

медицинская профилактика развития энцефалопатии Гайе-Вернике и амнестического (корсаковского) синдрома – тиамин и никотиновая кислота и другие витамины.

Всем пациентам, которые обращаются по поводу злоупотребления алкоголем, назначается тиамин. В течение трех дней указанное ЛС назначают внутримышечно по 100–300 мг/сутки, затем продолжают его применение перорально в течение срока до 1 недели.

Для купирования вегетативной симптоматики состояния отмены (потливость, артериальная гипертензия, тахикардия, тремор) назначают бета-адреноблокаторы или клонидин. Из числа бета-адреноблокаторов применяют пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол – 50–100 мг/сутки. Клонидин обладает некоторым седативным эффектом, который усиливается в сочетании с антипсихотиками и анксиолитиками. ЛС назначается внутрь в дозировке 75–150 мкг 3 раза в день, затем дозу постепенно понижают. При лечении в амбулаторных условиях необходимо предупредить пациента и его близких родственников о недопустимости сочетания ЛС с алкоголем из-за взаимного усиления токсических эффектов. Бета-адреноблокаторы,

рекомендуется назначать в комбинации с анксиолитиками группы бензодиазепинов или карбамазепином, так как они являются основным ЛС в лечении состояния отмены алкоголя, они уменьшают вероятность развития судорог и делирия, назначаются согласно приложениям 1–3. Доза ЛС в последующие дни применения понижается на 25 % ежедневно.

При наиболее выраженных состояниях отмены алкоголя рекомендуется парентеральное применение анксиолитиков группы бензодиазепинов (мидазолам, диазепам).

Длительно действующие анксиолитики группы бензодиазепинов (диазепам, клоназепам) более эффективны в предупреждении развития судорог. Недостатком данных ЛС является возможность кумуляции и развитие избыточного седативного эффекта, риск спутанности и падений у пациентов пожилого возраста.

У пациентов с алкогольной зависимостью повышена толерантность к действию анксиолитиков группы бензодиазепинов, поэтому для достижения эффекта требуются более высокие дозировки данных ЛС, чем другим категориям пациентов. Следует учитывать, что пациенты с тяжелым состоянием отмены могут требовать назначения анксиолитиков группы бензодиазепинов в течение 10 дней и в более высоких дозировках. У некоторых пациентов даже при неосложненном состоянии отмены алкоголя для достижения терапевтического эффекта требуются значительно большие дозы (до 100 мг диазепама в сутки). При лечении в амбулаторных условиях рекомендуется пероральное применение анксиолитиков группы бензодиазепинов (диазепам, клоназепам и другие) в течение не более 7 дней с постепенным снижением дозировки.

Схема лечения состояния отмены алкоголя с применением диазепама в амбулаторных условиях приведена в приложении 2.

Карбамазепин (окскарбазепин) эффективен в отношении всех симптомов при состоянии отмены алкоголя и может быть ЛС выбора при лечении состояния отмены при легком и среднетяжелом течении. Допускается применение карбамазепина (окскарбазепина) при наличии алкоголя в крови в условиях, исключающих риск падений и травмирования вследствие усиления головокружения и мышечной слабости. Рекомендуется применять карбамазепин (окскарбазепин) в первые два дня в дозе 600–1200 мг/сутки, на третий и четвертый день – 600 мг/сутки, на пятый и шестой день – 400 мг/сутки, на седьмой день – 200 мг/сутки. При комбинации данных ЛС карбамазепин (окскарбазепин) назначается в дозе 600–800 мг/сутки. Использование пролонгированных форм карбамазепина (карбамазепин-ретард) показано при поддерживающей терапии зависимости от алкоголя.

Инфузионная терапия состояния отмены алкоголя показана при упорной рвоте (и лишь после введения метоклопрамида), выраженном обезвоживании: рекомендуется введение до 3,5 литра в сутки, из них: 0,9 раствор гидрохлорида натрия или 50 мг/мл раствор глюкозы до 2 литров, полиионные растворы: ацесоль, раствор Рингера – до 1,5 литра.

При состоянии отмены алкоголя не следует назначать мочегонные ЛС, коллоидные растворы (полиглюкин, реополиглюкин), ноотропы со стимулирующим эффектом (пирацетам), антипсихотики группы фенотиазин (хлорпромазин, трифлуоперазин).

После устранения симптомов состояния отмены алкоголя рекомендуется проведение мотивирующей беседы.

При развитии судорог в состоянии отмены алкоголя медицинская помощь оказывается в любых организациях здравоохранения.

Лечение: при развитии судорог – введение анксиолитиков группы бензодиазепинов (диазепам в дозировке до 40 мг) парентерально. Другие ЛС при развитии судорог назначаются согласно частям тридцать шестой – сорок пятой настоящего пункта.

Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением алкоголя (F10.4 по МКБ-10):

состояние отмены алкоголя с делирием является медицинским показанием для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе соматического стационара при наличии отделения реанимации и интенсивной терапии.

Основным ЛС лечения являются анксиолитики группы бензодиазепинов, которые назначают в первые дни лечения внутримышечно или внутривенно, а после купирования острого возбуждения – внутрь.

В дополнение к анксиолитикам группы бензодиазепинов назначают антипсихотики, например, галоперидол в дозе 1,5–5 мг каждые 6 часов до 30 мг/сутки. Галоперидол рекомендуется сочетать с анксиолитиками группы бензодиазепинов. При развитии острых экстрапирамидных гиперкинезов вводится диазепам.

Применение антипсихотиков группы фенотиазинов (хлорпромазин, трифлуоперазин) противопоказано, так как эти ЛС увеличивают вероятность развития соматических и неврологических осложнений.

При наличии рвоты у пациента назначают метоклопрамид.

Инфузионную терапию 9 мг/мл раствором натрия хлорида или полиионными растворами (ацесоль, раствор Рингера) назначают под контролем центрального венозного давления с целью регидратации в случаях, если пациент не принимает жидкость внутрь вследствие рвоты или тяжелого состояния: до 3,5 литра в сутки из них, 9 мг/мл раствор хлорида натрия или 50 мг/мл раствор глюкозы до 2 литров и полиионные растворы: ацесоль, раствор Рингера – до 1,5 литра. В остальных случаях рекомендуется оральная регидратация: обильное питье (питьевая или минеральная вода в объеме до 3 л/сут.).

Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя (F10.5 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи, в том числе неотложной осуществляется в стационарных условиях организаций здравоохранения любого профиля.

Для лечения психотических психических расстройств, вызванных употреблением алкоголя, назначают галоперидол (суточная доза – от 3 до 20 мг), рисперидон (1–6 мг), зуклопентиксол (суточная доза – от 50 мг), кветиапин (суточная доза – от 50 до 400 мг). При наличии психомоторного возбуждения, агрессии предпочтительно применение галоперидола или азуклопентиксола в сочетании с анксиолитиками группы бензодиазепинов в виде внутримышечных инъекций.

Анксиолитики группы бензодиазепинов применяют в течение 2–3 недель в соответствии с приложениями 1–3. Если в течение 3 недель психотические симптомы сохраняются, то прекращается прием анксиолитиков группы бензодиазепинов и показана монотерапия антипсихотиками.

При хроническом течении заболевания, отсутствии критики к своему состоянию, мотивации к приему ЛС рекомендуется применение пролонгированных форм антипсихотиков (флуфеназин деканоат, галоперидол деканоат, рисперидон пролонгированного действия, флупентиксол деканоат, зуклопентиксол деканоат и другие).

Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя (F10.6 по МКБ-10):

медицинская помощь оказывается в любых организациях здравоохранения в стационарных или амбулаторных условиях.

Лечение:

ЛС выбора для лечения алкогольного амнестического синдрома являются тиамин и никотиновая кислота, которые вводят в течение 7–15 дней внутримышечно в дозе 200–300 мг/сутки. Внутрь назначают поливитаминные ЛС, содержащие тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, фолаты. Лечение поведенческих и других нарушений, которые могут сопутствовать алкогольному амнестическому синдрому и алкогольной деменции, зависит от психопатологического синдрома. Предпочтительна монотерапия. В зависимости от преобладающих симптомов (психомоторное возбуждение, параноидные симптомы, нарушения восприятия, беспокойство, агрессивность, тревога, депрессия) назначаются следующие ЛС:

антипсихотики:

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, по 5–20 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, по 1,5–5 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

зуклопентиксол, таблетки 2 мг, 10 мг, по 2–50 мг/сутки внутрь, начальная доза в 20 мг/сутки может при необходимости увеличиваться на 10–20 мг/сутки через 2–3 дня,

поддерживающая доза 20–40 мг/сутки, для лечения пациентов пожилого возраста – 2–6 мг/сутки, при необходимости доза может увеличиваться до 10–20 мг/сутки;

кветиапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 50–600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, начальная доза для лечения пациентов пожилого возраста составляет 25 мг/сут, дозу следует увеличивать ежедневно на 25–50 мг до достижения эффективной;

клозапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 12,5–100 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема;

оланзапин, таблетки 2,5 мг, 5 мг, по 2,5–15 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема;

перициазин, капсулы 10 мг, внутрь по 30–100 мг в 2 или 3 приема, большая часть дозы должна приниматься вечером, максимальная суточная доза 200 мг, для лечения пациентов пожилого возраста дозы снижаются в 2–4 раза;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, по 0,5–3 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема; раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг);

трифлуоперазин, таблетки 5 мг, по 5 мг 2 раза в сутки внутрь, при необходимости в течение 2–3 недель дозу повышают до 15–20 мг в сутки;

хлорпротиксен, таблетки 15 мг, 25 мг, 50 мг, по 25–100 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, пациентам пожилого возраста назначается с осторожностью 15–150 мг/сутки;

антидепрессанты:

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь, в начале лечения суточная доза составляет 50–100 мг, рекомендуется принимать на ночь, при недостаточной эффективности суточная доза может быть увеличена до 150–200 мг, максимальная суточная доза 300 мг, суточную дозу более 100 мг следует делить на 2–3 приема;

флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема в течение 4–6 месяцев;

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, 75 мг и 150 мг, внутрь, одновременно с приемом пищи, рекомендуемая начальная доза 75 мг в 2 приема ежедневно, в зависимости от переносимости и эффективности возможно повышение дозы постепенно до 150–225 мг/сутки;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 50–150 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев;

при выраженности тревожных компонентов депрессии – антидепрессантам с седативным действием:

миртазапин, таблетки 30 мг, 15–45 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, флувоксамин 100–200 мг/сутки, в течение 4–6 месяцев;

эсциталопрам, таблетки 10 мг, от 5–10 мг до 40 мг/сутки внутрь, 1 раз в сутки, в течение 4–6 месяцев;

пароксетин, таблетки 20 мг, 30 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев;

тианептин, таблетки 12,5 мг, внутрь, перед приемом пищи, по 12,5 мг 3 раза в день, пациентам пожилого возраста – по 12,5 мг 2 раза в сутки;

кломипрамин, таблетки 25 мг, лечение начинают с 25 мг 2–3 раза в день, дозу ЛС постепенно повышают, на 25 мг через каждые несколько дней до достижения суточной дозы 100–150 мг, максимальная суточная доза 250 мг;

мапротилин, таблетки 25 мг, по 25–75 мг, внутрь в 1–3 приема, пациентам пожилого возраста – 10 мг 3 раза/сут; при необходимости разовую дозу постепенно увеличивают до 25 мг/сутки;

анксиолитики:

тофизопам, таблетки 50 мг, по 50–100 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, 7–14 дней;

буспирон, таблетки 5 мг, 10 мг, по 5 мг внутрь. 3 раза в сутки, при необходимости ее можно увеличивать на 5 мг каждые 2–3 дня, средняя суточная доза составляет 20–30 мг, максимальная разовая доза – 30 мг;

феназепам, таблетки 1 мг, внутрь, независимо от приема пищи, начальная доза составляет 0,5–1 мг 2–3 раза в день. Через 2–4 дня с учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 4–6 мг/сут;

оксазепам, таблетки 10 мг, внутрь независимо от приема пищи, по 10–20 мг 2–3 раза в день, пациентам пожилого возраста: 10 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза при лечении в стационарных условиях – 120 мг;

диазепам, таблетки 2 мг, 5 мг, 10 мг, по 2,5–10 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема до 10–14 дней, отмена постепенная, ампулы, раствор для инъекций 10 мг/2 мл, парентерально 10 мг до 3 раз в сутки, рекомендованная продолжительность 3–10 дней;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, по 4–8 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, первоначальная суточная доза не более 1,5 мг, для пациентов пожилого возраста рекомендуется начальная доза не более 0,5 мг, дозу следует увеличивать постепенно на 0,5–1 мг каждые 3 дня, в зависимости от реакции пациента на данное ЛС, до достижения поддерживающей дозы, достижение поддерживающей суточной дозы – в течение 2–4 недель лечения;

небензодиазепиновые снотворные:

зопиклон, таблетки 3,75 мг, 7,5 мг, внутрь, по 3,75–7,5 мг, на ночь однократно, не более 4 недель;

ЛС с нормотимическим эффектом:

карбамазепин, таблетки 200 мг, по 400–600 мг/сутки внутрь, в 2 приема, 2–6 месяцев;

соли вальпроевой кислоты, таблетки 300 мг, 500 мг, по 300–1000 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, 2–6 месяцев;

ламотриджин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 25–150 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема, 2–6 месяцев;

лития карбонат, таблетки 300 мг, начальная доза 600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, с последующим увеличением суточной дозы до 1200 мг/сутки;

прегабалин, капсулы 75 мг, 150 мг, 300 мг, по 150–600 мг/сут в 2–3 приема, максимальная суточная доза 600 мг.

30. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов (F11 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов (F11.0 по МКБ-10):

при острой интоксикации опиоидами без нарушения сознания и дыхательной функции специальных лечебных мероприятий не требуется.

Неотложная медицинская помощь оказывается врачами скорой медицинской помощи, затем рекомендуется госпитализация в токсикологическое отделение либо в отделение реанимации и интенсивной терапии ближайшей организации здравоохранения. Острое отравление опиоидами с нарушениями дыхательной функции и сознания требует неотложной медицинской помощи в случае угнетения сознания и гиповентиляции.

Основное ЛС для лечения острого отравления опиоидами – антагонист опиоидных рецепторов налоксон. Налоксон вводят внутривенно в дозировке по 0,4 мг. Инъекции повторяют каждые 2–3 минуты при условии, что предыдущие были неэффективны. Суммарная доза налоксона при внутривенном введении может достигать 10 мг. При невозможности внутривенного введения можно ввести его внутримышечно или подкожно, в том числе сквозь одежду. Может применяться интраназальная форма (2, 4 или 8 мг в мл), инъекционные формы с повышенной концентрацией, такие как шприц-ручки и другие (зарегистрированные в Республике Беларусь). Признаком эффективности налоксона является восстановление дыхания через 1 минуту после инъекции, затем несколько проясняется сознание, повышается артериальное давление, расширяются зрачки. Если по достижении общей дозы в 10 мг улучшение не наступает, то тяжесть состояния обусловлена не только опиоидной интоксикацией. При отсутствии эффекта от налоксона необходимо исключить другие состояния:

состояние после эпилептического припадка;

отравление алкоголем, седативными или снотворными ЛС (производные барбитуровой кислоты, производные бензодиазепина);

отравление комбинацией ПАВ;

отравление опиоидами с очень высокой степенью связи с опиоидными рецепторами (производные фентанила);

- гипоксическая энцефалопатия;
- тяжелая черепно-мозговая травма;
- гипогликемия; гипергликемия;
- острая сердечная недостаточность.

Если после введения нескольких доз налоксона нет положительного эффекта, то показана интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции легких до восстановления самостоятельного дыхания.

После введения налоксона возможно развитие выраженного состояния отмены, артериальная гипертензия, в редких случаях могут развиваться пароксизм мерцательной аритмии, отек легких.

Действие налоксона продолжается 30–70 минут, в связи с этим в случае необходимости повторных инъекций пациенту рекомендуется находиться под медицинским наблюдением врача организации здравоохранения не менее суток. После нормализации состояния психического здоровья пациента рекомендуется мотивирующая беседа с обсуждением негативных последствий употребления опиоидов.

Медицинская профилактика передозировок осуществляется путем назначения и распространения налоксона в группах с повышенным риском передозировок:

страдающие синдромом зависимости от опиоидов, в том числе, получающие опиоидную заместительную терапию (далее – ОЗТ) или лечение состояния отмены опиоидов;

- употребляющие с вредными последствиями;
- получающие опиоиды для лечения боли.

Пагубное употребление опиоидов (F11.1 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи осуществляется в организациях здравоохранения: районных, городских, межрайонных, республиканских (в сложных случаях или у несовершеннолетних пациентов с сопутствующими тяжелыми психическими и поведенческими расстройствами).

При выявлении пациента первичную медицинскую помощь (краткосрочное медицинское вмешательство) оказывают медицинские работники.

В психиатрических (психоневрологических) организациях консультирование проводится медицинскими работниками, психологами, специалистами по социальной работе. Лечение оказывается в организациях здравоохранения в амбулаторных условиях. Госпитализация осуществляется по желанию пациента или только при подозрении на сопутствующее психическое заболевание.

Показано краткосрочное медицинское вмешательство – короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня употребления пациентом опиоидов, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья употребления опиоидов, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление опиоидов, поиска факторов, способствующих воздержанию. Целью интервенции – полное воздержание, уменьшение количества и частоты потребляемых ПАВ.

Применяются антидепрессанты группы СИОЗС, СИОЗСН, антидепрессанты с другими механизмами действия, противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием.

Синдром зависимости, вызванный употреблением опиоидов (F11.2 по МКБ-10):

наиболее эффективна ОЗТ, которая осуществляется в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 августа 2021 г. № 98 «О медицинской помощи пациентам с синдромом зависимости от наркотических средств опиоидной группы».

Этапы лечения:

- 1 этап – определение мотивации и ее усиление;
- 2 этап – лечение основных проявлений зависимости;
- 3 этап – медицинская реабилитация.

Определение целесообразности лечебных мероприятий, целей и тактики лечения выполняются на 1 этапе. Этапы 2 и 3 включают в себя проведение фармакотерапии, психотерапии, оказание психологической помощи.

Показано оказание медицинской помощи в реабилитационных центрах, длительная психотерапия в амбулаторных условиях. Пациентам рекомендуется посещение групп самопомощи «Анонимные наркоманы».

Абстинентное состояние, вызванное употреблением опиоидов (F11.3 по МКБ-10):
медицинские показания к лечению состояния отмены в амбулаторных условиях и вне организации здравоохранения:

наличие поддержки со стороны близких родственников;

отсутствие агрессивных и суицидальных тенденций.

Медицинские показания к лечению состояния отмены в условиях отделения дневного пребывания:

сопутствующая зависимость от алкоголя или других ПАВ в настоящее время;

неуспешная попытка лечения состояния отмены в амбулаторных условиях.

Медицинские показания к лечению состояния отмены в стационарных условиях:
состояние отмены двух и более ПАВ, сопутствующее тяжелое состояние отмены седативных и снотворных ЛС;

наличие сопутствующих тяжелых психических расстройств;

декомпенсированные соматические заболевания (лечение проводится в соматическом стационаре).

Для купирования состояния отмены опиоидов основными ЛС являются агонисты опиоидных рецепторов (опиоидные анальгетики) – трамадол, метадон, бупренорфин, морфин.

Применяют ЛС центрального действия, уменьшающее стимулирующее влияние адренергической иннервации (агонист альфа-1-имидазолиновых рецепторов) – клонидин; анксиолитики группы бензодиазепинов – диазепам, клоназепам;

снотворное ЛС – зопиклон;

противоэпилептические ЛС – прегабалин, габапентин, соли вальпроевой кислоты;

антипсихотики (предпочтительно атипичные) – кветиапин, оланзапин и другие;

антидепрессанты – СИОЗС, СИОЗСН и другие;

ЛС, тормозящее перистальтику желудочно-кишечного тракта, – лоперамид;

миорелаксант центрального действия – баклофен;

прокинетики – метоклопрамид;

нестероидные противовоспалительные ЛС – кеторолак, ибупрофен.

При наличии острого или хронического активного гепатита следует воздержаться от назначения антипсихотиков группы фенотиазинов, трициклических антидепрессантов, карбамазепина, сочетания ЛС, повышающих нагрузку на печень.

При лечении состояния отмены опиоидов применяются:

метадон или бупренорфин;

сочетание клонидина и анксиолитиков группы бензодиазепинов;

сочетание антипсихотиков, антидепрессантов и анксиолитиков группы бензодиазепинов между собой.

Метадон назначают внутрь в начальной дозе 20–60 мг/сутки. Далее, при необходимости, повышают до дозы, которая купирует состояние отмены, и затем каждые 1–2 дня понижают суточную дозу на 5 мг до полной отмены. Детоксификация с применением метадона может проводиться в стационарных условиях, а также в условиях отделения дневного пребывания или в амбулаторных условиях.

Бупренорфин назначают сублингвально в дозе 4–16 мг/сутки, далее – каждые несколько дней понижают суточную дозу на 2 мг до полной его отмены.

Трамадол назначают внутрь в дозе 100–600 мг/сутки, далее – каждые 1–2 дня суточную дозу понижают на 25–50 мг до полной его отмены.

Клонидин является α -адреномиметиком и хорошо купирует вегетативный компонент состояния отмены. Его нежелательными реакциями являются гипотензия,

атриовентрикулярной блокада, брадикардия, запоры, сухость во рту. При применении в больших дозах может развиваться лекарственный делирий.

Требуется мониторинг артериального давления перед приемом каждой дозы клонидина. Если на момент приема очередной дозы клонидина артериальное давление ниже 90/60 мм ртутного столба или ЧСС меньше 60 ударов в минуту, то прием следует отложить до подъема артериального давления и увеличения ЧСС.

Клонидин применяют в суточной дозе 0,0375–0,3 мг/сутки, кратность приема составляет 3–5 раз в день.

При тревожной симптоматике в сочетании с нарушением сна назначают внутрь диазепам 40–60 мг/сутки, можно прибегнуть к внутримышечным инъекциям.

Для купирования диареи используется лоперамид, для лечения рвоты – метоклопрамид, при сильных болях в мышцах назначаются нестероидные противовоспалительные ЛС (ибупрофен) и ЛС, воздействующие на мышечный тонус (баклофен), габапентиноиды (прегабалин, габапентин) в течение 5–7 дней. Затем необходимо постепенно снизить их дозировки и полностью отменить через 10–15 дней, в случае состояния отмены метадона через 20 дней.

Назначение противосудорожных ЛС (соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, топирамат, габапентин, прегабалин) показано при дисфории и импульсивности.

Внутривенное капельное введение глюкозы и полиионных растворов проводится только при невозможности приема жидкости внутрь.

Для купирования симптомов бессонницы используют антидепрессанты (миртазапин, амитриптилин); седативные антипсихотики (кветиапин, оланзапин) и небензодиапиновые снотворные ЛС (зопиклон, доксиламин, мелатонин). Не рекомендуется длительное (более 2 недель) применение ЛС группы бензодиазепинов.

Для терапии бессонницы и тревоги при состоянии отмены опиоидов также применимы анксиолитики и противосудорожные ЛС.

При беременности детоксификация (лечение состояния отмены опиоидов) противопоказана и рекомендовано назначение ОЗТ на весь период беременности.

31. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов (F12 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов (F12.0 по МКБ-10): лечение проводится в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания – при неосложненной интоксикации; в стационарных условиях – при любых состояниях осложненной острой интоксикации, при употреблении синтетических каннабиноидов – в условиях токсикологического отделения, в отделении реанимации и интенсивной терапии соматического стационара, в психиатрическом стационаре.

Лечение продолжается от 1 до 7 суток и более.

При сопоре или коме лечение проводится в токсикологическом отделении или отделении реанимации и интенсивной терапии. Главным методом лечения интоксикации, передозировки (отравления) является проведение дезинтоксикационных мероприятий. Специфических антидотов к каннабиноидам не существует. Показано промывание желудка. При пероральном приеме каннабиноидов – активированный уголь, применение 9 мг/мл раствора натрия хлорида, 50 мг/мл раствора глюкозы. Анксиолитики группы бензодиазепинов являются основными ЛС в лечении возбуждения при интоксикации и психотических психических расстройствах (панические реакции, тревога, агитация и кататонические расстройства, делирий).

При наличии психотической симптоматики (бред, галлюцинации) назначаются ЛС антипсихотического действия (рисперидон 2–6 мг/сутки, оланзапин 5–10 мг/сутки, кветиапин 100–600 мг/сутки, галоперидол 1,5–10 мг/сутки). Галоперидол рекомендовано сочетать с анксиолитиками группы бензодиазепинов.

После устранения интоксикации рекомендуется проведение краткосрочного медицинского вмешательства по поводу прекращения употребления каннабиноидов.

Применение антипсихотиков группы фенотиазинов (хлорпромазин) увеличивает вероятность развития делирия, судорог, обладают проаритмическим эффектом, особенно

при парентеральном введении. Применение трициклических антидепрессантов и клозапина увеличивает вероятность развития делирия;

Пагубное употребление каннабиноидов (F12.1 по МКБ-10):

рекомендуется психотерапия, особенно когнитивно-поведенческая.

Назначение антидепрессантов, анксиолитиков показано при сохраняющейся тревожной симптоматике, аффективных нарушениях.

Назначение противоэпилептических ЛС с нормотимическим действием (карбамазепина или солей вальпроевой кислоты) показано при дисфории и импульсивности.

ЛС, вызывающие зависимость (анксиолитики группы бензодиазепинов), к применению не рекомендуется. Следует избегать применения антипсихотиков.

Синдром зависимости, вызванный употреблением каннабиноидов (F12.2 по МКБ-10):

лечение в стационарных условиях или в условиях отделения дневного пребывания при наличии резидуальных психотических расстройств и желании пациента в течение 14–28 дней, в амбулаторных условиях – до устойчивого подавления симптомов зависимости.

Проводятся краткие и структурированные психотерапевтические вмешательства в группе или при индивидуальном консультировании. Показана поддерживающая психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, тренинги навыков, работа в группах и семейная психотерапия. Медицинская и социальная реабилитация направлены на достижение пациентом адаптации в обществе. Специфические ЛС для подавления зависимости от каннабиноидов не разработаны. Возможным ЛС для подавления влечения являются антидепрессанты. Они также показаны при сохраняющейся тревожной и аффективной симптоматике. Применяются венлафаксин, сертралин, дулоксетин, анксиолитики в течение 1–3 месяцев.

Назначение противоэпилептических ЛС (солей вальпроевой кислоты, карбамазепина, топирамата, габапентина, прегабалина) показано при дисфории и импульсивности для улучшения восприятия пациентом психотерапии.

Стабильное воздержание от употребления каннабиноидов может быть достигнуто при комплексной терапии в течение 2–4 недель.

Следует воздерживаться от применения антипсихотиков, особенно депо-форм, поскольку они часто вызывают экстрапирамидные симптомы, седацию и гипотензию.

Медицинская реабилитация и психотерапия осуществляются как при синдроме зависимости от алкоголя и других ПАВ.

Абстинентное состояние, вызванное употреблением каннабиноидов (F12.3 по МКБ-10):

лечение в стационарных условиях – при психотических и выраженных поведенческих расстройствах до 7 суток и более; в амбулаторных условиях или условиях отделения дневного пребывания.

Специфическая терапия состояния отмены каннабиноидов – ЛС, содержащие тетрагидроканнабиол или его синтетические аналоги, суточная доза, как правило, составляет 10–60 мг, с постепенным снижением дозы на 5–10 мг в сутки. Могут применяться комбинированные ЛС, содержащие тетрагидроканнабиол и каннабидиол.

Применяются анксиолитики из группы бензодиазепинов для купирования состояния тревоги, возбуждения, панических атак. Назначаются продолжительностью 3–5 дней.

Назначение противоэпилептических ЛС (вальпроевой кислоты, карбамазепина, топирамата, габапентина, прегабалина) показано при дисфории и импульсивности для улучшения способности пациента к психотерапии.

Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики (пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол – 50–100 мг/сутки).

При бессоннице показаны небензодиапиновые снотворные ЛС (зопиклон) и мелатонин. Не рекомендуется длительное (более 2 недель) применение снотворных ЛС из группы бензодиазепинов (нитразепам).

Расстройства обычно купируются в течение нескольких суток.

Не рекомендовано применение антипсихотиков группы фенотиазинов (хлорпромазина), так как они увеличивают вероятность развития делирия, судорог, обладают проаритмическим эффектом, особенно при парентеральном введении.

Не рекомендовано назначение трициклических антидепрессантов и клозапина, так как данные ЛС также увеличивают вероятность развития делирия.

Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов (F12.5 по МКБ-10), Резидуальные и отсроченные психотические расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов (F12.7 по МКБ-10):

лечение проводится в стационарных условиях до 2 недель и включает организацию спокойного и безопасного окружения для возможного спонтанного разрешения симптомов и применение анксиолитиков группы бензодиазепинов быстрого действия в течение суток.

ЛС антипсихотического действия применяются при наличии продуктивной психотической симптоматики (рисперидон 2–6 мг/сутки, оланзапин 5–10 мг/сутки, кветиапин 100–600 мг/сутки, галоперидол 1,5–10 мг/сутки). Галоперидол рекомендуется сочетать с анксиолитиками группы бензодиазепинов.

Психотические психические расстройства могут купироваться спонтанно в течение нескольких дней, но лечение продолжают в течение недели.

Психотические психические расстройства с поздним дебютом могут сохраняться на протяжении месяцев и требуют дифференциальной диагностики с шизофренией и бредовыми расстройствами.

Для достижения седации возможно применение парентеральных форм анксиолитиков группы бензодиазепинов.

Употребление синтетических каннабиноидов сопряжено с большей вероятностью развития длительных и отсроченных психотических психических расстройств и могут требовать длительного лечения с применением антипсихотических ЛС.

Лечение направлено на устранение психопатологических расстройств и восстановление социального функционирования, продолжается до 2–4 месяцев и включает медикаментозное лечение. Специфическое лечение расстройств личности и поведения, вызванных употреблением каннабиноидов, отсутствует. Рекомендуется использование психотерапии, при отсутствии результата – длительная психотерапия и социальная реабилитация.

32. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств (F13 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных и снотворных средств (F13.0 по МКБ-10):

при острой интоксикации седативными и снотворными ЛС без нарушения сознания и дыхательной функции специальных лечебных мероприятий не требуется. Острое отравление седативными и снотворными ЛС с нарушениями дыхательной функции и сознания требует неотложной медицинской помощи врачами скорой медицинской помощи, затем рекомендуется госпитализация в токсикологическое отделение либо в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Лечение:

антагонист бензодиазепиновых рецепторов флумазенила.

Оказание медицинской помощи при сопоре или коме осуществляется в стационарных условиях в токсикологическом отделении, отделении реанимации и интенсивной терапии в организации здравоохранения.

Синдром зависимости, вызванный употреблением седативных и снотворных средств (F13.2 по МКБ-10):

для терапевтических целей зависимость от седативных и снотворных ЛС подразделяется на два вида – низкодозную и высокодозную.

Для расчета вида зависимости и дозировок ЛС используют эквивалентные дозы бензодиазепинов и фенобарбитала: диазепам – 5 мг, клозапам – 0,5 мг, фенобарбитала – 30 мг, зопиклона – 7 мг.

При низкодозной зависимости суточная доза анксиолитического, снотворного или ЛС нормотимического действия в пересчете на диазепам составляет до 40 мг (в пересчете на фенобарбитал – до 240 мг, на зопиклон – до 60 мг в сутки). При высокодозной зависимости суточная доза анксиолитического или снотворного ЛС в пересчете на диазепам составляет более 40 мг в сутки (в пересчете на фенобарбитал – более 240 мг в сутки, на зопиклон – более 60 мг в сутки). При зависимости от седативных и снотворных ЛС, как правило, имеет место сопутствующее психическое расстройство (расстройство сна, алкогольная зависимость, паническое расстройство, расстройство личности и другие).

Лечение:

после отмены назначения седативных и снотворных ЛС дальнейшее лечение зависит от сопутствующих психических расстройств, выявленных у пациента. При их отсутствии показано сочетание фармакологического лечения (антидепрессанта группы СИОЗС, противоэпилептические ЛС), когнитивно-поведенческой и групповой психотерапии.

При сопутствующих тревожных расстройствах показано сочетание фармакологического лечения (антидепрессанта группы СИОЗС, противоэпилептические ЛС) и когнитивно-поведенческой психотерапии.

При сопутствующей зависимости от алкоголя рекомендуется фармакологическое лечение (дисульфирам), когнитивно-поведенческая психотерапия, групповая психотерапия или посещение групп самопомощи «Анонимные алкоголики».

При сопутствующей зависимости от опиоидов рекомендуется ОЗТ.

При сопутствующей бессоннице неорганической природы показано применение небензодиапиновых снотворных (зопиклон) и мелатонина.

Медицинской профилактикой зависимости от седативных и снотворных ЛС является соблюдение следующих правил:

- разработка четкой схемы применения ЛС;
- учет пользы и возможных отрицательных последствий лечения;
- информирование пациента о риске развития зависимости;
- постепенное уменьшение дозировок ЛС в течение 2 месяцев;
- назначение ЛС с длительным периодом выведения (диазепам, клоназепам) и сочетание с назначением других ЛС (психоаналептиков);
- сочетание фармакотерапии с психотерапией;
- по возможности следует избегать длительного применения седативных и снотворных ЛС у пациентов с зависимостью от ПАВ и с расстройствами личности.

Абстинентное состояние, вызванное употреблением седативных или снотворных средств (F13.3 по МКБ-10):

при отмене назначения седативных и снотворных ЛС наблюдаются тревога, бессонница, шум в ушах, тошнота, гиперактузия, тремор, потливость, миоклонии, судороги, делирий.

Лечение:

тактика зависит от дозы принимаемого ЛС, длительности его приема.

Медицинские показания к лечению в амбулаторных условиях или вне организации здравоохранения:

- суточная доза менее 40 мг/сутки в пересчете на диазепам;
- отсутствие тяжелых сопутствующих психических расстройств;
- возможность регулярного контакта с врачом-специалистом;
- хороший контакт с близкими родственниками пациента.

Во всех остальных случаях показано лечение в условиях отделения дневного пребывания или в стационарных условиях.

Одномоментная отмена седативного или снотворного ЛС возможна в случаях низкодозовой зависимости и ее можно проводить только в стационарных условиях. При этом назначают карбамазепин в дозировке 600–800 мг/сутки. Недостаток одномоментной отмены – повышенный риск развития осложненного состояния отмены с психотическими психическими расстройствами и судорожными припадками.

Постепенная отмена седативного или снотворного ЛС может проводиться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. ЛС, к которому сформировалась

зависимость, заменяют на анксиолитик группы бензодиазепинов длительного действия в эквивалентной дозировке – клоназепам или диазепам. После этого начинают постепенное уменьшение дозировки (на 1–2 эквивалентных дозы в неделю). После полной отмены седативного или снотворного ЛС рекомендовано назначение карбамазепина в дозе 800 мг/сутки в виде двукратного приема пролонгированной формы, длительностью не менее 1 месяца для нормотимического эффекта, медицинской профилактики развития судорожных припадков.

Назначение других противосудорожных ЛС (соли вальпроевой кислоты, топирамат, габапентин, прегабалин) показано при дисфории и импульсивности для улучшения восприятия психотерапии.

Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики: пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол в дозировке 50–100 мг/сутки.

Клонидин применяют в суточной дозе 0,45–1,5 мг, кратность приема составляет 3–5 раз в день под контролем артериального давления и пульса. Если на момент приема очередной дозы клонидина артериальное давление ниже 90/60 мм ртутного столба или частота сердечных сокращений меньше 60 ударов в минуту, то прием следует отложить до подъема артериального давления и увеличения частоты пульса.

При бессоннице назначают на ночь психоаналептик или антипсихотик, обладающий седативным эффектом (хлорпротиксен, кветиапин, amitриптилин и другие).

Медицинской профилактикой развития состояния отмены седативных и снотворных ЛС является соблюдение следующих правил:

по возможности следует избегать длительного терапевтического применения (более 1 месяца) седативных и снотворных ЛС;

назначение седативных и снотворных ЛС с длительным периодом выведения (диазепам, клоназепам);

при отмене постепенно уменьшать дозировки данных ЛС.

33. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина (F14 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина (F14.0 по МКБ-10):

лечение проводится в токсикологическом отделении или отделении реанимации и интенсивной терапии – при отравлении с угнетением сознания (сопоре или коме);

при сохранении психотической симптоматики – в психиатрическом отделении – при психотических и выраженных поведенческих расстройствах, агрессивности, судорогах;

в условиях отделения дневного пребывания – при тревожных и аффективных расстройствах настроения с сохранением упорядоченного поведения;

в амбулаторных условиях – при неосложненной интоксикации.

Показано промывание желудка и активированный уголь при пероральном приеме кокаина.

При гипертермии показано проведение инфузионной терапии: 9 мг/мл раствор натрия хлорида, 50 мг/мл раствор глюкозы. Возможно внешнее охлаждение с помощью льда.

Анксиолитики группы бензодиазепинов являются основными ЛС в лечении возбуждения при интоксикации и психотических психических расстройствах (инъекции 2–4 мл 5 мг/мл раствора диазепама, схема применения ЛС при лечении интоксикации ПАВ приведена в приложении 3).

Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики – тахикардии, артериальной гипертензии (пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол в дозировке 50–100 мг/сутки).

Галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения в дозе 1,5–5 мг внутрь, суточная доза до 10 мг. Для предупреждения нежелательных реакций галоперидол рекомендуется сочетать с анксиолитиками группы бензодиазепинов.

Для купирования бессонницы применяются зопиклон и иные снотворные, а также седативный психоаналептик (амитриптилин), антипсихотики (хлорпротиксен, кветиапин).

Расстройства обычно купируются в течение нескольких часов.

Пагубное употребление кокаина (F14.1 по МКБ-10):

проводится психотерапия, наиболее эффективна когнитивно-поведенческая (краткосрочное психотерапевтическое вмешательство). Возможно проведение психологического консультирования.

Назначение антидепрессантов показано при сохраняющейся тревожной симптоматике и стойких аффективных нарушениях.

Назначение противозепилептических ЛС с нормотимическим действием показано при дисфории и импульсивности, для улучшения настроения и способности пациента к участию в психотерапии.

Синдром зависимости, вызванный употреблением кокаина (F14.2 по МКБ-10):

проводится поддерживающая психотерапия, психологическая коррекция.

Продолжительность лечения в стационарных условиях или в условиях отделения дневного пребывания составляет 14–28 дней.

Фармакологическое лечение направлено на подавление влечения к кокаину, устранение эмоциональных расстройств.

Рекомендовано применение дисульфирама в дозе 500 мг/сутки в течение 6–12 месяцев.

Для подавления влечения к кокаину применяют антипсихотики с мощным дофаминблокирующим эффектом (рисперидон, флупентиксол, зуклопентиксол, реже галоперидол и флуфеназин), в форме таблеток или в пролонгированной форме. Дозировки антипсихотиков указаны в части пятьдесят восьмой пункта 29 настоящего клинического протокола.

Применяют антидепрессанты:

гетероциклические (мапротилин – 100–150 мг/сутки);

трициклические (кломипрамин – 150–250 мг/сутки);

группы СИОЗС – пароксетин (20–50 мг/сутки), флувоксамин (100–300 мг/сутки), эсциталопрам (5–20 мг/сутки), сертралин (50–150 мг/сутки, циталопрам (10–60 мг/сутки), флуоксетин (40–60 мг/сутки), венлафаксин (75–375 мг/сутки).

Поддерживающее лечение антипсихотиками или антидепрессантами назначается на срок от 3–6 месяцев до года и более.

Для устранения эмоциональных (дисфории и импульсивности) и вегетативных расстройств показано назначение противозепилептических ЛС с нормотимическим действием (карбамазепина или солей вальпроевой кислоты), в дозах: карбамазепин – 400–600 мг/сутки (в простой или ретардной форме), соли вальпроевой кислоты – 600–900 мг в сутки (в простой или ретардной форме). Лечение продолжают 3–6 месяцев.

Не рекомендуется применение седативных и снотворных ЛС.

Рекомендуется индивидуальная или групповая психотерапия, посещение групп самопомощи «Анонимные Наркоманы».

При отсутствии результата показано сочетание фармакологического лечения, психотерапии и социальной помощи или помещение пациента в реабилитационный центр на длительный срок, госпитализация, назначение непрямого агониста дофамина (амантадин).

Абстинентное состояние, вызванное употреблением кокаина (F14.3 по МКБ-10):

продолжительность лечения в стационарных условиях составляет 7–10 дней.

Применение антидепрессантов является терапией выбора состояния отмены кокаина. Их прием продолжают после устранения проявлений состояния отмены при стойких аффективных нарушениях. Используют ЛС группы СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин), группы СИОЗНС (венлафаксин).

Для устранения психомоторного возбуждения, бессонницы при состоянии отмены кокаина применяются анксиолитики группы бензодиазепинов (диазепам, клоназепам) не более 1 недели.

При выраженной дисфории или ажитации лечение начинают с внутримышечной инъекции 2–4 мл 5 мг/мл раствора диазепама.

Для купирования вегетативной симптоматики (тахикардии, артериальной гипертензии) назначаются бета-адреноблокаторы: пропранолол – 40–100 мг/сутки, атенолол – 50–100 мг/сутки.

При тяжелой дисфории применяется перидазин в каплях (раствор 40 мг/мл, в 1 капле содержится 1 мг), начиная с 10 мг 3 раза в день (дозу можно увеличить до 20–30 мг на прием).

Для лечения бессонницы применяются снотворные ЛС с коротким периодом полувыведения (зопиклон).

При дисфории и импульсивности, выраженных вегетативных расстройствах показано назначение противоэпилептических ЛС с нормотимическим действием (карбамазепин или соли вальпроевой кислоты): карбамазепин – 400–600 мг/сутки (простой или ретард), соли вальпроевой кислоты – 600–900 мг/сутки, – в течение 14–28 дней.

После устранения состояния отмены рекомендуется проведение собеседования и назначение ЛС согласно частям пятнадцатой – двадцать шестой настоящего пункта.

При отсутствии результата применяют антидепрессант из другой группы, дофаминэргические ЛС (амантадин, бромокриптин).

Не рекомендовано применение антипсихотиков группы фенотиазинов (хлорпромазин, трифлуоперазин), клозапина во избежание развития делирия, судорог, гипотензии и аритмий, депрессивной симптоматики. Не рекомендовано назначение антипсихотиков группы бутирофенонов (галоперидол) в связи с риском развития экстрапирамидных нарушений.

Психотическое расстройство, вызванное употреблением кокаина (F14.5 по МКБ-10); Резидуальные и отсроченные психотические расстройства, вызванные употреблением кокаина (F14.7 по МКБ-10):

продолжительность лечения в стационарных условиях до 2 недель.

Используется короткое (от 15 до 30 минут) психотерапевтическое вмешательство.

Показано применение анксиолитиков группы бензодиазепинов.

Галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение), которая не купировалась в течение суток после прекращения приема кокаина или при ее значительной выраженности в дозе 1,5–5 мг внутрь, суточная доза до 10 мг. Галоперидол рекомендуется сочетать с анксиолитиками группы бензодиазепинов.

Антипсихотики (трифлуоперазин, рисперидон, флупентиксол, зуклопентиксол, кветиапин) применяются в дозировках согласно части пятьдесят восьмой пункта 29 настоящего клинического протокола. Антипсихотический эффект развивается в течение нескольких дней или недель.

Психотические расстройства, сохраняющиеся на протяжении месяцев, требуют дифференциальной диагностики с шизофренией и бредовыми расстройствами.

34. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов (включая кофеин) (F15 по МКБ-10):

Специфических ЛС для лечения психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением стимуляторов, в том числе, новых синтетических стимуляторов, не разработано.

Сопутствующие тревожные и депрессивные расстройства требуют применения анксиолитиков, психоаналептиков, противоэпилептических ЛС, снотворных ЛС согласно части пятьдесят восьмой пункта 29 настоящего клинического протокола.

Употребление синтетических стимуляторов сопряжено с большей вероятностью развития длительных и отсроченных психотических психических расстройств, и требует применения пролонгированных антипсихотиков.

35. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов (F16 по МКБ-10):

употребление галлюциногенов, в том числе, новых ПАВ, сопряжено с вероятностью развития длительных и отсроченных психотических психических расстройств, требует

применения атипичных антипсихотиков (кветиапин, арипипразол, рисперидон, оланзапин), режим дозирования согласно части пятьдесят восьмой пункта 29 настоящего клинического протокола.

36. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака (F17 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением табака (F17.0 по МКБ-10):

лечение проводится в течение 1–2 суток в амбулаторных условиях – при неосложненной интоксикации у взрослых, при интоксикации несовершеннолетних пациентов – в стационарных условиях.

Специфических антидотов при отравлении табаком не существует. При выраженной тошноте или рвоте применяется метоклопрамид, для устранения обезвоживания – промывание желудка, внутривенное введение 9 мг/мл раствора хлорида натрия, 50 мг/мл раствора глюкозы.

При выраженной вегетативной симптоматике – пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол 50–100 мг/сутки;

Пагубное употребление табака (F17.1 по МКБ-10):

рекомендовано краткосрочное медицинское вмешательство для увеличения мотивации прекратить (изменить) употребление табака и никотина.

Синдром зависимости, вызванный употреблением табака (F17.2 по МКБ-10):

лечение проводится в амбулаторных условиях в течение 2–3 месяцев в целях:

прекращения табакокурения и употребления никотина;

подавления влечения к табаку или никотину;

устранения сопутствующих поведенческих расстройств (переедание, нарушения сна).

Используется одномоментное прекращение употребления табака (никотина) или постепенное снижение количества потребляемого табака (никотина) в течение до 3–4 недель.

Рекомендованы:

фармакотерапия, психотерапия, собеседование о вреде курения, совет бросить курить, сделанные врачом любой специальности;

краткосрочные психотерапевтические вмешательства, выполняемые врачом любой специальности индивидуально в течение 4 и более недель;

применение группового консультирования, когнитивно-поведенческой психотерапии.

При никотиновой заместительной терапии рекомендовано использование жевательной резинки, содержащей никотин (доза никотина 2 мг). При отсутствии результата применяют авersive вмешательства (спреи, изменяющие восприятия вкуса при курении).

При увеличении массы тела рекомендуется диета и физические упражнения.

Фармакотерапия и поведенческие вмешательства, эффективные у взрослых, могут использоваться и у несовершеннолетних пациентов.

Абстинентное состояние, вызванное употреблением табака (F17.3 по МКБ-10):

при выраженной вегетативной симптоматике назначают пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол 50–100 мг/сутки.

Основой лечения является никотиновая заместительная терапия.

Проводится краткосрочное психотерапевтическое вмешательство для увеличения мотивации отказа от продолжения табакокурения.

37. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей (F18 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей (F18.0 по МКБ-10):

при угнетении сознания и нарушении функции дыхания лечение проводится в токсикологическом отделении или отделении реанимации и интенсивной терапии от 1 до 7 суток. Специфических антидотов не существует. Показана ингаляция кислорода, применение 9 мг/мл раствора хлорида натрия, 50 мг/мл раствора глюкозы. Бета-

адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики – с этой целью применяют пропранолол 40–80 мг/сутки или атенолол 50–100 мг/сутки.

Пагубное употребление летучих растворителей (F18.1 по МКБ-10); Синдром зависимости, вызванный употреблением летучих растворителей (F18.2 по МКБ-10):

лечение проводится в течение 3–6 недель:

в стационарных условиях – у несовершеннолетних пациентов при сформировавшейся зависимости с целью изоляции от компании и строгого контроля за поведением, у совершеннолетних пациентов – при наличии выраженных когнитивных нарушений и сопутствующих психических расстройств;

в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания – при употреблении летучих растворителей с вредными последствиями.

Специфические ЛС для лечения зависимости от летучих растворителей отсутствуют.

Назначение антипсихотиков рекомендуется только при выраженных поведенческих расстройствах (гетероагрессия и аутоагрессия) и только в стационарных условиях. Применяют перициазин в каплях (1 капля 40 мг/мл раствора содержит 1 мг) по 5–10 мг 2–3 раза в день.

Назначение психоаналептиков группы СИОЗС показано при стойких аффективных нарушениях в следующих дозировках: пароксетин (20–50 мг/сутки), флувоксамин (100–300 мг/сутки), эсциталопрам (5–20 мг/сутки), сертралин (50–150 мг/сутки), флуоксетин (40–60 мг/сутки), психоаналептики двойного действия – венлафаксин (75–375 мг/сутки).

Анксиолитики группы бензодиазепинов применяются длительностью не более 2 недель.

Для устранения когнитивных нарушений рекомендуется нейрокогнитивная реабилитация.

Психотическое расстройство, вызванное употреблением летучих растворителей (F18.5 по МКБ-10):

лечение:

проводится в стационарных условиях в течение до 2 недель.

Галоперидол назначается при наличии продуктивной психопатологической симптоматики в дозе 1,5–5 мг внутрь, суточная доза до 10 мг; возможно назначение других антипсихотиков (трифлуоперазин, рисперидон, кветиапин), способ применения и дозы указаны в части пятьдесят восьмой пункта 29 настоящего клинического протокола. При применении антипсихотиков часты нежелательные реакции, в связи, с чем необходимо избегать назначения пролонгированных антипсихотиков.

Амнестический синдром, вызванный употреблением летучих растворителей (F18.6 по МКБ-10); Резидуальные и отсроченные психические расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей (F18.7 по МКБ-10):

лечение направлено на восстановление когнитивного дефицита и устранение сопутствующих психопатологических (поведенческих, аффективных) расстройств.

38. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19 по МКБ-10):

лечение состояния отмены от нескольких ПАВ может проводиться в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания и в стационарных условиях. Пациенты с синдромом зависимости от нескольких ПАВ нуждаются в лечении в условиях отделения дневного пребывания и стационарных условиях, и в медицинской и психосоциальной реабилитации в сочетании с фармакотерапией, в том числе ОЗТ (опиоидными агонистами).

При расстройствах вследствие употребления ПАВ, сочетающихся с тяжелыми психическими расстройствами (заболеваниями), показано лечение в стационарных условиях, продолжение лечения – в условиях отделения дневного пребывания и в амбулаторных условиях.

Сопутствующие зависимости от других ПАВ тревожные и депрессивные расстройства требуют применения анксиолитиков, антидепрессантов, противоэпилептических ЛС, снотворных ЛС.

В случае сочетанного употребления синтетических ПАВ с развитием длительных и отсроченных психотических расстройств рекомендовано применение пролонгированных антипсихотиков.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с психическими
и поведенческими расстройствами
вследствие употребления
психоактивных веществ
(взрослое и детское население)»

Схема применения анксиолитиков производных бензодиазепаина при состоянии отмены алкоголя

Международное непатентованное наименование ЛС	Разовая доза	Интервал	Суточная доза
Диазепам	5–20 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно	каждые 6–8 часов	20–80 мг
Мидазолам	2,5 мг внутривенно или внутримышечно начиная с 2,5 мг и далее по 1 мг до достижения седации	по необходимости	7,5–15 мг
Клоназепам	2–4 мг внутрь	каждые 4 часа	8–16 мг

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с психическими
и поведенческими расстройствами
вследствие употребления
психоактивных веществ
(взрослое и детское население)»

Схема лечения состояния отмены алкоголя с применением диазепама в амбулаторных условиях

	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки	4-е сутки	5-е сутки	6-е сутки	7-е сутки
Суточная доза диазепама (мг) (способ введения)	40 внутримышечно	40 внутрь	30 внутрь	20 внутрь	15 внутрь	10 внутрь	5 внутрь

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с психическими
и поведенческими расстройствами
вследствие употребления
психоактивных веществ
(взрослое и детское население)»

Схема назначения анксиолитика группы бензодиазепинов при лечении интоксикации ПАВ

Название ЛС	Разовая доза, способ введения	Интервал	Суточная доза
Диазепам	5–20 мг внутрь или внутривенно	каждые 6 часов	20–80 мг

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население), соответствующими шифрам F20-F29 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население) в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШИЗОФРЕНИИ, ШИЗОТИПИЧЕСКИХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ

8. Шизофрения (F20 по МКБ-10) характеризуется сочетанием продуктивной (бред, галлюцинации, нарушенное поведение) и негативной (неадекватный и уплощенный аффект, аутистические формы поведения, снижение коммуникативной и социальной продуктивности) симптоматики, а также специфических когнитивных нарушений (ассоциативные нарушения, амбивалентность, дефицит рабочей памяти, дезорганизация внутренней речи, нарушения сенсорного фильтра и другие).

В разных случаях может отмечаться преобладание симптоматики определенного регистра (психотического, дефицитарного, аффективного), что отражается в классификации форм шизофрении (параноидная, кататоническая, гебефренная, простая, резидуальная, постшизофреническая депрессия). Начало заболевания может быть острым, с выраженными нарушениями поведения, или постепенным, с нарастающим развитием странных идей и поведения. Дебюту заболевания (первому психотическому эпизоду) часто предшествует продромальный период продолжительностью до нескольких лет. Течение заболевания предполагает как вероятность хронического развития, так и полное выздоровление или стойкую ремиссию хорошего качества.

Кататонические симптомы встречаются не только при шизофрении, но и при аффективных расстройствах настроения и других заболеваниях головного мозга (например, при энцефалитах различной этиологии, эпилепсии и других органических поражениях головного мозга), что требует тщательного обследования для уточнения диагноза.

Злокачественная кататония («фебрильная», «гипертоксическая» шизофрения, «летальная кататония») – неблагоприятный вариант развития кататонического синдрома, при котором кататонические симптомы и нарушения мышления, восприятия и сознания сочетаются с тяжелыми соматическими нарушениями:

- гипертермия;
- ригидность мускулатуры;
- лабильность артериального давления;
- вегетативные симптомы;
- присутствуют отклонения лабораторных показателей.

Тяжелые осложнения в виде рабдомиолиза, миоглобинурии и их последствия (острая почечная недостаточность, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда и другие) приводят к высокой летальности.

Недифференцированной шизофрении свойственно психотическое состояние, отвечающее основным диагностическим критериям шизофрении, но не соответствующее какой-либо ее форме, классифицированной в подрубриках F20.0-F20.2 по МКБ-10.

Депрессивный эпизод возникает как последствие приступа шизофрении, перенесенного накануне (в последние 12 месяцев). При этом наряду с симптомами депрессии, соответствующими диагностическим критериям депрессивного эпизода, сохраняются отдельные остаточные симптомы шизофрении, как продуктивные, так и негативные. Продолжительность такого состояния – более 2 недель, обычно – 3–5 месяцев. Распознавание данного расстройства важно, поскольку оно связано с высоким риском суицида.

Шизофрения у несовершеннолетних встречается намного реже, чем у взрослых. Шизофрения, начавшаяся в возрасте 7–13 лет, имеет, как правило, непрерывное неблагоприятное течение; при начале в возрасте 14–17 лет протекает в виде приступов, и отдаленный прогноз заболевания более благоприятен.

9. Шизотипическое расстройство (F21 по МКБ-10):
характеризуется эксцентричным поведением, аномалиями мышления и эмоциональных реакций, похожими на те, которые имеют место при шизофрении,

однако отчетливые и характерные для шизофрении нарушения не обнаруживаются ни на какой стадии заболевания.

Симптомы шизотипического расстройства могут включать:

холодность или неадекватность эмоциональных реакций;

странное или эксцентричное поведение;

склонность к социальной изоляции;

параноидные или необычные идеи, не доходящие до явно выраженного бреда;

болезненную навязчивость;

нарушение мышления и расстройства восприятия;

редкие преходящие квазипсихотические эпизоды с выраженными иллюзорными ощущениями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредовыми идеями, обычно возникающими без видимых причин. Отсутствует определенность начала заболевания и его развития, а его течение обычно такое же, как и при расстройстве личности.

10. Хронические бредовые расстройства (F22 по МКБ-10):

при хронических бредовых расстройствах бред является единственной и наиболее заметной клинической характеристикой. Для постановки диагноза бред должен присутствовать на протяжении минимум нескольких месяцев;

бредовое расстройство характеризуется развитием монотематического либо систематизированного политематического бреда, который обычно очень стоек, а иногда сохраняется на протяжении всей жизни. Эпизодические или транзиторные слуховые галлюцинации могут иногда встречаться (особенно у пациентов пожилого возраста). Сопровождающийся стойкими галлюцинаторными голосами или шизофреническими симптомами бред не дает достаточно данных для постановки диагноза шизофрении.

11. Острые и преходящие психотические расстройства (F23 по МКБ-10):

гетерогенная группа расстройств, характеризующихся острым (на протяжении двух и менее недель) началом психотических симптомов (бреда, галлюцинаций, дезорганизации речи и поведения). В течение нескольких месяцев, как правило, наступает полное выздоровление. Расстройство часто возникает в связи с острым стрессом.

При остром полиморфном психотическом расстройстве без симптомов шизофрении галлюцинации, бред, дезорганизация речи или поведения очевидны, но чрезвычайно переменчивы и меняются день ото дня, характерны полиморфизм и нестабильность.

Острое шизофреноподобное психотическое расстройство отличают симптомы, соответствующие диагнозу шизофрении, сохраняющиеся до одного месяца.

12. Индуцированное бредовое расстройство (F24 по МКБ-10):

характеризуется бредом общим для двух или более лиц, находящихся в тесном эмоциональном контакте. Только один из них страдает истинным психотическим расстройством (индуктор); бред передается путем индукции другому лицу (или другим лицам) и обычно исчезает при прекращении контакта с индуктором.

13. Шизоаффективные расстройства (F25 по МКБ-10):

характеризуются эпизодами, при которых одинаково ярко проявляется шизофренические и маниакальные симптомы, или шизофренические и депрессивные симптомы, на основании которых невозможно поставить диагноз только шизофрении либо только депрессивного или маниакального эпизода.

14. Другие неорганические психотические расстройства (F28 по МКБ-10):

характеризуются бредовыми или галлюцинаторными расстройствами, не дающими основания для постановки диагноза шизофрении, хронических бредовых расстройств, острых и преходящих психотических расстройств, психотических типов маниакального эпизода или тяжелого депрессивного эпизода.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ, ШИЗОТИПИЧЕСКИХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ

15. Перечень обязательного общеклинического обследования пациента в стационарных условиях и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

- использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;
- общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;
- общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и симптомов соматических заболеваний – по медицинским показаниям;
- биохимическое исследование крови (далее – БИК):
- определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение уровня аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, глюкозы – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;
- обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам);
- флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам);
- электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – через 6 месяцев после начала антипсихотического лечения, затем 1 раз в год;
- консультация врача-акушера-гинеколога – однократно при поступлении (пациентам женского пола);
- мазок на кишечно-патогенную флору – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;
- индекс массы тела – при поступлении, далее ежемесячно первые 3 месяца после начала антипсихотического лечения, через 6 месяцев, затем ежегодно.
16. Перечень обязательного общеклинического обследования пациента в условиях отделения дневного пребывания и кратность проведения:
- консультация психолога с целью психологической диагностики;
- использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;
- ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;
- ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;
- БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение уровня АсАТ, АлАТ, глюкозы – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам), далее – по медицинским показаниям;
- обследование на сифилитическую инфекцию (совершеннолетним пациентам);
- индекс массы тела;
- флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).
17. Перечень обязательного общеклинического обследования пациента в амбулаторных условиях и кратность проведения:
- консультация психолога с целью психологической диагностики;
- использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;
- ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;
- ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;
- индекс массы тела;
- флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

18. Перечень дополнительного общеклинического обследования:
консультация врачей иных специальностей;
электрокардиография;
магнитно-резонансная томография головного мозга;
компьютерная томография головного мозга;
электроэнцефалография;
ультразвуковое исследование сердца;
ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;
исследование спинномозговой жидкости (далее – СМЖ) или крови на антинейрональные антитела при подозрении на аутоиммунный энцефалит;
исследование СМЖ или крови на маркеры вирусных и бактериальных инфекций;
определение уровня тиреотропного гормона;
определение уровня гликированного гемоглобина;
определение уровня пролактина;
определение уровня церулоплазмينا и меди в крови при подозрении на болезнь Вильсона-Коновалова;
анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол и другие) при подозрении на интоксикацию;
анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;
анализ крови на концентрацию вальпроатов, лития, карбамазепина;
анализ мочи на дельта-аминолевулиновую кислоту при подозрении на острую перемежающуюся порфирию;
тест на беременность;
медико-генетическое консультирование для исключения наследственных заболеваний.

19. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 15–18 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ И БРЕДОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

20. Медицинские показания для госпитализации:
психотические расстройства, обуславливающие непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц, его беспомощность, либо возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи;
наличие выраженных психотических расстройств и нарушений поведения, при отсутствии у пациента критики и сознания заболевания;
необходимость проведения дифференциально-диагностических мероприятий невозможных в иных, кроме стационарных, условиях для установления окончательного диагноза.

21. Лечение в условиях отделения дневного пребывания может проводиться при неразвернутом приступе, незначительно выраженной психотической симптоматике и сохранении социально приемлемого поведения.

Лечение в амбулаторных условиях может проводиться лишь при невыраженной психотической симптоматике, отсутствии угрозы для жизни и здоровья пациента и окружающих, при наличии у пациента достаточной критики к своему состоянию и его социально упорядоченном поведении, при установившихся отношениях сотрудничества с лечащим врачом и следовании плану лечения, а также заинтересованных в лечении близких родственников, проживающих совместно с пациентом.

Лечение острого состояния начинается от момента начала расстройства (обострения) и заканчивается установлением ремиссии или полной редукции симптомов психоза. Чаще

всего производится в стационарных условиях, включая, если это необходимо, принудительную госпитализацию и лечение в порядке, установленном законодательством.

Продолжительность лечения в стационарных условиях определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики), в условиях отделения дневного пребывания – на период проведения диагностических мероприятий, курса лечения; в амбулаторных условиях – длительно, на протяжении жизни.

22. Общие принципы лечения:

лечение антипсихотическими ЛС (далее – антипсихотик) является ведущим методом на всех этапах лечения;

предпочтительна монотерапия антипсихотиками (за исключением случаев резистентности, перехода на другой антипсихотик и ряда других);

адекватное время ожидания лечебного эффекта до перевода на другое ЛС (3–5 недель);

предпочтительны пероральные формы введения ЛС;

парентеральное введение ЛС допускается на короткое время на этапе купирующего лечения в случае отсутствия сотрудничества пациента с близкими родственниками, медицинскими работниками и при назначении пролонгированных антипсихотиков для поддерживающего лечения;

использование антипсихотиков, диспергируемых в полости рта, может служить альтернативой парентеральному введению ЛС;

рекомендуется постепенное увеличение дозы ЛС до минимальной терапевтической. Это позволяет избежать нежелательных реакций и определить индивидуальную чувствительность пациента к конкретному антипсихотику;

в случае первого эпизода шизофрении предпочтение должно быть отдано антипсихотикам второго поколения в связи с меньшим риском развития экстрапирамидных расстройств;

дозы антипсихотика при лечении первого психотического эпизода, как правило, ниже доз, применяемых при последующих эпизодах расстройства, и соответствуют нижней границе минимальной терапевтической дозы;

при отмене антипсихотика рекомендуется постепенное снижение его дозировки, чтобы избежать реакций отмены. Особенно это касается ЛС с сильными холинолитическими действиями (клозапин, хлорпромазин);

переход на другой антипсихотик рекомендуется осуществлять методом «перекреста» (постепенное уменьшение дозы предыдущего ЛС с одновременным увеличением дозы нового антипсихотика). Как правило, достаточно 6–8-дневного периода для постепенного перехода, за исключением случаев перевода с терапевтических доз клозапина, когда период перехода необходимо увеличить до 7–8 недель;

предпочтительны ЛС с наилучшим профилем безопасности для конкретного пациента;

назначение ЛС других групп (анксиолитические ЛС группы бензодиазепинов, антидепрессанты, ЛС нормотимического действия при соответствующей клинической необходимости (лечение тревоги, аффективных колебаний, депрессии, преодоление резистентности).

В случае кататонической шизофрении необходимо рассмотреть возможность применения электросудорожной терапии (далее – ЭСТ).

Наряду с медикаментозным лечением используются методы нейрокогнитивной реабилитации (тренинг исполнительской функции; устойчивости и переключаемости внимания; слухоречевой, зрительно-пространственной и ассоциативной памяти; сенсомоторной реакции в зрительной и слуховой модальностях), поведенческой, когнитивной и психодинамической психотерапии, тренинг социальных навыков, психообразовательные программы, социальная и трудовая реабилитация.

23. Типичные антипсихотики, используемые в фармакотерапии пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами:

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, внутрь, в 2–3 приема, средняя доза 6–20 мг/сутки; раствор для внутримышечного и внутривенного введения 5 мг/1 мл;

зуклопентиксол, таблетки 2 мг, 10 мг, внутрь, в 1–3 приема, средняя суточная доза 30–75 мг/сутки; раствор для внутримышечного введения (масляный) 50 мг/1 мл, вводится 50–150 мг внутримышечно, повторная инъекция через 2–3 дня при необходимости;

перициазин, капсулы 10 мг, раствор для приема внутрь 4 %, внутрь в 2 или 3 приема, большая часть дозы должна приниматься вечером, максимальная суточная доза 200 мг;

сульпирид, капсулы 50 мг, 100 мг; таблетки 50 мг, 100 мг, 200 мг, внутрь 2–3 раза в день, средняя суточная доза 300–600 мг/сутки; раствор для внутримышечного введения 50 мг/1 мл, 2 мл, внутримышечно 1–3 раза в день;

трифлуоперазин, таблетки 5 мг, внутрь 2–4 раза в день, средняя суточная доза 10–40 мг/сутки; раствор для внутримышечного введения 0,2 % 1 мл, повторное введение производят через 4–6 часов, суточная доза, как правило, равна 6 мг, в исключительных случаях – 10 мг;

флупентиксол, таблетки 0,5 мг, 5 мг, внутрь 1–2 раза в день, средняя доза 10–40 мг/сутки;

хлорпромазин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, внутрь 1–4 раза в день, средняя доза 150–400 мг/сутки; раствор для внутримышечного и внутривенного введения 2,5 % 2 мл, при внутримышечном введении высшая разовая доза составляет 150 мг, суточная – 600 мг, внутримышечное введение не более 3 раз в сутки, при внутривенном введении высшая разовая доза – 100 мг, суточная – 250 мг;

хлорпротиксен, таблетки 15 мг, 25 мг, 50 мг, внутрь 1–4 раз в сутки, средняя суточная доза – 50–100 мг/сутки.

24. Атипичные антипсихотики второго поколения, используемые в фармакотерапии пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами:

амисульприд, таблетки 100 мг, 200 мг, 400 мг, внутрь в 1–2 приема, средняя доза 400–800 мг/сутки;

карипразин, капсулы 1,5 мг, 3 мг, 4,5 мг, 6 мг, внутрь в 1 прием, 1,5–6 мг/сутки;

кветиапин, таблетки 25 мг, 200 мг, по 50–600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

клозапин, таблетки 25 мг, 100 мг, средняя доза 100–300 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема;

оланзапин, таблетки 5 мг, 10 мг, средняя доза 10–15 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема; лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения, 10 мг, внутримышечно 1 раз в день, вторую инъекцию (5–10 мг) можно вводить не ранее, чем через 2 часа после первой инъекции;

палиперидон, таблетки 3 мг, 6 мг, 9 мг, внутрь 1 раз в день, средняя доза 4–8 мг/сутки;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг; раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг), внутрь, в 1–2 приема, 1–6 мг/сутки;

арипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, внутрь 1 раз в день, рекомендованная начальная доза – 10 или 15 мг/сутки, поддерживающая доза – 15–30 мг/сутки.

Перед окончанием лечения в стационарных условиях с пациентом (его близкими родственниками) необходимо провести образовательную беседу о необходимости приема поддерживающего лечения и исключения приема алкоголя, наркотических веществ, а также о действиях в случае обострения.

Парентеральное введение антипсихотиков для купирования психотической симптоматики применяется в случае возбуждения, опасности насильственных и аутоагрессивных действий пациента.

25. При несоблюдении или сложностях в осуществлении регулярного приема пероральных антипсихотиков возможно назначение инъекционных депо-форм (антипсихотиков медленного высвобождения):

галоперидола деканоат, раствор для внутримышечного введения (масляный) 50 мг/1 мл, внутримышечно 1 раз в 2–4 недели;

зуклопентиксола деканоат, раствор для внутримышечного введения (масляный) 200 мг/1 мл, внутримышечно, 1 раз в 2–4 недели;

оланзапина памоат, порошок для приготовления суспензии пролонгированного высвобождения для инъекций 210 мг, 300 мг и 405 мг с растворителем 3 мл, внутримышечно 1 раз в 2–4 недели;

палиперидона пальмитат, суспензия для инъекций 100 мг/1 мл 1 мл, 150 мг/1,5 мл 1,5 мл, внутримышечно 1 раз в 4 недели;

рисперидон микросферы, порошок для приготовления раствора для инъекций 25 мг 2 мл, 37,5 мг 2 мл, внутримышечно 1 раз в 2 недели;

флупентиксола деканоат, раствор для внутримышечного введения (масляный) 20 мг/1 мл, внутримышечно 1 раз в 2–4 недели;

флуфеназина деканоат, раствор для внутримышечного введения (масляный) 25 мг/1 мл, внутримышечно 1 раз в 2–4 недели.

26. Действия при отсутствии результата, терапевтической резистентности:

если проводимое лечение в течение 3–5 недель не дало отчетливого эффекта, необходимо сделать следующее:

проверить, принимает ли пациент ЛС внутрь; если в этом есть сомнения – усилить контроль или перейти на инъекционное введение того же ЛС;

если пациент принимает ЛС, а эффекта нет, необходимо сменить ЛС. Для этого следует перейти с типичного антипсихотика на атипичный (например, с галоперидола на рисперидон или с трифлуоперазина на оланзапин), либо перейти на типичный антипсихотик другой химической структуры, например, сменить:

производное фенотиазина (трифлуоперазин) на производное бутирофенона (галоперидол):

производное бутирофенона (галоперидол) на производное тиоксантена (зуклопентиксол, флупентиксол) и так далее.

Случай шизофрении следует считать терапевтически резистентным при отсутствии улучшения, несмотря на прием адекватных доз ЛС на протяжении от 6 до 8 недель, если при этом было использовано два и более антипсихотика, причем один из них был атипичным.

К противорезистентным мероприятиям относятся:

назначение клозапина, который имеет более высокую эффективность в отношении резистентной симптоматики по сравнению с другими атипичными антипсихотиками. Однако, редкое (1–3 %), но опасное для жизни осложнение (агранулоцитоз) ограничивает применение ЛС только резистентными случаями. Риск развития агранулоцитоза особенно увеличен между 4-й и 18-й неделями приема. При этом обязателен мониторинг количества гранулоцитов и лейкоцитарной формулы 1 раз в неделю первые 18 месяцев, затем – 1 раз в 4 недели. При снижении уровня лейкоцитов менее $3\,500/\text{мм}^3$ ($3,0 \times 10^9/\text{л}$) или абсолютного количества нейтрофилов менее $1\,500/\text{мм}^3$ ($1,5 \times 10^9/\text{л}$) показана отмена клозапина;

ЭСТ;

транскраниальная магнитная стимуляция (далее – ТМС);

комбинация атипичного антипсихотика и противоэпилептического ЛС (например, карбамазепин или соли вальпроевой кислоты);

комбинация двух атипичных антипсихотиков.

27. Медицинская профилактика неврологических нежелательных реакций при приеме антипсихотиков:

выбор антипсихотика с низким риском появления экстрапирамидной симптоматики (далее – ЭПС).

Начинать следует с небольших доз, медленно их наращивать. В случае возникновения экстрапирамидных расстройств необходимо снижение дозы антипсихотика или перевод на антипсихотики второго поколения с минимальным риском развития ЭПС (оланзапин, кветиапин, клозапин).

В случае развития ятрогенного паркинсонизма, если снижение дозы антипсихотика не привело к нивелированию нежелательной реакции, следует добавить к лечению противопаркинсонические ЛС (тригексифенидил, амантадин). С целью коррекции ЭПС

используют ряд ЛС (корректоры антипсихотического лечения). Для коррекции паркинсонизма, дистонии, акатизии могут использоваться тригексифенидил 1–15 мг/сутки, амантадин 100–300 мг/сутки. Превентивное назначение противопаркинсонических ЛС на фоне лечения антипсихотиками не показано, так как не предотвращает развитие ЭПС.

Острые дистонические нежелательные реакции купируются назначением антихолинергического ЛС, бензодиазепинов.

Акатизия, помимо снижения дозы, может купироваться с помощью назначения бета-адреноблокаторов и бензодиазепинов.

Поздняя дискинезия плохо поддается коррекции. Появление признаков поздней дискинезии требует перехода на атипичные антипсихотики, в первую очередь на клозапин.

Злокачественный нейролептический синдром (далее – ЗНС) относится к редким тяжелым осложнениям терапии антипсихотиками и требует лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии. При проведении лабораторного обследования подтверждением ЗНС являются миоглобинурия, повышение уровня креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы и АсАТ, повышение общего количества лейкоцитов крови. В случае подозрения на ЗНС необходимо немедленно отменить антипсихотики, а также ЛС других групп, которые тоже способны вызвать развитие ЗНС (например, литий, антидепрессанты, метоклопрамид). Проводится симптоматическое лечение (детоксикационное, инфузионное, гомеостатическое) с целью стабилизации жизненно важных функций и купирования гипертермии. Возможно применение антипиретиков при гипертермии, центральных миорелаксантов (толперизон) при мышечной ригидности, агонистов D2-дофаминовых рецепторов (бромокриптин) через назогастральный зонд, бензодиазепинов. При отсутствии эффекта от медикаментозных методов коррекции ЗНС, возможно проведение ЭСТ.

Судорожный синдром чаще бывает связан с приемом клозапина. При развитии судорог рекомендуется снижение дозы или переход с клозапина на другой антипсихотик. Возможно назначение противосудорожных ЛС (клоназепам).

28. Пациентов следует информировать о возможных метаболических нарушениях (увеличение массы тела, дислипидемия, гипергликемия, инсулинорезистентность с последующим развитием нарушения толерантности к углеводам и сахарного диабета), возникающих на фоне длительного лечения антипсихотиками.

Как правило, риск развития метаболических нарушений выше у атипичных антипсихотиков, среди которых лидерами в этом отношении являются клозапин и оланзапин. Рекомендован переход на другой антипсихотик с лучшим метаболическим профилем (кветиапин, рисперидон).

С целью коррекции метаболического синдрома (дислипидемия, гипергликемия, избыточная масса тела, инсулинорезистентность) возможно назначение ЛС из группы бигуанидов (метформин).

При изменении формулы крови (лимфопения, агранулоцитоз) противопоказан клозапин, нежелательны галоперидол и хлорпромазин.

Развитие эндокринных нарушений в виде гиперпролактинемии требует переход на антипсихотики с меньшим риском этого эффекта (арипипразол, кветиапин, оланзапин).

29. В связи со способностью ряда антипсихотиков удлинять интервал QT на ЭКГ следует соблюдать осторожность при их назначении пациентам с сердечно-сосудистой патологией, пациентам пожилого возраста, избегать их использования у пациентов, принимающих противоаритмические ЛС.

30. При наличии у пациента коморбидного состояния, необходимо использовать следующие ЛС и их сочетания:

выраженная склонность к агрессии или насилию со стороны пациента – добавление к антипсихотику анксиолитического ЛС (далее – анксиолитик) группы бензодиазепинов (не более 2–3 недель) и (или) карбамазепина, или соли вальпроевой кислоты, лития;

бессонница – атипичные антипсихотики и анксиолитики группы бензодиазепинов (продолжительность приема последних – не более 2–3 недель подряд);

депрессивные симптомы – необходимо дифференцировать нежелательные реакции на антипсихотики (например, акинезии и акатизии). Преимущество отдается антипсихотикам второго поколения (например, кветиапину). Возможно назначение антидепрессантов. Не следует сразу назначать антидепрессанты при обострении шизофрении и наличии сопутствующей депрессивной симптоматики, так как применение антипсихотиков способно само по себе уменьшить проявления депрессии. При добавлении к антипсихотикам антидепрессантов необходим тщательный мониторинг нежелательных реакций (при некоторых комбинациях возрастает риск пролонгации интервала QT, агранулоцитоза, гематологических нарушений, снижения порога судорожной готовности). Могут назначаться ЛС с нормотимической активностью (литий, карбамазепин, вальпроаты, ламотриджин). Пациентам с шизофренией и сопутствующей тяжелой коморбидной депрессией или суицидальными интенциями показано проведение ЭСТ, возможно применение ТМС;

суицидальное поведение – проводится регулярная оценка суицидального риска у пациентов с шизофренией. Необходим регулярный прием антипсихотиков, для резистентных случаев показано назначение клозапина. Необходимо выявление и лечение коморбидной депрессии. Пациентам с сопутствующими расстройствами настроения показано назначение ЛС с нормотимической активностью (лития) или антидепрессантов;

злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами (далее – ПАВ) – показаны специфические психосоциальные вмешательства (семейные вмешательства, пошаговая мотивация, элементы когнитивно-поведенческой терапии). Антипсихотиком выбора при злоупотреблении ПАВ является клозапин. При отсутствии приверженности лечению показано назначение антипсихотиков медленного высвобождения. При сочетании шизофрении с алкогольной зависимостью возможно назначение налтрексона.

31. Лечение беременных и кормящих матерей должно быть мультидисциплинарным с участием врача-специалиста, врача-акушера-гинеколога, врача-педиатра. Необходимо оценить наличие сопутствующего злоупотребления алкоголем, другими ПАВ, проинформировать о рисках и пользе применения антипсихотиков при беременности и лактации. Следует избегать полипрагмазии, особенно назначения ЛС с нормотимической активностью и антидепрессантов селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС). Могут применяться те антипсихотики, которые ранее были эффективны при отсутствии медицинских противопоказаний. По возможности, назначение антипсихотиков следует отложить до второго или третьего триместра беременности. Рекомендуются монотерапия пероральными антипсихотиками в минимальных дозах. Относительно безопасными для плода во время беременности можно считать галоперидол, рисперидон, оланзапин (повышает риск развития гестационного диабета у матери), кветиапин – их применение во время беременности возможно при условии, что предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Новорожденные, подвергшиеся воздействию указанных антипсихотиков в третьем триместре беременности, имеют повышенный риск развития нежелательных реакций, включая эстрапирамидный синдром и синдром отмены. Клозапин не рекомендован из-за риска агранулоцитоза, судорог, метаболических эффектов и риска перинатальных осложнений. По достижении клинического эффекта нельзя резко отменять антипсихотик. Не рекомендуется грудное вскармливание на фоне приема антипсихотиков.

32. Продромальный этап шизофрении включает в себя ослабленные позитивные симптомы (не достигающие психотического уровня, с сохранностью критики), короткие (насколько часов) самопроходящие повторяющиеся психотические симптомы, нарушения социального функционирования при имеющемся генетическом риске (наличие близких родственников с расстройствами шизофренического спектра), проявления шизофренического патопсихологического симптомокомплекса и другие. Рекомендуются медицинское наблюдение за такими пациентами с целью своевременного начала

антипсихотического лечения. Психосоциальные вмешательства, в том числе направленные на медицинскую профилактику употребления ПАВ, когнитивно-поведенческая психотерапия, при наличии выраженных тревоги и депрессии – лечение в соответствии с настоящим клиническим протоколом. Антипсихотики второго поколения могут назначаться в минимальной дозе при нарастании продуктивной симптоматики, если симптомы напрямую ассоциированы с риском самоповреждения или агрессии.

33. Рекомендуемая продолжительность лечения антипсихотиками после первого психотического эпизода составляет 2–5 лет, после повторных психотических эпизодов может быть неограниченно длительной. При условии стабильной ремиссии и восстановления социального функционирования пациента можно рассматривать возможность постепенной отмены антипсихотика через 12 месяцев.

Отмена антипсихотика должна быть постепенной, на протяжении нескольких недель.

Антипсихотик и его дозу необходимо подбирать и изменять так, чтобы постепенно уменьшать седативный и увеличивать стимулирующий эффект. В случае возобновления острых симптомов психоза дозу антипсихотика сразу же повышают до прежней дозы.

Проводится психообразовательная работа с пациентом и близкими родственниками, занятия по развитию социальных навыков, вовлечение пациента в группы самопомощи, поведенческие, когнитивные и психодинамические методы психотерапии.

Психосоциальная реабилитация строится в зависимости от тяжести заболевания, качества ремиссии и уровня социальной адаптации – терапия занятостью, творческим самовыражением, тренинг когнитивных функций, занятия по развитию и тренировке социальных навыков проводятся в отделениях медицинской реабилитации, трудовая терапия может проводиться в условиях лечебно-производственных мастерских, специальных цехов.

34. Параноидная шизофрения (F20.0 по МКБ-10); Гебефреническая шизофрения (F20.1 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–32 настоящего клинического протокола;

При несоблюдении пациентом режима приема ЛС целесообразно использование антипсихотиков пролонгированного действия.

35. Кататоническая шизофрения (F20.2 по МКБ-10):

лечение:

антипсихотики при кататонии не показаны, так как они могут усугублять явления кататонии и быть причиной ЗНС.

Рекомендовано назначение анксиолитиков группы бензодиазепинов (диазепам 10 мг каждые 8 часов) на протяжении нескольких дней. При недостаточном эффекте и при необходимости быстрой редукции симптомов показано проведение ЭСТ.

Лечение злокачественной кататонии должно осуществляться в отделении реанимации и интенсивной терапии с мониторингом жизненно важных соматических и лабораторных показателей.

Методом лечения первого выбора является ЭСТ и анксиолитики группы бензодиазепинов (диазепам). При кататонии также возможно назначение противопаркинсонических ЛС (амантадин или тригексифенидил). В случае незлокачественной кататонической шизофрении при необходимости назначения антипсихотиков следует применять антипсихотики второго поколения с низким риском развития ЭПР (клозапин, оланзапин).

36. Недифференцированная шизофрения (F20.3 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–32 настоящего клинического протокола;

при продолжении лечения в амбулаторных условиях в связи с несоблюдением регулярного приема пероральных антипсихотиков целесообразно использование антипсихотиков пролонгированного действия.

37. Постшизофреническая депрессия (F20.4 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–32 настоящего клинического протокола;

необходимо к антипсихотику дополнительное назначение антидепрессанта, преимущественно из группы СИОЗС или селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина.

Применение трициклических или гетероциклических антидепрессантов считается малоэффективным.

В некоторых случаях улучшению психического состояния способствует смена типичного антипсихотика на другой типичный антипсихотик или назначение атипичного антипсихотика.

Постшизофреническая депрессия может быть связана с наличием экстрапирамидных эффектов антипсихотиков (акинетическая депрессия, акатизия с дисфорией, дисфория без акатизии). В этих случаях является снижение дозы типичного антипсихотика. Если снижение дозы не привело к улучшению состояния, необходимо назначение корректоров (более эффективны при акинетических симптомах) или анксиолитических ЛС из группы бензодиазепинов (эффективны при акатизии), а также бета-блокаторов, или замена типичного антипсихотика на атипичный.

В связи с возрастанием опасности суицида необходимо постоянное медицинское наблюдение, а при лечении в амбулаторных условиях – работа с супругом и близкими родственниками.

При постшизофренической депрессии возрастает важность когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинга социальных навыков, психообразовательной работы с пациентом и его супругом, близкими родственниками.

38. Остаточная шизофрения (F20.5 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–32 настоящего клинического протокола.

При преобладании негативной симптоматики чаще используются антипсихотики парциальные агонисты дофаминовых рецепторов (арипипразол, карипразин), другие атипичные антипсихотики (рисперидон, оланзапин, кветиапин) или депо-антипсихотики в невысоких дозах в виде монотерапии.

Из психотерапевтических и психосоциальных вмешательств наиболее значимы тренинг социальных навыков, поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками.

39. Простой тип шизофрении (F20.6 по МКБ-10):

лечение:

атипичные антипсихотики (арипразол, карипразин, рисперидон, оланзапин, кветиапин) либо традиционные антипсихотики в малых дозах. При несоблюдении регулярного приема пероральных антипсихотиков возможно назначение инъекционных депо-форм.

Формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.

Из психотерапевтических и психосоциальных вмешательств наиболее значимы тренинг социальных навыков, поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками.

40. Другой тип шизофрении (F20.8 по МКБ-10):

лечение:

главным методом лечения, является применение антипсихотиков.

Особенностями оказания медицинской помощи с применением фармакотерапии являются более медленное повышение доз ЛС, повышенное внимание к появлению нежелательных реакций, соблюдение возрастных пределов дозировок, следование принципу монотерапии, повышенная осторожность при использовании антипсихотиков-депо.

К числу антипсихотиков, разрешенных к использованию в детской психиатрической практике, относятся хлорпромазин, галоперидол, перициазин, сульпирид, рисперидон.

При необходимости лечение антипсихотиком может дополняться приемом антидепрессантов, анксиолитиков или ЛС с нормотимической активностью (соли лития, вальпроевая кислота, карбамазепин) в возрастных дозировках.

Психотерапия и психосоциальная реабилитация:

терапия занятостью, творческим самовыражением, тренинг когнитивных функций, тренинг социальных и коммуникативных навыков, психотерапия игровая, поведенческая, семейное консультирование, психообразовательная работа с семьей.

41. Шизотипическое расстройство (F21 по МКБ-10):

лечение, как правило, проводится в амбулаторных условиях.

В стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – для пациентов с впервые установленным диагнозом для подбора лечения, либо в случаях грубо нарушенной социальной адаптации;

выбор ЛС зависит от преобладающей на это время психопатологической симптоматики. В части случаев необходим прием антипсихотиков в невысоких дозах, однако он не носит столь постоянного и облигатного характера. Показаны атипичные антипсихотики либо антипсихотики-депо в невысоких дозах, всегда в форме монотерапии. При наличии колебаний настроения, тревоги, неврозоподобной симптоматики – антидепрессанты и анксиолитики. Формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.

Психосоциальная реабилитация и психотерапия:

терапия занятостью, творческим самовыражением, тренинг когнитивных функций, тренинг социальных и коммуникативных навыков, когнитивно-поведенческая и психодинамическая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками.

42. Хронические бредовые расстройства (F22 по МКБ-10):

лечение:

длительное использование типичных антипсихотиков (галоперидол, трифлуоперазин) либо атипичных антипсихотиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин и других).

Формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.

Психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками, терапия занятостью, творческим самовыражением, тренинг когнитивных функций, занятия по развитию и тренировке социальных и коммуникативных навыков.

43. Острые и преходящие психотические расстройства (F23 по МКБ-10) включают: F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении; F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении; F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство; F23.8 Другие острые и преходящие психотические расстройства.

Оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 22–26 настоящего клинического протокола.

44. Индуцированное бредовое расстройство (F24 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи выполняется вначале, как правило, в стационарных условиях на протяжении 2–3 месяцев, в связи с необходимостью разъединения пациента с индуктором, в условиях отделения дневного пребывания и в амбулаторных условиях – при условии разъединения пациента с индуктором;

при возможности – лечение индуктора;

рекомендовано применение антипсихотиков в малых и средних дозах;

формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пункте 23–25 настоящего клинического протокола.

45. Шизоаффективные расстройства (F25 по МКБ-10):

Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип (F25.0 по МКБ-10):

лечение:

выбор ЛС проводится в зависимости от выраженности галлюцинаторно-бредовой, кататонической симптоматики и аффективных нарушений;

при значительной выраженности и преобладании симптомов галлюцинаторно-бредовой, кататонической симптоматики используют антипсихотики, атипичные и типичные ЛС, указанные в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола;

при маниакальном аффекте прием антипсихотика сочетают с приемом ЛС с нормотимической активностью, чаще – солей лития (600–900 мг до 1200–1500 мг/сутки) так, чтобы концентрация лития в плазме крови составила от 0,7 до 1 ммоль/л;

при плохой переносимости солей лития, наличии противопоказаний к их приему либо отсутствию эффекта от их применения используют карбамазепин в дозах 800–1200 мг/сутки либо вальпроевую кислоту в дозе 600–1200 мг/сутки с контролем концентрации в плазме крови;

в случаях высокой частоты приступов заболевания, при быстрой смене расстройств аффекта – от мании к депрессии и наоборот («быстрая цикличность»), в качестве ЛС с нормотимической активностью следует незамедлительно использовать карбамазепин либо вальпроевую кислоту;

при отсутствии эффекта от приема карбоната лития в течение года следует перейти на поддерживающее лечение карбамазепином или вальпроевой кислотой. На этапе поддерживающего лечения дозы карбамазепина составляют от 600 до 1000 мг, вальпроевой кислоты – от 600 до 1200 мг/сутки. Для наступления профилактического эффекта при этом необходимо как минимум 3–4 месяца непрерывного приема;

в случае использования в лечении солей лития необходимо контролировать концентрацию лития в плазме крови. Концентрация лития должна определяться в первые полгода – не реже 1 раза в 2 месяца, в последующем – не реже 1 раза в 4–6 месяцев. При изменении дозы лития необходимо вновь проверить концентрацию через неделю;

в некоторых резистентных случаях возможно одновременное начало приема с профилактической целью карбамазепина и карбоната лития, при этом концентрация последнего в плазме крови не должна превышать 0,4–0,5 ммоль/литр. Одновременное использование карбамазепина и вальпроевой кислоты не рекомендуется;

при отсутствии терапевтического эффекта возможно проведение сеансов ЭСТ;

Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1 по МКБ-10):

лечение:

выбор ЛС проводится в зависимости от выраженности галлюцинаторно-бредовой, кататонической симптоматики, аффективных нарушений;

при значительной выраженности и преобладании галлюцинаторно-бредовой, кататонической симптоматики используют антипсихотик, предпочтительно атипичный (например, кветиапин);

при депрессивном аффекте прием антипсихотика сочетают с приемом одного из антидепрессантов в средней или высокой дозе: трициклического антидепрессанта (амитриптилин, кломипрамин, тианептин и других), либо группы СИОЗС (флувоксамин, сертралин, эсциталопрам, флуоксетин). Возможно также использование ЛС с нормотимическим эффектом;

при отсутствии терапевтического эффекта возможно проведение сеансов ЭСТ;

Шизоаффективное расстройство, смешанный тип (F25.2 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–22 настоящего клинического протокола;

лечение: формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.

46. Другие неорганические психотические расстройства (F28 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–22 настоящего клинического протокола;

лечение: формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.

47. Неорганический психоз неуточненный (F29 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–22 настоящего клинического протокола;

лечение: формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.

Приложение
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с шизофренией, шизотипическими
и бредовыми расстройствами
(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, используемых в диагностике шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств

«Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия;
«Кратковременная память на числа»;
«Пиктограммы» (С.В.Логинова, С.Я.Рубинштейн);
воспроизведение рассказов (под ред. Е.Ю.Балашовой, М.С.Ковязиной);
шкала памяти Д.Векслера;
«Запоминание серий слов» А.Р.Лурия;
запоминание фраз (А.П.Бизюк);
запоминание бессмысленных слов (Г.Эббингауз);
«Непроизвольное запоминание» (А.П.Бизюк);
двойной тест для оценки оперативной памяти (Л.С.Мучник, В.М.Смирнов);
тест зрительной ретенции Бентона;
методика опосредованного запоминания по А.Н.Леонтьеву;
методика «Таблицы Шульте»;
корректирующая проба (Б.Бурдон);
методика «Счет по Э.Крепелину»;
методика «Красно-черные таблицы» Шульте-Горбова;
тест «Цвет-слово» (Дж.Р.Струп);
лабиринты Х.Хекхаузена;
оценка объема зрительного внимания (А.П.Бизюк);
методика исследования избирательности внимания (Д.Кюсси);
методика «Отсчитывание» (Э.Крепелин).
методика диагностики ассоциативного процесса «Пиктограммы» С.В.Логинова,
С.Я.Рубинштейн, Л.С.Выготский, В.Г.Херсонский;
методика «Классификация предметов» (К.Гольштейн, Л.С.Выготский,
Б.В.Зейгарник);
методика «Исключение четвертого лишнего» (Т.Д.Марциновская);
методика «Сравнение понятий» (Л.С.Выготского, Л.С.Сахарова);
методика «Соотношение пословиц, метафор и фраз» (Б.В.Зейгарник);
стандартизированная методика «Дискриминация свойств понятий» (В.В.Плотников,
Е.Е.Татаренко);
методика «Классификация понятий»;
методика «Ассоциативный эксперимент»;
методика «Называние 60 слов»;
методика «Сходство и различия понятий»;
методика «Существенные признаки»;
методика «Простые и сложные аналогии»;
методика «Установление последовательности событий»;
методика «Несравнимые понятия» (Л.С.Павловская);
методика «Сравнение пословиц» (Б.В.Зейгарник);
методика «Заполнение пропущенных в тексте слов» (Г.Эббингауз);
методика «Исследование вербального мышления» (И.Шванцар);
опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина;
шкала для самооценки тревоги Цунга;
личностная шкала проявлений тревоги (J. Teylog), адаптирована Т.А.Немчиным;

опросник исследования тревожности (у старших подростков и юношей, А.Д.Андреева);

многомерная оценка детской тревожности» (у детей и подростков). Е.Е.Малкова, НИПНИ им. Бехтерева;

методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» (В.Жмуров);

методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга (адаптация Т.И.Балашовой);

опросник депрессивных состояний (И.Г.Беспалько, Л.И.Вассерман), для дифференциального различия невротической и эндогенной депрессии (мужской и женский варианты);

методика подростковой депрессивности CDI, адаптация и стандартизация А.П.Белова, С.Б.Малых, Е.З.Сабилова, М.М.Лобаскова;

шкала депрессии Т.Бека (взрослый и подростковый вариант);

шкала суицидальных намерений SSI (Т.Бек, М.Коувэкс) и ее модификация MSSSI;

шкала суицидальных интенций;

шкала безнадежности Т.Бека;

опросник суицидального риска А.Г.Шмелева;

методика определения степени риска совершения суицида (И.А.Погодин);

диагностика «СР-45» П.И.Юнацкевича;

суицидальная мотивация (Ю.Р.Вагин);

противосуицидальная мотивация (Ю.Р.Вагин);

тест «Оценка агрессивности в отношениях» А.Ассингера;

опросник уровня агрессивности Басса-Перри (адаптация С.Н.Ениколоповым, Н.П.Цибульским);

опросник уровня агрессивности Басса-Дарки (взрослый и подростковый варианты);

опросник для исследования уровня импульсивности В.А.Лосенкова;

диагностика враждебности по шкале Кука-Медлей;

опросник агрессивности (Л.Г.Почебут);

метод портретных выборов Сонди (адаптация С.Н.Собчик);

цветовой тест Люшера (адаптация С.Н.Собчик);

методика фрустрации Розенцвейга;

метод «Незаконченные предложения» (апробирована Г.Г.Румянцевым);

рисованный апперцептивный тест;

ассоциативный рисуночный тест (Ю.Н.Кудряхов и В.П.Голубев);

метод аутоидентификации и идентификации по словесным характерологическим портретам (Э.Г.Эйдемиллер на основе патохарактерологического диагностического опросника А.Е.Личко);

методика «Дом-Дерево-Человек» (Дж.Бук);

методика «Нарисуй человека» К.Маховер;

методика «Несуществующее животное» (М.З.Друкаревич);

Я – структурный тест Аммона;

опросник мотивации А.Мехрабиана;

опросник мотивации достижения Ю.М.Орлова;

шкала оценки мотивации достижения;

опросник А.А.Реана (Мотивация успеха и боязнь неудачи);

опросник терминальных ценностей;

методика диагностики степени удовлетворенности основных потребностей.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с аффективными расстройствами настроения (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с аффективными расстройствами настроения, соответствующими шифрам F30-F39 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с аффективными расстройствами настроения в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста, и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ

8. Аффективные расстройства настроения – форма психической патологии, основное нарушение при которых заключается в изменении аффекта (настроения) либо в сторону

его снижения (угнетения), либо подъема. Эти изменения, как правило, сопровождаются изменением двигательной и мыслительной активности. Большинство этих расстройств протекает фазно и имеют тенденцию к повторяемости. Степень их выраженности у разных пациентов может существенно отличаться.

9. Маниакальный эпизод (F30 по МКБ-10):

характерны аффективные расстройства настроения: повышенное настроение, чувство благополучия, продуктивность и повышенная активность.

Гипомания (F30.0 по МКБ-10):

легкая степень мании, когда отмечается легкий подъем настроения, повышенная активность, стремление к общению, сниженная потребность в сне и отдыхе, однако это не приводит к серьезным социальным конфликтам. Минимальная продолжительность такого состояния – несколько дней.

Мания без психотических симптомов (F30.1 по МКБ-10):

настроение приподнято неадекватно обстоятельствам, что сопровождается повышенной активностью, социальное торможение утрачивается, значительно повышается самооценка, возникают конфликты с окружающими. Характерно экстравагантное поведение, бездумная трата денег, сексуальная расторможенность.

Мания с психотическими симптомами (F30.2 по МКБ-10):

значительно повышенное настроение и активность сочетаются с бредовыми идеями различного содержания – особых способностей, величия, а также преследования, отношения и другие, а также галлюцинациями в различных сферах. Бредовые и галлюцинаторные переживания классифицируются как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению.

10. Биполярное аффективное расстройство (F31 по МКБ-10) включает:

F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании;

F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов;

F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами;

F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии;

F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психоактивных симптомов;

F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психоактивными симптомами;

F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера;

F31.7 Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия:

расстройство, проявляющееся повторными (по крайней мере двумя) эпизодами, при которых уровень настроения и активности заметно изменены – то есть отмечаются как эпизоды мании (гипомании), так и эпизоды депрессии.

11. Депрессивный эпизод (F32 по МКБ-10):

общими проявлениями эпизода депрессии являются сниженное настроение, утрата интересов и удовольствия, снижение энергичности, двигательная и мыслительная заторможенность. К числу других проявлений относятся также сниженная самооценка, чувство вины, пессимистическое видение будущего, снижение аппетита, нарушения сна, суицидальные мысли и другие. Минимальная продолжительность такого состояния составляет 2 недели.

Депрессивный эпизод легкой степени (F32.0 по МКБ-10):

проявляется не резко выраженным снижением настроения, утратой интересов, уменьшением активности, повышенной утомляемостью и другими симптомами депрессии, при этом ни один из них не должен достигать глубокой степени. Минимальная продолжительность симптомов – 2 недели.

Депрессивный эпизод средней степени (F32.1 по МКБ-10):

проявляется умеренно выраженным снижением настроения, утратой интересов, уменьшением активности, повышенной утомляемостью и другими симптомами депрессии.

Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2 по МКБ-10), Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F32.3 по МКБ-10):

состояние соответствует критериям тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов, в дополнение к чему, при тяжелом депрессивном эпизоде с психотическими симптомами имеются психотические симптомы в форме бреда, галлюцинаций либо ступора. Характерен бред виновности, обнищания, а также преследования и воздействия. Бред и галлюцинации могут определяться как конгруэнтные и неконгруэнтные аффекту.

12. Рекуррентное депрессивное расстройство (F33 по МКБ-10) включает:

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени (F33.0 по МКБ-10);

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени (F33.1 по МКБ-10);

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F33.2 по МКБ-10);

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F33.3 по МКБ-10);

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии (F33.4 по МКБ-10);

Другие рекуррентные депрессивные расстройства (F33.8 по МКБ-10);

Рекуррентное депрессивное расстройство неуточненное (F33.9 по МКБ-10).

Расстройства, указанные в части первой настоящего пункта, характеризуются повторными эпизодами депрессии различной степени тяжести (легкой, умеренной, тяжелой, тяжелой с психотическими симптомами) при отсутствии в анамнезе данных о перенесенных эпизодах мании или гипомании. В межприступном периоде – чаще всего состояние полного здоровья, хотя часть пациентов может обнаруживать остаточную депрессивную симптоматику.

13. Устойчивые расстройства настроения (аффективные расстройства) (F34 по МКБ-10):

Циклотимия (F34.0 по МКБ-10):

расстройство, которое проявляется хронической нестабильностью настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости. При этом ни один из эпизодов повышенного или сниженного настроения не достигает критериев легкого депрессивного эпизода либо гипомании, рекуррентного депрессивного либо биполярного аффективного расстройства.

Дистимия (F34.1 по МКБ-10):

характеризуется хронически сниженным настроением, степень которого по тяжести и длительности не достигает критериев легкого депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства. Продолжается в течение нескольких лет или неопределенно долго.

14. Другие расстройства настроения (аффективные) (F38 по МКБ-10):

расстройство, когда у пациента в одном приступе заболевания одновременно наблюдаются симптомы, характерные как для депрессии, так и симптомы, характерные для мании (гипомании), либо когда симптомы депрессии и мании (гипомании) быстро чередуются в пределах одного приступа, периодически сменяя друг друга каждые несколько дней или даже часов. Такой эпизод должен длиться не менее 2 недель.

Особенности аффективных расстройств настроения у несовершеннолетних пациентов:

наблюдаются депрессивные и маниакальные (гипоманиакальные) эпизоды рекуррентного депрессивного и биполярного аффективного расстройства. Тяжелые, психотические формы у несовершеннолетних пациентов не встречаются.

Особенностями депрессивных состояний у несовершеннолетних пациентов являются:

атипичность симптоматики;

наличие возрастного регресса и выраженной ангедонии;

синдромальная незавершенность, фрагментарность, изменчивость проявлений.

Для маниакальных (гипоманиакальных) состояний у несовершеннолетних пациентов характерно расторможенность влечений, конфликтность, нередко – налет дисфоричности. Для несовершеннолетних пациентов характерна также легкость инверсии аффекта с переходом из депрессии в манию (гипоманию) после начала терапии антидепрессантами.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ

15. Перечень обязательного обследования в стационарных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности аспартатаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам);

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам);

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц.

16. Перечень обязательного обследования в условиях отделения дневного пребывания:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам), далее – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (совершеннолетним пациентам);

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

17. Перечень обязательного обследования в амбулаторных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

18. Перечень дополнительного обследования:

консультация врачей иных специальностей по профилю соматической патологии;

ЭКГ;

магнитно-резонансная томография головного мозга;

компьютерная томография головного мозга;

электроэнцефалография;

эхокардиография;

ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;

определение уровня маркеров нейродегенерации в крови или спинномозговой жидкости (далее – СМЖ): бета-амилоиды 40 и 42, фосфорилированный тау-белок, L-филаменты легких цепей, антитела к миелину;

определение уровня тиреотропного гормона;

определение уровня витамина В12 в крови;

определение уровня церулоплазмينا и меди в крови при подозрении на болезнь Вильсона-Коновалова;

анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол и другие) при подозрении на интоксикацию;

анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;

анализ мочи на дельта-аминолевулиновую кислоту при подозрении на острую перемежающуюся порфирию;

исследование СМЖ или крови на герпесвирусы, антинейрональные антитела – при подозрении на инфекционную этиологию заболевания либо аутоиммунный энцефалит;

медико-генетическое консультирование для исключения наследственных заболеваний.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НАСТРОЕНИЯ

19. Продолжительность лечения в стационарных условиях определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики), в условиях отделения дневного пребывания – на период проведения диагностических мероприятий, курса лечения; в амбулаторных условиях – на период времени, пока сохраняется необходимость в поддерживающем лечении либо медицинском наблюдении.

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – непсихотические аффективные расстройства настроения, психотические состояния с незначительно выраженной симптоматикой или в состоянии фармакологической либо спонтанной ремиссии.

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в условиях отделения дневного пребывания – затяжные непсихотические аффективные расстройства настроения и психотические аффективные расстройства настроения после лечения в стационарных условиях.

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях – психотические нарушения аффективных расстройств настроения.

Медицинскими показаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются:

значительная глубина эпизодов аффективных расстройств настроения (умеренные, тяжелые и тяжелые с психотическими симптомами депрессивные эпизоды, эпизоды выраженной мании и мании с психотическими симптомами);

наличие суицидальных и социально-опасных тенденций, при отсутствии критики, осознания заболевания, приверженности к лечению, что может потребовать принудительной госпитализации;

неэффективность предшествовавшего лечения в амбулаторных условиях;

необходимость проведения дифференциально-диагностических мероприятий, невозможных в иных, кроме стационарных, условиях.

Лечение состоит из 3 последовательных этапов:

1-й этап – купирующее лечение; его цель – лечение острой аффективной симптоматики. Ориентировочная продолжительность лечения составляет 6–8 недель;

2-й этап – долечивающее и стабилизирующее лечение; его цель – долечивание остаточной аффективной симптоматики и стабилизация состояния, формирование качественной ремиссии. Ориентировочная продолжительность лечения составляет 4–6 месяцев;

3-й этап – профилактическое (поддерживающее, противорецидивное) лечение; его цель – профилактика обострений в будущем. Продолжительность лечения на 3 этапе составляет:

в случае впервые перенесенного эпизода аффективного расстройства с хорошим откликом на проводимую терапию и формированием полной ремиссии – от 6 месяцев до 1 года;

в иных случаях:

при частых эпизодах (один приступ в год и более);

если пациент перенес тяжелый, затяжной либо плохо поддающийся купированию, либо терапевтически резистентный, либо угрожавший жизни пациента и окружающим эпизод аффективного расстройства настроения (с серьезными суицидальными тенденциями, отказом от еды, истощением и другими симптомами) – профилактическое лечение продолжается от 3–4 лет до неопределенно долгого срока и может быть прекращено путем постепенного снижения дозы ЛС, если на протяжении 3–4 лет сохраняется состояние полной ремиссии без остаточных симптомов. Постепенность и осторожность отмены ЛС необходимы, поскольку в ряде случаев прекращение лечения может привести к обострению аффективного расстройства настроения.

20. Маниакальный эпизод (F30 по МКБ-10):

лечение на 1-м этапе проводится следующими ЛС:

ЛС нормотимического действия:

карбонат лития, таблетки по 300 мг, начальная доза 600 мг/сутки (у пациентов пожилого возраста – 300 мг) внутрь, в 1–2 приема, с последующим увеличением суточной дозы до 900–1200 мг/сутки под контролем концентрации лития в плазме крови. Первое определение содержания лития в плазме крови следует сделать при приеме 600 или 900 мг соли лития в 2 приема. Кровь берется натощак через 10–12 часов после последнего приема. Содержание лития в плазме определяют каждые 7 дней с момента назначения и через 7 дней после каждого изменения дозы до достижения эффективной терапевтической дозы лития (уровень лития в плазме крови для взрослых от 0,5 до 1,2 ммоль/л, для несовершеннолетних пациентов, пациентов пожилого возраста – 0,4–0,6 ммоль/л). При подозрении на интоксикацию литием анализ повторяется немедленно.

Медицинская профилактика последующих эпизодов мании литием эффективна при его уровне в плазме у совершеннолетних пациентов 0,5–1,0 ммоль/л, для несовершеннолетних пациентов – 0,4–0,6 ммоль/л.

Прекращение лечения литием при формировании стойкой ремиссии проводится постепенно, в течение 1 месяца.

При отсутствии соблюдения режима приема ЛС или невозможности осуществлять лабораторный контроль уровня лития в плазме крови соли лития не назначают.

Противоэпилептические ЛС нормотимического действия:

вальпроевая кислота, таблетки, покрытые оболочкой по 200, 300, 500 мг. Начальная доза вальпроевой кислоты составляет 600 мг/сутки в два приема, утром и вечером,

с постепенным подбором терапевтической дозы, увеличивая ее при необходимости на 200 мг каждые 3 дня. Максимальная доза вальпроевой кислоты – 1500–2000 мг/сутки в два-три приема. Терапевтически эффективный уровень вальпроевой кислоты в плазме крови 50–100 мг/л. Первое определение уровня вальпроевой кислоты проводится через 2 недели от начала приема. В последующем – через каждые 2 недели после повышения дозы до подбора терапевтически эффективной дозы с учетом уровня в плазме, далее – по медицинским показаниям;

карбамазепин – таблетки 200 мг, лечение начинают с 400–600 мг/сутки в 2 приема с последующим повышением дозы на 200 мг в сутки каждые 2–3 дня. Терапевтическая доза – от 400 до 800 мг/сутки, в некоторых случаях – до 1200 мг/сутки. Содержание карбамазепина в плазме крови должно находиться в пределах 4–12 мкг/мл. Кровь следует брать утром натощак перед утренним приемом ЛС. Первое определение проводится через 2 недели от начала приема, в последующем – по медицинским показаниям;

окскарбазепин – таблетки, покрытые оболочкой по 150, 300, 600 мг, начальная доза составляет 300–600 мг/сутки, с последующим ее повышением до 3000 мг/сутки;

при выраженном маниакальном психомоторном возбуждении, наличии бредовых переживаний, либо отсутствия эффекта от ЛС нормотимического действия к нему следует добавить:

анксиолитическое ЛС группы бензодиазепинов коротким курсом (5–10 дней) в средних или высоких дозах: клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, внутрь до 8 мг/сутки в 2–3 приема, диазепам, таблетки 2 мг, 5 мг, 10 мг, каждые 6–8 часов внутрь или раствор для инъекций 5 мг/мл парентерально в суточной дозе 20–40 мг, либо антипсихотическое ЛС (далее – антипсихотик);

эффект от проводимого лечения должен наступить в течение 1–2 недель от его начала и выразиться в снижении интенсивности возбуждения, выравнивании настроения, нормализации сна, упорядочении поведения.

Действия при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 1–2 недель:

проверить, принимает ли пациент ЛС внутрь. Если в этом есть сомнение – усилить контроль за приемом ЛС или перейти на его парентеральное введение;

проанализировать лекарственные взаимодействия, по возможности отменить ЛС, являющиеся индукторами изоферментов системы цитохрома P450, учитывая их способность усиливать метаболизм карбамазепина и вальпроевой кислоты в печени и соответственно приводить к снижению их концентрации в плазме крови;

повысить дозу ЛС нормотимического действия до максимальной терапевтической;

при отсутствии эффекта следует поменять ЛС нормотимического действия – например, карбонат лития – на карбамазепин, карбамазепин – на вальпроевую кислоту и так далее.

Противорезистентные мероприятия:

к ЛС нормотимического действия следует добавить какой-либо один из антипсихотиков, начиная с минимальной дозы, с постепенным повышением до индивидуально терапевтической;

оланзапин, таблетки 5 мг, по 2,5–20 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема внутрь в дозе от 5 до 20 мг/сутки;

кветиапин, таблетки 25 мг, 100 мг, 200 мг внутрь в 2 приема в суточных дозах 100 мг/сутки (1-й день), 200 мг/сутки (2-й день), 300 мг/сутки (3-й день), 400 мг/сутки (4-й день), дальнейшее повышение дозы не больше 200 мг/сутки, максимальная суточная доза – 800 мг;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, или раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг), внутрь в дозе от 2 до 6 мг/сутки;

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, внутрь или раствор для инъекций 5 мг/мл внутримышечно в дозе от 2 до 10 мг/сутки;

клозапин, таблетки 25 мг, 100 мг, внутрь в дозе от 50 до 400–500 мг/сутки;

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, внутрь в дозе 10–30 мг/сутки;

карипразин, таблетки, капсулы 1,5, 3, 4,5 и 6 мг, внутрь в дозе 1,5–6 мг/сутки.

В случае резистентности можно использовать сочетания ЛС нормотимического действия между собой (литий в сочетании с солями вальпроевой кислоты или литий в сочетании с карбамазепином).

При неэффективности фармакотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний провести курс электросудорожной терапии (далее – ЭСТ).

После завершения ЭСТ продолжают лечение ЛС нормотимического действия, чаще всего в сочетании с антипсихотиком.

21. Гипомания (F30.0 по МКБ-10):

в лечении используются ЛС нормотимического действия. Антипсихотики применяются редко и в небольших дозах. Назначение ЛС проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола;

ЭСТ не используется.

Проводится когнитивно-поведенческая психотерапия, работа с семьей.

22. Мания без психотических симптомов (F30.1 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

23. Мания с психотическими симптомами (F30.2 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола;

при неэффективности фармакотерапии, при отсутствии противопоказаний, необходимо провести курс ЭСТ (5–7 сеансов);

после завершения ЭСТ продолжают лечение ЛС нормотимического действия в сочетании с антипсихотиком;

психотерапия пациента при таком состоянии не проводится.

24. Биполярное аффективное расстройство (F31 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

В схему лечения на этапе купирующего лечения включается ЛС нормотимического действия, прием которого продолжается на последующих этапах лечения.

При проведении профилактического (противорецидивного) лечения карбонатом лития доза его составляет от 600 до 1200 мг/сутки. Содержание лития в плазме нужно вначале определять 1 раз в неделю, при этом необходимо, чтобы оно составляло 0,5–1,2 ммоль/л. После того, как правильная доза подобрана, содержание лития в плазме нужно определять не реже, чем 1 раз в 3 месяца.

Рекомендовано использование противоэпилептических ЛС нормотимического действия – карбамазепин, соли вальпроевой кислоты, ламотриджин, а также некоторые атипичные антипсихотики – оланзапин, кветиапин, рисперидон, арипипразол, карипразин.

Ламотриджин более эффективен для медицинской профилактики эпизодов депрессии, окскарбазепин – для медицинской профилактики мании. Атипичные антипсихотики используются как правило для медицинской профилактики эпизодов мании.

В случаях быстрой цикличности, частой инверсии фаз при отсутствии профилактического эффекта от приема ЛС нормотимического действия показано проведение курса ЭСТ.

Психотерапия:

когнитивно-поведенческая, семейная.

Психообразовательная работа с пациентами наиболее показана в состоянии ремиссии.

25. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании (F31.0 по МКБ-10):

в лечении, как правило, используются литий или противоэпилептические ЛС нормотимического действия. Антипсихотики применяются редко и в небольших дозах. ЭСТ практически не используется. Состояния гипомании нередко возникают сразу вслед за депрессивными эпизодами и могут быть спровоцированы приемом антидепрессантов, особенно трициклических.

Назначение ЛС проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

Психотерапия:

начинается на этапе стабилизирующей и долечивающей терапии и продолжается на этапе профилактического лечения: когнитивно-поведенческая, семейная.

26. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов (F31.1 по МКБ-10):

в лечении используются противоэпилептические ЛС нормотимического действия соли лития и антипсихотики. Частота терапевтически резистентных случаев существенно выше, чем при гипомании. В некоторых случаях возникает необходимость использования ЭСТ.

Лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

27. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами (F31.2 по МКБ-10):

антипсихотики в лечении используются во всех случаях, начиная с первого дня терапии. Значительно чаще, чем при мании без психотических симптомов, возникает необходимость использования ЭСТ.

Назначение ЛС проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

Роль и возможности психотерапии и образования пациента минимальны или отсутствуют.

28. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии (F31.3 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

Важной особенностью лечения на этапе купирования депрессии является необходимость предотвращения инверсии аффекта в манию либо гипоманию. С этой целью необходимо использовать ЛС нормотимического действия. Кроме того, на этапах купирующей и долечивающей и стабилизирующей терапии требуется осторожность при применении антидепрессантов, ЛС выбора при этом являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС). Следует по возможности избегать трициклических антидепрессантов, способствующих инверсии аффекта и с осторожностью использовать антидепрессанты со стимулирующим действием.

На этапе профилактической терапии антидепрессанты не применяются – противорецидивное лечение проводится только ЛС нормотимического действия.

29. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов (F31.4 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

Продолжительность этапа долечивающей и стабилизирующей терапии составляет 1–2 месяца – из-за опасности инверсии фазы.

30. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами (F31.5 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

С первого дня лечения используется комбинация ЛС нормотимического действия с атипичным антипсихотиком.

31. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера (F31.6 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

32. Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия (F31.7 по МКБ-10): лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

При лечении недопустима противорецидивная терапия антидепрессантами, поскольку она приводит к учащению фаз и быстрой цикличности.

33. Депрессивный эпизод (F32 по МКБ-10):

основой лечения является использование антидепрессантов, в случаях эпизодов легкой и умеренной тяжести – в сочетании с психотерапией. При легком эпизоде возможно только психотерапевтическое лечение.

Антидепрессантами первой линии при любой тяжести депрессии являются ЛС группы СИОЗС.

Спектр активности ЛС и его примерное соответствие психопатологической структуре депрессивного эпизода:

при депрессиях с тревогой и ажитацией необходимо использовать антидепрессанты с седативным и анксиолитическим действием, при депрессиях с заторможенностью, адинамией и апатией – антидепрессанты со стимулирующим действием;

при наличии в структуре психического состояния пациента, как тревоги, так и заторможенности или их чередовании – антидепрессанты сбалансированного действия.

Антидепрессанты (дозы для совершеннолетних пациентов):

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь, в начале лечения суточная доза составляет 50–100 мг, рекомендуется принимать на ночь, при недостаточной эффективности суточная доза может быть увеличена до 150–200 мг, максимальная суточная доза – 300 мг, суточную дозу более 100 мг следует делить на 2–3 приема;

флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, 75 мг и 150 мг, внутрь, одновременно с приемом пищи, рекомендуемая начальная доза 75 мг в 2 приема ежедневно, в зависимости от переносимости и эффективности возможно повышение дозы постепенно до 300–375 мг/сутки;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 50–200 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

миртазапин, таблетки 30 мг, 15–45 мг/сутки внутрь в 1–2 приема;

флувоксамин, таблетки по 50 и 100 мг, 100–200 мг/сутки в 2–3 приема;

эсциталопрам, таблетки по 5 и 10 мг, 10–20 мг/сутки внутрь, 1 раз в сутки;

пароксетин, таблетки 20 мг, 30 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

тианептин, таблетки 12,5 мг, внутрь, перед приемом пищи, по 12,5 мг 3 раза в день, пациентам пожилого возраста – по 12,5 мг 2 раза в сутки;

кломипрамин, таблетки 25 мг, лечение начинают с 25 мг 2–3 раза в день, дозу ЛС постепенно повышают, на 25 мг через каждые несколько дней до достижения суточной дозы 100–150 мг, максимальной суточной дозы 250 мг;

мапротилин, таблетки по 25 мг, по 50–100 мг, внутрь в 1–3 приема, при необходимости дозу увеличивают до 150–200 мг;

амитриптилин, таблетки по 10 и 25 мг, по 50–150 мг в сутки в 2–3 приема, максимальная доза – 250 мг, основная часть суточной дозы назначается на ночь;

дулоксетин, капсулы по 30 и 60 мг, начальная доза 60 мг в 1–2 приема, максимальная – 120 мг/сутки в 2 приема;

вортиоксетин, таблетки по 10 мг, начальная доза 10 мг/сутки, максимальная 20 мг/сутки;

агомелатин, таблетки по 25 мг, по 25–50 мг в 1 прием перед сном.

Общее правило лечения:

у одного пациента используется только один антидепрессант. При наличии стойких расстройств сна на непродолжительное время к лечению может быть добавлено снотворное ЛС (например, зопиклон); при сохранении выраженной тревоги и ажитации – анксиолитик группы бензодиазепинов или антипсихотик с седативным действием (хлорпротиксен, кветиапин, оланзапин); однако без явной необходимости делать этого не следует.

При этом признаки улучшения, то есть ослабление хотя бы отдельных симптомов депрессии, должны появляться к концу 2-й недели приема полной дозы ЛС, частичный ответ (то есть ослабление симптомов депрессии хотя бы наполовину) – к концу 4–6-й недели, а полный терапевтический ответ (то есть полное или почти полное исчезновение симптомов) – между 10-й и 12-й неделями лечения.

Действия при отсутствии результата, терапевтической резистентности: лечение считают неэффективным, если не наступает отчетливого улучшения через 4–6 недель приема установленной дозы антидепрессанта.

Причиной неэффективности антидепрессанта может стать нарушение его метаболизма в связи с одновременным приемом пациентом ЛС (карбамазепина, фенобарбитала в форме валокордина и других безрецептурных барбитуратов) или веществ, ускоряющих печеночный метаболизм антидепрессантов (зверобоя, алкоголя). Низкая эффективность антидепрессантов может быть обусловлена также курением – никотин является индуктором изоферментов системы цитохрома P450.

Если результат не достигнут, то следует перейти к лечению антидепрессантом другой химической группы или обладающего другим механизмом действия: например, заменить ЛС группы СИОЗС на антидепрессант группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (далее – СИОЗСН), либо заменить трициклический антидепрессант на ЛС группы СИОЗС или трициклический антидепрессант на СИОЗС, либо заменить антидепрессант, блокирующий обратный захват преимущественно серотонина на антидепрессант, блокирующий обратный захват преимущественно серотонина (например, мапротилин на пароксетин), или наоборот – ЛС серотониновый на норадреналиновый и провести полный курс терапии новым антидепрессантом.

Если три последовательных курса лечения антидепрессантами разных групп или с разным механизмом действия, не дали эффекта, такой случай считается терапевтически резистентным и требует проведения специальных противорезистентных мероприятий:

добавление к антидепрессанту соли лития в невысокой дозе;

добавление к антидепрессанту трийодтиронина в невысокой дозе (50 мкг/сутки);

совместное применение двух антидепрессантов разных групп или с разным механизмом действия (например, антидепрессант – блокатор обратного захвата серотонина плюс антидепрессант – блокатор обратного захвата норадреналина; либо трициклический антидепрессант плюс антидепрессант СИОЗС); подобные сочетания требуют повышенной осторожности;

совместное применение антидепрессанта и атипичного антипсихотика (например, рисперидона, оланзапина, кветиапина или арипипразола);

при отсутствии эффекта или невозможности проведения фармакотерапии – курс ЭСТ с последующим возобновлением терапии антидепрессантом.

Если имеется высокий риск суицида, либо продление лечения по каким-либо иным причинам не представляется возможным, должен быть проведен курс ЭСТ.

При достижении ремиссии или значительной редукции симптомов депрессии дозы ЛС постепенно (1 раз в 3–6 дней) снижают до средне-терапевтических. Чем ближе доза ЛС к средне-терапевтической, тем лучше для достижения результата.

Если на этапе лечения острого состояния депрессии использовался антидепрессант группы СИОЗС или СИОЗСН, и его переносимость была хорошей, то дозу его сохраняют неизменной. Прием ЛС продолжают на протяжении от 4 до 6 месяцев (в зависимости от качества достигнутой ремиссии).

Далее, если симптомы депрессии не возобновляются, лечение медленно прекращают, снижая дозу антидепрессанта постепенно, каждые 1–2 недели. Если при этом симптомы депрессии возобновляются – необходимо вернуться к приему полной дозы того же ЛС. Нельзя прекращать прием ЛС в ответственные периоды жизни (социальные конфликты, переезд и смена обстановки, смена работы и другие факторы).

Психотерапия:

когнитивная, когнитивно-поведенческая терапия, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Психосоциальная реабилитация.

Этап профилактического (противорецидивного) лечения начинается со времени установления стойкой ремиссии и продолжается не менее 1 года, в некоторых случаях – неопределенно долго. Данный этап необходим в следующих случаях:

- частота приступов депрессии – один приступ в год и более;
- невысокое качество ремиссий с сохранением остаточной аффективной симптоматики;
- пациент перенес 3 и более депрессивных эпизода (вероятность следующего 90 %);
- пациент перенес 2 эпизода, но ремиссия длилась менее 1 года после окончания приема ЛС;
- за последние 3 года имели место тяжелые, внезапно начинавшиеся и угрожавшие жизни приступы;
- пациент пожилого возраста и приступ уже не первый.

Продолжительность:

от 3–4 лет до неопределенно долгого срока. Лечение может быть прекращено, если на протяжении 3–4 лет сохраняется состояние полной ремиссии без остаточных симптомов; при этом необходима постепенность и осторожность, так как в ряде случаев прекращение лечения может привести к очередному обострению.

Лечение:

продолжается прием антидепрессанта, который оказался эффективным на предыдущих этапах, иногда возможно сочетание приема антидепрессанта с ЛС нормотимического действия. Доза антидепрессанта должна быть невысокой, чтобы не вызывать нежелательные реакции и не снижать качества жизни.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-поведенческая, семейное консультирование, психосоциальная реабилитация.

34. Депрессивный эпизод легкой степени (F32.0 по МКБ-10):

соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств настроения, а также правила лечения депрессивного эпизода;

психотерапия:

когнитивная, когнитивно-поведенческая, семейное консультирование, психообразовательная работа с пациентом и его семьей. В ряде случаев возможно лечение с применением только психотерапии, без использования антидепрессантов.

35. Депрессивный эпизод средней степени (F32.1 по МКБ-10):

соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств настроения, а также правила лечения депрессивного эпизода. Выбор производится из всего спектра антидепрессантов, назначаются средне-терапевтические и высокие дозы;

психотерапия:

когнитивная, когнитивно-поведенческая, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Психотерапия применяется только в сочетании с биологическим лечением (антидепрессантами). Психосоциальная реабилитация.

36. Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2 по МКБ-10):

выбор ЛС производится из всего спектра антидепрессантов, исходя из клинических проявлений депрессивного эпизода, риска развития нежелательных реакций и возможного лекарственного взаимодействия, если пациент принимает иные ЛС. Лечение начинают со средне-терапевтических доз.

При выраженной тяжести депрессии и при состояниях, угрожающих жизни пациента (выраженные суицидальные тенденции, отказ от приема пищи, лекарств), или каких-либо иных обстоятельств, не позволяющих дожидаться эффекта антидепрессантов в течение обычного срока (3–4 недели) показано проведение ЭСТ.

Длительность лечения после полного исчезновения симптомов депрессии – не менее 6–9 месяцев с последующим медленным снижением дозы антидепрессанта.

При сохранении резидуальной симптоматики противорецидивное лечение проводится постоянно, неопределенно долго.

37. Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F32.3 по МКБ-10):

соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств, настроения лечения депрессивного эпизода.

С первого дня лечения назначают комбинированное лечение антидепрессантами в сочетании с антипсихотиками.

Лечение проводится согласно пункту 20 настоящего клинического протокола.

Длительность лечения после полного исчезновения симптомов депрессии – не менее 9–12 месяцев с последующим медленным снижением дозы ЛС.

При отсутствии эффекта лечения необходимо проведение курса ЭСТ. В случаях, где имеется высокий риск суицида, или есть какие-либо иные обстоятельства (отказ от пищи и приема ЛС, истощение, непереносимость антидепрессантов, грубо неадекватное поведение, некупируемое психомоторное возбуждение и другие), не позволяющих дожидаться эффекта антидепрессантов в течение обычного срока (3–4 недели) показано проведение ЭСТ уже на ранних сроках лечения.

38. При рекуррентных депрессивных расстройствах (F33 по МКБ-10) соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств настроения, а также правила лечения депрессивного эпизода.

На этапе долечивающего и стабилизирующего лечения и этапе профилактического лечения (если в нем есть необходимость) используется ЛС, оказавшееся эффективным на этапе лечения острого состояния, как правило, в виде монотерапии. Доза его должна быть невысокой, чтобы не вызвать нежелательные реакции и не снижать качества жизни пациента.

39. Устойчивые расстройства настроения (аффективные расстройства) (F34 по МКБ-10):

показаны:

антидепрессанты группы СИОЗС – флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, эсциталопрам в обычных дозах. Трициклические и гетероциклические антидепрессанты при данном расстройстве менее эффективны, а если и используются, то в малых и средних дозах, не вызывающих нежелательные реакции;

психоаналептики.

Показана психотерапия: когнитивная, когнитивно-поведенческая, краткосрочная психодинамическая, гештальт-терапия, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками.

В состоянии ремиссии проводится поддерживающее лечение ЛС нормотимического действия продолжительностью не менее 1 года.

40. Другие расстройства настроения (аффективные) (F38 по МКБ-10):

Другие одиночные расстройства настроения (аффективные) (F38.0 по МКБ-10):

условия оказания медицинской помощи:

в амбулаторных условиях, стационарных условиях.

Медицинскими показаниями для лечения в психиатрическом стационаре являются:

депрессия с суицидальными тенденциями, выраженной тревогой, психомоторным возбуждением или обездвиженностью;

мании (гипомании) с дезорганизованным и антисоциальным поведением;

отсутствие эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях.

Лечение проводится ЛС нормотимического действия согласно пункту 20 настоящего клинического протокола.

В наиболее резистентных случаях возможно одновременное применение двух ЛС нормотимического действия – например, солей лития и карбамазепина, либо солей лития и солей вальпроевой кислоты (но не комбинация карбамазепина с ламотриджином). Если в лечении используются антидепрессанты, то дозы их должны быть невысокими, а продолжительность приема минимальна. Их прием необходимо прекращать сразу же, как только купируются симптомы депрессии.

При преобладании симптомов депрессии и быстрой цикличности лечение депрессии может проводиться ламотриджином без добавления антидепрессанта.

Для воздействия на симптомы мании (гипомании) используют антипсихотики в невысоких дозах.

На этапе долечивания используют ЛС нормотимического действия, которые оказались эффективным при лечении острого состояния.

Длительность этапа долечивания должна быть как минимум в 2 раза больше, чем была длительность лечения острого состояния.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-поведенческая, краткосрочная психодинамическая, гештальт-терапия, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками.

Особенности аффективных расстройств настроения у несовершеннолетних пациентов:

при лечении несовершеннолетних пациентов в сравнении с лечением сходных состояний у совершеннолетних пациентов выбор антидепрессантов, ЛС нормотимического действия и антипсихотиков значительно более ограничен. Должны быть исключены ЛС, вызывающие нежелательные реакции.

Фармакотерапия аффективных расстройств настроения у несовершеннолетних пациентов не проводится, медицинская помощь осуществляется в форме психотерапии, семейной терапии и психообразования близких родственников. Из видов психотерапии как правило используют когнитивно-поведенческую, игровую, групповую, индивидуальную, семейную.

Из числа антидепрессантов могут использоваться флуоксетин (с 8 лет), сертралин (с 6 лет), эсциталопрам (с 12 лет). У несовершеннолетних пациентов возраста старше 12 лет могут с осторожностью назначаться пароксетин и венлафаксин, если использованные ранее ЛС группы СИОЗС не дали эффекта.

Правила подбора и использования антидепрессантов указаны в пункте 33 настоящего клинического протокола.

При лечении состояний мании (гипомании) у несовершеннолетних пациентов используются антипсихотики: рисперидон, галоперидол, оланзапин, арипипразол а также ЛС нормотимического действия – вальпроаты, ламотриджин, топирамат, карбамазепин, окскарбазепин, соли лития.

Этап долечивающего и стабилизирующего лечения по своим результатам, условиям проведения и продолжительности существенно не отличается от такового у совершеннолетних пациентов.

На этапе профилактического (противорецидивного) лечения для медицинской профилактики аффективных расстройств настроения у несовершеннолетних пациентов используются такие же, как у совершеннолетних пациентов ЛС нормотимического действия. Правила их использования также сходны.

Обычные дозы соли лития составляют от 300 до 900 мг/сутки, содержание лития в плазме крови должно быть от 0,4 до 0,6 ммоль/л.

Лечение карбамазепином начинают со 100 или 200 мг/сутки, повышая дозу на 100 мг каждую неделю до того, когда наступят нежелательные реакции (обычно седация и сонливость), после чего дозу немного снижают – ее и считают оптимальной.

Лечение ЛС вальпроевой кислоты начинают с дозы 10 мг на 1 кг массы тела при массе тела до 25 кг и 10–50 мг на 1 кг массы тела при массе тела более 25 кг, постепенно повышая дозу на 5–10 мг на 1 кг массы тела 1 раз в неделю до оптимальной.

При использовании ламотриджина лечение начинают с дозы с 25 мг/сутки, повышая ее на 25 мг каждые 2 недели; обычная полная доза составляет 100–200 мг/сутки.

Показана психотерапия, социально психолого-педагогическая реабилитация, семейное консультирование.

Назначение ЛС у несовершеннолетнего пациента с аффективными расстройствами настроения должно быть дополнено психотерапией и работой с близкими родственниками. Основной принцип реабилитации у несовершеннолетних пациентов заключается в сохранении у него способности продолжать обучение в учреждении образования.

Приложение
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с аффективными
расстройствами настроения
(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, используемых в диагностике аффективных расстройств настроения

Шкала депрессии Т.Бека (взрослый и подростковый вариант);
Гериатрическая шкала депрессии;
Шкала суицидальных намерений SSI (Т.Бек, М.Коувекс) и ее модификация MSSSI;
Шкала суицидальных интенций SIS;
Шкала безнадежности Т.Бека.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами, соответствующими шифрам F40-F48 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

8. Фобические тревожные расстройства (F40 по МКБ-10):

группа расстройств, в которой тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными. В результате эти ситуации обычно избегаются или переносятся с чувством страха.

Фобические тревожные расстройства проявляются повышенной тревожностью без видимой внешней причины, достигающей до острой пароксизмальной тревоги (паники). Панические атаки часто приводят к формированию у пациента тревожного ожидания наступления следующего приступа (опережающая тревога, тревога ожидания или страх страха) и, как следствие, избегающего поведения, что со временем ломает весь его жизненный стереотип.

Фобическая тревога часто сосуществует с депрессией. Большинство фобических расстройств, кроме социальных фобий, чаще встречаются у женщин.

Агорафобия (F40.0 по МКБ-10):

группа фобий, включающая боязнь остаться без какой-либо помощи вне дома, в том числе в толпе, общественных местах, в одиночестве, при переездах, в транспорте, на мостах и других местах.

Могут также присутствовать депрессивные и obsessивные симптомы и социальные фобии. При отсутствии эффективного лечения агорафобия часто становится хронической, хотя и течет обычно волнообразно. Панические атаки у пациента могут быть: спонтанными (без какой-либо видимой связи или причины), ситуационными (в каких-то определенных местах или в ситуациях) и приступы страха ожидания, которые возникают в ожидании «угрожающей ситуации».

Социальные фобии (F40.1 по МКБ-10):

стойкий иррациональный страх совершения каких-либо социальных действий – например, сдачи экзаменов, публичных выступлений, страх начальника, страх беседовать с лицами противоположного пола или с незнакомыми людьми и другое.

Социальные фобии сконцентрированы вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих в сравнительно малых группах людей (в противоположность толпе), что приводит к избеганию общественных ситуаций. Социальные фобии обычно сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики.

Специфические (изолированные) фобии (F40.2 по МКБ-10):

фобии, ограниченные строго определенными ситуациями, такими как нахождение рядом с какими-то животными, высота, гроза, темнота, полеты в самолетах, закрытые пространства, мочеиспускание или дефекация в общественных туалетах, прием определенной пищи, лечение у зубного врача, вид крови или повреждений и страх подвергнуться определенным заболеваниям.

Несмотря на то, что пусковая ситуация является изолированной, попадание в нее может вызвать панику как при агорафобии или социальной фобии.

9. Генерализованное тревожное расстройство (F41.1 по МКБ-10):

генерализованное тревожное расстройство (далее – ГТР) – распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно какими-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидальному риску. Длительность ГТР составляет как минимум 6 месяцев, не поддается сознательному контролю, то есть ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями, интенсивность тревожных переживаний несоизмерима актуальной жизненной ситуации пациента.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2 по МКБ-10):

психическое расстройство с симптомами тревоги и депрессии, но при этом ни те, ни другие не достигают степени выраженности ГТР, депрессивного эпизода или дистимии.

Другие смешанные тревожные расстройства (F41.3 по МКБ-10):

расстройства, соответствующих критериям ГТР и имеющих также явные (часто кратковременные) симптомы других расстройств, не удовлетворяя при этом их критериям полностью.

10. Обсессивно-компульсивное расстройство (F42 по МКБ-10):

включает: Преимущественно навязчивые мысли или размышления (F42.0 по МКБ-10), Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы) (F42.1 по МКБ-10), Смешанные навязчивые мысли и действия (F42.2 по МКБ-10), Другие обсессивно-компульсивные расстройства (F42.8 по МКБ-10), Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное (F42.9 по МКБ-10).

Основной чертой обсессивно-компульсивного расстройства являются повторяющиеся обсессивные мысли или компульсивные действия. Они почти всегда тягостны (потому что они имеют агрессивное или непристойное содержание), пациент часто пытается безуспешно сопротивляться им. Компульсивные действия или ритуалы представляют собой повторяющиеся вновь и вновь стереотипные поступки. Они не доставляют внутреннего удовольствия и не приводят к выполнению внутренне полезных задач.

Медицинскими показаниями к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях являются безуспешность предшествовавшего лечения в амбулаторных условиях; необходимость подбора комбинаций ЛС; сопутствующие психические расстройства – депрессия, тикозные гиперкинезы, расстройства личности, зависимости и другие.

11. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43 по МКБ-10):

стрессовые события являются первичным или преобладающим причинным фактором, без которого расстройство не могло бы возникнуть.

Острая реакция на стресс (F43.0 по МКБ-10):

развивается в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение нескольких часов или дней, может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора), или ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства или фуга). Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Обычно симптомы развиваются в течение нескольких минут после воздействия стрессового раздражителя или события и исчезают в течение двух-трех дней (часто часов). Может присутствовать частичная или полная диссоциативная амнезия эпизода.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1 по МКБ-10):

посттравматическое стрессовое расстройство (далее – ПТСР) – психическое расстройство, возникает как отставленная по времени и (или) затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс (например, природные или искусственные катастрофы,

сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления).

Расстройство приспособительных реакций (F43.2 по МКБ-10):

состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезного физического заболевания), развивается обычно в течение месяца после стрессового события или изменения жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев.

12. Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44 по МКБ-10):

общие симптомы, которые характеризуют диссоциативные и конверсионные расстройства, заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознании идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контроле движений тела, с другой.

Диссоциативные расстройства являются «психогенными» по происхождению, будучи тесно связанными по времени с травматическими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями.

Все типы диссоциативных расстройств имеют тенденцию к ремиттированию спустя несколько недель или месяцев, особенно, если их возникновение было связано с травматическим жизненным событием. Пациенты с диссоциативными расстройствами обычно отрицают проблемы и трудности, которые очевидны для других.

Диссоциативная амнезия (F44.0 по МКБ-10):

основной симптом – потеря памяти, обычно на недавние важные события. Она не обусловлена органическим психическим заболеванием и слишком выражена, чтобы быть объясненной обычной забывчивостью или усталостью. Диссоциативная амнезия обычно фокусируется на травматических событиях, таких как несчастные случаи или неожиданная потеря близких родственников, обычно она является парциальной и селективной. Генерализованность и полнота амнезии часто варьируют день ото дня, но постоянным общим признаком является невозможность вспомнить в состоянии бодрствования. Полная и генерализованная амнезия является редкой и обычно представляет собой проявление состояния фуги. В этом случае она должна быть классифицирована как диссоциативная фуга.

Диссоциативная фуга (F44.1 по МКБ-10):

диссоциативная фуга имеет все признаки диссоциативной амнезии в сочетании с внешне целенаправленными путешествиями, во время которых пациент поддерживает уход за собой. В некоторых случаях принимается новая идентичность личности, обычно на несколько дней, но иногда на более длительные периоды. Хотя период фуги амнезируется, поведение пациента в это время для независимых наблюдателей может представляться совершенно нормальным.

Диссоциативный ступор (F44.2 по МКБ-10):

поведение пациента отвечает критериям ступора, но обследование не выявляет его физической обусловленности. Как и при других диссоциативных расстройствах, дополнительно обнаруживаются недавние стрессовые события или выраженные межперсональные или социальные проблемы.

Транс и одержимость (F44.3 по МКБ-10):

расстройства, при которых имеется временная потеря, как чувства личностной идентичности, так и полного осознания окружающего. В некоторых случаях отдельные поступки управляются другой личностью, духом, божеством.

Трансы, которые являются произвольными или нежелательными затрудняют повседневную деятельность за счет того, что возникают или сохраняются и вне рамок религиозных или других культурально приемлемых ситуаций. Сюда не должны включаться трансы, развивающиеся в течение шизофрении или острых психозов с бредом и галлюцинациями, или расстройства множественной личности.

Диссоциативные двигательные расстройства (F44.4 по МКБ-10):

самым частым вариантом диссоциативного двигательного расстройства является утрата способности к движению конечности или ее части или к движению конечностей. Паралич может быть полным или частичным, когда движения слабы или замедлены. Могут проявляться различные формы и степени нарушения координации (атаксия), особенно в ногах, что обуславливает вычурную походку или неспособность стоять без посторонней помощи (астазия-абазия). Может иметь место преувеличенное дрожание одной или более конечностей или всего тела. Сходство может быть близким с почти любым вариантом атаксии, апраксии, акинезии, афонии, дизартрии, дискинезии или паралича.

Диссоциативные конвульсии (F44.5 по МКБ-10):

диссоциативные конвульсии могут очень точно двигательно имитировать эпилептические припадки, но при диссоциативных судорогах нет прикусывания языка, тяжелых кровоподтеков в связи с падениями и испускания мочи, потеря сознания отсутствует или имеют место состояния ступора или транса.

Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия (F44.6 по МКБ-10):

расстройство психогенного происхождения, которое характеризуется нарушением одного из видов чувствительности, но не имеет в своей основе объективно регистрируемых поражений нервной системы. К сенсорным диссоциативным нарушениям относят гиперестезию, парестезию, анестезию, слепоту, глухоту и туннельное зрение. Потеря зрения при диссоциативных расстройствах редко бывает тотальной и при его нарушении чаще речь идет об утрате остроты зрения, его общей неясности или о «сужении поля зрительного восприятия». Вопреки жалобам на потерю зрения у пациента часто хорошо сохраняются общая подвижность и моторная продуктивность. Гораздо реже, чем потеря чувствительности или зрения, встречаются диссоциативная глухота и anosmia.

Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.7 по МКБ-10):

при этих расстройствах имеются потеря или затруднения движений или утрата ощущений (обычно кожной чувствительности). Симптомы часто отражают представления пациента о физическом заболевании, что может находиться в противоречии с физиологическими или анатомическими принципами.

Легкие и транзиторные варианты смешанных диссоциативных (конверсионных) расстройств часто наблюдаются несовершеннолетних пациентов, особенно у девочек, но хронические варианты обычно встречаются у совершеннолетних пациентов. В отдельных случаях устанавливается рецидивирующий тип реакции на стресс в виде этих расстройств, который может проявляться в пожилом возрасте.

Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.8 по МКБ-10):

характерно существование у пациента двух или более разных личностей, проявляющихся одновременно и с проявлениями амнезии оригинальной личности на тот период, когда доминируют другие.

13. Соматоформные расстройства (F45 по МКБ-10):

эта рубрика включает в себя Соматизированное расстройство (F45.0 по МКБ-10), Недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1 по МКБ-10), Ипохондрическое расстройство (F45.2 по МКБ-10), Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3 по МКБ-10), Устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.4 по МКБ-10), Другие соматоформные расстройства (F45.8 по МКБ-10), Соматоформное расстройство неуточненное (F45.9 по МКБ-10).

Соматоформные расстройства проявляются соматическими жалобами, которые не могут быть в полной мере объяснены конкретным соматическим заболеванием или эффектами приема психоактивных веществ или другими психиатрическими синдромами.

Для диагностики ипохондрического расстройства характерно наличие стойкой, сохраняющейся не менее 6 месяцев убежденности в наличии у себя одного или более тяжелого заболевания, одно из которых конкретно обозначено пациентом.

При диагностике соматоформной вегетативной дисфункции следует учитывать, что это широкая группа вегетоневротических расстройств, которая характеризуется субъективными жалобами, обусловленными автономным вегетативным раздражением в той или иной части тела и соотносится пациентом с определенным соматическим заболеванием в одной или нескольких из следующих систем или органов: сердечно-сосудистой системы, верхнего отдела пищеварительного тракта, нижнего отдела пищеварительного тракта, системы мочеполовых органов.

Для диагностики хронического болевого соматоформного расстройства состояние должно соответствовать следующим критериям: длиться не менее 6 месяцев и быть связанным с какой-либо областью тела, при отсутствии какого-либо заболевания, которое позволило бы объяснить причину появления данного симптома; данные симптомы не выступают в рамках заболевания шизофренического или аффективного круга или других соматоформных нарушений.

14. Другие невротические расстройства (F48 по МКБ-10):

Неврастения (F48.0 по МКБ-10):

неврастения (синдром хронической усталости) проявляется многочисленными жалобами астенического характера, а также соматовегетативными нарушениями в виде повышенной утомляемости, эмоциональными колебаниями, преимущественно в сторону понижения настроения, головными болями, нарушениями сна;

Синдром деперсонализации–дереализации (F48.1 по МКБ-10):

в качестве изолированного синдрома встречается крайне редко. Как правило, встречается в структуре других психических заболеваний – органических мозговых поражений, шизофрении и шизоаффективных расстройств.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

15. Перечень обязательного общеклинического обследования в стационарных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности аспартатаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении в стационар (совершеннолетним пациентам);

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам);

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее при нормальных показателях и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

консультация врача-акушера-гинеколога – однократно (для женщин);

мазок на кишечечно-патогенную флору – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям.

16. Перечень обязательного общеклинического обследования в условиях отделения дневного пребывания:

консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам), далее – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию (совершеннолетним пациентам);

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

17. Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

18. Перечень дополнительного общеклинического обследования:

консультация врачей иных специальностей;

ЭКГ;

магнитно-резонансная томография головного мозга – однократно;

компьютерная томография головного мозга – однократно;

электроэнцефалография;

ультразвуковое исследование сердца;

ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;

определение уровня тиреотропного гормона;

определение уровня витамина В12 в крови;

определение уровня церулоплазмينا и меди в крови при подозрении на болезнь Вильсона-Коновалова;

анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол) при подозрении на интоксикацию;

анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;

анализ мочи на дельта-аминолевулиновую кислоту при подозрении на острую перемежающуюся порфирию.

19. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 15–18 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

20. Фобические тревожные расстройства (F40 по МКБ-10):

продолжительность лечения в стационарных условиях определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики), в условиях отделения дневного пребывания – на период проведения диагностических мероприятий, в амбулаторных условиях – на протяжении жизни.

Медицинские показания для госпитализации:

необходимость проведения дифференциально-диагностических мероприятий невозможных в иных, кроме стационарных условиях, для установления окончательного диагноза.

Лечение:

для фармакотерапии используются следующие ЛС:

селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС):

пароксетин 20–40 мг/сутки;

эсциталопрам 10–20 мг/сутки;

флувоксамин – 100–200 мг/сутки;

сертралин – 50–150 мг/сутки;

флуоксетин – 20–40 мг/сутки.

ЛС назначаются в течение 4–6 месяцев. Вариант лечения следует выбирать индивидуально для каждого пациента с учетом психотропного и соматотропного действия ЛС, возможных нежелательных реакций. Терапия этими ЛС начинается с минимальных дозировок и постепенно повышается до терапевтических, анксиолитический эффект антидепрессантов развивается индивидуально в течение 2–8 недель. Поэтому целесообразно применять комбинацию с производными бензодиазепина, особенно при выраженной интенсивности фобических переживаний.

При недостаточной эффективности антидепрессантов группы СИОЗС рекомендуется назначение антидепрессантов группы ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (далее – СИОЗСН) (венлафаксин, начальная доза – 75 мг, терапевтическая – 150–225 мг/сутки; дулоксетин, начальная доза 30 мг, терапевтическая 60–120 мг/сутки).

При отсутствии эффекта от СИОЗС и антидепрессантов группы СИОЗСН назначаются трициклические антидепрессанты: кломипрамин – 50–250 мг/сутки, amitриптилин – 75–150 мг/сутки.

Для более быстрого достижения эффекта в первые 2–3 недели рекомендуется сочетание антидепрессантов группы СИОЗС с анксиолитическими ЛС (далее – анксиолитиками) – производными бензодиазепина с целью снижения уровня тревоги и интенсивности фобических переживаний.

Анксиолитики группы бензодиазепинов:

клоназепам (начальная доза – 0,5–1 мг/сутки; максимальная доза – 0,5–4 мг/сутки);

алпразолам 0,25–2 мг/сутки;

феназепам, таблетки 1 мг, внутрь, независимо от приема пищи, начальная доза – 0,5–1 мг 2–3 раза в день, максимальная до 4–6 мг/сут.

Бета-адреноблокаторы используются кратковременно, преимущественно для купирования соматических проявлений тревоги. Применяются бисопролол в дозе 2,5–10 мг 1 раз в сутки, пропранолол (10–40 мг за 45–60 минут до попадания в ситуацию психоэмоционального и физического стресса), при генерализации тревоги – атенолол (50–100 мг/сутки).

Пациентам с фобическими расстройствами можно назначать прегабалин 300–600 мг/сутки с целью снижения уровня тревоги и интенсивности фобических переживаний. Имеются исследования, подтверждающие некоторую эффективность габапентина 900–3600 мг/сутки в отношении тревожно-фобических расстройств.

Для пациентов с тревожно-фобическими расстройствами рекомендуемая длительность фармакотерапии – от 6 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов.

Для медицинской профилактики развития зависимости прием анксиолитиков из группы бензодиазепинов не должен превышать 2–4 недель и сопровождаться медицинским наблюдением.

Пациентам с недостаточным ответом на монотерапию рекомендуется назначать антипсихотические ЛС с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации:

хлорпротиксен 15–100 мг/сутки;
сульпирид 200–400 мг/сутки;
оланзапин 2,5–20 мг/сутки;
арипипразол 10–15 мг/сутки;
рисперидон 0,5–6 мг/сутки;
кветиапин – 25–300 мг/сутки.

Учитывая ведущую роль психологических факторов в развитии тревожно-фобических расстройств, психотерапия имеет приоритетное значение для лечения по сравнению с фармакотерапией.

Используются когнитивно-поведенческая терапия, десенсибилизационные стратегии (например, метод градуированной экспозиции пугающей ситуации), когнитивное реконструирование, релаксация, аутотренинг, гипнотерапия и другие.

Пациентам с тревожно-фобическими расстройствами рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, ограничительного поведения, улучшения коммуникативных навыков, проведение групповой краткосрочной интерперсональной психотерапии – 20 сеансов по 1,5 часа – 5 сеансов в неделю.

Использование биообратной связи позволяет пациенту обучиться регуляции своего состояния и возможности его мониторинга.

Агорафобия (F40.0 по МКБ-10):

лечение проводится согласно частям первой–четырнадцатой настоящего пункта.

21. Генерализованное тревожное расстройство (F41.1 по МКБ-10): Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2 по МКБ-10); Другие смешанные тревожные расстройства (F41.3 по МКБ-10); Другие уточненные тревожные расстройства (F41.8 по МКБ-10):

лечение включает фармакотерапию и психотерапию. Выбор стратегии терапии и соотношения фармакотерапии и психотерапии должны оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае.

Применяемые группы ЛС:

антидепрессанты групп СИОЗС и СИОЗСН;
трициклические и гетероциклические психоаналептики;
анксиолитики группы бензодиазепинов;
небензодиазепиновые анксиолитики и снотворные ЛС;
противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием;
бета-адреноблокаторы.

Алгоритм лечения и дозы ЛС указаны в пункте 20 настоящего клинического протокола.

Анксиолитик группы бензодиазепинов показан как наиболее быстродействующее ЛС в виде кратковременного курса (не более 4–6 недель) в связи с опасностью развития зависимости.

Пациентам с ГТР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с производными бензодиазепина с целью снижения тревоги и коррекции ее соматовегетативных проявлений рекомендуется назначение некоторых антипсихотических ЛС в сочетании с антидепрессантами, дозы ЛС указаны в пункте 20 настоящего клинического протокола.

Пациентам с ГТР рекомендуется проводить терапию длительностью не менее 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта применяемой терапии с целью стабилизации эффекта. В большинстве случаев целесообразен более длительный период лечения – 12 месяцев и более, поскольку ГТР имеет высокий риск рецидивирования. Для медицинской профилактики рецидивов при достижении стабилизации на фоне применения антидепрессантов, целесообразно продолжить их применение в той же

дозировке, на которой был достигнут терапевтический эффект еще 6–12 месяцев. При стабильном состоянии отмена терапии осуществляется постепенно под контролем врача-специалиста в течение не менее 3 месяцев. Длительность поддерживающей терапии при ГТР и скорость отмены терапии определяется также исходя из индивидуальных особенностей пациента.

Психотерапия является обязательной частью лечебных мероприятий. В лечении пациентов с ГТР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с фармакотерапией с целью более эффективного и стойкого снижения тревоги, обучению релаксации, коррекции иррациональных установок, осознания глубинных механизмов и противоречий. Психотерапию рекомендуется начинать сразу же после снижения уровня тревоги и достижения состояния, при котором пациент способен конструктивно оценивать свои проблемы.

Применяются:

когнитивно-поведенческая терапия;
стратегии релаксации (дыхательные упражнения, медитация, аутогенная тренировка);

гештальт-терапия;

динамическая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (индивидуальная и/или групповая) с целью снижения тревоги и напряжения, осознания глубинных механизмов заболевания, разрешения внутренних противоречий, реконструкции системы отношений, психодинамическая терапия. Пациентам с ГТР рекомендовано так же использование методики биообратной связи – 10 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения.

22. Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное (F42.9 по МКБ-10):

всем пациентам с установленным диагнозом обсессивно-компульсивное расстройство (далее – ОКР) рекомендуется фармакотерапия и (или) психотерапия (когнитивно-поведенческая терапия), экспозиционная терапия с целью коррекции обсессивных и компульсивных симптомов.

Используются антидепрессанты, с выраженным ингибированием механизма обратного захвата серотонина, в первую очередь, СИОЗС.

Особенности тактики лечения ОКР антидепрессантами:

назначение максимально переносимых дозировок;

длительный латентный период – до развития эффекта может пройти 2–3 месяца.

Антидепрессант применяют в максимально переносимой дозировке 3 месяца, при полной неэффективности его заменяют другим.

Для вывода о резистентности к лечению необходимо испробовать кломипрамин и последовательно два психоаналептика группы СИОЗС, причем каждый из них должен применяться в максимальной дозировке не менее 3 месяцев. При частичном ответе на лечение прием его продолжают, прибавляя к психоаналептику другие ЛС.

Рекомендуется применение венлафаксина в дозе 75–300 мг/сутки.

В качестве альтернативного ЛС рекомендуется применение дулоксетина в дозе 30–120 мг/сутки. Дулоксетин демонстрирует эффективность в отношении симптомов ОКР.

Лечение нужно продолжать не менее 1 года после формирования ремиссии.

Если монотерапия антидепрессантами оказалась малоэффективной или неэффективной, то возможно проведение комбинированной фармакотерапии.

Наиболее часто антидепрессант комбинируют с антипсихотиком или клоназепамом. В самых тяжелых случаях оправдана комбинация психоаналептик, антипсихотик и клоназепам.

При сочетании ОКР с тиками или шизофренией назначают антипсихотики, а при их неэффективности используют сочетание антипсихотика и антидепрессанта. При сочетании ОКР с тиками возможно использование сульпирида в дозе 200–600 мг/сутки.

Психотерапия рекомендуется на любом этапе лечения при любой выраженности симптомов ОКР. Комбинированная терапия (фармакотерапия и психотерапия) демонстрирует лучшие показатели эффективности, чем только фармакотерапия.

Показана когнитивно-поведенческая терапия.

При преобладании компульсий показана поведенческая психотерапия, при преобладании obsessions – когнитивная психотерапия.

Близиких родственников необходимо информировать о природе заболевания и правилах поведения с пациентом, они не должны поддерживать ритуалы пациента. В некоторых случаях для достижения результата может потребоваться проведение семейной психотерапии.

У несовершеннолетних пациентов с хроническим течением заболевания навязчивостей нет сопротивления определенным ритуалам, они интегрируют их в свою повседневную жизнь. Наиболее часто встречающимися у несовершеннолетних пациентов навязчивыми действиями являются ритуал умывания и навязчивый контроль за своими действиями. Содержанием навязчивых мыслей являются опасения испачкаться грязью или выделениями, а также страх перед собственными агрессивными импульсами.

Особенностью лечения несовершеннолетних пациентов с ОКР является активное участие близиких родственников.

При фармакотерапии предпочтение отдается антидепрессантам группы СИОЗС, в частности, сертралину (с 6–12 лет – 25–50 мг/сутки; 13–17 лет – 50–200 мг/сутки) и флувоксамину (с 6 лет – 25–200 мг/сутки). Возможно применение кломипрамина с 6 лет – 3 мг/кг/сутки.

Из антипсихотиков используются: сульпирид несовершеннолетним пациентам до 6 лет – 5–10 мг/кг/сутки, 6–10 лет – 25 мг/сутки, 11–16 лет – 25–50 мг/сутки, рисперидон рекомендуется для несовершеннолетнего пациента весом более 25 кг по 0,25–2 мг/сутки.

Наращивать терапевтическую дозу следует постепенно, 1 раз в неделю. Прекращение лечения или замена психоаналептика не должна происходить ранее, чем через 10–12 недель. При эффективности фармакотерапии терапевтическая доза психоаналептика должна сохраняться в течение 10–12 месяцев.

23. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43 по МКБ-10), включает Острую реакцию на стресс (F43.0 по МКБ-10):

эффективны фармакотерапия (производные бензодиазеина, анксиолитики, бета-адреноблокаторы, антипсихотические ЛС, противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием и других), так и психотерапии (кризисное вмешательство, целью которого является быстрое достижение состояния эмоционального спокойствия, различные варианты когнитивно-поведенческой терапии, техники гипнотерапии, семейное консультирование и другие).

Выбор стратегии терапии и соотношение фармакотерапии и психотерапии зависят от проявлений симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожиданий пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей.

Имеются медицинские показания и медицинские противопоказания как для фармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, нежелательными реакциями и организационными условиями.

Используются следующие ЛС:

анксиолитики группы бензодиазепинов: клоназепам (начальная доза – 0,5–1 мг/сутки; максимальная доза – 0,5–4 мг/сутки), алпразолам 0,25–2 мг/сутки.

Не рекомендуется назначать их пациентам пожилого возраста в связи с увеличением риска нарушений координации и падений. ЛС группы производных бензодиазеина могут формировать зависимость и имеют синдром отмены при резком прекращении терапии. Поэтому длительность их применения должна быть ограничена 3–4 неделями.

Бета-адреноблокаторы используются кратковременно, преимущественно для купирования соматических проявлений тревоги. Применяются пропранолол (10–40 мг

за 45–60 минут до попадания в ситуацию психоэмоционального и физического стресса), при генерализации тревоги – атенолол (50–100 мг/сутки).

Пациентам с острой реакцией на стресс можно назначать прегабалин 300–600 мг/сутки с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний. Имеются исследования, подтверждающие некоторую эффективность габапентина 900–3600 мг/сутки в отношении тревожно-фобических расстройств.

Пациентам с острой реакцией на стресс, для более быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику можно применять ЛС из группы анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин).

Пациентам с острой реакцией на стресс рекомендуемая длительность фармакотерапии – от 2 недель до 2 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и медицинской профилактики рецидивов.

Для медицинской профилактики развития зависимости прием анксиолитических ЛС из группы бензодиазепинов не должен превышать 2–4 недель и сопровождаться медицинским наблюдением.

Пациентам с острой реакцией на стресс с недостаточным ответом на монотерапию рекомендуется назначать антипсихотические ЛС с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации:

- хлорпротиксен 15–100 мг/сутки;
- сульпирид 200–400 мг/сутки;
- оланзапин 2,5–20 мг/сутки;
- арипипразол 10–15 мг/сутки;
- рисперидон 0,5–6 мг/сутки;
- кветиапин 25–300 мг/сутки.

Психотерапия, в особенности если психологические механизмы формирования и поддержания тревоги играют существенную роль, дает более качественный эффект и более стойкую ремиссию. В ряде случаев оптимальным является сочетание фармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет повысить эффективность терапевтических вмешательств.

Используются когнитивно-поведенческая терапия, десенсибилизационные стратегии (например, метод градуированной экспозиции пугающей ситуации), когнитивное реконструирование, релаксация, аутотренинг, гипнотерапия.

Пациентам с острой реакцией на стресс рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков проведение групповой краткосрочной интерперсональной психотерапии – 20 сеансов по 1,5 часа – 5 сеансов в неделю, использование релаксационных методов – 10–15 сеансов. Использование биообратной связи позволяет пациенту обучиться регуляции своего состояния и возможности его мониторинга.

ПТСР (F43.1 по МКБ-10):

эффективны СИОЗС:

- пароксетин 20–40 мг/сутки;
- эсциталопрам 10–20 мг/сутки;
- флувоксамин – 100–200 мг/сутки;
- сертралин – 50–150 мг/сутки;
- флуоксетин – 20–40 мг/сутки.

Целесообразно применять комбинацию с производными бензодиазепина, особенно при выраженной интенсивности фобических переживаний. При недостаточной эффективности антидепрессантов группы СИОЗС рекомендуется назначение антидепрессантов группы СИОЗСН (венлафаксин, начальная доза – 75 мг,

терапевтическая – 150–225 мг/сутки; дулоксетин, начальная доза 30 мг, терапевтическая 60–120 мг/сутки).

При отсутствии эффекта от СИОЗС и антидепрессантов группы СИОЗСН назначаются трициклические антидепрессанты: кломипрамин – 50–250 мг/сутки, amitриптилин – 75–150 мг/сутки.

Для более быстрого достижения эффекта в первые 2–3 недели рекомендуется сочетание антидепрессантов группы СИОЗС с анксиолитиками – производными бензодиазепаина с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний.

Анксиолитики группы бензодиазепинов: клоназепам (начальная доза – 0,5–1 мг/сутки; максимальная доза – 0,5–4 мг/сутки), алпразолам 0,25–2 мг/сутки.

Бета-адреноблокаторы используются кратковременно, преимущественно для купирования соматических проявлений тревоги. Применяются пропранолол (10–40 мг за 45–60 минут до попадания в ситуацию психоэмоционального и физического стресса), при генерализации тревоги – атенолол (50–100 мг/сутки).

Пациентам с ПТСР можно назначать прегабалин 300–600 мг/сутки с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний. Имеются исследования, подтверждающие некоторую эффективность габапентина 900–3600 мг/сутки в отношении ПТСР.

Пациентам с ПТСР, учитывая отставленный эффект антидепрессантов, для более быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику применять ЛС из группы анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин).

Для пациентов с ПТСР рекомендуемая длительность фармакотерапии – от 6 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и медицинской профилактики рецидивов.

Пациентам с ПТСР с недостаточным ответом на монотерапию рекомендуется назначать антипсихотические ЛС с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации:

- хлорпротиксен 15–100 мг/сутки;
- сульпирид 200–400 мг/сутки;
- оланзапин 2,5–20 мг/сутки;
- арипипразол 10–15 мг/сутки;
- рисперидон 0,5–6 мг/сутки;
- кветиапин 25–300 мг/сутки.

Комбинированная терапия (антипсихотические ЛС и их сочетание с антидепрессантами) рекомендуется при недостаточном ответе на монотерапию антидепрессантами, при высокой представленности сенестопатического компонента, что часто встречается при затяжном течении ПТСР, при наличии сверхценной ипохондрической фиксации, выраженных психовегетативных нарушениях.

В лечении пациентов с ПТСР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с фармакотерапией с целью более эффективного и стойкого снижения тревоги, интенсивности фобических переживаний, обучению релаксации, коррекции иррациональных установок, осознания глубинных механизмов и противоречий, преодоления ограничительного поведения.

Используются когнитивно-поведенческая терапия, десенсибилизационные стратегии (например, метод градуированной экспозиции пугающей ситуации), когнитивное реконструирование, релаксация, аутотренинг, гипнотерапия, проведение метода десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз.

Пациентам с ПТСР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков проведение групповой краткосрочной интерперсональной психотерапии – 20 сеансов по 1,5 часа – 5 сеансов в неделю.

Расстройство приспособительных реакций (F43.2 по МКБ-10):

алгоритм лечения представлен в частях второй–четырнадцатой настоящего пункта.

24. Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44 по МКБ-10):
оказание медицинской помощи осуществляется в стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания, в амбулаторных условиях;
для фармакотерапии используются:
трициклические антидепрессанты:
кломипрамин, amitриптилин и другие при выраженных депрессивных расстройствах, в том числе в сочетании с бензодиазепинами или антипсихотиками;
антидепрессанты групп СИОЗС и СИОЗСН: флуоксетин, эсциталопрам, флувоксамин, сертралин, пароксетин, венлафаксин при тревоге, депрессии, дисфории;
антипсихотики, с преимущественно седативным действием: перициазин, хлорпротиксен, рисперидон, сульпирид, флупентиксол;
небензодиазепиновые снотворные ЛС (зопиклон) при нарушениях сна;
противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием: карбамазепин, вальпроевая кислота, оксакарбамазепин, прегабалин при дисфоричности, аффективной лабильности, агрессивности;
бета-адреноблокаторы для купирования сопутствующей вегетативной симптоматики.

Дозы ЛС указаны в частях второй–четырнадцатой пункта 23 настоящего клинического протокола.

Используемые методы психотерапии:

поддерживающая психодинамическая и личностно-ориентированная терапия;

телесно-ориентированная терапия;

гипнотерапия;

другие суггестивные методы;

когнитивно-поведенческая терапия;

терапия, направленная на формирование адекватной самооценки.

25. Соматоформные расстройства (F45 по МКБ-10):

лечение в стационарных условиях показано при выраженных расстройствах и нарушениях адаптации, для удаления пациента из актуальной психотравмирующей ситуации, в диагностически сложных случаях, а также для подбора необходимого лечения при резистентных случаях.

Основная роль в лечении соматоформных расстройств принадлежит психотерапии, фармакотерапия имеет цель создать возможности психотерапии и проводится при наличии сопутствующих тревожных, депрессивных, болевых и других расстройств. Выбор ЛС в каждом случае определяется особенностями симптоматики и сопутствующих проявлений.

Используются ЛС:

антидепрессанты группы СИОЗС: пароксетин 20–40 мг/сутки, эсциталопрам 10–20 мг/сутки; флувоксамин – 100–200 мг/сутки, сертралин – 50–150 мг/сутки, флуоксетин – 20–40 мг/сутки;

антидепрессанты группы СИОЗСН: венлафаксин, начальная доза – 75 мг, терапевтическая – 150–225 мг/сутки; дулоксетин, начальная доза 30 мг, терапевтическая 60–120 мг/сутки;

трициклические и гетерециклические антидепрессанты: в терапевтических дозах кломипрамин – 50–200 мг/сутки, amitриптилин – 75–150 мг/сутки;

антипсихотики с седативным эффектом: оланзапин, кветиапин, сульпирид, флупентиксол; хлорпротиксен – как резерв при выраженной тревоге;

бета-адреноблокаторы для купирования вегетативной симптоматики: пропранолол – 10–40 мг/сутки или атенолол – 50–100 мг/сутки;

противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием в невысоких дозах (прегабалин – 150–600 мг/сутки, карбамазепин – 400–600 мг/сутки, вальпроевая кислота – 300–900 мг/сутки) показаны при колебаниях аффекта, болевых и вегетативных расстройствах.

Возможно сочетание антидепрессанта с анксиолитиками группы бензодиазепинов. Антипсихотики с седативным эффектом: оланзапин, кветиапин, сульпирид, флупентиксол, хлорпротиксен – как резерв при длительной тревоге, которую не удается купировать бензодиазепинами в рекомендованные сроки. Рекомендуемые ЛС и их дозы указаны в частях второй–четырнадцатой пункта 23 настоящего клинического протокола.

Для медицинской профилактики развития зависимости прием анксиолитических ЛС из группы бензодиазепинов не должен превышать 2–3 недель ввиду опасности формирования зависимости. Необходимо избегать назначения этих ЛС с коротким периодом полувыведения (предпочтительнее диазепам, клоназепам).

Комбинированная терапия (антипсихотические ЛС и их сочетание с антидепрессантами) рекомендуется при недостаточном ответе на монотерапию антидепрессантами, при высокой представленности сенестопатического компонента.

Обязательной частью лечебных мероприятий является психотерапия. Применяются различные методы и техники психотерапии: когнитивно-поведенческая, рациональная терапия, когнитивная терапия, рационально-эмотивная терапия, релаксационные методы, нейролингвистическое программирование, психодрама, эриксоновский гипноз, гештальт-терапия, психодинамическая терапия и другие.

Необходимым является выявление возможных психологических причин и источников симптомов, нивелирование психотравмирующей ситуации или ее дезактуализация. Психотерапия должна быть направлена на осознание пациентом дезадаптивных форм реагирования в кризисной ситуации.

Постоянно включается использование принципов рациональной психотерапии (демонстрация связи симптомов с психологическими проблемами), психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками, супругом, информирование о влиянии психологического состояния на самочувствие пациента, тренировка способностей разрешения межличностных конфликтов.

Несовершеннолетним пациентам рекомендованы:

антидепрессанты: сертралин с 6–12 лет – 25–50 мг/сутки, с 13–17 лет – 50–200 мг/сутки; амитриптилин с 6 лет – 1 мг/кг/сутки; флувоксамин с 6 лет – 25–200 мг/сутки; флуоксетин для ребенка весом более 25 кг, 5–10 мг/сутки; кломипрамин с 6 лет – 3 мг/кг/сутки;

антипсихотики: сульпирид до 6 лет – 5–10 мг/кг/сутки, с 6–10 лет – 25 мг/сутки, с 11–16 лет – 25–50 мг/сутки;

анксиолитики: диазепам, раствор для инъекций 0,2–0,3 мг/кг/сутки, таблетки: 6–12 лет – 2,5–10 мг/сутки, 13–18 лет по 5–20 мг/сутки.

26. Другие невротические расстройства (F48 по МКБ-10):

медицинская помощь, как правило, оказывается в амбулаторных условиях. Медицинским показанием для госпитализации пациентов являются нарушение трудоспособности (невозможность выполнять свои профессиональные обязанности), а также необходимость подбора адекватной терапии при отсутствии эффекта от лечения в амбулаторных условиях.

Лечение:

психосоциальные вмешательства, направленные на изменения режима труда и отдыха;

нормализация режима сна;

фармакотерапия:

антидепрессанты группы СИОЗС, трициклические, гетероциклические в терапевтических дозах и не вызывающие нежелательные реакции – эсциталопрам, сертралин, мапротилин и другие;

анксиолитики группы бензодиазепинов, предпочтительнее «дневные» (тофизопам) короткими (2–3 недели) курсами в невысоких дозах, а также ноотропные ЛС (фенибут); небензодиазепиновые снотворные ЛС – зопиклон;

при выраженных вегетативных симптомах используют бета-адреноблокаторы: пропранолол (10–40 мг/сутки) или атенолол (25–50 мг/сутки);

при наличии выраженной аффективной лабильности – противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием в невысоких дозах (карбамазепин или вальпроевая кислота).

Прием анксиолитиков группы бензодиазепинов не должен превышать 2–3 недель во избежание развития зависимости;

физические методы лечения: рефлексотерапия;

психотерапия: релаксационные методы, аутотренинг; психодрама, когнитивная терапия, гештальт-терапия; тренинг социальных навыков.

Синдром деперсонализации–дереализации (F48.1 по МКБ-10):

в качестве изолированного синдрома встречается крайне редко. Как правило, встречается в структуре других психических заболеваний – органических мозговых поражений, шизофрении и шизоаффективных расстройств.

Лечение проводится согласно пункту 25 настоящего клинического протокола.

Приложение
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с невротическими,
связанными со стрессом,
и соматоформными расстройствами
(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к использованию в диагностике невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств

Стандартный многофакторный личностный опросник Кеттелла;

Самооценка психических состояний Г.Айзенк;

Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ, адаптация ММРІ Ф.Б.Березиным);

Стандартизированное многофакторное исследование личности (СМИЛ, адаптация Л.Н.Собчик);

Опросник К.Леонгарда-Г.Шмишека;

Цветовой тест Люшера;

Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилберга-Ю.Л.Ханина;

Интервью с близкими родственниками;

Опросник Анализ семейных взаимоотношений (АСВ) для близких родственников;

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) (с 12 лет);

Стандартизированное многофакторное исследование личности (СМИЛ, адаптация Л.Н.Собчик) – (с 15 лет);

Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ, адаптация ММРІ Ф.Б.Березиным) – (с 15 лет);

Интервью с пациентом, пережившим психотравму;

Шкала для самооценки тревоги Цунга;

Личностная шкала проявлений тревоги (J.Teulor), адаптирован Т.А.Немчиным;

Опросник исследования тревожности (у старших подростков и юношей, А.Д.Андреева);

Многомерная оценка детской тревожности (у детей и подростков) (Е.Е.Малкова);

Дифференциальная диагностика депрессивных состояний (В.Жмуров);

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга (адаптация Т.И.Балашовой);

Опросник депрессивных состояний (И.Г.Беспалько, Л.И.Вассерман), для дифференциального различия невротической и эндогенной депрессии (мужской и женский варианты);

Методика подростковой депрессивности CDI, адаптация и стандартизация А.П.Белова, С.Б.Малых, Е.З.Сабирова, М.М.Лобаскова;
Готландская шкала мужской депрессии (В.Рютц, З.Ример);
Шкала депрессии Бека (взрослый и подростковый вариант);
Короткая шкала для определения тревоги Д.Голдберга;
Госпитальная шкала тревоги и депрессии;
Шкала тревоги М. Гамильтона;
Шкала самооценки тревоги Д.Шихана;
Шкала фобий Маркса-Шихана (Marks-Sheehan Phobia Scale);
Шкала obsессий и компульсий Йеле-Брауна (Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale – Y-BOCS).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами приема пищи (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с расстройствами приема пищи, соответствующими шифру F50 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с расстройствами приема пищи в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания,

наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ ПРИЕМА ПИЩИ

8. Для расстройств приема пищи характерно отчетливое нарушение пищевых привычек или поведения по контролю массы тела. Нарушения пищевых привычек или наблюдаемые кардинальные симптомы нарушенного пищевого поведения приводят к клинически значимому повреждению соматического здоровья или психосоциального функционирования (кардинальные симптомы расстройств приема пищи включают нарушение питания и сопутствующую переоценку формы или массы тела).

Классификация расстройств приема пищи включает следующие расстройства:

- нервная анорексия;
- нервная булимия;
- атипичные нарушения пищевого поведения (или нарушения пищевого поведения, нигде более не классифицируемые);
- переедание – реакция на дистресс;
- психогенная рвота.

К отдельной форме расстройств приема пищи следует отнести расстройство по типу переедания.

9. Клинические критерии нервной анорексии:

- сверхценные идеи в отношении формы или массы тела (самооценка преимущественно или исключительно с позиции веса или формы тела);
- активное поддержание чрезмерно низкой массы тела (например, индекс массы тела (далее – ИМТ) $\leq 17,5$ кг/м²);
- аменорея в половозрелом возрасте при условии, что не используются оральные контрацептивы.

Клинические критерии нервной булимии:

- сверхценные идеи в отношении формы или массы тела (самооценка преимущественно или исключительно с позиции веса или формы тела);
- повторяющиеся эпизоды переедания;
- экстремальные методы контроля массы тела – например, жесткие диетические ограничения, самовызывание рвоты, частое использование слабительных и мочегонных ЛС;

диагностические критерии для нервной анорексии не выполняются.

Клинические критерии атипичных нарушений пищевого поведения:

- клинически значимые нарушения пищевого поведения, которые не удовлетворяют диагностическим критериям нервной анорексии или булимии.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ПРИЕМА ПИЩИ

10. Перечень обязательного общеклинического обследования в стационарных условиях (в условиях отделения дневного пребывания и в амбулаторных условиях):

- консультация психолога с целью психологической диагностики;
- использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

оценка характера семейного функционирования – при первичном медицинском осмотре и по необходимости в процессе терапии;

измерение ИМТ (для несовершеннолетних пациентов использовать центильные таблицы), окружность талии, окружность бедер, толщина кожной складки, оценка нормативности ортостатических реакций, выявление лануго, акроцианоза, пастозности тканей и отеков, увеличения и болезненности слюнных желез, выпадения волос, ломкости ногтей, желтушности, царапин на тыльной стороне кистей, болезненности живота – регулярно в процессе терапии (частота обследования определяется тяжестью соматического состояния пациентов и наличием соматических осложнений), а массу тела пациентов следует измерять не реже 1 раза в неделю;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК):

определение уровня калия, натрия, хлора, глюкозы, общего белка, белковых фракций, определение концентрации триглицеридов, холестерина, липопротеидов низкой плотности (далее – ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (далее – ЛПВП), коэффициента атерогенности, билирубина, мочевины, креатинина, уровень амилазы сыворотки крови, а также определение активности аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), креатинфосфокиназы (далее – КФК) – однократно при поступлении, далее – при отсутствии патологических изменений и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

оценка функции щитовидной железы: определение уровня тиреотропного гормона (далее – ТТГ), свободного тироксина (далее – своб. Т4), свободного трийодтиронина (далее – своб. Т3) – однократно при поступлении;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (несовершеннолетним пациентам);

мазок на кишечно-патогенную флору – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (несовершеннолетним пациентам);

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в год.

11. Перечень обязательного общеклинического обследования в условиях отделения дневного пребывания:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

оценка характера семейного функционирования – при первичном медицинском осмотре и по необходимости в процессе терапии;

измерение ИМТ (для несовершеннолетних пациентов использовать центильные таблицы), окружность талии, окружность бедер, толщина кожной складки, оценка нормативности ортостатических реакций, выявление лануго, акроцианоза, пастозности тканей и отеков, увеличения и болезненности слюнных желез, выпадения волос, ломкости ногтей, желтушности, царапин на тыльной стороне кистей, болезненности живота – регулярно в процессе терапии (частота обследования определяется тяжестью соматического состояния пациентов и наличием соматических осложнений), а массу тела пациентов следует измерять не реже 1 раза в неделю;

оценка характера семейного функционирования;

ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

БИК: определение уровня калия, натрия, хлора, глюкозы, общего белка, белковых фракций, определение концентрации триглицеридов, холестерина, ЛПНП, ЛПВП, коэффициента атерогенности, билирубина, мочевины, креатинина, а также уровень амилазы сыворотки крови, определение активности АлАТ, АсАТ, КФК – однократно при поступлении;

оценка функции щитовидной железы: определение уровня ТТГ, своб. Т4, своб. Т3 – однократно при поступлении;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (несовершеннолетним пациентам);

измерение ИМТ;

флюорография ОГК – 1 раз в год (несовершеннолетним пациентам).

12. Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

оценка характера семейного функционирования – при первичном медицинском осмотре и по необходимости в процессе терапии;

измерение ИМТ (для несовершеннолетних пациентов использовать центильные таблицы), окружность талии, окружность бедер, толщина кожной складки, оценка нормативности ортостатических реакций, выявление лануго, акроцианоза, пастозности тканей и отеков, увеличения и болезненности слюнных желез, выпадения волос, ломкости ногтей, желтушности, царапин на тыльной стороне кистей, болезненности живота – регулярно в процессе терапии (частота обследования определяется тяжестью соматического состояния пациентов и наличием соматических осложнений), а массу тела пациентов следует измерять не реже 1 раза в неделю;

ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

БИК: определение уровня калия, натрия, хлора, глюкозы, общего белка, белковых фракций, определение концентрации триглицеридов, холестерина, ЛПНП, ЛПВП, коэффициента атерогенности, билирубина, мочевины, креатинина, а также уровень амилазы сыворотки крови, определение активности АлАТ, АсАТ, КФК – однократно при поступлении;

оценка функции щитовидной железы: определение уровня ТТГ, своб. Т4, своб. Т3 – однократно при обращении;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (несовершеннолетним пациентам);

измерение ИМТ;

флюорография ОГК – 1 раз в год (несовершеннолетним пациентам).

13. Перечень дополнительного общеклинического обследования (по медицинским показаниям):

консультация врачей иных специальностей;

консультация психолога с целью психологической диагностики;

ЭКГ;

магнитно-резонансная томография головного мозга – однократно;

компьютерная томография головного мозга – однократно;

электроэнцефалография;

эхокардиография;

ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;

исследование спинномозговой жидкости/крови на антинейрональные антитела при подозрении на аутоиммунный энцефалит;

исследование спинномозговой жидкости/крови на маркеры вирусных и бактериальных инфекций;
исследование кала на наличие крови;
для пациентов с недостаточной массой тела на протяжении более 6 месяцев: исследование выраженности остеопении и остеопороза, а также сывороточные уровни эстрадиола (у женщин), тестостерона (у мужчин);
определение уровня гликированного гемоглобина;
определение уровней лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, пролактина в сыворотке крови (при продолжающейся аменорее на фоне нормальной массы тела);
определение уровня церулоплазмينا и меди в крови при подозрении на болезнь Вильсона-Коновалова;
анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол) при подозрении на интоксикацию;
анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;
анализ мочи на дельта-аминолевулиновую кислоту при подозрении на острую перемежающуюся порфирию;
тест на беременность;
медико-генетическое консультирование для исключения наследственных заболеваний.

14. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 10–13 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПРИЕМА ПИЩИ

15. Оказание медицинской помощи направлено на ликвидацию соматических осложнений расстройств приема пищи и нормализацию массы тела (достижение как минимум 90 % идеальной массы тела для соответствующей длины тела по стандартным таблицам), уменьшение поведенческих нарушений, связанных с расстройством пищевого поведения, уменьшение ограничений в питании и расширение объема употребляемой пищи, освоение здоровых, но не избыточных физических нагрузок. Это должно сопровождаться расширением участия пациента в организации питания и работой по повышению степени его доверия к медицинскому работнику, назначенному лечению.

Условия лечения:

как правило, в психиатрическом стационаре, включая, если это необходимо, принудительную госпитализацию и лечение в порядке, установленном законодательством.

Решение о необходимости госпитализации должно приниматься в каждом конкретном случае на основании учета психопатологической и поведенческой симптоматики, а также соматического статуса пациентов. Лечение в стационарных условиях показано при массе тела, составляющей 75 % от индивидуальной нормальной массы тела и менее.

Медицинские показания для госпитализации:

тяжелая или быстрая целенаправленная потеря массы тела, обычно до уровня менее 85 % нормальной массы тела, или выраженные соматические, психологические или социальные нарушения;

недостаточная эффективность лечения в амбулаторных условиях проявляющаяся отсутствием нормализации веса или ликвидацией симптомов переедания/очистительного поведения;

значимая психиатрическая коморбидность, включая тяжелый депрессивный эпизод, выраженное обсессивно-компульсивное расстройство, расстройство личности

с импульсивным поведением, использование психоактивных веществ или зависимость от них, и/или имеющийся план самоповреждений или такого рода поведение;

выраженные медицинские осложнения, в том числе гипокалиемия, кардиологические проблемы, коморбидный сахарный диабет и другие.

Лечение в условиях отделения дневного пребывания может проводиться при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от психоактивных веществ и риска суицидального поведения.

Лечение в амбулаторных условиях является исключением и может осуществляться лишь при:

отсутствии выраженных соматических осложнений;

малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации;

сильной мотивации у пациента и близких родственников на участие в лечении;

снижение массы тела не более чем на 20 % от здоровой массы тела при возможности осуществления тщательного мониторинга.

Мониторинг должен включать как минимум еженедельную оценку массы тела, измерение плотности мочи одновременно с оценкой основных показателей состояния организма (пульс, артериальное давление) при ортостатических пробах, а также измерение температуры. В случае отсутствия прогресса в лечении на протяжении нескольких недель условия лечения должны быть изменены с амбулаторного на госпитализацию в психиатрический стационар.

Продолжительность лечения зависит от длительности и выраженности нарушений пищевого поведения, а также от специфической симптоматики – в среднем от 12 до 60 месяцев.

16. Расстройства приема пищи (F50 по МКБ-10):

лечение:

в случае выраженных соматических осложнений при расстройствах приема пищи лечение начинается с симптоматического лечения этих осложнений (восстановление водно-электролитного, белкового, жирового баланса, инфузионная терапия). При этом нередко лечение должно осуществляться в отделении интенсивной терапии и реанимации, учитывая высокую вероятность соматической декомпенсации вплоть до летального исхода (предотвращение синдрома вскармливания) и необходимость круглосуточного мониторинга состояния (в том числе кардиомониторинг), особенно у несовершеннолетних пациентов при выраженном дефиците массы тела (менее 70 %);

восстановление статуса питания;

психосоциальные вмешательства;

фармакотерапия.

Восстановление статуса питания:

для пациента, имеющего выраженную кахексию, начальное количество пищи может составлять от 1200 до 1500 ккал в сутки в зависимости от массы тела пациента при поступлении. Пища вначале должна содержать малые количества жиров, соли и лактозы для естественного восстановления ферментативного баланса желудочно-кишечного тракта. В планировании рациона питания необходимо ориентироваться на биологически обоснованные нормативы баланса нутриентов с учетом уровня метаболизма конкретного пациента.

Калорийность пищевого рациона повышается на 500 ккал за 4–5 дней до тех пор, пока не будет достигнут суточный уровень калорийности в интервале от 3500 до 4500 ккал/сутки. На протяжении этапа набора массы тела суточный уровень калорийности может составлять до 70–100 ккал/кг/сутки. На этапе поддержания достигнутой массы тела, а также для продолжения роста и развития несовершеннолетних пациентов суточный уровень потребления должен составлять 40–60 ккал/кг/сутки. Индивидуальный уровень калорийности устанавливается в зависимости от индивидуальной скорости набора массы тела, длины тела пациента и наличия

желудочно-кишечного дискомфорта. Через несколько недель с момента начала восстановления пищевого статуса большая часть питания должна быть в достаточно густой консистенции, включая умеренное количество жиров и углеводов.

Медицинское наблюдение на протяжении периода набора массы тела является обязательным. Оно должно включать:

оценку жизненных функций, а также оценку потребления пищи и жидкости, наряду с их выделением;

мониторинг электролитов (в том числе фосфора);

обращается внимание на наличие отеков, быстрый набор массы тела (связанной преимущественно с водной перегрузкой), признаки сердечной недостаточности и симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, особенно запоры и вздутие.

Психосоциальные вмешательства:

с момента госпитализации пациенту должно быть обеспечено круглосуточное 24-часовое медицинское наблюдение до момента стабилизации соматического статуса и положительной динамики показателя ИМТ. Медицинское наблюдение должно осуществляться как в процессе приема пищи пациентом, так и при выполнении гигиенических мероприятий, в процессе свободного времяпрепровождения. В процессе приема пищи медицинский работник должен находиться непосредственно рядом и побуждать пациента к употреблению пищи. Делается акцент на сопереживании по поводу страха пациента в связи с ожирением, обеспечении психологической поддержки и использовании атмосферы группового поощрения.

Психосоциальная реабилитация:

результатом данного рода вмешательств является то, что пациент начинает 3-разовый прием пищи (по медицинским показаниям прием пищи может быть чаще – 4 и более раз в день), сопровождающийся умеренным уровнем тревоги.

Иногда, лишь у чрезвычайно тревожных пациентов, целесообразно использовать кратковременно небольшие дозы анксиолитиков группы бензодиазепинов (диазепам – 5 мг за 30–40 минут до еды) на протяжении 1–2 недель. Небольшие дозы антипсихотиков, преимущественно атипичных (оланзапин, рисперидон, кветиапин, арипипразол, карипразин) используются для купирования выраженных обсессивных и тревожных проявлений, влияния на сверхценный характер переживаний пациентов, а также для прицельного ослабления предвосхищающей тревоги перед едой накануне ее потребления.

ЛС, нормализующие моторную функцию желудочно-кишечного тракта – прокинетики (например, метоклопрамид), могут назначаться в связи со вздутием и болями в животе вследствие гастропареза и преждевременного насыщения, отмечаемыми у некоторых пациентов. При рефлюкс-эзофагите положительный эффект может быть получен при назначении ингибиторов протонной помпы (омепразол, пантопразол и другие) и блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов (ранитидин, фамотидин).

Назначение ЛС, повышающих аппетит, не рекомендовано, поскольку у пациентов мозговые механизмы контроля аппетита являются интактными, а в отсутствие психотерапевтической поддержки увеличение массы тела у пациентов приведет к обострению симптоматики нервной анорексии.

По мере восстановления статуса питания и нормализации соматических параметров (электрокардиограмма), электролитный состав крови и прочее) целесообразно курсовое применение гипербарической оксигенации – 10 сеансов, по одному ежедневно с изопрессией 40 минут в режиме избыточного давления 0,03 МПа. Цель применения технологии гипербарической оксигенации – активация адаптационных ресурсов организма посредством достижения метаболического и дезинтоксикационного эффектов процедуры.

Критерии эффективности лечения:

восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у несовершеннолетних пациентов);

лечение значимых соматических осложнений;
восстановление стабильных клинико-биохимических параметров, свидетельствующих о компенсации имевшихся осложнений. Критерием адекватной положительной динамики массы тела следует считать: в стационарных условиях – увеличение массы тела на 1–1,5 кг/неделю, в условиях отделения дневного пребывания и в амбулаторных условиях – до 0,5 кг/неделю.

Действия при отсутствии результата:

целесообразно: изменение режима лечения в плане усиления степени контроля за пищевым поведением и социальной поддержки (например, перевод с лечения в амбулаторных условиях на лечение в отделение дневного пребывания или в стационар);

в плане нормализации массы тела – перевод на энтеральное питание официальными питательными смесями («Нутриен-стандарт», «Фрезубин», «Интестамин» и подобные) через назогастральный зонд (преимущественно), в том числе круглосуточное, либо парентеральное питание (аминокислоты для парентерального белкового питания: валин, валинолакт, инфезол, дипептивен и подобные; жировые эмульсии для парентерального питания: кабивен центральный, кабивен периферический, липовеноз и подобные). При необходимости использования назогастрального питания одномоментное продолжительное (более 24 часов) кормление является менее предпочтительным в сравнении, например, с 3–4-кратным кормлением по причине вероятности возникновения метаболических нарушений или субъективного дискомфорта пациента. Полное парентеральное питание требуется крайне редко при угрожающих жизни состояниях.

Начало кормления пациента может сопровождаться кратковременной преходящей задержкой жидкости в организме, проявляющейся чаще всего пастозностью и отеками. В то же время пациенты, прекратившие неожиданно прием слабительных и (или) мочегонных ЛС, могут отмечать выраженную задержку жидкости на протяжении нескольких недель преимущественно за счет задержки воды и натрия, опосредованную повышенным уровнем альдостерона в ответ на хроническое предшествующее обезвоживание. При этом пациенту следует рекомендовать уменьшить количество потребляемой соли, а также объяснить преходящий характер этих явлений, которые обычно исчезают в течение 7–10 дней.

Чрезмерно быстрый темп вскармливания, зондового или парентерального питания может привести к серьезным осложнениям (выраженная задержка жидкости, сердечная аритмия, сердечная недостаточность, делирий, судороги), особенно у пациентов с выраженной потерей массы тела. Гипофосфатемия, связанная с потенциальной угрозой для жизни, может появляться на протяжении начальных этапов вскармливания, когда произойдет истощение резервов фосфатов. У пациентов могут наблюдаться боли в животе и вздутие, опосредованные замедленной моторикой желудка, сопутствующей голоданию. Запоры могут прогрессировать вплоть до острой кишечной непроходимости. На протяжении набора массы тела у многих пациентов отмечается болезненность грудных желез, акне. Целесообразно организовать динамическое медицинское наблюдение врача-терапевта, врача-педиатра для своевременной оценки сопутствующих осложнений и назначения соответствующего лечения.

Назначение ЛС при лечении нарушений пищевого поведения должно начинаться с минимальных доз, в связи с чем нужно быть внимательными к признакам их нежелательных реакций. Трициклические антидепрессанты должны использоваться с осторожностью у пациентов с выраженным истощением, а также при высоком суицидальном риске. Ингибиторов моноаминоксидазы следует избегать у пациентов с хаотичными болезненными нарушениями пищевого поведения (эпизоды переедания и очистительного поведения).

С момента купирования угрожающих жизни осложнений до восстановления самостоятельной регуляции здоровых паттернов пищевого поведения проводится:

коррекция дезадаптивных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела;

лечение сопутствующей психопатологической симптоматики и расстройств психологического функционирования (самооценка, контроль импульсивности), поведенческих нарушений.

Цель, ожидаемый результат:

формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию;

коррекция искаженных представлений в отношении массы тела, образа тела, страха полноты;

развитие ощущения социального комфорта, личностной уверенности, информирования по вопросам сбалансированного питания с формированием практических навыков потребления пищи в различных ситуациях;

лечение коморбидных психических и поведенческих расстройств;

формирование стиля умеренных и адекватных физических нагрузок.

Уровень физической активности пациента должен соответствовать балансу потребления/расходования энергии пациентом, принимая в расчет выраженность процессов костного катаболизма (плотность костной ткани) и сохранность сердечного функционирования. Для пациентов с выраженным дефицитом массы тела физические нагрузки должны быть ограничены и тщательно контролироваться. С момента достижения безопасной массы тела акцент физических нагрузок должен быть на физической подготовленности, а не на расходе калорий. Акцент на физической подготовленности должен согласовываться с восстановлением позитивного отношения пациента к своей массе тела. Это способствует восстановлению у пациента ощущения самоконтроля и возможности получать удовольствие от физической активности в противовес мазохистичному самокритичному следованию ей.

Психотерапия ориентирована на осознание пациентом:

того, что с ним происходит;

каковы семейные, культуральные и индивидуальные предпосылки заболевания;

каким образом заболевание пациента является избранным им дезадаптивным способом совладания со стрессом и эмоциональной саморегуляции;

каким образом избежать или минимизировать риск обострений;

каким образом можно эффективнее справляться с жизненными трудностями в перспективе;

как улучшить межперсональное и социальное функционирование.

Целесообразно сочетание индивидуальных, семейных и групповых форм работы. Используются когнитивно-поведенческая и поведенческие методики – например, формирование навыков планирования приемов пищи, самонаблюдение, поощрение за адаптивный характер поведения и прочее.

Психообразовательные вмешательства используют, начиная с этапа набора пациентом массы тела. Психодинамически и психоаналитически ориентированная психотерапия является особенно уместной после прекращения эпизодов переедания и очистительного поведения.

Семейная психотерапия должна быть начата как можно раньше, особенно в тех случаях, когда пациенты проживают совместно с близкими родственниками и имеет место дезадаптивный характер межличностной коммуникации.

Группы по телесно-ориентированной работе способствуют проработке пациентом искажений восприятия собственного тела.

Психосоциальная реабилитация:

терапия занятостью, творческим самовыражением;

тренинг социальных и коммуникативных навыков.

Фармакотерапия:

необходимость назначения антидепрессантов с целью коррекции аффективной симптоматики, обсессивно-компульсивных проявлений целесообразно рассмотреть после нормализации массы тела и паттерна питания, а также проведения психотерапии в достаточном объеме. Лишь при сохранении у пациента после этих медицинских

вмешательств симптомов, отвечающих критериям депрессивного эпизода и (или) выраженной обсессивно-компульсивной симптоматики, назначение антидепрессантов может быть оправданным. Их также целесообразно назначать для медицинской профилактики возобновления расстройства у пациентов с нормализованной массой тела, а также для тех пациентов, у кого отмечался недостаточный эффект от прежних адекватных методов психосоциальной реабилитации и терапии.

Антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС) (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, эсциталопрам), как наиболее безопасные, могут уменьшать частоту эпизодов переедания и очистительного поведения (например, самовызывание рвоты), а также способствовать предупреждению обострений у пациентов в ремиссии.

ЛС других классов (антипсихотики, анксиолитики, нормотимические ЛС) должны назначаться, исходя из сопутствующей психопатологической или поведенческой симптоматики (например, коморбидная зависимость от психоактивных веществ и ее осложнения).

Поддерживающее лечение проводится с целью:
улучшения семейного/межперсонального взаимодействия;
улучшения качества жизни;
формирования нормального образа тела и развития соответствующей возрасту психосексуальной идентичности.

Продолжительная семейная психотерапия в амбулаторных условиях должна быть настоятельно рекомендована после выписки пациента из стационара, особенно в том случае, когда возраст пациента до 18 лет.

Обоснованность назначения ЛС следует рассматривать в каждом конкретном случае.

17. Особенности диагностических и лечебных мероприятий для несовершеннолетних пациентов:

симптомы расстройств приема пищи у несовершеннолетних пациентов 7–13 лет включают как типичные для совершеннолетних пациентов симптомы расстройств приема пищи (нервная анорексия; нервная булимия – крайне редко), так и иные формы:

эмоциональное расстройство с избеганием пищи;
избирательность в еде;
первазивный синдром отказа.

Несовершеннолетние пациенты склонны к развитию выраженных соматических осложнений и хронизации расстройств (особенно при нервной булимии и первазивном синдроме отказа).

При проведении обследования несовершеннолетний пациент должен быть обследован врачом-педиатром с последующими регулярными его медицинскими осмотрами по медицинским показаниям. В процессе обследования больше внимания должно быть уделено особенностям функционирования семейной системы пациента (характер коммуникаций, вероятность насилия по отношению к несовершеннолетнему пациенту).

Основные правила лечения расстройств приема пищи у несовершеннолетних пациентов подобны таковым у совершеннолетних пациентов и определяются наличием соматических осложнений и клинической формой расстройства.

18. Нервная анорексия (F50.0 по МКБ-10):

Атипичная нервная анорексия (F50.1 по МКБ-10):

лечение проводится согласно пункту 16 настоящего клинического протокола.

Терапия направлена на коррекцию истощения и соматических осложнений, восстановление аффективных, когнитивных и поведенческих нарушений, нормализация социального статуса пациента.

Продолжительность лечения:

в среднем от 4 до 5 лет.

Восстановление массы тела не является основанием и критерием для прекращения лечения в стационарных условиях ранее истощенных пациентов. Увеличение массы тела

само по себе не приведет к нормализации паттерна питания. Специфическое обучение сбалансированному питанию, ролевым отношениям и работа над страхом пациента по поводу ожирения в психотерапевтическом контексте важны в достижении нормального паттерна питания, как и нормального массы тела. Восстановление массы тела при нервной анорексии имеет цель ликвидации соматических и психических симптомов, сопутствующих истощению, и помогает нормализовать и оздоровить поведение. Само по себе истощение определяет массу психологических симптомов. Интенсивная психотерапия лишь частично эффективна у истощенного пациента.

По мере увеличения массы тела пациента возможно возникновение изменений настроения, появление тревоги. Первоначально исчезает индифферентность, вялость, безразличие. Но впоследствии при изменении формы и массы тела может наблюдаться возвращение тревожных и депрессивных проявлений, раздражительности и, иногда, суицидальных мыслей. Такого рода аффективные симптомы, не связанные с едой, обсессивные переживания и компульсивное поведение обычно уменьшаются по мере стабилизации массы тела в пределах здоровых значений.

ЛС (антидепрессанты, анксиолитики, антипсихотики) на этапе набора массы тела не должны иметь первостепенного значения. Антидепрессанты могут быть использованы с целью предотвращения рецидивов и для купирования коморбидной депрессии, ослабления обсессивно-компульсивных проявлений.

Нервная булимия (F50.2 по МКБ-10), Атипичная нервная булимия (F50.3 по МКБ-10):

лечение проводится согласно пункту 16 настоящего клинического протокола.

Ожидаемый результат:

коррекция соматических осложнений, восстановление аффективных, когнитивных и поведенческих нарушений, нормализация социального статуса пациента.

Продолжительность лечения составляет, как правило, от 1 года до 3 лет. Комбинация психотерапии и фармакотерапии может способствовать становлению ремиссии.

Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами (F50.4 по МКБ-10):

лечение проводится согласно пункту 16 настоящего клинического протокола.

Терапия направлена на прекращение эпизодов переедания и уменьшение сопряженного с ними психологического дискомфорта (уровень самопринятия, образ собственного тела), улучшение качества жизни.

Продолжительность лечения от нескольких месяцев до нескольких лет.

Преимущество отдается психосоциальным вмешательствам. В качестве фармакотерапии могут быть рекомендованы антидепрессанты группы СИОЗС (эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин, сертралин).

Приложение

к клиническому протоколу

«Оказание медицинской помощи

пациентам с расстройствами приема пищи

(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к применению при расстройствах приема пищи

1. «Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия.
2. «Кратковременная память на числа».
3. «Пиктограммы» С.В.Логинава, С.Я.Рубинштейн.
4. «Воспроизведение рассказов» под ред. Е.Ю.Балашовой, М.С.Ковязиной.
5. Тест Д.Векслера.
6. «Запоминание серий слов» А.Р.Лурия.

7. «Запоминание фраз» А.П.Бизюк.
8. «Запоминание бессмысленных слов» Г.Эббингауз.
9. «Непроизвольное запоминание» А.П.Бизюк.
10. «Двойной тест для оценки оперативной памяти» Л.С.Мучник, В.М.Смирнов.
11. Тест зрительной ретенции Бентона.
12. Методика опосредованного запоминания по А.Н.Леонтьеву.
13. «Таблицы Шульте».
14. «Корректурная проба» Б.Бурдона.
15. «Счет по Э.Крепелину».
16. «Красно-черные таблицы» Шульте-Горбова.
17. «Цвет-слово» Дж.Р.Струп.
18. «Лабиринты Х.Хекхаузена».
19. «Оценка объема зрительного внимания» А.П.Бизюк.
20. «Методика исследования избирательности внимания» Д.Кюсси.
21. «Отсчитывание» Э.Крепелин.
22. «Классификация предметов» К.Гольштейн, Л.С.Выготский, Б.В.Зейгарник.
23. «Исключение четвертого лишнего» Т.Д.Марциновская.
24. «Сравнение понятий» Л.С.Выготского, Л.С.Сахарова.
25. «Соотношение пословиц, метафор и фраз» Б.В.Зейгарник.
26. «Дискриминация свойств понятий» В.В.Плотников, Е.Е.Татаренко.
27. «Классификация понятий».
28. «Ассоциативный эксперимент».
29. «Называние 60 слов».
30. «Сходство и различия понятий».
31. «Существенные признаки».
32. «Простые и сложные аналогии».
33. «Установление последовательности событий».
34. «Несравнимые понятия» Л.С.Павловская.
35. «Сравнение пословиц» Б.В.Зейгарник.
36. «Заполнение пропущенных в тексте слов» Г.Эббингауз.
37. «Исследование вербального мышления» И.Шванцар.
38. Опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.
39. Шкала для самооценки тревоги Цунга.
40. «Личностная шкала проявлений тревоги» J.Taylor, адаптирована Т.А.Немчиным.
41. Опросник исследования тревожности А.Д.Андреева.
42. «Многомерная оценка детской тревожности» Е.Е.Малкова.
43. «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» В.Жмурова.
44. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга, адаптация Т.И.Балашовой.
45. Опросник депрессивных состояний (мужской и женский варианты) И.Г.Беспалько, Л.И.Вассерман.
46. Методика подростковой депрессивности CDI, адаптация и стандартизация А.П.Белова, С.Б.Малых, Е.З.Сабилова, М.М.Лобаскова.
47. Шкала депрессии Т.Бека (взрослый и подростковый вариант).
48. Шкала суицидальных намерений SSI Т.Бек, М.Коувэкс, ее модификация MSSI.
49. Шкала суицидальных интенций (SIS).
50. Шкала безнадежности Т.Бека.
51. Опросник суицидального риска А.Г.Шмелева.
52. Методика определения степени риска совершения суицида, И.А.Погодин.
53. «СР-45» П.И.Юнацкевича;
54. «Суицидальная мотивация» Ю.Р.Вагин.
55. «Противосуицидальная мотивация» Ю.Р.Вагин.
56. Метод портретных выборов Сонди, адаптация С.Н.Собчик.
57. «Цветовой тест» Люшера, адаптация С.Н.Собчик.

58. Методика фрустрации Розенцвейга.
59. «Незаконченные предложения», апробирована Г.Г.Румянцевым.
60. «Рисованный апперцептивный тест».
61. «Ассоциативный рисуночный тест», Ю.Н.Кудряхов и В.П.Голубев.
62. «Метод аутоидентификации и идентификации по словесным характерологическим портретам» Э.Г.Эйдемиллер на основе патохарактерологического диагностического опросника А.Е.Личко.
63. «Дом-Дерево-Человек» Дж.Бук.
64. «Нарисуй человека» К.Маховер.
65. «Несуществующее животное» М.З.Друкаревич.
66. «Я – структурный тест» Аммона.
67. Опросник мотивации А.Мехрабиана.
68. Опросник мотивации достижения Ю.М.Орлова.
69. Шкала оценки мотивации достижения.
70. Опросник А.А.Реана (Мотивация успеха и боязнь неудачи).
71. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ – модификация ММРІ Ф.Б.Березиным, М.П.Мирошниковой, Е.Д.Соколовой).
72. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), Л.Н.Собчик.
73. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО), А.Е.Личко.
74. Методика акцентуации характера и темперамента личности, тест – опросник Г.Шмишека, К.Леонгарда.
75. Шкала оценки пищевых предпочтений (ШОПП).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами сна неорганической этиологии (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с расстройствами сна неорганической этиологии (взрослое и детское население), соответствующими шифру F51 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь

от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-XII «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с расстройствами сна неорганической этиологии (взрослое и детское население) в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ СНА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

8. Расстройства сна неорганической этиологии включают диссомнии (нарушение качества и количества сна) и парасомнии (аномальные эпизодические состояния во время сна).

К рубрике F51 по МКБ-10 относятся расстройства сна неорганической природы, при которых эмоциональные и социально-психологические факторы рассматриваются как первичные причины и отсутствует этиологический органический фактор:

соматическое или неврологическое заболевание, классифицированное в других рубриках МКБ-10;

расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ, приемом определенных ЛС.

9. Бессонница неорганической этиологии (F51.0 по МКБ-10):

характеризуется неудовлетворительной продолжительностью или качеством сна на протяжении значительного периода времени – не менее 3 раз в неделю на протяжении не менее 1 месяца. Пациенты жалуются на трудности засыпания, сохранения или плохое качество сна, озабоченность в связи с бессонницей и ее последствиями, как ночью, так и в течение дня (предвосхищающая тревога). Возможно нарушение социального и профессионального функционирования.

10. Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии (F51.1 по МКБ-10):

характеризуется повышенной сонливостью в дневное время с приступами сна (которые не объясняются недостаточной продолжительностью сна ночью) или пролонгированного перехода к состоянию бодрствования после пробуждения. Возможно нарушение социального и профессионального функционирования.

11. Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии (F51.2 по МКБ-10):

характеризуется отсутствием синхронности между режимом сна-бодрствования у пациента и тем режимом сна-бодрствования, который предполагают средовые условия, что приводит к жалобам на бессонницу или гиперсомнию. Синдром задержки фазы сна характеризуется задержкой привычного времени наступления сна по отношению

к желаемому и принятому в социальной среде не менее чем на 2 часа, что определяется по жалобам пациента на невозможность заснуть и трудности при пробуждении в желаемое или назначенное время суток. При синдроме опережающей фазы сна привычное время сна наступает раньше, чем желаемое или принятое в социальной среде не менее чем на 2 часа.

12. Снохождение (сомнамбулизм) (F51.3 по МКБ-10):

проявляется комплексным поведением вне постели при пробуждении от медленного сна. Наблюдаются преимущественно у несовершеннолетних пациентов, связано с незрелостью центральной нервной системы, часто ассоциировано с ситуативной тревогой и в большинстве случаев проходит самостоятельно, без лечения. Длительность эпизода колеблется от 1 до 10 минут. При этом пациент недоступен контакту, а при попытке его разбудить может отмечаться спутанность сознания и неупорядоченное поведение. На электроэнцефалограмме (далее – ЭЭГ), зарегистрированной во время приступа, картина глубокого медленноволнового сна («дельта-сон») – медленные высокоамплитудные дельта-волны. Как правило, ночной эпизод пациентом амнезируется.

13. Ужасы во время сна (ночные ужасы) (F51.4 по МКБ-10):

характеризуются ночными эпизодами крайне выраженного страха, паники, сочетающиеся с интенсивными вокализациями, подвижностью, вегетативной гиперактивностью.

14. Кошмары (F51.5 по МКБ-10):

данное психическое расстройство представляет собой насыщенные тревогой сны, которые пациент детально помнит. Тематика сновидений, как правило, связана с угрозой жизни, личной безопасности и самоуважения. Страх приводит к ночным пробуждениям, после которых пациент может детализировано описать сновидение. При этом отсутствует нарушение ориентировки и сохраняется нормальный уровень бодрствования. Эпизоды чаще регистрируются во второй половине ночи, что связано с удлинением фазы быстрого сна к последней трети ночи. Ночные кошмары могут провоцироваться приемом и отменой многих ЛС (бензодиазепиновые транквилизаторы, барбитураты, антидепрессанты и другие) и психоактивных веществ (далее – ПАВ) (алкоголь, опиаты и другие). Ночные кошмары могут являться симптомом посттравматического стрессового расстройства.

15. Особенности расстройств сна у несовершеннолетних пациентов:

нарушения засыпания у несовершеннолетних пациентов связаны с состояниями страха, нарушением ритуала засыпания;

характерны парасомнии, к которым относятся спутанность при пробуждении, снохождение, ночные страхи, ночные кошмары.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ СНА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

16. Перечень обязательного общеклинического обследования в стационарных условиях:

консультация врача-невролога;

консультация врача-детского невролога;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических результатов и отсутствии симптомов соматического заболевания – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение уровня аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, глюкозы – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (пациентам старше 18 лет);

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (пациентам старше 18 лет);

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее – при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматического заболевания – 1 раз в месяц;

консультация врача-акушера-гинеколога – однократно при поступлении (для пациентов женского пола);

мазок на кишечно-патогенную флору – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям.

17. Перечень обязательного общеклинического обследования в условиях отделения дневного пребывания:

консультация врача-невролога;

консультация врача-детского невролога;

ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ, глюкозы – однократно при поступлении (для пациентов старше 18 лет), далее – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию однократно при поступлении (пациентам старше 18 лет);

флюорография ОГК – 1 раз в год (пациентам старше 18 лет).

18. Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях:

консультация врача-невролога, врача-детского невролога;

ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

флюорография ОГК – 1 раз в год (пациентам старше 18 лет).

19. Перечень дополнительных обследований (по медицинским показаниям):

консультация врачей иных специальностей;

консультация психолога с целью психологической диагностики;

измерение индекса массы тела;

ЭЭГ;

полисомнография;

актиграфия;

ведение дневника сна;

ЭКГ;

магнитно-резонансная томография головного мозга;

компьютерная томография головного мозга;

ультразвуковое исследование сердца;

ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;

определение уровня тиреотропного гормона;

определение уровня гликированного гемоглобина;

определение уровня пролактина;

анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол) при подозрении на интоксикацию;

анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;

исследование спинномозговой жидкости/крови на герпесвирусы, антинейрональные антитела – при подозрении на инфекционную этиологию заболевания либо аутоиммунный энцефалит;

тест на беременность;

медико-генетическое консультирование для исключения наследственных заболеваний.

20. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 16–19 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ СНА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

21. Условия лечения пациента в амбулаторных или стационарных условиях, страдающего психическим расстройством в сочетании с расстройством сна, как правило, определяются совокупной тяжестью этих состояний.

Оказание медицинской помощи осуществляется:

в амбулаторных условиях при расстройствах сна неорганической природы с незначительно выраженной симптоматикой или в состоянии фармакологической либо спонтанной ремиссии;

в условиях отделения дневного пребывания при расстройствах сна неорганической природы после лечения в стационарных условиях;

в стационарных условиях при тяжелых нарушениях сна и наличии коморбидной соматической и/или психической патологии.

Продолжительность лечения:

в стационарных условиях определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики), в условиях отделения дневного пребывания – на период проведения диагностических мероприятий, курса лечения;

в амбулаторных условиях – на период времени, пока сохраняется необходимость в поддерживающем лечении либо медицинском наблюдении.

22. Общие принципы лечения:

в лечении расстройств сна большое значение имеет раннее выявление основного заболевания и его этиотропное лечение. При невозможности установить сопутствующую расстройству сна патологию лечение ограничивается симптоматическими мероприятиями;

исключение лекарственной или связанной с употреблением ПАВ природы расстройства сна;

исключение внешних причин (нарушение режима сон-бодрствование, посменная работа и другие) расстройства сна;

обязательное соблюдение гигиены сна (регулярный распорядок дня, постоянное время отхода ко сну, умеренная физическая активность на протяжении дня, исключение употребления стимулирующих веществ (кофе, чай) в вечернее время и другое) при лечении любых нарушений сна;

исключение психических расстройств или соматических заболеваний, лежащих в основе нарушений сна или коморбидных расстройств сна (например, обструктивное апноэ сна, нарколепсия). Необходимо этиотропное лечение основного расстройства (заболевания, синдрома) в случае вторичного нарушения сна;

снотворные ЛС должны подключаться при наличии медицинских показаний на непродолжительный промежуток времени.

Лечение включает:

купирование расстройств сна неорганической природы и других сопутствующих психических расстройств;

мероприятия, направленные на улучшение и сохранение качества и количества сна;

этиотропное лечение – мероприятия, направленные на устранение причины заболевания в тех случаях, когда это возможно.

23. Бессонница неорганической этиологии (F51.0 по МКБ-10):

лечение:

тщательное соблюдение правил гигиены сна;

рекомендации о подходах к нормализации сна и ведению дневников сна;
в случае вторичной бессонницы этиотропное лечение основного расстройства или синдрома (болевого синдром, тревожное расстройство, депрессия, апноэ, синдром беспокойных ног, энурез, астма, ишемическая болезнь сердца);
приоритетность психотерапевтических методов в лечении первичной неосложненной бессонницы.

Наиболее эффективным является сочетание следующих методов:

релаксационная терапия;
терапия ограничением времени пребывания в постели;
терапия контролем над стимулами;
парадоксальная интенция;
когнитивная терапия.

Снотворные ЛС должны назначаться при неэффективности психотерапевтических методик, и в любом случае лечение ЛС должно сопровождаться психотерапевтическими методами.

Принципы назначения снотворных ЛС:

назначать короткими периодами от нескольких дней до 3–4 недель;
делать перерывы на такое же время;
общая длительность лечения снотворными ЛС не должна превышать 6 месяцев;
постепенно увеличивать и снижать дозы, соблюдая принцип минимальной терапевтической дозы;

приоритет отдавать снотворным ЛС, минимально влияющим на структуру сна и обладающим меньшей вероятностью риска развития зависимости;

в качестве снотворных ЛС не следует использовать производные барбитуровой кислоты из-за высокого риска развития зависимости, выраженного синдрома отмены, снижения когнитивных функций при длительном применении.

Рекомендованы:

небензодиазепиновые снотворные ЛС – зопиклон (производное циклопирролона): 3,75–7,5 мг на ночь за 30 минут до сна;

ЛС группы бензодиазепинов, обладающие снотворным действием с коротким и со средним периодом полувыведения. Использовать анксиолитики с периодом полувыведения более 24 часов следует с осторожностью и лишь при необходимости проведения длительного курса фармакотерапии ввиду возможности их кумуляции.

К бензодиазепиновым ЛС относят:

диазепам, таблетки, средняя доза 5–10 мг;
клоназепам, таблетки, средняя доза 0,5–1 мг.

В случае преходящей бессонницы показано применение агониста мелатониновых рецепторов (мелатонин 3–6 мг на ночь), особенно в случае бессонницы, ассоциированной с циркадной дизритмией.

В случае непереносимости, неэффективности небензодиазепиновых или бензодиазепиновых снотворных ЛС, либо необходимости длительной терапии в качестве снотворных ЛС могут использоваться ЛС иных фармакологических групп, обладающих гипноседативными свойствами:

антидепрессанты с седативным эффектом (амитриптилин 25–50 мг на ночь, миртазапин 15 мг на ночь);

ЛС антипсихотические с седативным действием (кветиапин 25–50 мг, оланзапин 5–10 мг, рисперидон 1–2 мг, хлорпротиксен 15 мг на ночь и другие).

24. Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии (F51.1 по МКБ-10):

лечение:

поиск и лечение расстройства, соматического заболевания, приводящего к гиперсомнии (атипичная депрессия, энцефалит, трипаносомоз, шизофрения, органическое заболевание центральной нервной системы, последствия черепно-мозговой травмы, новообразование, нарколепсия, расстройство схемы сон-бодрствование и другие);

в случае гиперсомнии, ассоциированной с синдромом обструктивного апноэ сна, возможно применение аппаратных технологий создания постоянного положительного давления в дыхательных путях;

если полное излечение основного заболевания невозможно (например, в случае нарколепсии), то лечение гиперсомнии направлено на максимальное улучшение качества жизни пациента;

важное значение в лечении гиперсомнии имеет гигиена сна. Пациенту необходимо исключить работу в вечерние и ночные смены, придерживаться одного и того же времени отхождения ко сну, обязательно включить в свой распорядок дневной сон (1–2 эпизода). Желательно, чтобы продолжительность ночного сна не превышала 9 часов. При идиопатической гиперсомнии рекомендованная длительность дневного сна составляет 45 минут;

для устранения дневной сонливости при гиперсомнии возможно применение ЛС со стимулирующим эффектом (аналептики);

при нарколепсии с катаплексией возможно применение некоторых антидепрессантов (кломипрамин 10–75 мг в сутки, венлафаксин 75–350 мг);

психосоциальная реабилитация.

25. Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии (F51.2 по МКБ-10):

лечение:

рекомендации по гигиене сна, в случае сменной работы рекомендации организовать максимально возможную продолжительность сна в условиях сменной работы;

в случае расстройства режима сна и бодрствования при сменной работе возможно использование мелатонина при необходимости спать в дневное время, фототерапии и психостимуляторов для уменьшения сонливости при необходимости работать в ночное время.

Лечение синдрома задержки фазы сна включает прием мелатонина за час до желаемого сна и использование фототерапии при пробуждении. В лечении синдрома опережающей фазы сна используется хронотерапевтический подход.

При недостаточной адаптации к смене часовых поясов возможно назначение зопиклона. Другим ЛС, облегчающим фазовый сдвиг, является мелатонин. При перелете на восток мелатонин в дозе 3–5 мг назначают непосредственно перед сном. При перелете на запад более эффективно использовать низкую дозу 0,5 мг, но в более позднее, ночное время. Для лучшей адаптации можно рекомендовать короткий дневной сон. Длительный дневной сон может ухудшить ночной сон и последующую адаптацию к новым условиям.

26. Снохождение (сомнамбулизм) (F51.3 по МКБ-10):

лечение:

минимизация триггеров, тревожащих ситуаций, смены обстановки, которые могут спровоцировать парасомнии;

психотерапия: когнитивные и поведенческие методики, техники релаксации; соблюдение правил гигиены сна;

проведение организационных мероприятий по снижению риска аутоотравматизации во время ночных эпизодов: устранение потенциально опасных предметов, возможности открыть или разбить окна и другое;

во многих случаях специального лечения не требуется, так как снохождения самопроизвольно прекращаются;

фармакотерапия, как правило, не требуется, а если используется, то носит симптоматический характер и может включать последовательное применение ЛС разных групп:

снотворные ЛС на ночь в стандартных дозировках;

анксиолиники группы бензодиазепинов с выраженным седативно-снотворным эффектом (диазепам, клоназепам);

антидепрессанты с седативным действием (например, пароксетин);

психосоциальная реабилитация (по медицинским показаниям).

27. Ужасы во время сна (ночные ужасы) (F51.4 по МКБ-10):

при проведении дифференциальной диагностики следует исключить эпилепсию; лечение проводится согласно пункту 22 настоящего клинического протокола.

28. Кошмары (F51.5 по МКБ-10):

лечение:

минимизация триггеров, исключение внешних причин (нарушение гигиены, посменная работа, употребление ПАВ);

основным способом лечения является психотерапия: релаксационные методы, поведенческие и когнитивные методы, личностно-ориентированные методы;

фармакотерапия может включать последовательное применение ЛС разных групп:

снотворные ЛС на ночь в стандартных дозировках;

транквилизаторы группы бензодиазепинов с выраженным седативно-снотворным эффектом: диазепам, клоназепам; антидепрессанты с седативным действием;

психосоциальная реабилитация.

29. Особенности расстройств сна у несовершеннолетних пациентов:

не требуют лечения такие расстройства сна у несовершеннолетних пациентов, как нарушения пробуждения, единичные и редкие снохождения, редкие ночные страхи и кошмары. Лечение требуется лишь в тех случаях, когда эти расстройства частые и стойкие.

Принципы лечения:

устранение факторов, вызывающих расстройства сна: изменение условий засыпания; сокращение количества принимаемой пищи или уменьшение продолжительности ночного кормления;

ограничение активности несовершеннолетнего пациента при отходе ко сну.

Психотерапия: поведенческая, игровая, семейная психотерапия.

Фармакотерапия:

анксиолитики группы бензодиазепинов показаны в случаях повышенной возбудимости несовершеннолетних пациентов при бессоннице, тревоге, страхе, психомоторном возбуждении (диазепам); максимальная продолжительность курса лечения – 3 недели;

ноотропные ЛС с седативным эффектом (фенибут);

снотворные ЛС (зопиклон) имеют ограниченное применение у несовершеннолетних пациентов, так как противопоказаны до 15-летнего возраста;

антипсихотики в малых дозах могут применяться в случаях, устойчивых к другим видам лечения.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Министерства здравоохранения
Республики Беларусь

08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций

здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием, соответствующими шифру F52 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОВЫХ (СЕКСУАЛЬНЫХ) РАССТРОЙСТВ (ДИСФУНКЦИЙ), НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

8. Половые (сексуальные) расстройства (дисфункции), не обусловленные органическим расстройством или заболеванием, включают различные варианты неспособности пациента участвовать в половой жизни в соответствии с его желанием, в том числе:

- отсутствие влечения;
- отсутствие удовлетворения;
- отсутствие или снижения физиологических реакций, необходимых для эффективного сексуального взаимодействия (например, эрекции, оргазма);
- укорочения или удлинения (затяжные варианты) продолжительности полового акта;
- отсутствие или снижение эмоционального ощущения оргазма.

9. Отсутствие или потеря сексуального влечения (F52.0 по МКБ-10):
потеря полового влечения проявляется низкой сексуальной активностью и отсутствием у пациента желания проявлять эту активность.

Психогенные факторы подавления либидо:
перенесенная травма сексуального насилия;
низкая самооценка, связанная с убежденностью в своей сексуальной непривлекательности;
болезненные личностные реакции на критику партнера или расставание с ним;
бессознательное торможение желания близости как психологическая защита от глубинных страхов по поводу сексуальной жизни;
равнодушие или отрицательное отношение к партнеру; неосознаваемые (вытесненные) гомосексуальные импульсы, которые тормозят гетеросексуальное влечение;
длительное половое воздержание (по любым мотивам);
дезактуализация сексуальных проявлений у людей, всецело поглощенных карьерой, бизнесом или зависимым поведением.

Отсутствие или потеря сексуального влечения может наблюдаться при следующих психических расстройствах (заболеваниях):

при расстройствах личности;
шизофрении;
аффективных расстройствах настроения;
психических и поведенческих расстройствах вследствие употребления психоактивных веществ (далее – ПАВ) (опиоидов, алкоголя).

Потеря полового влечения отмечается также при:

височной эпилепсии;

эндокринных нарушениях:

у мужчин:

первичный (связанный с патологическими изменениями в яичках); вторичный (обусловленный патологией гипофиза и гипоталамуса) гипогонадизм;

пролактинсекретирующие опухоли гипофиза и другое;

у женщин:

патология надпочечников, яичников, гипоталамо-гипофизарная недостаточность;

нежелательные реакции ряда ЛС: антипсихотиков, анксиолитиков группы бензодиазепинов, антидепрессантов, гипотензивных ЛС;

длительно существующих половых дисфункциях, которые существенно затрудняют или делают невозможным сексуальные контакты (снижение или отсутствие либидо в этих случаях является вторичным, например, по отношению к нарушению функции эрекции).

10. Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия (F52.1 по МКБ-10):

при сексуальном отвращении (аверсии) половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, достаточные для уклонения от половой активности.

Психологические факторы, формирующие сексуальное отвращение (мишени для психотерапевтической коррекции):

негативное, брезгливое отношение к сексу и страх перед проявлениями сексуальности, связанные с неправильным воспитанием;

изнасилование, инцест в прошлом;

выдвижение партнером, неприемлемых, с точки зрения пациента, требований к сексуальным контактам (выходящих за рамки допустимых форм сексуального общения, то есть индивидуального «диапазона приемлемости»);

регулярное отсутствие удовлетворения от половой близости из-за длительно существующей сексуальной дисгармонии.

Отсутствие сексуального удовлетворения рассматривается как проявление невротических реакций диссоциативного типа, отделяющих аффективный компонент оргазма от сознания. В их основе могут лежать конфликтные партнерские отношения, сексуальные комплексы (бессознательный запрет на чувственное наслаждение). Текущие депрессивные эпизоды различной тяжести также могут приводить к снижению или утрате удовольствия от переживания оргазма.

11. Недостаточность генитальной реакции (F52.2 по МКБ-10):

у мужчин заключается в отсутствии или недостаточности эрекции полового члена для осуществления полового акта, у женщин выражается в отсутствии или недостаточности lubricации, полового возбуждения (эрекции клитора, набухания малых половых губ, дилатации влагалища, образовании оргастической манжетки).

Причинами нарушения недостаточности генитальной реакции являются психогенные факторы:

ситуационные факторы (неблагоприятные условия для проведения полового акта и другие);

травмирующие переживания (навязчивые воспоминания о предшествующих сексуальных срывах, тревожные опасения потерпеть новую неудачу и другие), травматический опыт (насилие, инцест), негативное родительское программирование в процессе воспитания, которое является причиной задержки психосексуального развития и тормозит развитие генитальных эrogenных зон;

партнерские проблемы (нарушения межличностной коммуникации и конфликтные отношения в паре, сексуальные дисгармонии);

личностные факторы (тревожно-мнительные черты характера, повышенная склонность к самоанализу; сниженная самооценка, ошибочные убеждения и установки в отношении половой жизни и прочее).

У пациентов обоих полов отсутствие генитальной реакции может наблюдаться при эндогенных и органических психических расстройствах, а также эпилепсии.

Органические факторы:

сосудистая патология (артериальная, венозная и сочетанная недостаточность генитального кровотока вследствие атеросклероза, травм, врожденных аномалий и другого);

неврологические нарушения (церебральные, спинальные и экстраспинальные);

эндокринные расстройства (патология гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, тестикулярные нарушения, сахарный диабет, другие эндокринопатии);

патология мочеполовой системы (пороки развития, опухоли, заболевания и травмы);

токсические влияния (зависимость от ПАВ, отравление гербицидами, свинцом и другими);

осложнения фармакотерапии – известны около 250 ЛС, способных вызывать нарушения эрекции. В их числе большинство ЛС для лечения психических расстройств (заболеваний) и гипотензивные ЛС, антиандрогены, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов желудка, ингибиторы синтеза простагландинов, антигистаминные ЛС и другие;

органические причины у женщин: инфекционные, эндокринные расстройства половой сферы (эстрогенная недостаточность в постменопаузе), рубцовые изменения в тканях гениталий после родовых травм.

12. Оргазмическая дисфункция (F52.3 по МКБ-10):

неспособность или сниженная способность получения сексуальной разрядки при сексуальной стимуляции у женщин. Отсутствие сексуальной разрядки и (или) отсутствие эякуляции у мужчин.

Оргазмическая дисфункция встречается чаще у женщин и связана с целым рядом психологических факторов подавления оргазма:

ситуационные факторы:

боязнь забеременеть;

неблагоприятные условия для сексуального контакта;

периодическое отсутствие в момент коитуса сексуального желания;

личностные факторы:

ложные и негативные установки по отношению к сексуальной жизни и к мужчинам;

страх полной потери контроля над своим поведением во время оргазма;

тревожное ожидание наступления оргазма и попытки сознательно усилить его приближение;

самореализующееся предсказание на отсутствие оргазма, вытесненный в бессознательное травматический сексуальный опыт, незрелость генитальных и экстрагенитальных эрогенных зон на фоне задержки психосексуального развития;

партнерские факторы:

сексуальный партнер не создает женщине благоприятных условий для переживания оргазма (как в эмоциональном плане, так и чисто технически);

конфликтные отношения с партнером, обусловленные его пьянством, изменами и другим.

При психогенном (невротическом) подавлении оргазма у женщин половое влечение может сохраняться или может быть незначительно снижено, эрогенные зоны реактивны (чувствительны) или гипоактивны. Могут сохраняться эротические сновидения с оргазмом, возможен мастурбационный оргазм.

Выделяют первичную и вторичную аноргазмию.

Первичная аноргазмия характеризуется неспособностью достижения сексуальной разрядки с начала половой жизни, либо при попытках мастурбаторной практики.

Вторичная аноргазмия (приобретенная), чаще всего, развивается после периода проявления относительно нормальных сексуальных феноменов (половая жизнь, мастурбаторная практика с оргазмом, эротические сновидения).

Аноргазмия чаще является вторичной, то есть развивается после периода относительно нормального сексуального функционирования и может носить селективный (избирательный) характер, проявляясь с конкретным партнером, либо может развиваться по различным психогенным причинам, связанным с конкретным местом или с конкретной ситуацией, а также при стереотипных сценариях и формах эротической стимуляции.

Причины:

атипичные формы мастурбаторной практики (оргазм достигается только особым способом, например, при мастурбации струями душа или ритмичном сжатии бедер (миотоническая форма мастурбации), уретральная мастурбация и другие, которые нарушают нормадаптацию при половых актах);

женщины изначально не испытывают высокой степени полового возбуждения и оргазма при коитусе (в некоторых случаях отсутствие развития и созревания эрогенных зон на фоне задержки психосексуального развития).

У мужчин оргазмическая дисфункция отмечается значительно реже и сочетается с отсутствием эякуляции при коитусе – анэякуляторное расстройство. В 2/3 случаев оно наблюдается с самого начала половой жизни и обусловлено задержками психосексуального развития. У таких мужчин ночные поллюции являются единственным источником семяизвержения (иногда мастурбация или петтинг), тогда как половой акт любой продолжительности никогда не приводит к эякуляции.

Изменение и отсутствие оргастических ощущений часто наблюдается при шизофрении, аффективных и органических психических расстройствах, зависимостях от употребления ПАВ, девиантных формах сексуальных предпочтений и парафилиях. Органические патогенетические причины вызывающие нарушение оргазмической функции:

осложнения при сахарном диабете;

заболевания щитовидной железы;

поражение иннервационных и сосудистых структур оргастического рефлекса;

нарушения половой гормональной регуляции;

интоксикации ПАВ;

прием ЛС (антипсихотики, анксиолитики, антидепрессанты, гипотензивные ЛС и другие).

13. Преждевременная эякуляция (F52.4 по МКБ-10):

невозможность контролировать эякуляцию в той мере, которая достаточна, чтобы оба партнера получили удовлетворение от полового акта.

Исключения:

дисфункция не является результатом длительного полового воздержания и не может быть приписана психическому расстройству или фармакотерапии.

Причины:

нерегулярная половая жизнь;
тревога или беспокойство мужчины во время полового акта (часто на фоне проблем взаимоотношений с партнершей);
привычка («самореализующееся предсказание») к быстрому наступлению эякуляции;
сильное возбуждающее эротическое влияние партнерши;
отсутствие перцептивного осознания мужчиной ощущений, предвещающих наступление эякуляции, что лишает его возможности пролонгировать коитус;
органические факторы (заболевания предстательной железы застойного или воспалительного генеза, присоединение к ним симптомов регионального симпатоза, синдром парацентральных долек с формированием очень низких порогов возбудимости эякуляторного рефлекса).

14. Вагинизм неорганического происхождения (F52.5 по МКБ-10):

вагинизм считается психогенным расстройством. В тех случаях, когда обнаруживается органическая причина для болевых проявлений (воспалительные процессы, травмы и другое), речь идет о «псевдовагинизме». Среди нередко встречающихся психических нарушений у женщин, страдающих вагинизмом, следует отметить различные виды невротических расстройств (тревожно-фобические, диссоциативные, ипохондрические), а также специфические расстройства личности: шизоидные, истерические, тревожные (уклоняющиеся). Вагинизм может наблюдаться у женщин, страдающих шизофренией.

15. Диспареуния неорганического происхождения (F52.6 по МКБ-10):

диспареуния характеризуется болевыми ощущениями во время полового акта, возникает, как у мужчин, так и у женщин.

16. Повышенное половое влечение (F52.7 по МКБ-10):

характеризуется чрезмерным сексуальным влечением. Повышенное половое влечение может быть как самостоятельной проблемой, так и вторичным: на фоне аффективных расстройств настроения (F30-F39 по МКБ-10), на ранних стадиях деменции (F00-F03 по МКБ-10), у пациентов с умственной отсталостью (F70-F79 по МКБ-10).

Патологическая гиперсексуальность отличается не только количественным увеличением половых контактов, но и качественным изменением поведения – когда удовлетворение высоких сексуальных потребностей становится сверхценной идеей, целиком поглощающей индивида в ущерб другим сферам жизни.

Повышенное половое влечение проявляется в настоятельной потребности вступать в очень частые сексуальные контакты и всячески их разнообразить, а также в очень высоких физических возможностях в половой жизни либо сочетанием обоих этих качеств. Чрезмерная выраженность либидо обычно приводит к непрерывной смене сексуальных партнеров, многократным в течение суток половым актам с ними, сексуальным оргиям, эксцессивной мастурбации.

17. Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью (F52.8 по МКБ-10):

включает сексуальные дисфункции, обусловленные психическими расстройствами или психогенными факторами: посткоитальная дисфория (встречается в основном у мужчин и проявляется тем, что после успешного коитуса у них возникают напряжение, тревога, сильная раздражительность и пониженное настроение), посткоитальные головные боли, компульсивная мастурбация и другие.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ПОЛОВЫХ (СЕКСУАЛЬНЫХ) РАССТРОЙСТВ (ДИСФУНКЦИЙ), НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

18. Перечень обязательного общеклинического обследования:

консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

- общий анализ крови – однократно, далее по медицинским показаниям;
 - общий анализ мочи – однократно, далее по медицинским показаниям;
 - биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение уровня аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, глюкозы – однократно, далее по медицинским показаниям;
 - обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (совершеннолетним пациентам);
 - флюорография органов грудной клетки не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам);
 - консультация врача-акушера-гинеколога – однократно (для женщин);
 - консультация врача-уролога – однократно (для мужчин);
 - мазок на кишечно-патогенную флору – по медицинским показаниям.
19. Перечень дополнительного обследования (по медицинским показаниям):
- консультация врачей иных специальностей;
 - измерение индекса массы тела;
 - определение уровней содержания фруктозы и лимонной кислоты в эякуляте;
 - диагностика функционального состояния яичников (измерение базальной температуры, кольпоцитологическое исследование и прочее;
 - диагностическое применение ингибиторов фосфодиэстеразы (силденафил, тадалафил, варденафил) с учетом наличия сексуальной стимуляции;
 - фармакологическое тестирование (определение качества эрекции после интракавернозной инъекции простагландина E1 (10 мкг алпростадил));
 - ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов малого таза, у мужчин – УЗИ сосудистого русла гениталий до и после интракавернозной фармакологической нагрузки (инъекции папаверина гидрохлорида 2 мл – 2 %, либо простагландина E1 (10 мкг алпростадил));
 - эхокардиография;
 - ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;
 - фаллоартериография;
 - динамическая инфузионная кавернозография;
 - определение вибрационной чувствительности полового члена при помощи биотензиометра;
 - определение уровня половых гормонов: фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, пролактина, общего тестостерона, секс-стероид-связывающего глобулина, свободного тестостерона, ДГЭА-S, прогестерона, пролактина, эстрадиола в плазме крови;
 - электромиография мышц промежности;
 - компьютерная томография (далее – КТ) либо магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) головного и/или спинного мозга: при потере сексуального влечения – КТ либо МРТ головного мозга с акцентом на гипоталамо-гипофизарной области;
 - электроэнцефалография;
 - электрокардиография;
 - определение уровня тиреотропного гормона;
 - определение уровня гликированного гемоглобина;
 - определение уровня пролактина;
 - определение уровня церулоплазмينا и меди в крови при подозрении на болезнь Вильсона-Коновалова;
 - анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол) при подозрении на интоксикацию;
 - анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;
 - анализ мочи на дельта-аминолевулиновую кислоту при подозрении на острую перемежающуюся порфирию;

исследование спинномозговой жидкости/крови на герпесвирусы, бактериальные инфекции, антинейрональные антитела – при подозрении на инфекционную этиологию заболевания либо аутоиммунный энцефалит;

тест на беременность;

медико-генетическое консультирование для исключения наследственных заболеваний.

20. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 18–19 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПОЛОВЫМИ (СЕКСУАЛЬНЫМИ) РАССТРОЙСТВАМИ (ДИСФУНКЦИЯМИ), НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

21. Оказание медицинской помощи выполняется в амбулаторных условиях.

Лечение:

начинается с сексуальной ресоциализации, то есть с создания необходимых предпосылок для успешного лечения:

расширение круга общения и возможностей для знакомства и сближения с лицом противоположного пола (при отсутствии сексуального партнера);

смягчение супружеских конфликтов до уровня, позволяющего начать восстановительное лечение;

вовлечение партнера в лечебный процесс (как минимум, его не противодействие половой активности пациента, в оптимальном варианте – заинтересованное участие в сексуальных контактах);

рекомендации по устранению помех (объединение партнерских постелей, подбор адекватной контрацепции, создание атмосферы уединения и интимности).

Лечение половых (сексуальных) расстройств (дисфункций), не обусловленных органическим расстройством или заболеванием, является комплексным и предполагает, как использование психотерапевтических методов, так и сочетанное, с применением фармакотерапии, психотерапии, физических методов лечения, в некоторых случаях – механотерапии (эректоров и вакуумных приспособлений для достижения эрекции) или хирургических вмешательств (у пациентов с осложненными органическими нарушениями функции эрекции при неэффективности иных лечебных мероприятий).

Психотерапия:

когнитивно-поведенческая психотерапия, гипносуггестивная терапия, приемы секс-терапии, нейролингвистическое программирование (далее – НЛП), десенсибилизация и переработка движениями глаз (далее – ДПДГ), гештальт-терапия, краткосрочная парадоксальная терапия, психотерапевтическое опосредование лечебных процедур, партнерская, семейная (эмоционально фокусированная) терапия, супружеская психотерапия и другие.

Фармакотерапия:

назначаются анксиолитики, антидепрессанты:

пароксетин 20–40 мг/сутки;

эсциталопрам 10–20 мг/сутки;

флувоксамин – 100–200 мг/сутки;

сертралин – 50–150 мг/сутки;

флуоксетин – 20–40 мг/сутки.

венлафаксин – 150–225 мг/сутки;

дулоксетин – 60–120 мг/сутки;

кломипрамин – 50–250 мг/сутки;

клоназепам – 0,5–1 мг/сутки;

алпразолам 0,25–2 мг/сутки;

феназепам – 2–4 мг/сутки.

Физические методы:

электролечение (промежностная, ректальная и уретральная электростимуляция, диатермия вагинальная, дарсонвализация наружных половых органов женщины);

воздействие ультразвуком (ультрафонофорез);

водолечение: гидромассаж простаты, лечебные микроклизмы; грязелечение в аппликационной и внутривполостной (ректальной, вагинальной) формах;

лечебный массаж: пальцевой массаж предстательной железы и семенных пузырьков, пневмомассаж полового члена с помощью локального низкого давления;

методы рефлекторного воздействия: хлорэтиловые блокады ромба Михаэлиса, акупунктура, аурикулотерапия, традиционный восточный массаж;

вибростимуляция эрогенных зон при помощи вибромассажера и другие.

Помимо фармакологического и физических методов лечения возможно местное применение увлажняющих гелей-смазок или смазочных средств.

Психосоциальная реабилитация, этап сексуальной реадaptации, ожидаемый результат:

оптимизация сексуального взаимодействия с партнером, достижение или восстановление гармонии в интимной жизни и приобретение супружеской парой безопасной эмоциональной привязанности, способности конструктивно разрешать проблемные ситуации в семейно-сексуальных отношениях.

Проведение психосоциальной реабилитации возможно лишь при следующих условиях:

пациент имеет устойчивые партнерские отношения или состоит в браке;

у партнеров (супругов) есть обоюдное желание повысить удовлетворенность от совместной половой жизни;

партнер(ша) согласен(а) участвовать в сексологическом лечении и следовать рекомендациям медицинских работников и предписаниям относительно его поведения при интимной близости с пациентом.

Рекомендуется возобновление парой регулярных половых контактов. В ряде случаев их рекомендуют начинать спеттинга либо используют приемы секс-терапии для повышения физического удовольствия от сексуальных контактов (приемы чувственного фокусирования и другие) и устранения тревожного ожидания неудачи при коитусе;

уточнение индивидуальных сексуальных предпочтений партнеров с целью совместного планирования и последующей практической реализации оптимальных для них вариантов сексуального взаимодействия;

семейная и супружеская психотерапия для обучения партнеров более эффективному межличностному взаимодействию.

22. Отсутствие или потеря сексуального влечения (F52.0 по МКБ-10):

особенности диагностики:

при сборе сексологического анамнеза особое внимание следует уделить наличию коморбидной патологии, связанной с другими психическими и поведенческими расстройствами, психосексуальному развитию, наличию парафилий и девиаций полового влечения (бисексуальное, гомосексуальное и прочее), сексуальному дебюту и последующему опыту интимных контактов, представлениям пациента о сексуальной норме и психофизиологии половой жизни, характеру межличностных и сексуальных взаимоотношений с постоянным сексуальным партнером/супругом либо выяснению причин отсутствия такового.

Лечение:

активизация подавленного полового влечения может осуществляться на биологическом уровне (использование фармакотерапии и физических методов лечения) и психологическом уровне (психотерапевтическое воздействие).

По медицинским показаниям используются следующие группы ЛС:
антидепрессанты (тианептин, эсциталопрам, сертралин, флувоксамин);
анксиолитики (тофизопам, мебикар, буспирон, грандаксин, феназепам);
ноотропы (пирацетам).

ЛС с целью заместительной гормональной терапии назначаются пациентам только после врачебной консультации по профилю заболевания;

поливитамины;

ЛС, улучшающие кровообращение (ницерголин, пентоксифиллин и другие).

Психотерапия:

НЛП, ДПДГ, гештальт-терапия, клинический гипноз, телесно-ориентированные практики, психоанализ, когнитивно-рациональная психотерапия, секс-терапия.

Физические методы лечения проводятся согласно пункту 21 настоящего клинического протокола.

Дополнительные методы лечения: акупунктура и лазеропунктура, аурикулотерапия, традиционный восточный массаж.

23. Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия (F52.1 по МКБ-10):

показана психотерапия сексуальной аверсии, индивидуальная и парная. Используются техники, направленные на нейтрализацию негативного сексуального опыта, ликвидацию последствий психологической травмы (НЛП), гипносуггестивная терапия, ДПДГ, гештальт-терапия, секс-терапия.

Фармакотерапия проводится согласно пункту 21 настоящего клинического протокола.

Ожидаемый результат – оптимизация межличностного конструктивного, а в последующем и сексуального взаимодействия с партнером, достижение и восстановление гармонии в интимной жизни и приобретение супружеской парой способности разрешать проблемные ситуации в семейно-сексуальных отношениях.

24. Недостаточность генитальной реакции (F52.2 по МКБ-10):

лечение:

сочетанное использование фармакотерапии, психотерапии, физических методов лечения и рефлексотерапии.

Психотерапия:

техники нейролингвистического программирования («интеграция якорей», «визуально-кинестетическая диссоциация», «взмах»);

гипнотерапия (ресурсные транссы, техника левитации руки с соответствующими суггестиями и другие);

ДПДГ;

секс-терапия поэтапно: эротическое наслаждение без эрекции, эрекция без оргазма, экстравагинальный оргазм, интромиссия без оргазма, коитус (при благожелательном отношении партнерши к лечению);

психотерапевтическая коррекция нарушенных межличностных и сексуальных отношений в паре (семейная или супружеская психотерапия).

Фармакотерапия:

в случаях нарушения кровоснабжения гениталий – пурины, алкалоиды спорыньи, простагландины, фибраты, ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы, ингибиторы фосфодиэстеразы;

при поражении венозного русла – биофлавоноиды;

при поражениях проводящих нервных путей – антихолинэстеразные ЛС;

для получения быстрого эффекта применяют специфические ЛС для лечения нарушений эрекции – блокаторы фосфодиэстеразы 5-го типа: силденафил (предварительно проводят психотерапевтическую коррекцию страха перед коитусом, а при снижении либидо – терапию, направленную на повышение полового влечения).

Физические методы лечения:

лечебный массаж: пальцевой массаж предстательной железы и семенных пузырьков, пневмомассаж полового члена с помощью локального низкого давления, а также рефлексотерапия (акупунктура);

кремы – лубриканты.

25. Оргазмическая дисфункция (F52.3 по МКБ-10):

при психогенной (невротической) аноргазмии у женщин применяется индивидуальная и парная психотерапия, направленная на повышение интереса к половой жизни и сексуальной предприимчивости, улучшение межличностных и сексуальных отношений с партнером. Применяется секс-терапия с применением специфических методик (вибростимуляция эрогенных зон, чувственное фокусирование, «мост» и прочее).

Применяется телесно-ориентированная терапия. Краткосрочная стратегическая парадоксальная терапия. Эриксоновский гипноз и другие.

У женщин с психогенной аноргазмией вследствие неадекватно развитой сексуальности лечебные мероприятия концентрируются на формировании адекватных оргастических навыков. С этой целью используется секс-терапия, которая включает следующие этапы: достижение оргазма при мастурбации, оргазм в присутствии партнера посредством клиторальной стимуляции, оргазм в ходе коитуса (при его недостижении – прием «мост»).

Применяют кремы, повышающие эрогенную чувствительность и реактивность, методы рефлексотерапии (акупунктура, аурикулотерапия, традиционный восточный массаж).

Основной метод лечения первичного анэякуляторного расстройства у мужчин – психотерапия с проведением курса вибростимуляции полового члена до получения эякуляции и оргазма.

26. Преждевременная эякуляция (F52.4 по МКБ-10):

определяется в соответствии со степенью выраженности дисфункции, а также длительностью расстройства и сопутствующей психопатологической (урологической либо неврологической) симптоматикой. При наличии обострения хронического простатита на начальном этапе лечения проводится санация предстательной железы.

Фармакотерапия:

антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС) (сертралин, эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин) – курсом от 1 до 4–6 месяцев;

использование местноанестезирующих ЛС (например, орошение 10 % раствором лидокаина в аэрозоле нижней части головки пениса, использование кремов с анестетиками).

Физические методы лечения:

массаж предстательной железы (6–15 процедур через день);

орошение хлорэтилом ромба Михаэлиса (6–12 процедур);

аурикулотерапия и акупунктура.

Все лечебные процедуры проводятся на фоне регулярной половой жизни.

Психотерапия направлена на снижение тревоги перед коитусом (гипнотерапия, техники НЛП, ДПДГ), улучшение межличностных и сексуальных отношений в паре (приемы супружеской и сексуальной терапии).

Самостоятельно или в комбинации с антидепрессантами группы СИОЗС могут использоваться специальные секс-терапевтические упражнения (техника сжатия головки, техника стоп-старт).

27. Вагинизм неорганического происхождения (F52.5 по МКБ-10):

лечение вагинизма носит парный и комплексный характер. При наличии у пациента тех или иных психопатологических расстройств применяют антидепрессанты, анксиолитики, антипсихотики.

Психотерапия:

гипносуггестивная терапия либо ДПДГ для устранения страха перед половым актом, нейтрализации негативных воспоминаний о предшествующих болезненных попытках коитуса, а также усиления эротических переживаний;

прогрессивная десенсибилизация с использованием специальных расширителей влагалища увеличивающихся размеров (когда становится возможным безболезненное введение расширителя, имитирующего эрегированный половой орган мужчины, врач-специалист санкционирует переход к коитальной активности).

Важное место занимает сексуальная реадaptация пары с привлечением на заключительных этапах терапии партнера в качестве ко-терапевта. С целью десенсибилизации реакции на пенетрацию, партнера обучают секс-терапевтическим приемам.

28. Диспареуния неорганического происхождения (F52.6 по МКБ-10):

лечение:

при наличии гениталий психосоматического генеза проводится фармакотерапия с использованием антидепрессантов (эсциталопрам, флувоксамин, кломипрамин), анксиолитиков (клоназепам), антипсихотиков (сульпирид).

Психотерапия:

техники визуализации, направленные на работу с болью и дискомфортом;

гипносуггестивная терапия и аутотренинг;

супружеская терапия для улучшения взаимоотношений между партнерами;

секс-терапия, приемы телесно-ориентированной терапии.

29. Повышенное половое влечение (F52.7 по МКБ-10):

лечение:

фармакотерапия: ЛС (преимущественно антипсихотики пролонгированного действия), противосудорожные ЛС.

Психотерапия направлена на коррекцию самооценки, выработку более адекватного отношения к своему состоянию, формирование лечебной перспективы и повышение способности контролировать собственное сексуальное поведение.

30. Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью (F52.8 по МКБ-10):

лечение:

фармакотерапия проводится с учетом характера сексуальных нарушений и выраженности психопатологической симптоматики.

Психотерапия направлена на коррекцию основных психологических механизмов, участвующих в формировании половых дисфункций, а также их отдельных проявлений.

31. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью, неуточненная (F52.9 по МКБ-10):

лечение:

фармакотерапия проводится с учетом характера сексуальных нарушений и выраженности психопатологической симптоматики.

Психотерапия направлена на коррекцию основных психологических механизмов, участвующих в формировании половых дисфункций, а также их отдельных проявлений.

Приложение
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с половыми (сексуальными)
расстройствами (дисфункциями),
не обусловленными органическим
расстройством или заболеванием
(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к применению при половых (сексуальных) расстройствах (дисфункциях), не обусловленных органическим расстройством или заболеванием

1. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) И.М.Тонконогий;
2. Батарея лобной дисфункции (FAB);
3. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE);
4. Методика «Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия;
5. Методика «Кратковременная память на числа»;
6. Метод «Пиктограммы» (С.В.Логинова, С.Я.Рубинштейн);
7. Воспроизведение рассказов (под ред. Е.Ю.Балашовой, М.С.Ковязиной);
8. Шкала памяти Д.Векслера;
9. Методика «Таблицы Шульте»;
10. Корректурная проба (Б.Бурдон);
11. Методика «Счет по Э.Крепелину»;
12. Методика диагностики ассоциативного процесса «Пиктограммы» С.В.Логинова, С.Я.Рубинштейн, Л.С.Выготский, В.Г.Херсонский;
13. Методика «Классификация предметов» (К.Гольштейн, Л.С.Выготский, Б.В.Зейгарник);
14. Методика «Исключение четвертого лишнего» (Т.Д.Марциновская);
15. Методика «Сравнение понятий» (Л.С.Выготского, Л.С.Сахарова);
16. Методика «Соотношение пословиц, метафор и фраз» (Б.В.Зейгарник);
17. Методика исследование интеллекта Д.Векслера (взрослый и детский);
18. Прогрессивные матрицы Равена;
19. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ – модификация ММПР Ф.Б.Березиным, М.П.Мирошниковой, Е.Д.Соколовой);
20. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ, Л.Н.Собчик);
21. Методика изучения структуры темперамента Я.Стреляу;
22. Опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина;
23. Шкала для самооценки тревоги Цунга;
24. Личностная шкала проявлений тревоги (J.Teulor), адаптирован Т.А.Немчиным;
25. Методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» (В.Жмуров);
26. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга (адаптация Т.И.Балашовой);
27. Опросник депрессивных состояний (И.Г.Беспалько, Л.И.Вассерман), для дифференциального различия невротической и эндогенной депрессии (мужской и женский варианты);
28. Готландская шкала мужской депрессии (В.Рютц, З.Ример);
29. Шкала депрессии Т.Бека (взрослый и подростковый вариант);
30. Шкала суицидальных намерений SSI (Т.Бек, М.Коувэкс) и ее модификация MSSI;
31. Шкала суицидальных интенций (SIS);

32. Шкала безнадёжности Т.Бека;
33. Тест «Оценка агрессивности в отношениях» А.Ассингера;
34. Опросник уровня агрессивности Басса–Перри (адаптация С.Н.Ениколоповым, Н.П.Цибульским);
35. Метод портретных выборов Сонди (адаптация С.Н.Собчик);
36. Цветовой тест Люшера (адаптация С.Н.Собчик);
37. Методика фрустрации Розенцвейга;
38. Опросник эмоциональных отношений в семье Е.И.Захаровой (методика ОДРЭВ);
39. Опросник АСВ (анализ семейных взаимоотношений) Э.Г.Эйдемиллера.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, не классифицированными в других рубриках (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, соответствующими шифру F53 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХП «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания,

наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫХ С ПОСЛЕРОДОВЫМ ПЕРИОДОМ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫХ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

8. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках МКБ-10:

F53.0 Легкие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках;

F53.1 Тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках;

F53.8 Другие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках;

F53.9 Послеродовое психическое расстройство неуточненное.

9. Для психических расстройств и расстройств поведения, связанных с послеродовым периодом характерны: повышенная возбудимость, тревога, спутанность мышления, аффективные колебания настроения, отрывочные и систематизированные бредовые идеи, галлюцинаторные переживания, возникновение в течение 6 недель после родов.

Послеродовые психотические симптомы: искаженная оценка состояния новорожденного, в том числе представлений о физиологических потребностях ребенка, содержании ухода за ним, эмоциональных запросах новорожденного, опасных для здоровья состояний.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫХ С ПОСЛЕРОДОВЫМ ПЕРИОДОМ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫМИ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

10. Перечень обязательного обследования в стационарных условиях и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических изменений и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение уровня аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, глюкозы – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических изменений и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам);

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам);

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее по медицинским показаниям;

консультация врача-акушера-гинеколога – однократно при поступлении (для женщин);

мазок на кишечно-патогенную флору – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям.

11. Перечень обязательного обследования в условиях отделения дневного пребывания и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ, глюкозы – однократно при поступлении (несовершеннолетним пациентам), далее – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию (совершеннолетним пациентам);

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

12. Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

13. Перечень дополнительного обследования (по медицинским показаниям):

консультация врача-невролога;

консультация врача-детского невролога;

консультация врачей иных специальностей;

индекс массы тела;

электроэнцефалография;

ЭКГ;

магнитно-резонансная томография головного мозга;

компьютерная томография головного мозга;

ультразвуковое исследование сердца;

ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;

определение уровня тиреотропного гормона;

определение уровня гликированного гемоглобина;

определение уровня пролактина;

определение уровня церулоплазмينا и меди в крови при подозрении на болезнь Вильсона-Коновалова;

анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол) при подозрении на интоксикацию;

анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;

анализ мочи на дельта-аминолевулиновую кислоту при подозрении на острую перемежающуюся порфирию;

исследование спинномозговой жидкости/крови – на маркеры вирусных, бактериальных инфекций, антинейрональные антитела при подозрении на инфекционную этиологию заболевания либо аутоиммунный энцефалит;

тест на беременность;

медико-генетическое консультирование для исключения наследственных заболеваний.

14. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 10–13 настоящего клинического протокола, и проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫМИ С ПОСЛЕРОДОВЫМ ПЕРИОДОМ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫМИ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

15. Условия и продолжительность лечения зависят от степени тяжести симптоматики:

при легкой степени – в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания;

при средней степени тяжести – в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания или в стационарных условиях;

при тяжелом расстройстве – в стационарных условиях.

16. В лечении Легких психических расстройств и расстройств поведения, связанных с послеродовым периодом, неклассифицируемых в других рубриках (F53.0 по МКБ-10) применяются фармакотерапия, психотерапия, психологическое консультирование.

Показано:

недирективное психологическое консультирование;

краткосрочное психотерапевтическое вмешательство;

когнитивно-поведенческая психотерапия.

Психотерапевтическое вмешательство направлено на повышение уровня информированности о механизмах формирования типичных проблем этого периода и организацию адекватных поведенческих паттернов.

Лечение умеренно выраженной депрессивной симптоматики требует назначения антидепрессантов, среди которых предпочтение отдается ЛС, обладающим анксиолитической активностью, так как в 50 % случаев послеродовая депрессия сопровождается тревожной симптоматикой. При выраженной тревожной симптоматике и нарушениях сна могут назначаться ЛС, обладающие анксиолитическим действием, и небензодиазепиновые снотворные.

Антидепрессанты:

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь, в начале лечения суточная доза составляет 50–100 мг, рекомендуется принимать на ночь, при недостаточной эффективности суточная доза может быть увеличена до 150–200 мг, максимальная суточная доза – 300 мг, суточную дозу более 100 мг следует делить на 2–3 приема;

флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, 75 мг и 150 мг, внутрь, одновременно с приемом пищи, рекомендуемая начальная доза 75 мг в 2 приема ежедневно, в зависимости от переносимости и эффективности возможно повышение дозы постепенно до 300–375 мг/сутки;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 50–200 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

миртазапин, таблетки 30 мг, 15–45 мг/сутки внутрь в 1–2 приема;

эсциталопрам, таблетки по 5 и 10 мг, 10–20 мг/сутки внутрь, 1 раз в сутки;

пароксетин, таблетки 20 мг, 30 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

кломипрамин, таблетки 25 мг, лечение начинают с 25 мг 2–3 раза в день, дозу ЛС постепенно повышают, на 25 мг через каждые несколько дней до достижения суточной дозы 100–150 мг, максимальной суточная доза 250 мг;

мапротилин, таблетки по 25 мг, по 50–100 мг, внутрь в 1–3 приема, при необходимости дозу увеличивают до 150–200 мг;

дулоксетин, капсулы по 30 и 60 мг, начальная доза 60 мг в 1–2 приема, максимальная – 120 мг/сутки в 2 приема.

Анксиолитики и небензодиазепиновые снотворные:

тофизопам, таблетки 50 мг, по 50–100 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, 7–14 дней;

буспирон, таблетки 5 мг, 10 мг, по 5 мг внутрь, 3 раза в сутки, при необходимости ее можно увеличивать на 5 мг каждые 2–3 дня, средняя суточная доза составляет 20–30 мг, максимальная разовая доза – 30 мг;

феназепам, таблетки 1 мг, внутрь, независимо от приема пищи, начальная доза составляет 0,5–1 мг 2–3 раза в день. Через 2–4 дня с учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 4–6 мг/сут;

оксазепам, таблетки 10 мг, внутрь независимо от приема пищи, по 10–20 мг 2–3 раза в день;

диазепам, таблетки 2 мг, 5 мг, 10 мг, по 2–10 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема до 10 дней, отмена постепенная, ампулы, раствор для инъекций 10 мг/2 мл, парентерально 10 мг до 3 раз в сутки, рекомендованная продолжительность не более 7 дней;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, по 1,5–6 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, первоначальная суточная доза не более 1,5 мг, не более 10 дней;

зопиклон, таблетки 3,75 мг, 7,5 мг, внутрь, по 3,75–7,5 мг, на ночь однократно, не более 4 недель.

Наиболее эффективно сочетание антидепрессантов и психотерапии.

В связи с недостатком информации о влиянии приема антидепрессантов на ребенка во время грудного вскармливания, лактацию при фармакотерапии целесообразно прекратить, для чего назначаются агонисты D2-дофаминовых рецепторов:

бромокриптин по 2,5 мг/сутки первый день, по 2,5 мг 2 раза/сутки, в течение 14 дней;

или каберголин для предотвращения лактации 1 мг однократно в течение 24 часов после родов, для прекращения установившейся лактации – по 0,25 мг каждые 12 часов в течение 2 дней.

17. Среди Тяжелых психических расстройств и расстройств поведения, связанных с послеродовым периодом, неклассифицируемых в других рубриках (F53.1 по МКБ-10) встречаются два состояния: тяжелый депрессивный эпизод в послеродовом периоде (возможно с наличием психотических симптомов) и послеродовой психоз.

В зависимости от преобладающего психопатологического симптомокомплекса применяются:

антипсихотики:

оланзапин, таблетки 5 мг, по 2,5–20 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема внутрь в дозе от 5 до 20 мг/сутки;

кветиапин, таблетки 25 мг, 100 мг, 200 мг внутрь в 2 приема в суточных дозах 100 мг/сутки (1-й день), 200 мг/сутки (2-й день), 300 мг/сутки (3-й день), 400 мг/сутки (4-й день), дальнейшее повышение дозы не больше 200 мг/сутки, максимальная суточная доза – 800 мг;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, или раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг), внутрь в дозе от 2 до 6 мг/сутки;

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, внутрь или раствор для инъекций 5 мг/мл внутримышечно в дозе от 2 до 10 мг/сутки;

трифлуоперазин, таблетки 5 мг внутрь или раствор для инъекций 0,2% 1 мл внутримышечно в дозе 5–15 мг/сутки;

клозапин, таблетки 25 мг, 100 мг, внутрь в дозе от 50 до 400–500 мг/сутки;

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, внутрь в дозе 10–30 мг/сутки;

карипразин, таблетки, капсулы 1,5, 3, 4,5 и 6 мг, внутрь в дозе 1,5–6 мг/сутки.

ЛС с нормотимическим действием:

карбамазепин, таблетки 200 мг, по 400–600 мг/сутки внутрь, в 2 приема;

соли вальпроевой кислоты, таблетки 300 мг, 500 мг, по 300–1000 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

лития карбонат, таблетки 300 мг, начальная доза 600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, с последующим увеличением суточной дозы до 1200 мг/сутки.

Для психотических и депрессивных состояний в послеродовом периоде характерна волнообразность течения, что проявляется в спонтанных ухудшениях состояния на фоне успешного лечения. В этих случаях необходимо повышение дозы ЛС или перевод на парентеральное введение ЛС в течение нескольких дней до улучшения состояния. В резистентных случаях возможно проведение электросудорожной терапии.

Показана психотерапия, а также психообразовательная работа с близкими родственниками.

18. При лечении Других психических расстройств и расстройств поведения, связанных с послеродовым периодом, неклассифицируемых в других рубриках (F53.8 по МКБ-10), а также Послеродового психического расстройства, неуточненного (F53.9 по МКБ-10) в зависимости от преобладающего симптома применяются ЛС в дозировках и формах выпуска согласно пунктам 16, 17 настоящего клинического протокола.

Приложение

к клиническому протоколу

«Оказание медицинской помощи пациентам

с психическими расстройствами

и расстройствами поведения,

связанными с послеродовым периодом,

не классифицированными в других рубриках

(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к применению при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с послеродовым периодом

1. Скрининг-шкала постнатальной депрессии (СШПД) Т.Beck, R.Gable (адаптация В.В.Голубович);
2. Генограмма с проработкой материнской линии (М.Боуэн);
3. Опросник на онтогенез материнской сферы (Г.Г.Филиппова);
4. Методика «Идеальный родитель» (Р.В.Овчарова, Ю.А.Дегтярева);
5. Опросник удовлетворенности браком (В.В.Столин);
6. Ролевые ожидания и притязания в браке (А.Н.Волкова).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых, соответствующими шифрам F60-69 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-XII «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

8. Расстройства личности и поведения у взрослых включают: Специфические расстройства личности (F60 по МКБ-10), Смешанные и другие расстройства личности (F61 по МКБ-10):

длительно существующие глубокие и стойкие расстройства характера, причиняющие серьезный дискомфорт пациенту, либо приводящие его к значительным конфликтам с социальным окружением. Дезадаптивные особенности личности могут проявляться нарушениями в области восприятия и оценки окружающего, эмоциональной сфере, поведении, манере межличностных отношений, способах удовлетворения потребностей;

расстройства зрелой личности часто являются преморбидным фоном для других психических расстройств (расстройств настроения, зависимостей от психоактивных вещества, шизофрении и близких к ней расстройств и другие), как правило, утяжеляя течение последних.

В зависимости от симптомов выделяют следующие группы расстройств зрелой личности:

расстройства зрелой личности с преобладающими нарушениями восприятия и оценки окружающей действительности (шизоидное, параноидное, смешанное);

расстройства личности с преобладающими агрессивностью и импульсивностью (эмоционально неустойчивое, диссоциальное, смешанное);

расстройства личности с преобладающей эмоциональной лабильностью (эмоционально неустойчивое, гистрионное, смешанное);

расстройства личности с преобладающей тревожностью (тревожное, ананкастное, зависимое, смешанное).

Параноидное расстройство личности (F60.0 по МКБ-10):

характеризуется постоянными необоснованными сомнениями в лояльности окружающих. Пациенты с параноидным расстройством личности нередко проявляют враждебность, развивают кверулянтскую деятельность по отношению к медицинскому работнику. Это можно предупредить, если уделять данной категории пациентов большое внимание на первом медицинском осмотре, предупреждать о длительности лечения и об усилиях, которые необходимо приложить самому пациенту для достижения успеха.

Шизоидное расстройство личности (F60.1 по МКБ-10):

расстройство личности, для которого характерно отсутствие потребности в общении, неспособность переживать яркие эмоции, стремление к уединенной деятельности.

Диссоциальное расстройство личности (F60.2 по МКБ-10):

расстройство личности, для которого характерна неспособность соблюдать принятые в обществе нормы и правила, тенденция к использованию других в целях удовлетворения собственных потребностей.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3 по МКБ-10):

при этом расстройстве наблюдается ярко выраженная склонность действовать импульсивно, не думая о возможных последствиях, характерна неустойчивость настроения, выражающаяся в непредсказуемых и ничем не обусловленных его изменениях. Пациенты с эмоционально неустойчивым расстройством личности склонны обесценивать личность врача-специалиста и оказанную им медицинскую помощь, что приводит к серьезным межличностным конфликтам. Это можно предупредить, если уделять пациенту большое внимание на первом медицинском осмотре, предупреждать о длительности лечения и об усилиях, которые необходимо приложить самому пациенту для достижения успеха, избегать нарушений границ.

Истерическое расстройство личности (F60.4 по МКБ-10):

характерными чертами данного расстройства являются поверхностность и лабильность эмоций, преувеличенно интенсивное выражение чувств.

Ананкастное расстройство личности (F60.5 по МКБ-10):

данное расстройство характеризуется чувством неуверенности, постоянными сомнениями, стремлением к совершенству, чрезмерной добросовестностью, потребностью в проведении многократных проверок, озабоченностью деталями.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6 по МКБ-10):

данное расстройство личности характеризуется ощущениями напряженности, своей неполноценности, постоянными тяжелыми предчувствиями, неуверенностью в своей безопасности.

Расстройство типа зависимой личности (F60.7 по МКБ-10):

данное расстройство личности характеризуется склонностью полагаться на других в принятии как важных, так и незначительных решений, отчаянным страхом оказаться покинутым, тенденцией пассивно уступать желаниям других людей, чувством беспомощности.

Другие специфические расстройства личности (F60.8 по МКБ-10):

характеризуется: нарциссическим, пассивно-агрессивным, психоневротическим расстройством личности.

9. Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга (F62 по МКБ-10) включает: Стойкое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0 по МКБ-10), Стойкие изменения личности после психического заболевания (F62.1 по МКБ-10):

к этим расстройствам относятся расстройства зрелой личности и поведения, развивающиеся у пациентов, ранее не имевших расстройств личности.

10. Расстройства привычек и влечений (F63 по МКБ-10) включают:

Патологическое влечение к азартным играм (F63.0 по МКБ-10);

Патологическое влечение к поджогам (пиромания) (F63.1 по МКБ-10);

Патологическое влечение к воровству (клептомания) (F63.2 по МКБ-10);

Трихотилломания (F63.3 по МКБ-10);

Другие расстройства привычек и влечений (F63.8 по МКБ-10);

Расстройство привычек и влечений неуточненное (F63.9 по МКБ-10).

Эти расстройства характеризуются повторяющимися действиями, которые не имеют какой-либо ясной рациональной мотивации, не поддаются сознательному контролю и в общем противоречат интересам личности.

11. Расстройства половой идентификации (F64 по МКБ-10):

Транссексуализм (F64.0 по МКБ-10):

характерно стабильное и неизменяемое чувство принадлежности к противоположному полу;

дискомфорт и ощущение несоответствия своему биологическому полу;

постоянная озабоченность и желание избавиться от первичных и вторичных половых признаков и приобрести противоположные половые признаки путем хирургического и гормонального лечения;

существование стойкой транссексуальной идентификации не менее 2 лет.

Порядок организации оказания медицинской помощи при изменении половой принадлежности установлен постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2010 г. № 163 «О некоторых вопросах изменения и коррекции половой принадлежности».

Трансвестизм двойной роли (F64.1 по МКБ-10):

проявляется ношением одежды противоположного пола, является частью образа жизни с целью получения удовольствия и душевного комфорта от собственного внешнего вида и временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу. Переодевание не сопровождается сексуальным возбуждением, что отличает его от фетишистского трансвестизма.

К трансвестизму двойной роли относят:

нарушение половой идентификации нетранссексуального типа в возрасте до 18 лет;

нарушение половой идентификации нетранссексуального типа в возрасте старше 18 лет.

Расстройство половой идентификации (F64.2 по МКБ-10):

обычно проявляется до начала пубертатного периода, до 10 лет. Характеризуется постоянной интенсивной неудовлетворенностью по поводу зарегистрированного пола вместе с настойчивым желанием принадлежать (или убежденностью в принадлежности) к противоположному полу. Это стойкая озабоченность одеждой и (или) занятиями, свойственными противоположному полу, и (или) отвергание своего собственного пола.

Другие расстройства половой идентификации (F64.8 по МКБ-10):

у пациента отсутствует постоянное стремление изменить свой пол или приобрести особенности другого пола с помощью хирургического метода или гормонального лечения; характерно:

устойчивое желание у несовершеннолетнего пациента (возраст – до 10 лет) переодеваться в одежды противоположного пола;

кратковременное переодевание взрослого в одежды противоположного пола, связанное со стрессом;

клинические признаки транссексуализма продолжительностью менее чем два года у совершеннолетнего пациента;

постоянная одержимость идеей кастрации или ампутации полового члена без желания приобрести сексуальные характеристики другого пола.

Дифференциальная диагностика состояния должна быть проведена с как с транссексуализмом, транссвестизмом двойной роли, расстройствами половой идентификации у несовершеннолетних пациентов, так и с шизофренией, хроническими бредовыми расстройствами, расстройствами личности и другие. Необходимо исключить также группу интерсексуальных расстройств – синдром Турнера, синдром Клайнфельтера, врожденную вирилизацию, псевдогермафродитизм, синдром андрогенной нечувствительности.

Расстройство половой идентификации, неуточненное (F64.9 по МКБ-10):

включены наиболее легкие нарушения половой идентификации, затрагивающие полоролевые характеристики пациента – трансформация полоролевого поведения и гиперролевое поведение.

12. Расстройства сексуального предпочтения (F65 по МКБ-10):

характерны стойкие и выраженные паттерны атипичного сексуального возбуждения, проявляющиеся фантазиями, мыслями, побуждениями или действиями сексуального характера в отношении других лиц. Пациент в соответствии с этими влечениями совершает действия либо испытывает значительный дистресс из-за них. Данное предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев. Тяжесть состояния определяется, в первую очередь, дезадаптирующим влиянием сексуального расстройства.

Педофилия (F65.4 по МКБ-10):

расстройство характеризуется стойким сексуальным влечением к детям (мальчикам, девочкам или к тем и другим) обычно препубертатного или раннего пубертатного возраста (возраста полового созревания), которое приводит к дистрессу или негативным последствиям, выражением которого являются сексуальные мысли, фантазии, побуждения или действия.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

13. Перечень обязательного обследования в стационарных условиях и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация врача-невролога;

консультация врача-детского невролога;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам);

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам);

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

консультация врача-акушера-гинеколога – однократно при поступлении (для женщин);

мазок на кишечно-патогенную флору – однократно при поступлении.

14. Перечень обязательного обследования в условиях отделения дневного пребывания и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация врача-невролога;

консультация врача-детского невролога;

ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (совершеннолетним пациентам);

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

15. Перечень обязательного обследования в амбулаторных условиях и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация врача-невролога;

консультация врача-детского невролога;

ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

16. Перечень дополнительного обследования:

консультация врачей иных специальностей по профилю соматической патологии;

ЭКГ;

магнитно-резонансная томография головного мозга;

компьютерная томография головного мозга;

электроэнцефалография;
ультразвуковое исследование сердца;
ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга.

17. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 13–16 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

18. Медицинские показания для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – легкие или умеренно выраженные состояния декомпенсации расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, требующие применения фармакотерапии и (или) психотерапии.

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в условиях отделения дневного пребывания – умеренно выраженные состояния декомпенсации расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, требующие применения фармакотерапии и психотерапии.

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях:

тяжелые декомпенсации расстройств зрелой личности и поведения у взрослых, обуславливающие непосредственную опасность для пациента и (или) иных лиц, его беспомощность, либо возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи;

необходимость проведения диагностики, невозможной в иных, кроме стационарных, условиях для установления окончательного диагноза;

суицидальные намерения.

19. Лечение расстройств зрелой личности и поведения у взрослых включает:

купирование аффективных, выраженных поведенческих и других сопутствующих психических расстройств;

психотерапию;

при тяжелых декомпенсациях лечение рекомендуется начинать с фармакотерапии, которая облегчит начало работы с врачом-специалистом. При менее выраженных состояниях и фармакотерапию, и психотерапию рекомендуется начинать одновременно.

При фармакотерапии декомпенсаций расстройств личности применяют следующие ЛС:

антипсихотические ЛС (далее – антипсихотики):

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, внутрь 1,5–6 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

трифлуоперазин, таблетки 5 мг, внутрь 5–10 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

флупентиксол, таблетки 0,5 мг, 1 мг, внутрь 0,5–3 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг), внутрь 1–3 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

оланзапин, таблетки 2,5 мг, 5 мг, внутрь 2–5 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

кветиапин, таблетки 25 мг, 100 мг, внутрь 50–200 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

перициазин, капсулы 5 мг, 10 мг, раствор для приема внутрь, флакон 30 мл, 125 мл (1 капля содержит 1 мг перициазина), внутрь 20–50 мг/сутки в 2 приема в течение 1–3 недель;

хлорпротиксен, таблетки 15 мг, 25 мг, 50 мг, внутрь 30–100 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

сертиндол, таблетки 4 мг, внутрь 4–6 мг/сутки 1 раз в сутки в течение 1–3 недель;

антидепрессанты:

флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, внутрь 10–40 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь 100–150 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

эсциталопрам, таблетки 10 мг, внутрь 10–20 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, внутрь 50–150 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

пароксетин, таблетки 20 мг, 30 мг, внутрь 20–40 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, 75 мг и 150 мг, внутрь 150–225 мг/сутки в 2 приема в течение 2–6 месяцев;

миртазапин, таблетки 30 мг, внутрь 15–45 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

мапротилин, таблетки 25 мг, внутрь 25–75 мг/сутки в 1–3 приема в течение 2–6 месяцев;

тианептин, таблетки 12,5 мг, внутрь 12,5–25 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

миансерин, таблетки 10 мг, 30 мг, 60 мг, внутрь 20–60 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

противоэпилептические ЛС, обладающие нормотимическим действием:

карбамазепин, таблетки 200 мг, внутрь 400–600 мг/сутки в 2 приема в течение 2–6 месяцев;

соли вальпроевой кислоты, таблетки 300 мг, 500 мг, внутрь 300–1200 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

окскарбазепин, таблетки 150 мг, 300 мг, 600 мг, внутрь 300–900 мг/сутки в 2 приема 2–6 месяцев;

ламотриджин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, внутрь 25–150 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

анксиолитические ЛС (далее – анксиолитики):

буспирон, таблетки 5 мг, 10 мг, внутрь 10–30 мг/сутки в 2–3 приема в течение 1–4 недель;

этифоксин, капсулы 50 мг, внутрь 100–200 мг/сутки в 2–3 приема в течение 1–4 недель;

мебикар, таблетки 300 мг, 500 мг, внутрь 600–1800 мг/сутки в 2–3 приема в течение 1–4 недель;

алпразолам, таблетки 0,25 мг, 0,5 мг, 1 мг, внутрь 0,5–2 мг/сутки в 2–3 приема в течение 1–2 недель;

тофизопам, таблетки 50 мг, по 50–100 мг/сутки внутрь в 1–3 приема в течение 7–14 дней;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, внутрь 0,5–4 мг/сутки в 2–3 приема в течение 1–2 недель.

Следует избегать применения нескольких ЛС (полипрагмазии), безопаснее использовать одно ЛС. Если назначенное ЛС не уменьшило симптомы, на которые было ориентировано лечение, необходимо увеличить его дозу, а при отсутствии эффекта – перейти на другое ЛС данной группы; при отсутствии эффекта – перейти на ЛС другой группы.

Выбор ЛС и доз зависит от преобладающих симптомов.

При преобладании симптомов нарушения восприятия и оценки окружающей действительности эффективны малые дозы антипсихотиков: галоперидола,

трифлуоперазина, флупентиксола, рisperидона, оланзапина, кветиапина. Начинают подбор ЛС с антипсихотиков второго поколения и лишь в случае их неэффективности переходят к ЛС первого поколения. При возникновении нежелательных реакций рекомендовано понижение дозы антипсихотика, при сохранении нежелательных реакций – переход на другой атипичный антипсихотик. Если нежелательные реакции сохраняются и после этого, назначать корректор нецелесообразно, лучше перейти на анксиолитик.

При преобладании агрессивности и импульсивности применяются антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС) (флуоксетин, флувоксамин, эсциталопрам, сертралин), противоэпилептические ЛС, обладающие нормотимическим действием (карбамазепин, соли вальпроевой кислоты, окскарбазепин, ламотриджин). В случае их неэффективности или выраженной враждебности возможно применение малых доз антипсихотиков (галоперидол, трифлуоперазин, перициазин, хлорпротиксен, оланзапин, кветиапин).

При преобладании эмоциональной лабильности показаны ЛС нормотимического действия (соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, окскарбазепин, ламотриджин).

При преобладании тревожности эффективны антидепрессанты, анксиолитики, малые дозы некоторых антипсихотиков. Показаны антидепрессанты группы СИОЗС с выраженным противотревожным действием (эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин, сертралин). Из трициклических и тетрациклических антидепрессантов допустимо назначение мапротилина, тианептина, миансерина, мirtазапина. Поскольку пациенты с расстройствами личности склонны к формированию зависимостей, бензодиазепиновые анксиолитики назначаются короткими курсами.

Рекомендованы анксиолитики, не являющиеся бензодиазепиновыми: буспирон, этифоксин, гидроксизин, мебикар. Из антипсихотиков назначаются хлорпротиксен, кветиапин. Антипсихотики должны применяться с большой осторожностью из-за вероятности нежелательных реакций, что может отрицательно повлиять на приверженность к лечению.

Психотерапия:

когнитивно-поведенческая терапия;

схемофокусированная терапия;

поддерживающая психотерапия;

терапия средой;

терапия, направленная на формирование адекватной самооценки;

психодинамическая терапия;

групповая терапия;

обучение социальным навыкам.

Параноидное расстройство личности (F60.0 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта;

психотерапия:

эффективна долгосрочная когнитивная психотерапия с акцентом на реальности.

Используются стратегии стимулирования навыков связей и доверия к межличностным отношениям, а также фокусирование на области конкретных межличностных кризисов и конфликтов. Врачу-специалисту необходимо действовать в качестве модели эмпатии. Не проводить конфронтацию с негативными компонентами расстройств личности, вместо конфронтации – активировать ресурсы. Групповые формы психотерапии нежелательны.

Шизоидное расстройство личности (F60.1 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта;

психотерапия: долгосрочная психодинамическая, тренинг социальных навыков, возможна групповая терапия. Используются стратегии гибкого стимулирования открытости новому опыту и стратегии стимулирования навыков связей и доверия к межличностным отношениям. Когнитивная терапия используется в случае, если структура личности включает склонность к дисфории/депрессии.

Диссоциальное расстройство личности (F60.2 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта;

психотерапия оказывает незначительное влияние на пациентов с диссоциальным расстройством личности. Используются групповые формы работы, социотерапия, когнитивно-поведенческая терапия. Применимы директивные формы работы, так как под угрозой наказания поведение пациента может меняться в положительную сторону.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта; психотерапия:

долгосрочная психодинамическая терапия, диалектическая поведенческая терапия, а также другие виды психотерапии. Психотерапия включает в себя индивидуальную и групповую формы работы. Психотерапия должна быть сфокусирована на области конкретных межличностных кризисов и конфликтов, иметь четкие и однозначные цели.

Истерическое расстройство личности (F60.4 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта; психотерапия:

долгосрочная психодинамическая, групповая, индивидуальная, ориентированная на создание адекватной самооценки.

Ананкастное расстройство личности (F60.5 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта; психотерапия:

вначале лечения предпочтительны индивидуальные формы работы, ориентированные на создание адекватной самооценки, с возможным переходом в последующем на групповую психотерапию с целью приобретения необходимых социальных навыков, эффективна и семейная психотерапия;

психотерапевтическая коррекция может осуществляться в рамках когнитивно-поведенческого, психодинамического, экзистенциального подходов, а также в рамках гештальт-терапии.

Тревожное расстройство личности (F60.6 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта;

психотерапия: психодинамическая, когнитивно-поведенческая, групповая, обучение социальным навыкам и формирование уверенности в себе;

когнитивные техники помогают пациенту изменить свои болезненные взгляды и мысли, стать более устойчивым к эмоциональному дискомфорту и сформировать правильное представление о себе и социальной среде;

поведенческие техники способствуют обучению социальным навыкам и методам контролируемого негативного воздействия, способствующие постепенному расширению социальных контактов. групповая терапия помогает попрактиковаться в социальных ситуациях.

Расстройство типа зависимой личности (F60.7 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта;

психотерапия:

вначале лечения предпочтительны индивидуальные формы работы, с возможным переходом в последующем на групповую психотерапию с целью приобретения необходимых социальных навыков, эффективны семейные формы работы, выработка уверенности в себе;

психотерапевтическая коррекция может осуществляться в рамках когнитивно-поведенческого, психодинамического подходов, а также в рамках гештальт-терапии.

Другие специфические расстройства личности (F60.8 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта;

психотерапия определяется потребностями конкретного случая.

20. Стойкие изменения личности, не связанные с заболеванием или повреждением мозга (F62 по МКБ-10):

фармакотерапия направлена на коррекцию наиболее выраженных нарушений. Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в части второй пункта 19 настоящего клинического протокола;

психотерапия определяется потребностями конкретного случая.

21. Расстройства привычек и влечений (F63 по МКБ-10).

Основным методом лечения патологических привычных действий является психотерапия, которая включает когнитивно-поведенческую, групповую, игровую и семейную.

Фармакотерапия показана в случаях упорного и затяжного течения, зависит от наблюдаемых симптомов и может включать:

антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, сертралин);
неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов (венлафаксин и другие);
трициклические и гетероциклические антидепрессанты (мапротилин, мirtазапин);
анксиолитики короткими курсами (алпразолам, клоназепам);
противоэпилептические ЛС (карбамазепин, вальпроевая кислота, топирамат, ламотриджин);
антипсихотики (в резистентных случаях) в малых и средних дозах (хлорпротиксен, галоперидол, флупентиксол, рисперидон, перициазин, кветиапин).

Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в части второй пункта 19 настоящего клинического протокола.

22. Расстройства половой идентификации (F64 по МКБ-10):

Транссексуализм (F64.0 по МКБ-10):

проявляется стойким и неизменным осознанием своей принадлежности к противоположному полу, выраженным психоэмоциональным дискомфортом, ощущением чуждости и полного несоответствия строения собственного тела половому самосознанию и полоролевому поведению;

возраст старше 18 лет.

Медицинские противопоказания для изменения половой принадлежности определяются постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2010 г. № 163 «О некоторых вопросах изменения и коррекции половой принадлежности».

Хирургическая коррекция анатомических половых признаков, маскулинизирующая маммопластика и фаллопластика, экстирпация матки с придатками у женщин-транссексуалов, феминизирующая маммопластика и вагинопластика с кастрацией у мужчин-транссексуалов проводится в организации здравоохранения, определенной Министерством здравоохранения.

Гормональное заместительное лечение проводится с целью подавления врожденных и стимулирования развития желаемых вторичных половых признаков и назначается врачом-эндокринологом.

Психотерапия (индивидуальные и групповые формы) первоначально направлена на примирение с врожденным гендерным статусом, социальную адаптацию и облегчение процессов самораскрытия; перед половой переориентацией включает информационно-разъяснительную, рациональную методики, семейную терапию с близкими родственниками, партнером; в процессе смены пола и после направлена на социализацию, работу с супругом и близкими родственниками, партнером, и стабилизацию психоэмоционального состояния (при его нарушении).

Во всех случаях применяется когнитивно-поведенческая психотерапия, при необходимости антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, внутрь 40–60 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев; сертралин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь 150–200 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев).

Трансвестизм двойной роли (F64.1 по МКБ-10):

основной метод лечения психотерапия: релаксационный тренинг, когнитивная, психодинамическая, семейная и супружеская, когнитивно-поведенческая и другие методы. Психотерапия направлена на устранение имеющихся межличностных и внутриличностных конфликтов, повышение самооценки, расширения коммуникативных навыков;

фармакотерапия: анксиолитики и антидепрессанты при имеющихся коморбидных психических расстройствах определяется конкретной нозологической формой.

Расстройство половой идентификации в детском возрасте (F64.2 по МКБ-10):
основной метод лечения – длительная (до периода полового созревания) психотерапия, направленная на устранение имеющихся межличностных и внутриличностных конфликтов, повышение самооценки, расширения коммуникативных навыков, улучшение социальной адаптации.

Другое расстройство половой идентификации (F64.8 по МКБ-10):
основное лечение – психотерапия, направленная на ослабление психического дискомфорта, связанного с неприятием себя как носителя определенного пола, формирование у пациента когнитивных поведенческих паттернов, способствующих улучшению его психосоциальной адаптации и расширяющих возможности для установления полноценных партнерских/супружеских отношений. Используют методы когнитивно-поведенческой психотерапии, гипносуггестию, семейную и групповую психотерапию, психодинамические подходы.

Расстройство половой идентификации, неуточненное (F64.9 по МКБ-10):
в случаях семейно-сексуальных дисгармоний либо при неудачных попытках наладить удовлетворяющие партнерские отношения проводится корригирующее лечение, которое предусматривает проведение реконструктивной психотерапии с акцентом на исправление искажений этапа формирования полоролевого поведения.

23. Расстройства сексуального предпочтения (F65 по МКБ-10):

лечение:

контроль парафилических фантазий и поведения для снижения риска совершения сексуального преступления;

контроль парафильных сексуальных влечений;

снижение уровня дистресса у пациентов с парафилическими расстройствами;

усиление непарафильных сексуальных интересов и поведения.

Выбор лечения зависит от приверженности пациента лечению, интенсивности парафилических сексуальных фантазий и риска сексуального насилия.

При парафилических сексуальных фантазиях, навязчивостях и поведении без влияния на обычную сексуальную активность и сексуальное желание (случаи вуайеризма, фетишизма без риска изнасилования или жестокого обращения с детьми) применяется когнитивно-поведенческая психотерапия.

При парафилических сексуальных фантазиях, навязчивых идеях и поведении с незначительным влиянием на обычную сексуальную активность и сексуальное желание без риска изнасилования или насилия над детьми (эксгибиционизм, фроттеризм) применяется когнитивно-поведенческая психотерапия, антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, внутрь 40–60 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев; сертралин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь 150–200 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев).

Педофилия (F65.4 по МКБ-10):

во всех случаях применяется когнитивно-поведенческая психотерапия, при необходимости антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, внутрь 40–60 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев; сертралин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь 150–200 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев);

при умеренном риске сексуального насилия (при отсутствии в прошлом актов насилия) показано по решению врачебного консилиума назначение ЛС:

медроксипрогестерон ацетат, суспензия для инъекций 500 мг/3,3 мл во флаконах, внутримышечно 500 мг еженедельно, затем ежемесячно;

при высоком риске сексуального насилия показано назначение через врачебный консилиум аналога гонадотропин-рилизинг гормона длительного действия (трипторелин или лейпрорелин) в сочетании с антиандрогеном (ципротерон ацетатом) или гормональным контрацептивом для системного применения (медроксипрогестерона ацетатом):

трипторелин, лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия в комплекте с растворителем 3,75 мг, внутримышечно один раз в месяц, длительно;

лейпрорелин, порошок лиофилизированный для приготовления суспензии для инъекций 3,75 мг, 7,5 мг, в комплекте с растворителем, подкожно в дозе 3,75–7,5 мг один раз каждые 4 недели, длительно.

Антиандроген назначается за неделю до и в течение первого месяца приема агонистов гонадорелина для предотвращения эффекта вспышки и для контроля риска рецидива парафильного сексуального поведения, связанного с эффектом вспышки.

В случае нежелательных реакций (тромбоэмболия или тяжелая печеночная дисфункция печени) лечение ципротерон ацетатом или медроксипрогестерон ацетатом должно быть заменено на аналог гонадотропин-рилизинг гормона. В случае тяжелого остеопороза: необходимо назначить ЛС кальция, витамина D и/или бисфосфонаты, остеоденситометрия должна проводиться ежегодно.

При рецидиве парафилических сексуальных фантазий и/или поведения с умеренным или высоким рисками сексуального насилия гормональное лечение возобновляется.

Приложение
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с расстройствами зрелой
личности и поведения у взрослых
(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, используемых в диагностике расстройств зрелой личности и поведения у взрослых

1. Таблицы Шульце.
2. «Счет и (или) отсчитывание» по Крепелину.
3. «Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия.
4. «Пиктограммы» С.В.Логинова, С.Я.Рубинштейн.
5. «Классификация предметов» К.Гольштейн, Л.С.Выготский, Б.В.Зейгарник.
6. «Исключение четвертого лишнего» Т.Д.Марциновской.
7. «Соотношение пословиц, метафор и фраз» Б.В.Зейгарник.
8. «Прогрессивные матрицы Равена».
9. Тест Д.Векслера.
10. Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI).
11. Тест М.Люшера.
12. «Измерение степени андрогинности» С.Бэм.
13. «Методика полового дифференциала» В.Кагана.
14. Опросник ситуативной неудовлетворенности образом тела – SIBID Т.Кэша (адаптация Л.Т.Баранской и С.С.Татауровой, 2012).
15. Тест цветоуказания неудовлетворенности собственным телом (The Color-A-Person body dissatisfaction Test, САРТ, 2012).
16. Тест Куна-Мартленда «Кто Я» в модификации Т.В.Румянцевой.
17. Тест диагностики удовлетворенности жизнью А.Б.Белоусова (2010).
18. Шкала Клейна (2004).
19. «МиФ» (маскулинность и фемининность) Т.А.Бессоновой, Н.В.Дворянчикова.
20. «Кодирование» З.Старович, А.А.Ткаченко, Н.В.Дворянчикова. 21. «ФПО» (Фигура-Поза-Одежда) Д.К.Саламова.
22. «ЦТО» (цветовой тест отношений) А.Е.Эткинд.
23. Шкала нарушений сексуального дизонтогенеза для мужчин Г.Е.Введенского.
24. Шкала нарушений сексуального дизонтогенеза для женщин Г.Е.Введенского, Е.В.Мединского.
25. Шкала оценки нарушений половой идентичности А.А.Ткаченко.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Оказание медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью
(взрослое и детское население)»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с умственной отсталостью (взрослое и детское население), соответствующей шифрам F70-F79 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с умственной отсталостью (взрослое и детское население) в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

8. Умственная отсталость характеризуется задержкой или неполным развитием психики, которое обнаруживается чаще всего в возрасте до 3 лет. Отставание проявляется

в когнитивной сфере, речи, моторике, социальном функционировании, способности к обучению и носит чаще непрогредиентный (стационарный) характер. При отсутствии специального обучения, депривации и заболеваниях обмена его прогредиентность может нарастать.

9. Для достоверного диагноза должен устанавливаться пониженный уровень интеллектуального функционирования, приводящий к недостаточной способности адаптироваться к повседневным запросам нормального социального окружения. Приводимые коэффициенты интеллектуального развития (IQ по тесту Векслера) должны использоваться с учетом культуральных особенностей, при этом также должны учитываться нарушения речи, слуха, соматические факторы. Уровень IQ не может являться единственным критерием диагностики умственной отсталости или определения ее выраженности. Необходимо также оценивать уровень адаптивного функционирования пациента в разных областях – самообслуживание, социальные контакты, социальная информированность и иное.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

10. Перечень обязательного общеклинического обследования в стационарных условиях включает:

консультацию психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультацию учителя-дефектолога;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов – однократно при поступлении, далее при нормальных показателях и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам);

флюорографию органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам);

электрокардиографию (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

консультацию врача-акушера-гинеколога – однократно при поступлении (для женщин).

11. Перечень обязательного общеклинического обследования в условиях отделения дневного пребывания включает:

консультацию психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультацию учителя-дефектолога;

ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам), далее – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию (совершеннолетним пациентам);
флюорографию ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

12. Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях включает:

консультацию психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультацию учителя-дефектолога;

ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями;

ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями;

флюорографию ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

13. Перечень дополнительного обследования включает:

консультацию врачей иных специальностей – по медицинским показаниям;

консультацию врача-генетика;

ЭКГ;

определение уровня тиреотропного гормона – по медицинским показаниям;

электроэнцефалограмму;

магнитно-резонансную томографию головного мозга;

компьютерную томографию головного мозга;

аудиограмму.

Все дополнительные обследования проводятся по медицинским показаниям.

14. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 10–13 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

15. Медицинские показания для оказания медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью являются:

в амбулаторных условиях – непсихотические психические расстройства, психотические состояния с незначительно выраженной симптоматикой или в состоянии фармакологической либо спонтанной ремиссии;

в условиях отделения дневного пребывания – затяжные непсихотические психические расстройства и психотические психические расстройства после лечения в стационарных условиях;

в стационарных условиях – психотические психические расстройства, значительные поведенческие нарушения, представляющие угрозу безопасности окружающих лиц, поведенческие нарушения, не поддающиеся лечению в амбулаторных условиях либо в условиях отделения дневного пребывания, необходимость уточнения диагноза.

16. Лечение умственной отсталости является комплексным и включает медико-педагогическую работу с пациентом и его родителями, усыновителями (удочерителями), опекунами, попечителями (далее – законные представители), социальную адаптацию пациента.

При выявлении специфической нозологической формы обменного характера с установленным патогенезом (фенилкетонурия, гипотиреоз) лечение должно быть строго специфическим.

Выбор лечения при наличии осложненного течения заболевания производится в соответствии со структурой психопатологического синдрома: антидепрессанты, анксиолитические, антипсихотические, противозипептические ЛС.

Основная роль в коррекции умственной отсталости принадлежит психолого-педагогическим мероприятиям, которые должны начинаться как можно раньше и вестись

целенаправленно в зависимости от того, какой уровень социальной и трудовой адаптации может быть достигнут в каждом конкретном случае. Важным является выявление и развитие у пациента сохранных способностей и склонностей – таких, например, как музыкальность, способность к рисованию, способность к подражанию или хорошая двигательная координация.

Законным представителям пациента показаны психообразование, психологическая коррекция, психотерапия с целью признания ими факта умственной отсталости пациента и нуждаемости в совместной работе.

17. Легкая умственная отсталость (F70 по МКБ-10):

уровень когнитивных способностей находится в диапазоне IQ – 50–69 по тесту Векслера;

социальное функционирование ограничено, но возможно в любой общественной группе. Возможно достижение полной независимости в уходе за собой, домашних навыках;

основные затруднения у несовершеннолетних пациентов в задержке обучаемости чтению и письму, в эмоциональной и социальной незрелости;

возможно обучение как совершеннолетних, так и несовершеннолетних пациентов несложному ручному труду и в перспективе достижение достаточного уровня социальной и семейной адаптации;

показана психотерапевтическая работа с близкими родственниками.

18. Умственная отсталость умеренная (F71 по МКБ-10):

уровень когнитивных способностей в диапазоне IQ – 35–49 по тесту Векслера;

уровень социального функционирования ограничен пределами семьи и специальной группы;

показана психотерапевтическая работа с близкими родственниками.

19. Умственная отсталость тяжелая (F72 по МКБ-10):

уровень когнитивных способностей IQ в пределах 20–34 по тесту Векслера;

заболевание, как правило, сочетается с выраженными моторными нарушениями, недоразвитием речи вплоть до полного ее отсутствия, часты эпилептиформный синдром и психомоторное возбуждение;

показана психотерапевтическая работа с близкими родственниками.

20. Умственная отсталость глубокая (F73 по МКБ-10):

уровень когнитивных способностей IQ – ниже 20 по тесту Векслера, часто не определяется;

пациенты не способны к пониманию и выполнению требований или инструкций;

в большинстве случаев имеются тяжелые неврологические и соматические нарушения;

пациенты нуждаются в постоянной посторонней помощи и надзоре;

показана психотерапевтическая работа с близкими родственниками.

Приложение
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской
помощи пациентам
с умственной отсталостью
(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к применению при умственной отсталости

1. Методика исследования интеллекта Д.Векслера (взрослый и детский).
2. Прогрессивные матрицы Равена.
3. Тест структуры интеллекта Амтхауэра (в модификации К.Акимовой, В.Н.Намазовым и А.Н.Жмыриковым, Л.А.Ясюковой).

4. Тест интеллекта Г.Айзенка.
5. Социальный интеллект Дж.Гилфорда, М.Салливана, адаптация Е.С.Михайлова.
6. Школьный тест умственного развития (ШТУР), подростковый и юношеский возраст, К.М.Гуревич, М.К.Акимова, Е.М.Борисова, В.Т.Козлова, Г.П.Логина, В.Г.Зархин.
7. Тест интеллектуального потенциала П.Ржичана, для испытуемых 7–16 лет, адаптация Л.И.Вассерман, Т.В.Чередникова и др. (НИПНИ им. Бехтерева).
8. Краткий ориентировочный тест (В.Н.Бузина, Э.Ф.Вандерлик).
9. Тест умственного развития АСТУР (М.К.Акимова, Е.М.Борисова, К.М.Гуревич, В.Г.Зархин, В.Т.Козлова и др.).
10. Тест «ГНОМ».
11. Психометрические шкалы диагностики ППР детей раннего возраста (KID, шкала Пантюхиной, К.Л.Печоры, Э.Л.Фрухт и др.).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами психологического (психического) развития (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с расстройствами психологического (психического) развития, соответствующими шифрам F80-F89 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-XII «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с расстройствами психологического (психического) развития в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ

8. Специфические расстройства развития речи и языка (F80 по МКБ-10):

включают расстройства, при которых нарушено нормальное речевое развитие, снижен коэффициент невербального интеллекта. Состояние нельзя объяснить неврологическими расстройствами, сенсорными или физическими нарушениями, умственной отсталостью или средовыми факторами.

Специфические расстройства развития речи и языка приводят к вторичным последствиям:

трудности при чтении и письме;
нарушению межличностных отношений;
нарушениям в эмоциональной и поведенческой сфере.

Специфическое расстройство речевой артикуляции (F80.0 по МКБ-10):

артикуляционные навыки ниже 2 стандартных отклонений для возраста несовершеннолетнего пациента и ниже 1 стандартного отклонения от его невербального коэффициента интеллекта, определяемого с использованием структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению. Экспрессивная речь и понимание – в 2 пределах стандартных отклонений для возраста несовершеннолетнего пациента.

Расстройство экспрессивной речи (F80.1 по МКБ-10):

встречается очень часто у несовершеннолетних пациентов и обычно проявляется простой задержкой в усвоении фонологии, лексики и синтаксиса на фоне обычного развития социальных навыков, невербальной коммуникации, когнитивных навыков и воображения.

Расстройство рецептивной речи (F80.2 по МКБ-10):

понимание несовершеннолетним пациентом речи ниже 2 стандартных отклонений по стандартизированным тестам для возраста несовершеннолетнего пациента. Навыки рецептивной речи по меньшей мере на 1 стандартное отклонение ниже невербального коэффициента интеллекта при оценке по стандартизированным тестам.

Приобретенная афазия с эпилепсией (Ландау – Клеффнера) (F80.3 по МКБ-10):

характеризуется нормальным развитием до возраста трех-четырёх лет, после чего следует массивная регрессия рецептивной, а позже, экспрессивной речи, обычно сопровождающаяся появлением судорожных припадков или изменениями на электроэнцефалограмме (далее – ЭЭГ) во время сна. Регрессия может ассоциироваться с преходящим социальным отчуждением.

Изменения на ЭЭГ служат одним из основных критериев в постановке диагноза. На «рутинной» ЭЭГ во время бодрствования выявляются разряды «острых» волн, комплексы «острая-медленная волна» в височных, задне-височных, теменно-затылочных отведениях. Характерно наличие выраженной эпилептиформной активности в фазу быстрого сна.

9. Специфические расстройства развития учебных навыков (F81 по МКБ-10):

психические расстройства, для которых характерны трудности с обучением – правильное и беглое чтение, письмо и математические навыки, которые значительно

вливают на академические достижения или функционирование в повседневной жизни, если не предпринимаются меры для адаптации пациента. Навыки находятся ниже уровня, ожидаемого для возраста несовершеннолетнего пациента, года его обучения и коэффициента умственного развития. Проблемы начинаются с ранних стадий обучения и не обусловлены интеллектуальной несостоятельностью, неврологическими, зрительными или слуховыми отклонениями.

Специфические расстройства учебных навыков могут сочетаться с другими сопутствующими проблемами или коморбидными состояниями (расстройства артикуляции речи, эмоциональные расстройства).

Несовершеннолетние пациенты, страдающие расстройствами учебных навыков, нуждаются в индивидуальном подходе, при создании заданий для них и оценке их выполнения (дополнительное время, дополнительные перерывы, визуальные, аудиальные и сенсорные акценты, спокойное уединенное место).

Проявления трудностей с обучением могут изменяться по мере развития.

Специфическое расстройство чтения (F81.0 по МКБ-10):

специфическое расстройство чтения, проявляющееся в многочисленных ошибках (замены, пропуски, перемена местами или добавление слов или частей слов). Включает замедленный темп чтения, трудности при начале чтения вслух, длительные задержки и потеря строчек в тексте, неправильные интонации при чтении вслух, случайные замены слов в предложении или в словах букв, нарушения понимания прочитанного текста. Специфическое расстройство чтения нельзя объяснить умственной отсталостью или неадекватным обучением и оно не является результатом дефекта зрения, слуха или неврологического расстройства. По мере взросления добавляются проблемы эмоционального, поведенческого и академического характера.

Специфическое расстройство спеллингования (F81.1 по МКБ-10):

нарушение становления процессов письма и одна из форм недоразвития письменной речи, проявляющаяся в многочисленных типичных ошибках стойкого характера.

Навыки чтения и понимание прочитанного должны быть в пределах нормы, трудности письма не должны быть обусловлены неадекватным обучением или дефектами зрительного и слухового анализаторов, неврологическими заболеваниями.

Трудности в освоении навыков чтения и письма могут отрицательно влиять на формирование личности несовершеннолетнего пациента. Постоянные неудачи в учебе способны сформировать и закрепить неуверенность, тревожность, замкнутость, заниженную самооценку.

Специфическое расстройство арифметических навыков (F81.2 по МКБ-10):

неспособность понимать и обращаться с количеством, цифрами или базовыми арифметическими действиями, которая не согласуется с возрастом, возможностями полученного образования или интеллектуальными способностями пациента.

Основные проявления:

трудности в цифровой семантике – счетные операции недоступны пониманию, не устанавливаются количественные соотношения, отсутствует представление о числовом пространстве;

трудности в осознанном овладении счетом – ошибочный счет, с трудом дается таблица умножения, сложение, вычитание, деление, умножение, особенно с переходом через десяток;

число не может переводиться в другую кодовую систему;

нарушения внимания – цифры списываются с ошибками, число, удерживаемое в памяти, при вычислениях переносится с ошибками, арифметические знаки остаются без внимания или списываются неправильно.

Смешанное расстройство учебных навыков (F81.3 по МКБ-10):

сочетанные специфические расстройства учебных навыков включают нарушения чтения, письма, счета.

Неуспеваемость по учебным предметам при этом носит более тяжелый характер из-за патологического влияния одного дефекта на другой.

10. Специфические расстройства развития моторных функций (F82 по МКБ-10):

специфическое нарушение развития моторики, которая характеризуется выраженным нарушением двигательной координации, моторика не соответствует возрасту и общему уровню интеллектуального развития, при этом расстройство не обусловлено неврологическим заболеванием. Чаще замедлено развитие статической моторики. Нарушен темп, гармоничность, уверенность произвольных движений. Несовершеннолетние пациенты часто натываются на предметы, падают. Обнаруживают неловкость в обращении с ножницами, плохо рисуют.

У несовершеннолетних пациентов нарушена координация при письме: плохой почерк, несоблюдение строки, замедленный темп работы. Нарушено восприятие формы, размера, различия фигуры и фона, пространственной ориентации. Расстройство существенно препятствует обучению и деятельности в повседневной жизни. Несовершеннолетние пациенты поздно обучаются плаванию, умению ездить на велосипеде, спортивным навыкам.

11. Общие расстройства психологического развития (F84 по МКБ-10):

Детский аутизм (F84.0 по МКБ-10):

состояние, связанное с развитием нервной системы и характеризующееся нарушениями в трех сферах: социальном взаимодействии, коммуникации (использовании вербального и невербального языка), а также ограниченными и повторяющимися моделями в поведении, интересах и деятельности.

Характерно начало общих расстройств психологического развития в возрасте до 3 лет. Ключевые проявления: качественные нарушения социального взаимодействия (нарушения невербального поведения, используемого для регулирования социальных взаимодействий, неспособность наладить взаимоотношения со сверстниками, соответствующие стадии развития несовершеннолетнего пациента, и отсутствие спонтанного желания делиться радостью, интересами и достижениями с другими людьми), качественные нарушения коммуникации (задержка или отсутствие развития разговорной речи, которое не сопровождается компенсаторными попытками невербальной коммуникации, выраженное нарушение способности инициировать или поддерживать разговор, стереотипная, повторяющаяся или идеосинкретическая речь, отсутствие разнообразной, спонтанно имитирующей или воображаемой игры) и повторяющиеся, ограниченные и стереотипные паттерны поведения, занятий и интересов (негибкая приверженность выполнению однообразных рутинных действий; стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы и постоянный интерес к определенным деталям или предметам).

Проявления общих расстройств психологического развития существенно отличаются у разных несовершеннолетних пациентов, формируя индивидуальные дефициты и потребности. Помимо ключевых симптомов существуют часто встречающиеся сопутствующие проблемы, которые могут сильно влиять на психическое развитие несовершеннолетнего пациента, его близких родственников, степень адаптации. Сюда относятся нарушения сна, эпилептические приступы, коморбидные тревожные и аффективные расстройства, раздражительность, агрессия, самоповреждения, проблемы с питанием и работой желудочно-кишечного тракта, стоматологические проблемы, побег из дома. Частой сопутствующей проблемой является умственная отсталость.

Атипичный аутизм (F84.1 по МКБ-10):

проявляется в возрасте 3 лет и старше и протекает атипично либо по возрасту, либо по симптоматике, либо и по возрасту и по симптоматике по отношению критериям детского аутизма F84.0 по МКБ-10. Ключевые симптомы присутствуют, но их перечень недостаточен для установления диагноза детского аутизма.

Синдром Ретта (F84.2 по МКБ-10):

связанное с X-хромосомой нарушение развития мозга, которое поражает почти всегда девочек. Как правило, до 6–18 месяцев развитие протекает нормально, затем останавливается и происходит регресс (потеря речи и целенаправленного движения рук), появляются стереотипные движения рук, социальная отчужденность, имитируя симптомы

аутизма. Кроме того, происходит замедление роста головы, приводя к приобретенной микроцефалии, все это может сопровождаться появлением судорожных припадков. Обнаружен специфический ген (MECP2) X-хромосомы, ответственный за возникновение этого заболевания (что объясняет также более высокую его частоту среди девочек).

Диагноз, даже при наличии всех симптомов считается предварительным до достижения несовершеннолетним пациентом возраста 2–5 лет. Заболевание носит прогрессирующее течение.

Другое дезинтегративное расстройство детского возраста (F84.3 по МКБ-10): развитие несовершеннолетнего пациента протекает без видимой патологии по меньшей мере до 2 лет. Формируются нормальные соответствующие возрасту навыки в коммуникации, социальном функционировании, играх и адаптивном поведении, затем следует их отчетливый регресс.

Теряется контроль над функцией кишечника и мочевого пузыря. Затем может наступить незначительное улучшение. Расстройство часто сочетается с прогрессирующим неврологическим заболеванием.

Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4 по МКБ-10):

характеризуется наличием умеренной, глубокой и тяжелой умственной отсталости, сочетающейся с выраженной моторной гиперактивностью и стереотипным поведением. Социальное нарушение аутистического типа отсутствует.

Синдром Аспергера (F84.5 по МКБ-10):

характерно отсутствие клинически значимой задержки экспрессивной и рецептивной речи. Навыки самообслуживания, адаптивное поведение и любопытство к окружению на нормальном уровне до 3 лет. Наличие качественных нарушений в социальном взаимодействии, сочетающееся со стереотипными, повторяющимися моделями поведения, интересов и видов деятельности. Наблюдаются необычно интенсивные ограниченные ригидные интересы и активности, не способствующие социальной адаптации и коммуникации. Речь достаточно развита, но в силу непонимания социальных условностей и нюансов общения ее коммуникативное использование затруднено. Расстройство представляет собой чаще всего высоко функциональный вариант аутизма.

Диагноз может быть выставлен впервые и у совершеннолетнего пациента.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ

12. Перечень обязательного общеклинического обследования пациента в стационарных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация учителя-дефектолога;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам).

13. Перечень обязательного общеклинического обследования пациента в условиях отделения дневного пребывания:

консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация учителя-дефектолога;

ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам), далее – по медицинским показаниям.

14. Перечень обязательного общеклинического обследования пациента в амбулаторных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация учителя-дефектолога;

ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями;

ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями;

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

15. Перечень дополнительного обследования:

консультация врачей иных специальностей;

ЭКГ (перед назначением трициклических антидепрессантов);

БИК: определение концентрации глюкозы, общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, не реже 1 раза в год (при приеме антипсихотиков второго поколения);

измерение объема талии, массы тела, индекс массы тела в соответствии с центильными таблицами, 1 раз в 3 месяца (при приеме антипсихотиков второго поколения);

электроэнцефалограмма;

магнитно-резонансная томография головного мозга;

компьютерная томография головного мозга;

аудиограмма.

16. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 12–15 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ

17. Специфические расстройства развития речи и языка (F80 по МКБ-10):

лечение проводится в амбулаторных условиях, может осуществляться в организации здравоохранения (частота определяется индивидуально), учреждении образования, центрах раннего вмешательства. Продолжительность лечения – до достижения результата.

Специфическое расстройство речевой артикуляции (F80.0 по МКБ-10):

лечение:

логопедическая помощь, которая носит дифференцированный характер, зависит от тяжести речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей несовершеннолетнего пациента;

психотерапия: семейная, игровая.

Расстройство экспрессивной речи (F80.1 по МКБ-10); Расстройство рецептивной речи (F80.2 по МКБ-10):

лечение:

логопедическая помощь, которая носит дифференцированный характер, зависит от тяжести речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей несовершеннолетнего пациента, может осуществляться в организации здравоохранения (частота определяется индивидуально), учреждении образования, центрах раннего вмешательства;

психологические коррекционные мероприятия:

несовершеннолетние пациенты с легкими речевыми нарушениями могут заниматься в учреждении общего среднего образования;

несовершеннолетних пациентов со средней и тяжелой степенью речевых нарушений рекомендуется направлять в центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, а также учреждения общего среднего образования (классы интегрированного обучения и воспитания);

психотерапия: арттерапия, семейная.

Приобретенная афазия с эпилепсией (Ландау – Клеффнера) (F80.3 по МКБ-10):

условия лечения – в зависимости от выраженности симптоматики – в стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания, в амбулаторных условиях. Продолжительность лечения – до достижения результата.

Характер и алгоритм лечения:

противосудорожная терапия осуществляется врачом-детским неврологом.

18. Специфические расстройства развития учебных навыков (F81 по МКБ-10) включают: F81.0 Специфическое расстройство чтения; F81.1 Специфическое расстройство спеллингования; F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков; F81.3 Смешанное расстройство учебных навыков:

условия лечения – в амбулаторных условиях, продолжительность лечения – до достижения результата;

лечение:

обучение распознаванию взаимосвязей буква-звук, фонемному осознанию, соединению букв и фонем с помощью письма, и чтение фрагментов текстов соответствующего уровня сложности, для того чтобы укреплять развивающиеся навыки несовершеннолетних пациентов, чьи навыки составляют 50 и менее процентов от ожидаемого для их возраста, года обучения и интеллекта.

Продолжительность лечения зависит от степени нарушений учебных навыков, до коррекции.

19. Специфические расстройства развития моторной функции (F82 по МКБ-10):

лечение проводится согласно пункту 18 настоящего клинического протокола;

Показана постоянная физическая и спортивная активность, что приводит к улучшению двигательных функций, координации, развитию графомоторной функции, улучшению учебной успеваемости, улучшению социальной адаптации;

продолжительность лечения – до достижения результата.

20. Общие расстройства психологического развития (F84 по МКБ-10):

Детский аутизм (F84.0 по МКБ-10):

лечение:

ключевые проявления расстройства не поддаются фармакотерапии;

тренинг социальных навыков;

обучение альтернативным методам коммуникации;

назначение арипипразола, рисперидона, флуоксетина и флувоксамина при стереотипиях, вальпроевой кислоты и буспирона при тревоге, ЛС мелатонина при бессоннице;

нормотимические ЛС:

соли вальпроевой кислоты с 2 лет – таблетки 300 мг, 500 мг, гранулы 250 мг, сироп 5,7 % – при массе тела до 25 кг – 10–30 мг/кг/сутки; при массе тела больше 25 кг – 10–50 мг/кг/сутки;

антидепрессанты:

флуоксетин, капсулы 20 мг – начать с 20 мг внутрь, затем до 40 мг/сутки;

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг – начальная доза 25 мг внутрь вечером, затем увеличение на 25 мг каждые 4–7 дней, доза более 50 мг/сутки дается в несколько приемов;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – начать с дозы 25 мг внутрь, затем 50 мг/сутки, максимальная суточная доза – 200 мг;

антипсихотические ЛС:

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, раствор для приема внутрь 1 мг/мл – 0,25–4 мг/сутки;

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, стартовая доза 5 мг/сутки, через 5 дней до 10–15 мг/сутки, максимальная суточная доза составляет 30 мг/сутки;

ЛС снотворного и седативного действия:

мелатонин, капсулы 1 мг, таблетки 3 мг – 1,5–3 мг за полчаса до сна.

Транскраниальная магнитная стимуляция, транскраниальная микрополяризация, биоакустическая коррекция для коррекции нарушений речевого развития, поведения.

Продолжительность лечения – неопределенно длительный срок, в зависимости от симптомов. На каждом этапе жизни несовершеннолетнего пациента, и далее – совершеннолетнего пациента, должны ставиться специфические цели, намечаться способы их реализации и меняться характер поддержки.

Атипичный аутизм (F84.1 по МКБ-10):

лечение проводится согласно частям первой–второй настоящего пункта.

Синдром Ретта (F84.2 по МКБ-10):

лечение проводится согласно частям первой–второй настоящего пункта;

продолжительность лечения – неопределенно длительно;

лечение носит симптоматический характер и зависит от стадии заболевания.

При наличии судорожных приступов – назначение противоэпилептических ЛС;

показано оказание психологической помощи семье.

Другое дезинтегративное расстройство детского возраста (F84.3 по МКБ-10):

лечение симптоматическое, проводится согласно частям первой–второй настоящего пункта;

показано семейное консультирование.

Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4 по МКБ-10):

лечение проводится согласно частям первой–второй настоящего пункта;

показано оказание психологической помощи семье.

Синдром Аспергера (F84.5 по МКБ-10):

лечение проводится согласно частям первой–второй настоящего пункта.

Приложение

к клиническому протоколу

«Оказание медицинской помощи

пациентам с расстройствами

психологического (психического) развития

(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к применению в диагностике расстройств психологического (психического) развития

1. Краткая форма Списка индивидуальных особенностей ребенка для славянских языков (ICID-S).

2. Тест Д.Векслера.

3. Тест Равена.

4. CARS (Childhood Autism Rating Scale) – Рейтинговая шкала аутизма, для детей в возрасте 24 месяцев и старше.

5. Модифицированный опросник по аутизму для детей дошкольного возраста (Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)) для возраста 18–24 месяца.

6. Тест на расстройства аутистического спектра в детском возрасте (Childhood Autism Spectrum Disorders Test (CAST)) для детей в возрасте старше 24 месяцев.

7. Метод определения речевых нарушений у детей в возрасте 4–7 лет с аутизмом С.А.Гребень.

8. Шкала наблюдения для диагностики расстройства аутистического спектра – ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте, соответствующими шифрам F90-F98 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, ОБЫЧНО НАЧИНАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

8. Гиперкинетические расстройства (F90 по МКБ-10):

характерны три группы симптомов:

невнимательность (несоответствующая возрасту неспособность сосредотачиваться на неинтересных вещах);

гиперактивность (хаотичная бесцельная деятельность, вредящая окружению);

импульсивность (неспособность откладывать вознаграждение).

Для диагностики гиперкинетических расстройств симптомы должны сохраняться более 6 месяцев и приводить к существенному ухудшению функционирования.

Нарушение активности и внимания (F90.0 по МКБ-10):

гиперкинетические расстройства без явных проявлений сопутствующих расстройств поведения.

Гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1 по МКБ-10):

характерно добавление проявлений расстройств поведения (невнимательность, гиперактивность, импульсивность) к симптомам гиперкинетических расстройств.

9. Расстройства поведения (F91 по МКБ-10):

стойкий паттерн поведения, при котором пациент склонен к стойкому нарушению социальных границ других людей, важнейших соответствующих возрасту социальных норм и правил. Такое поведение не соответствует уровню развития и нарушает социальное функционирование. Данная группа расстройств является самой распространенной у несовершеннолетних пациентов, чаще встречается у мальчиков (до 16 %), может пройти по мере взросления или переходит в антисоциальное расстройство личности у совершеннолетних пациентов. Раннее начало расстройства является плохим прогностическим признаком.

10. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста (F93 по МКБ-10):

Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой (F93.0 по МКБ-10):

определяющим симптомом является выраженный или не соответствующий развитию дистресс, либо интенсивный и несоответствующий реальности страх, в связи с разлукой с человеком, к которому несовершеннолетний пациент привязан (обычно родители) или домом.

Сепарационная тревога имеет три ключевые характеристики:

интенсивный и постоянный страх или беспокойство до и во время разлуки;

поведенческие и соматические симптомы до, во время и после разлуки;

постоянное избегание или попытки уйти от ситуаций разлуки.

Симптомы тревоги сопровождаются соматическими проявлениями. По мере взросления распространенность расстройства падает, но есть риск перехода в иные формы тревожных расстройств.

Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте (F93.1 по МКБ-10):

основным признаком специфических фобий является страх и избегание в ответ на целый ряд специфических сигналов, ситуаций или объектов. Часто присутствует убеждение, что объект или ситуация приведет к причинению персонального вреда. К распространенным у несовершеннолетних пациентов фобиям относится страх крови, болезни, темноты, насекомых, животных, людей с необычной внешностью. Несовершеннолетние пациенты, страдающие тревожными расстройствами, часто социально некомпетентны, застенчивы, зависимы от родителей. Отказ от посещения учреждения образования при тревожных расстройствах у несовершеннолетних пациентов является поводом для принятия трехсторонних мер – родители, врач-специалист, учреждение общего среднего образования.

Социальное тревожное расстройство в детском возрасте (F93.2 по МКБ-10):

в основе расстройства лежит страх и избегание социального взаимодействия или социально ориентированных проектов из-за убеждения, что другие люди оценят несовершеннолетнего пациента негативно. Такие несовершеннолетние пациенты имеют ограниченное число друзей, сконцентрированы на себе и социально некомпетентны. Характерен отказ от посещения учреждения образования.

11. Расстройства социального функционирования, начало которых специфично для детского и подросткового возраста (F94 по МКБ-10):

Элективный мутизм (F94.0 по МКБ-10):

характеризующийся постоянной неспособностью говорить в определенных условиях (например, учреждение общего среднего образования, социальные ситуации), несмотря на сохраненную способность нормально говорить в других ситуациях (например, дома). Это относительно редкое, но достаточно серьезное состояние, и, если его оставить без лечения, может привести к значительным негативным социальным и академическим нарушениям. Несовершеннолетние пациенты с расстройством, характеризующимся постоянной неспособностью говорить в определенных условиях, сильно различаются по своей способности использовать невербальную коммуникацию, некоторые из них неспособны сообщить даже о своих витальных потребностях.

Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте (F94.1 по МКБ-10):

начинается в первые пять лет жизни и характеризуется устойчивыми отклонениями модели детских социальных взаимоотношений, что связано с эмоциональным нарушением и реактивностью по отношению к изменениям окружающей обстановки (боязнь, сверхбдительность, бедностью социальных взаимосвязей со сверстниками, агрессивностью по отношению к себе и другим, страданием и остановкой развития в некоторых случаях). Синдром, вероятно, возникает как непосредственный результат полного отсутствия заботы о ребенке со стороны родителей, как результат злоупотреблений и жестокого обращения с ним.

Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу (F94.2 по МКБ-10):

особая модель аномального социального функционирования, которая возникает в первые пять лет жизни и имеет тенденцию сохраняться, несмотря на выраженные перемены в окружающей обстановке, а именно диффузное, неизбирательно сфокусированное привязчивое поведение, требующее к себе внимания, и неразборчиво дружественное поведение; плохо модулированные взаимодействия со сверстниками. В зависимости от обстоятельств могут присоединяться эмоциональные и поведенческие расстройства.

12. Тики (F95 по МКБ-10):

включают Транзиторные тики (F95.0 по МКБ-10), Хронические моторные тики или вокализмы (F95.1 по МКБ-10), Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром де ла Туретта) (F95.2 по МКБ-10):

от 4 до 12 % несовершеннолетних пациентов страдают тиками в определенный момент своего развития. В среднем 3–4 % болеют хронической формой расстройства и у 1 % отмечается синдром де ла Туретта. По мере взросления возрастает частота

спонтанных ремиссий. В целом расстройство протекает волнообразно и тяжесть симптомов не всегда коррелирует с проводимым лечением.

13. Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F98 по МКБ-10):

Энурез неорганической природы (F98.0 по МКБ-10):

непроизвольное мочеиспускание во время ночного или дневного сна. Неорганический энурез не связан с другими заболеваниями нервной системы. Около 10 % несовершеннолетних пациентов мочатся в постель ночью. Некоторые несовершеннолетние пациенты не удерживают мочу в течение дня. Несмотря на высокие показатели ремиссии, энурез и недержание мочи могут приобретать хроническое течение, при этом 1–2 % несовершеннолетних пациентов страдают ночным энурезом и менее 1 % – дневным. Почти у половины несовершеннолетних пациентов, страдающих энурезом, наблюдаются коморбидные расстройства (расстройство дефицита внимания с гиперактивностью, расстройства поведения, депрессивные расстройства).

Энкопрез неорганической природы (F98.1 по МКБ-10):

заболевание, которым страдают 1–3 % несовершеннолетние пациенты старше 4 лет (определяющий возраст). По мере взросления распространенность расстройства снижается. Важно выделять два принципиальных вида энкопреза – с запором и без. В целом, 30–50 % несовершеннолетних пациентов с энкопрезом имеют сопутствующие эмоциональные и поведенческие расстройства (тревожные, расстройства поведения, расстройство дефицита внимания с гиперактивностью).

Заикание (запинание) (F98.5 по МКБ-10):

начало расстройства наблюдается в возрасте 2–7 лет, пик – к 5 годам, у мальчиков заикание встречается в 3 раза чаще, чем у девочек. 80 % несовершеннолетних пациентов, которые страдают заиканием до 5 лет, прекращают заикаться примерно после первого года учебы в учреждении общего среднего образования.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, ОБЫЧНО НАЧИНАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

14. Перечень обязательного общеклинического обследования в стационарных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация учителя-дефектолога;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам).

15. Перечень обязательного общеклинического обследования в условиях отделения дневного пребывания:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация учителя-дефектолога;
ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;
ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;
БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;
флюорография ОГК не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам).

16. Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;
консультация учителя-дефектолога;
ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;
ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;
флюорография ОГК не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам).

17. Перечень дополнительного обследования:

электрокардиограмма (далее – ЭКГ) (перед назначением трициклических антидепрессантов);

БИК: определение концентрации глюкозы, общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, 1 раз в 3 месяца (при приеме антипсихотиков второго поколения);

измерение объема талии, взвешивание, определение индекса массы тела, в соответствии с центильными таблицами, 1 раз в 3 месяца (при приеме антипсихотиков второго поколения);

электроэнцефалограмма (однократно при лечении тиков).

18. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 14–17 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОБЫЧНО НАЧИНАЮЩИМИСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

19. Гиперкинетические расстройства (F90 по МКБ-10):

лечение осуществляется:

в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания;

в стационарных условиях при значительных поведенческих нарушениях, представляющих угрозу безопасности окружающих лиц, поведенческих нарушениях, не поддающихся лечению в амбулаторных условиях;

в условиях отделения дневного пребывания, при необходимости уточнения диагноза.

Лечение при легких и умеренных проявлениях гиперкинетических расстройств включает психотерапевтические вмешательства (тренинг родительской компетентности, тренинги социальных навыков и контроля импульсивного поведения, семейная психотерапия), рекомендации по организации воспитания, обучения, режима несовершеннолетнего пациента, способов наказания и поощрения. Все мероприятия проводятся одновременно.

Фармакотерапия назначается при тяжелых проявлениях гиперкинетических расстройств, а также при легких и умеренных проявлениях – при отсутствии эффекта

от проводимых психосоциальных мероприятий (не менее 8 недель), при нежелании несовершеннолетнего пациента и (или) близких родственников принимать психосоциальную поддержку. ЛС назначают, начиная с малых доз, с последующим титрованием дозы.

Антидепрессанты:

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, 75 мг, 150 мг – у несовершеннолетних пациентов, начать с 75 мг/сутки, повышая до 300 мг/сутки при хорошей переносимости.

Антипсихотические ЛС:

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, раствор для приема внутрь 1 мг/мл – 0,25–4 мг/сутки;

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, – стартовая доза 5 мг/сутки внутрь, через 5 дней до 10–15 мг/сутки, максимальная суточная доза – 30 мг/сутки.

Медикаментозное лечение при условии хорошей переносимости должно проводиться так долго, как того требуют симптомы. По мере взросления у большинства несовершеннолетних пациентов симптомы гиперкинетического расстройства становятся легче или даже наступает спонтанная ремиссия. Дозы ЛС в таком случае должны снижаться или медикаментозное лечение полностью прекращается.

Нарушение активности и внимания (F90.0 по МКБ-10):

лечение проводится согласно частям четвертой–пятой настоящего пункта.

Гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1 по МКБ-10):

лечение проводится согласно частям первой–пятой настоящего пункта.

20. Расстройства поведения (F91 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи подразумевает обязательное вовлечение семьи, посредством функциональной терапии выявляются проблемные места в семейной коммуникации, воспитании, регулировании поведения несовершеннолетнего пациента и проводится индивидуальная, групповая и семейная психотерапия.

Использование фармакотерапии показано при неэффективности психотерапевтических методов.

При наличии коморбидных состояний (депрессии, тревоги, фобий, импульсивности) могут назначаться:

противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием (соли вальпроевой кислоты);

антидепрессанты (флуоксетин, сертралин, флувоксамин), антипсихотики (рисперидон, кветиапин, аripипразол, оланзапин).

ЛС назначают, начиная с малых доз, с последующим титрованием дозы. Лечение проводят как в виде монотерапии, так и в виде комплексной терапии при комбинировании ЛС различных групп.

ЛС нормотимического действия:

соли вальпроевой кислоты – с 2 лет, – таблетки 300 и 500 мг, гранулы 250 мг, сироп 5,7 % – при массе тела до 25 кг – 10–30 мг/кг/сутки внутрь;

при массе тела больше 25 кг – 10–50 мг/кг/сутки внутрь;

карбамазепин, таблетки 200 мг, внутрь, начальная доза 100 мг в сутки, максимальная суточная доза 600 мг/сутки внутрь.

Антидепрессанты:

флуоксетин, капсулы 20 мг – начать с 20 мг внутрь, затем до 40 мг/сутки;

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг – начальная доза 25 мг внутрь вечером, затем увеличение на 25 мг каждые 4–7 дней, доза более 50 мг/сутки дается в несколько приемов;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – начать с дозы 25 мг внутрь, затем 50 мг/сутки, максимальная суточная доза – 200 мг.

Антипсихотические ЛС:

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, раствор для приема внутрь 1 мг/мл – 0,25–4 мг/сутки;

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг – стартовая доза 5 мг/сутки, внутрь, через 5 дней до 10–15 мг/сутки, максимальная суточная доза – 30 мг/сутки.

оланзапин, таблетки 5 мг, 10 мг – 5–15 мг/сутки внутрь.

Ожидаемый результат: уменьшение степени выраженности поведенческих расстройств, улучшение социальной, семейной адаптации и адаптации в учреждении образования.

21. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста (F93 по МКБ-10):

Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой (F93.0 по МКБ-10):
лечение:

осуществляется в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания; в стационарных условиях при значительных поведенческих нарушениях, представляющих угрозу безопасности окружающих лиц, поведенческих нарушениях, не поддающихся лечению в амбулаторных условиях либо в условиях отделения дневного пребывания, необходимости уточнения диагноза;

в качестве мер первого выбора показана поведенческая терапия с близкими родственниками;

когнитивно-поведенческий подход должен быть ведущим при работе с несовершеннолетним пациентом.

ЛС из группы антидепрессантов, перечисленные в пункте 19 настоящего клинического протокола, используются для лечения данного психического расстройства в дополнение к психотерапевтическим методам.

Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте (F93.1 по МКБ-10):

лечение:

релаксация, а также психотерапевтические методики, основанные на когнитивно-поведенческом подходе – подвергание воздействию в естественных условиях (in vivo) или имитация посредством компьютерных технологий виртуальной реальности (e-терапия), тренинг умения справляться с непредвиденными обстоятельствами, тренинг для близких родственников по воспитанию, тренинг социальных навыков.

Если у пациента не наступает улучшения после завершения достаточно длительной терапевтической программы, или когда пациент отказывается от участия в терапии, основанной на выработке навыков, или когнитивно-поведенческая терапия недоступна, необходимо рассмотреть возможность назначения ЛС. Следует избегать назначения ЛС при тревожных расстройствах несовершеннолетним пациентам до 6 лет.

ЛС, применяемые при фобическом тревожном расстройстве:

антидепрессанты:

флуоксетин, капсулы 20 мг – начать с 20 мг внутрь, затем до 40 мг/сутки;

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг – начальная доза 25 мг внутрь вечером, затем увеличение на 25 мг каждые 4–7 дней, доза более 50 мг/сутки дается в несколько приемов;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – начать с дозы 25 мг внутрь, затем 50 мг/сутки, максимальная суточная доза – 200 мг;

анксиолитики – бензодиазепины:

альпрозолам, таблетки 0,25 мг, 0,5 мг – 0,25–0,1 мг/сутки, внутрь на короткое время при выраженной тревоге;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг – 0,125–2 мг/сутки, внутрь на короткое время при выраженной тревоге;

снотворные и седативные ЛС:

мелатонин, капсулы 1 мг, таблетки 3 мг – 1,5–3 мг за полчаса до сна.

Социальное тревожное расстройство в детском возрасте (F93.2 по МКБ-10):

лечение указано в части третьей настоящего пункта.

22. Расстройства социального функционирования, начало которых специфично для детского и подросткового возраста (F94 по МКБ-10):

Элективный мутизм (F94.0 по МКБ-10):

лечение является мультидисциплинарным и нацелено на ослабление тревоги, улучшение внешней речи и избавление от связанных с элективным мутизмом нарушений. Во всех подходах акцент делается на поведенческих компонентах когнитивно-поведенческой терапии. Используются задачи на постепенное воздействие

и вознаграждение за речевое поведение. Чрезвычайно важно вовлечение в процесс терапии родителей. Также необходимо интенсивное вовлечение учителей и координация действий с ними, так как симптомы у несовершеннолетних пациентов с элективным мутизмом чаще всего проявляются в учреждении образования.

В лечении элективного мутизма используются ЛС:

антидепрессанты:

флуоксетин, капсулы 20 мг – начать с 20 мг внутрь, затем до 40 мг/сутки;

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг – начальная доза 25 мг внутрь вечером, затем увеличение на 25 мг каждые 4–7 дней, доза более 50 мг/сутки дается в несколько приемов;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – начать с дозы 25 мг внутрь, затем 50 мг/сутки, максимальная суточная доза – 200 мг.

23. Тики (F95 по МКБ-10):

лечение осуществляется в амбулаторных условиях. При его неэффективности, при выраженной социальной дезадаптации – в условиях отделения дневного пребывания или в стационарных условиях.

Показана когнитивно-поведенческая психотерапия. Для хорошо мотивированных пациентов эффективным является тренинг выработки противоположного навыка. Также эффективны релаксационный тренинг, воздействие и предотвращение реакции, управление непредвиденными обстоятельствами.

Фармакотерапия:

антипсихотические ЛС:

сульпирид, капсулы 50 мг, 100 мг, 200 мг – с 6 лет – 5–15 мг/кг/сутки;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, раствор для приема внутрь 1 мг/мл – с 6 лет 0,25–4 мг/сутки;

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг – с 6 лет 2,5–5 мг/сутки, при весе менее 50 кг – максимальная доза 10 мг/сутки; более 50 кг – максимальная доза 15 мг/сутки (для лечения синдрома де ла Туретта);

оланзапин, таблетки 5 мг, 10 мг – с 13 лет 2,5–20 мг/сутки (для лечения синдрома де ла Туретта);

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг – с 3 лет – 0,05–0,15 мг/кг/сутки (для лечения синдрома де ла Туретта);

антидепрессанты назначают при обсессивно-компульсивном расстройстве;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – 6–12 лет – 25–50 мг/сутки; 13–17 лет – 50–200 мг/сутки;

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг – с 8 лет – 25–300 мг/сутки (для лечения обсессивно-компульсивного расстройства);

кломипрамин, таблетки 25 мг – с 6 лет: от 25 мг/сутки до 3 мг/кг/сутки (для лечения обсессивно-компульсивного расстройства);

при тяжелом течении психического расстройства, при наличии самоповреждений, показано назначение альфа-адреномиметика:

клонидин, таблетки 0,15 мг, – начальная доза 0,075 мг на ночь, затем дозу ЛС наращивают на 0,05 мг в 5–7 дней, максимальная суточная доза составляет 0,45 мг. Лечение клонидином необходимо начинать в стационарных условиях под контролем ЭКГ и артериального давления;

бензодиазепиновый транквилизатор:

клоназепам, таблетки 0,25 мг, 0,5 мг, 1 мг, 2 мг – 0,125–4 мг/сутки;

противоэпилептические ЛС:

топирамат, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – 25–200 мг/сутки;

леветирацетам, таблетки 250 мг, 500 мг, 750 мг, 1000 мг – 250–3000 мг/сутки.

При тяжелых формах заболевания, которые сопровождаются выраженными самоповреждениями, социальной дезадаптацией, при неэффективности медикаментозного лечения может использоваться хирургическое лечение – стереотаксическая имплантация электродов в подкорковые ядра.

24. Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F98 по МКБ-10):

Энурез неорганической природы (F98.0 по МКБ-10):

лечение осуществляется в амбулаторных условиях, продолжительность лечения – по необходимости;

лечение должно быть комплексным и включать:

поведенческое вмешательство, направленное на:

усиление мотивации и устранение чувства вины;

обучение навыкам потребления жидкости и пользования туалетом: употреблять больше жидкости в течение дня, не спешить, находясь в туалете, сидеть в расслабленной позе, отказаться от маневров удержания мочи;

прекращение всех неэффективных мер, таких, как наказание несовершеннолетнего пациента, ограничение жидкости, попытки будить и заставлять подняться, прием неэффективных ЛС, использование других альтернативных методов лечения;

рекомендован расчетный период, для простого наблюдения и фиксирования «сухих» и «мокрых» ночей в течение четырех недель. Несовершеннолетних пациентов просят с помощью символов отмечать на графике мокрые и сухие ночи (тучи и солнце, звездочки и другие).

Необходимо проведение специфического лечения – тренинга пробуждения. Тренинг пробуждения – будильник заводится перед отходом ко сну, несовершеннолетнего пациента инструктируют, что когда будильник звонит, он должен его выключить в течение трех минут, посетить туалет и снова завести будильник. Если несовершеннолетний пациент все выполняет правильно, получает в награду два жетона в виде наклейки и затем поощрение.

Фармакотерапия применяется, когда несовершеннолетний пациент не мотивирован, семья испытывает сложности с проведением тренинга пробуждения или нужна быстрая краткосрочная ремиссия (для поездки на экскурсию).

Показана семейная психотерапия.

Коморбидные расстройства должны лечиться отдельно.

ЛС для лечения энуреза:

антидепрессанты:

амитриптилин, таблетки 25 мг – 6–10 лет – 12,5 мг/сутки, 11–16 лет – 25 мг/сутки;

гормональные ЛС для системного использования:

десмопрессин, таблетки 0,1 мг, 0,2 мг – в течение 2 недель доза 0,2 мг/сутки, если улучшения нет – повышение до 0,4 мг/сутки. Прием до 12 недель, затем ЛС отменяют, возобновляют при необходимости;

продолжительность лечения – по необходимости.

Энкопрез неорганической природы (F98.1 по МКБ-10):

лечение осуществляется в амбулаторных условиях;

в условиях отделения дневного пребывания, в стационарных условиях при необходимости уточнения диагноза либо неэффективности проводимых мероприятий;

показано вербализация чувств и установок несовершеннолетних пациентов, изменения диеты и питьевого режима, обсуждение неэффективных вмешательств;

обучение навыкам пользования горшком: несовершеннолетних пациентов просят садиться на горшок три раза в день после приема пищи и сидеть 5–10 минут в расслабленной позе; важно, чтобы при этом их ноги стояли на полу.

Поощрение в позитивной манере, фиксация успехов;

при отсутствии энкопреза с запором слабительные не показаны;

лечение длительное;

коморбидные расстройства лечатся отдельно.

Заикание (запинание) (F98.5 по МКБ-10):

показано общение в поддерживающей манере, помогающей несовершеннолетнему пациенту говорить более плавно.

Общий психологический подход заключается в том, чтобы научить близких родственники говорить с несовершеннолетним пациентом медленно, используя короткие и простые предложения, стараясь снять нервное напряжение, которое несовершеннолетний пациент может чувствовать при разговоре.

Если заикание препятствует обучению или общению со сверстниками, применяется поведенческая методика, называемая методом регулирования дыхания. Несовершеннолетнего пациента просят прекратить говорить перед моментом заикания и глубоко вздохнуть, затем задержать дыхание и выдохнуть перед тем, как продолжить речь.

Перед несовершеннолетним пациентом одна за другой ставятся цели и разрабатываются стратегии их достижения:

- уменьшение заикания в поддерживающей среде;
- сократить тяжесть и продолжительность защитного поведения;
- предварительная разработка стратегий, как несовершеннолетнему пациенту справляться в том или ином случае, когда ему нужно говорить;
- расширение социальных взаимодействий несовершеннолетнего пациента;
- ребенка обучают тому, как на основе когнитивно-поведенческой терапии распознать и минимизировать воздействие негативных чувств, вызывающих заикание;
- применение ЛС при заикании показано только для лечения коморбидных психических и поведенческих расстройств, требующих фармакотерапии;
- логопедическая помощь, которая носит дифференцированный характер, зависит от тяжести речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей несовершеннолетнего пациента, может осуществляться в организации здравоохранения (частота определяется индивидуально).

Приложение
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с поведенческими
и эмоциональными расстройствами,
обычно начинающимися в детском
и подростковом возрасте
(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к применению при поведенческих и эмоциональных расстройствах, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте

1. Тест интеллекта Д.Векслера.
2. Психометрические шкалы стандартизированного диагностического опросника Вандербильта («Метод диагностики гиперкинетических расстройств у детей» Т.А.Емельянцева, В.С.Кириллюк, И.И.Наливко).
3. Интервью о практике воспитания.
4. Опросники для изучения чувствительности к наказанию и вознаграждению у детей в возрасте до 18 лет (SPSRQ-C) и подростков (SPSRQ-J).
5. Опросник Т.Ахенбаха для родителей и учителей, формы Т.Ахенбаха для родителей (CBCL), учителей (TRF) и самоотчетов подростков (YSR).
6. Йельская глобальная шкала оценки тяжести тиков (Yale Global Tic Severity Rating Scale – YGTSS).
7. Бристольская таблица кала (Bristol Stool Chart).