



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДAROЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

31.12.2010 № 1387

г. Мінск

г. Минск

О клиническом протоколе оказания
медицинской помощи пациентам с
психическими и поведенческими
расстройствами

На основании Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, подпункта 6.2-1 пункта 6 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами согласно приложению к настоящему приказу.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям государственных организаций здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить оказание медицинской помощи в соответствии с настоящим клиническим протоколом.

3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 августа 2005 г. № 466 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Ходжаева В.А.

Министр

В.И.Жарко

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
31 декабря 2010 г. № 1387

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
оказания медицинской помощи пациентам
с психическими и поведенческими расстройствами

УЧРЕЖДЕНИЕ - РАЗРАБОТЧИК:
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический
центр психического здоровья»

Минск 2010

Организационно-методическая группа

по подготовке клинического протокола оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами

Ходжаев В.А.	Первый заместитель Министра здравоохранения Республики Беларусь
Рыжко И.Н.	начальник управления специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь
Мигаль Т.Ф.	заместитель начальника управления организации медицинской помощи, начальник отдела специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь
Александров А.А.	главный нарколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук
Занская С.И.	главный психиатр Министерства здравоохранения Республики Беларусь
Чиж Г.В.	главный радиолог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук
Гавриленко Л.Н.	главный внештатный специалист по клинической фармакологии Министерства здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук
Булгак А.Г.	главный внештатный специалист по функциональной диагностике Министерства здравоохранения Республики Беларусь, доктор медицинских наук
Сергейчик Н.Л.	главный внештатный специалист по лабораторной диагностике Министерства здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук
Кот Т.И.	ведущий научный сотрудник государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», кандидат медицинских наук

**Исполнители-разработчики
клинического протокола оказания медицинской помощи
пациентам с психическими и поведенческими расстройствами**

Айзберг О.Р.	доцент кафедры психиатрии и наркологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук
Байкова И.А.	заведующий кафедрой психотерапии и медицинской психологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук
Голубович В.В.	заведующий кафедрой судебной психиатрии с курсом судебной психологии государственного учреждения «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров государственной службы медицинских судебных экспертиз», кандидат медицинских наук
Горюшкина Е.Г.	психолог 29-го отделения государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
Докукина Т.В.	заместитель директора по научной работе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», доктор медицинских наук
Доморацкий В.А.	заведующий кафедрой общей и клинической психологии учреждения образования «Белорусский государственный университет», доктор медицинских наук, профессор
Евсегнеев Р.А.	заведующий кафедрой психиатрии и наркологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», доктор медицинских наук, профессор

Евсегнеева Е.Р.	доцент кафедры психиатрии и наркологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук
Еремейцева СМ.	заведующий психологической лабораторией учреждения здравоохранения «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» г. Минска
Емельянцева Т.А.	доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук
Игумнов СА.	директор государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», доктор медицинских наук, профессор
Кирилюк В.С.	главный врач учреждения здравоохранения «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» г. Минска
Короткевич Т.В.	заместитель директора по организационно-методической работе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», кандидат медицинских наук
Колбасова О.В.	заместитель директора по медицинской части (по наркологии) государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
Лисковский О.В.	доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук
Ласый Е.В.	доцент кафедры психиатрии и наркологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук

Максимчук В.П.	заведующий сектором наркологии организационно-методического консультативного отдела государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
Мороз С.А.	заместитель главного врача государственного учреждения «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» г. Минска
Рынков П.В.	врач психиатр-нарколог организационно-методического консультативного отдела государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
Скугаревский О.А.	заведующий кафедрой психиатрии государственного учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук
Склема В.Н.	заместитель директора по медицинской части государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
Смольская И.В.	заведующий физиотерапевтическим отделением государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящий клинический протокол предназначен для врачей-специалистов, к которым за оказанием медицинской помощи обращаются пациенты с психическими и поведенческими расстройствами, медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь таким пациентам, а также иных работников здравоохранения, участвующих в организации оказания медицинской помощи.

Настоящий клинический протокол основан на действующей в Республике Беларусь Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10, раздел F).

В каждой группе и форме психических расстройств указаны:
общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий;
условия оказания медицинской помощи – медицинская помощь оказывается пациентам в амбулаторных или стационарных условиях, в том числе в условиях отделения дневного пребывания;

продолжительность оказания медицинской помощи в данных условиях;
объем диагностических мероприятий – обязательных и дополнительных;

лечение: фармакотерапия (лекарственные средства, дозы, схемы, алгоритмы, возможные трудности в лечении), психотерапия, реабилитационные и другие мероприятия, а также правовые ситуации, которые могут возникать в процессе оказания психиатрической помощи;
ожидаемые результаты.

В каждом разделе настоящего клинического протокола указаны только те обследования, которые непосредственно относятся к диагностике психического расстройства и состоянию психической сферы пациента. Обследования, имеющие отношение к состоянию других сфер и другим формам патологии – соматической, неврологической, инфекционной и другой, если они непосредственно не связаны с психическим расстройством, проводятся по соответствующим клиническим протоколам.

При обращении пациента в психиатрическую (наркологическую) организацию здравоохранения с целью оказания ему психиатрической (наркологической) медицинской помощи необходимо проведение общеклинического обследования.

Перечень обязательного общеклинического обследования в стационаре и кратность проведения:

общие анализы крови и мочи – однократно при поступлении, далее при нормальных показателях и отсутствии клинических симптомов, соматических расстройств – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина,

определение активности аспартатаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинамино-трансферазы (далее – АлАТ) – однократно при поступлении, далее при нормальных показателях и отсутствии клинических симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

обследование на сифилитическую инфекцию: реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном (далее – МРП), иммуноферментный анализ (далее – ИФА) выявления суммарных антител (или антител одного класса) к *Treponema pallidum* в сыворотке крови, плазме – однократно при поступлении, профилактическая флюорография органов грудной полости не реже 1 раза в 6 месяцев;

ЭКГ (для пациентов старше 50 лет, для пациентов с патологией сердечно-сосудистой патологии в анамнезе, остальным – по показаниям) – однократно при поступлении, далее при нормальных показателях и отсутствии клинических симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

для женщин – консультация акушера-гинеколога – однократно при поступлении;

мазок на кишечечно-патогенную флору – однократно при поступлении, далее – по показаниям.

Дополнительные обследования при наличии показаний: консультация терапевта, невролога.

Перечень обязательного общеклинического обследования в отделении дневного пребывания и кратность проведения:

общие анализы крови и мочи – однократно при поступлении, далее – по показаниям;

биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ – однократно при поступлении, далее – по показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию: реакция МРП, ИФА выявления суммарных антител (или антител одного класса) к *Treponema pallidum* в сыворотке крови, плазме – однократно при поступлении;

профилактическая флюорография органов грудной полости – 1 раз в год.

Дополнительные обследования при наличии показаний: ЭКГ, консультация терапевта, невролога, для женщин – консультация акушера-гинеколога.

Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях и кратность проведения:

общие анализы крови и мочи – при первичном обращении, далее кратность определяется клиническими показаниями, но не реже 1 раза в год;

профилактическая флюорография органов грудной полости – 1 раз в год;

остальные обследования – по показаниям.

Перечень примерных моделей экспериментально-психологических и психометрических исследований в диагностике и лечении психических и поведенческих расстройств, перечень физиотерапевтических мероприятий, проводимых в стационарных и амбулаторных условиях при лечении психических и поведенческих расстройств, приводятся в Приложениях 1 и 2 к настоящему Клиническому протоколу соответственно их разделам.

Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00 – F09

Общая характеристика. В данную главу раздела F МКБ-10 собраны разнородные по своей тяжести и проявлениям психические и поведенческие расстройства, которые объединяет один ключевой признак – наличие четкой причинно-следственной и временной связи между психическим расстройством и установленным поражением или дисфункцией головного мозга. Термин «органический» означает, что расстройства, которые к ним относятся, могут быть объяснены тем или иным установленным первично-мозговым или системным заболеванием, поражением или расстройством. Указанное поражение, дисфункция или расстройство могут быть:

первичными, при этом головной мозг поражается непосредственно (травмы, мозговые опухоли, воспаления, атрофические процессы, патология мозговых сосудов и другое);

вторичными, когда причиной заболевания является поражение других органов и систем (например, при эндокринных заболеваниях, нарушениях обмена, инфекциях, вне мозговых опухолях, системных заболеваниях соединительной ткани и другие) – такие психические расстройства названы симптоматическими.

Перечень и глубина симптомов органических психических расстройств разнообразны – от легких астенических и невротоподобных проявлений до состояний глубокой деменции.

Это же касается и степени обратного развития симптомов психических расстройств этой группы. Многие из них мало обратимы, однако среди них есть и такие, клинические проявления которых при условии своевременной, правильной диагностики и лечения вполне могут уменьшиться или исчезнуть.

В своем значительном большинстве проявления органических психических расстройств нозологически неспецифичны и указывают не столько на причину, сколько на остроту, интенсивность и тяжесть мозгового поражения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

Обследование (психиатрическое, соматическое, неврологическое и другие).

Симптоматическая терапия (купирование симптомов психического расстройства).

Этиотропная терапия (в случае установления конкретной этиологии заболевания и наличия в арсенале медицины средств этиотропного действия).

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

Обследование и его кратность. При постановке диагноза в стационаре:

консультация невролога – однократно;

экспериментально-психологическое обследование – при постановке диагнозов из разделов «Деменции» обязательным является психометрическое обследование с помощью методики MMSE (Mini Mental State Examination – тест Фольштейна); смотри также Приложение, раздел F00 – F09.

Дополнительно при наличии показаний:

магниторезонансная томография (далее – МРТ) или компьютерная томография (далее – КТ) головного мозга – однократно;

консультация терапевта;

консультация офтальмолога;

определение уровня тиреотропного гормона;

пробное лечение антидепрессантами для дифференциальной диагностики депрессивной псевдодеменции;

биохимическое исследование крови: определение концентрации холестерина, холестерина липопротеинов высокой плотности (далее – ХЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (далее – ХЛПНП), триацилглицеринов (при сосудистой деменции);

при поступлении в стационар – анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол) при подозрении на интоксикацию;

анализ мочи на анксиолитические средства из группы бензодиазепинов и барбитураты;

спинномозговая пункция – при подозрении на инфекционную этиологию заболевания;

доплерография сосудов головного мозга (при сосудистой деменции).

Экспериментально-психологическое обследование: см. Приложение, раздел F00 – F09.

F00 – F03 Деменции

F00 Деменция при болезни Альцгеймера (G30)

F01 Сосудистая деменция

F02 Деменции при болезнях, классифицированных в других разделах

F03 Деменция неуточненная

Общая характеристика. Синдром, обусловленный хроническим или прогрессирующим поражением головного мозга, при котором нарушаются когнитивные (познавательные) способности и страдает ряд высших корковых функций – память, мышление, речь, способность к счету, ориентировке в окружающем и другие.

Для постановки диагноза деменции необходимо обнаружить расстройства памяти и других когнитивных функций до степени, нарушающей способность человека справляться с требованиями повседневной жизни. Указанные расстройства должны при этом присутствовать на протяжении не менее 6 месяцев.

Обследование проводится чаще в стационарных, реже – в отделении дневного пребывания и амбулаторных условиях.

При первичной постановке диагноза деменции, установлении ее природы и подборе лечения необходимо, как правило, стационарное обследование.

При обследовании и постановке диагноза важно исключить ряд состояний, внешне напоминающих деменцию, но к ней не относящихся и требующих совершенно иных, чем деменция, лечебных мероприятий – ухудшение когнитивных функций в пожилом возрасте вследствие плохого и однообразного питания, социальной изоляции, бессистемного приема лекарств (часто анксиолитических средств из группы бензодиазепинов и барбитуратов), нераспознанной депрессии, субдуральной гематомы и других.

Цель лечения и ожидаемые результаты: приостановление прогрессирования деменции, поддержание как можно длительное и на возможно более высоком уровне функциональных (социальных и бытовых) способностей пациента, упорядочение его поведения, купирование сопутствующих деменции поведенческих и иных психических расстройств.

Условия лечения: госпитализация и стационарное лечение осуществляются при развитии состояний спутанности, острых психотических и аффективных расстройств, выраженных нарушениях поведения, для решения вопросов нозологической принадлежности деменции в сложных в диагностическом отношении случаях; при необходимости решения социальных вопросов у одиноких пациентов и пациентов без определенного места жительства с деменцией средней и тяжелой степени. Во всех остальных случаях показано амбулаторное лечение.

Продолжительность лечения определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики):

в стационаре при обследовании и постановке диагноза – от 2 недель до 1 месяца;

при подборе лечения и купирования сопутствующих деменции нарушений – до 2 месяцев;

в амбулаторных условиях – до 6 месяцев.

Лечение состоит из 3 компонентов:

купирование поведенческих и других сопутствующих деменции нарушений;

патогенетическое лечение, направленное на улучшение когнитивных функций;

этиотропное лечение (в случае установления конкретной этиологии заболевания и наличия в арсенале медицины средств этиотропного действия).

Купирование поведенческих и других нарушений, которые могут сопутствовать деменции, зависит в большей степени от характера психопатологического синдрома, чем от нозологической принадлежности деменции.

Лекарственные средства для лечения поведенческих и других сопутствующих деменции нарушений представлены в таблице 1. Во всех случаях следует по возможности стремиться к монотерапии.

Наиболее важными симптомами-мишенями в лечении сопутствующих нарушений при деменции являются беспокойство, психомоторное возбуждение, параноидная симптоматика, а также агрессивность, тревога и депрессия. Для этих целей чаще всего назначаются антипсихотики (антипсихотические средства), анксиолитические средства из группы бензодиазепинов, антидепрессанты и нормотимики и противоэпилептические средства с нормотимическим действием. Вследствие высокой чувствительности пожилых пациентов к развитию экстрапирамидных побочных эффектов предпочтительнее использование атипичных антипсихотиков (антипсихотических средств).

Следует избегать назначения лекарственных средств с выраженными холинолитическими побочными эффектами из-за их кардиотоксичности и опасности развития делирия у пожилых пациентов.

Патогенетическое лечение, направленное на улучшение когнитивных функций, будет приведено далее при описании отдельных форм деменции – в частности, болезни Альцгеймера (F00).

Психотерапия, психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей: когнитивный тренинг, тренировка бытовых и социальных навыков пациента, стимуляция физической активности, формирование адекватной среды по месту его проживания.

Семейное консультирование, психологическая поддержка членов семьи, осуществляющих уход, профилактика у них эмоционального «выгорания».

В возникновении поведенческих нарушений при деменции определенную роль играют нарушения межличностных отношений. Близкие родственники могут путем критики, конфронтации, оскорблений, завышенных требований провоцировать у пациентов страх, агрессию, возбуждение, депрессию. Обучение родственников может уменьшить проявления этих поведенческих нарушений с помощью поддержки, приемов невербальной коммуникации и помощи пациентам в ориентировке.

F00, F00.0, F00.1, F00.2, F00.9 Деменция при болезни Альцгеймера (G30.-G30.0, G30.1, G30, G30.9)

Диагностика проводится методом исключения других причин деменции, а также внешне сходных с деменцией состояний.

Обследование: смотри общую часть (F00 – F09).

Лечение, его цель, ожидаемые результаты, условия лечения, средняя длительность: смотри F00 – F03

Характер и алгоритм лечения. Специфическими средствами лечения болезни Альцгеймера являются холиномиметические лекарственные средства (ингибиторы ацетилхолинэстеразы).

Холиномиметические лекарственные средства показаны при деменции легкой и средней степени – то есть на начальных и средних этапах болезни. Целью их применения является улучшение когнитивных функций, сохранение уровня функционирования пациента и замедление прогрессирования заболевания. Они могут оказывать также положительный эффект при нарушениях поведения и психозах в рамках болезни Альцгеймера. Лечение проводится всегда в виде монотерапии

одним лекарственным средством – ингибитором холинэстеразы (ипидакрин или донепезил).

Ипидакрин назначают в суточной дозе 20 мг, затем повышают ее до 40 мг, при хорошей переносимости – до 60 мг/сутки. Донепезил назначают в дозе 5 мг/сутки в течение 1 месяца, затем – 10 мг/сутки при хорошей переносимости.

Эффект развивается не ранее, чем через несколько недель приема лекарственных средств и он тем выше, чем выше доза лекарственного средства. Для того чтобы сделать вывод об эффективности или неэффективности лекарственного средства, минимальный курс лечения должен составлять 2-3 месяца. Лекарственное средство – холиномиметик назначают на неопределенно долгий срок – до тех пор, пока сохраняется эффект от его приема (обычно это продолжается от 1 до 2-3 лет).

Наличие эффекта оценивают путем наблюдения за поведением пациента в повседневной жизни (память, способность к ориентировке, повседневная деятельность, способности к самообслуживанию), а также с помощью формализованных экспериментально-психологических обследований – в частности, с помощью теста Фольштейна и теста рисования часов. Их надо проводить каждые 3-4 месяца, лучше одним и тем же специалистом и в сходных условиях.

Ноотропные средства (пирацетам, фенибут и др.) и средства, улучшающие мозговой кровоток – циннаризин, винпоцетин, нимодипин, ницерголин при данном заболевании неэффективны и их назначение не рекомендовано.

Лечение сопутствующих поведенческих и других нарушений: смотри F00 – F03, лекарственные средства приведены в таблице 1.

Психотерапия, психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей: смотри F00 – F03.

Таблица 1

Фармакотерапия поведенческих и других сопутствующих нарушений при деменции

Группы лекарственных средств	Симптом-мишень	Лекарственные средства	Дозы, мг/сутки
1	2	3	4
Антипсихотические средства (далее – антипсихотики)	Бред, галлюцинации, возбуждение, агрессивность,	Рisperидон	0,25-4
		Галоперидол	0,5-5
		Флупентиксол	1-15
		Зуклопентиксол	50-150

	эмоциональная лабильность, нарушения сна	Клозапин	12,5-100
		Хлорпротиксен	25-300
		Оланзапин Амисульприд	2,5-10 400-800
Антидепрессанты	Депрессия, возбуждение, нарушения сна	Тианептин	25-37,5
		Флувоксамин	50-150
	Депрессия	Эсциталопрам	5-10
Анксиолитические средства	Тревога, возбуждение	Оксазепам	20-60
		Лоразепам	1-2
Противоэпилептические средства с нормотимическим действием	Тревога, возбуждение	Карбамазепин	100-800
		Препараты вальпроевой кислоты	250-1000

F01

Сосудистая деменция

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания помощи, обследование и его кратность, условия лечения, общие принципы лечения, ожидаемые результаты: смотри общую часть F00 – F09 и F00 – F03.

При постановке диагноза сосудистой деменции необходимо максимально полно обследовать пациента в отношении факторов риска ее развития – липидный спектр, ультразвуковое исследование сердца (далее – ЭхоКГ), ЭКГ, по показаниям – УЗИ брахиоцефальных сосудов, электроэнцефалография (далее – ЭЭГ), реоэнцефалография (далее – РЕГ).

Лечение. При уже возникшей сосудистой деменции всем пациентам показан прием антиагрегантов для профилактики повторных ишемических эпизодов. Лекарственным средством выбора среди антиагрегантов является ацетилсалициловая кислота в дозе 100-325 мг/сутки.

При противопоказаниях к ее приему используют тиклопидин или клопидогрел. Для профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания используют те же группы лекарственных средств, что и для первичной профилактики.

Для улучшения когнитивных функций используют холиномиметические лекарственные средства – ипидакрин или донепезил (смотри F00).

Для улучшения мозговой гемодинамики и обменных процессов в головном мозге используют пирацетам – 800-2400 мг/сут в течение 4-6 недель, винпоцетин – 15 мг/сут, кальция гомопантотенат – 1,5-3 г/сут, ницерголин – 30 мг/сут, циннаризин – 50-70 мг/сут, нимодипин – по 90 мг/сут, курсами по 2-3 месяца.

Лечение поведенческих и других сопутствующих деменции психических нарушений: смотри F00 – F03.

Использование бензодиазепинов не рекомендуется и должно быть сведено к минимуму, в связи с возможным развитием спутанности и атаксии, что может способствовать ухудшению когнитивных функций.

По этим же причинам следует избегать использования барбитуратов, а также лекарственных средств, их содержащих (в виде валокордина, корвалола и других).

При возникновении возбуждения, расторможенности, расстройства сна целесообразнее использовать невысокие дозы антипсихотических средств (далее – антипсихотиков).

Психотерапия, психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей: смотри F00 – F03.

Первичная **профилактика** сосудистой деменции включает в себя следующие мероприятия:

лечение артериальной гипертензии (проводится терапевтами, кардиологами в соответствии с Протоколами диагностики и лечения данного заболевания) – целевой уровень АД должен составлять не более 140/90 мм ртутного столба (при сахарном диабете – 135/85 мм ртутного столба), при этом основными лекарственными средствами лечения гипертензии являются ингибиторы АПФ, мочегонные, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов и антагонисты АТ-II-рецепторов;

лечение гиперлипидемии;

контроль показателей свертывающей системы крови;

при наличии факторов риска (постоянная форма мерцательной аритмии, стеноз сонных артерий) – прием антикоагулянтов или антиагрегантов;

отказ от курения;

рациональное питание, контроль массы тела.

F02.0

Деменция при болезни Пика (G31.0)

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания помощи, обследование и его кратность, условия лечения, общие принципы, ожидаемые результаты: смотри общую часть F00 – F09 и F00 – F03.

Пациенты нуждаются в уходе и надзоре на самых ранних стадиях деменции в связи с грубыми нарушениями поведения и сопутствующими эмоционально-волевыми расстройствами.

Лечение поведенческих нарушений: смотри F00-03.

Психотерапия, психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей: смотри F00 – F03.

F02.1

Деменция при болезни Крейтцфельдта-Якоба (A81.0)

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания помощи, обследование и его кратность, условия лечения, общие принципы, ожидаемые результаты: смотри общую часть F00 – F09 и F00 – F03.

Заболевание вызывается особым инфекционным агентом – прионом. Он представляет собой белок, который интегрируется в клетку и провоцирует собственную репликацию.

С клинической точки зрения от других деменций отличается катастрофической скоростью прогрессирования, тотальное слабоумие наступает уже через несколько месяцев после начала заболевания. Рано наступает потребность в постороннем уходе.

Для диагностики используют ЭЭГ, МРТ головного мозга и анализ спинномозговой жидкости на наличие прионового протеина. На ЭЭГ обнаруживаются бифазные и трифазные комплексы «острая волна – медленная волна» с амплитудой 150-300 милливольт и частотой 0,5-2 Гц. При проведении МРТ головного мозга выявляется усиление сигнала от базальных ганглиев в режиме T2.

Терапия сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом (F00 – F03). Для купирования миоклоний назначают клоназепам и препараты вальпроевой кислоты. Как правило, заболевание приводит к смерти в течение 6 месяцев.

Психотерапия, психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей: смотри F00 – F03.

F02.2**Деменция при болезни Гентингтона (G10)**

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания помощи, обследование и его кратность, условия лечения, общие принципы, ожидаемые результаты: смотри общую часть F00 – F09 и F00 – F03.

Диагноз ставится на основании наследственной отягощенности хореей, данных генетического исследования и соматосенсорных вызванных потенциалов на ЭЭГ (они более низкие по амплитуде).

Терапия сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом (F00 – F03). Для купирования психотических расстройств предпочтительнее назначать галоперидол или рисперидон, так как они одновременно уменьшают гиперкинезы. При плохой переносимости типичных антипсихотиков рекомендуется использование клозапина. Для коррекции агрессивного поведения рекомендуется назначение препаратов вальпроевой кислоты. Для лечения депрессивных состояний используют сульпирид и антидепрессанты из группы СИОЗС. Применения трициклических антидепрессантов следует избегать, так как они усиливают гиперкинезы и способствуют ухудшению когнитивных функций. Для лечения двигательных нарушений применяют антипсихотики (галоперидол, рисперидон, сертиндол, сульпирид) и лекарственные средства, действующие на ГАМК-бензодиазепиновые рецепторы (клоназепам, препараты вальпроевой кислоты, баклофен).

Первичная **профилактика** заключается в направлении на медико-генетическую консультацию ближайших кровных родственников пациента при решении вопроса о деторождении.

Психотерапия, психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей: смотри F00 – F03.

F02.3**Деменция при болезни Паркинсона (G20)**

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания помощи, обследование и его кратность, условия лечения, общие принципы, ожидаемые результаты: смотри общую часть F00 – F09 и F00 – F03.

Деменция присоединяется на более поздних этапах болезни Паркинсона, примерно в трети случаев не возникает вообще. Среди

сопутствующих деменции психических и поведенческих расстройств часто встречается депрессия. Общие правила ведения пациентов в целом сходны с сосудистой деменцией (F01).

Рекомендуется отмена лекарственных средств, которые могут ухудшить когнитивные функции, либо способствовать развитию психотических расстройств (холинолитики). Следует учитывать, что амантадин и агонисты дофаминовых рецепторов чаще, чем лекарственные средства L-ДОФА провоцируют развитие психотических расстройств у данной категории пациентов.

Для улучшения когнитивных функций и купирования психотических расстройств рекомендуют лекарственные средства холиномиметического действия (смотри F00). Следует избегать применения типичных антипсихотиков (вызывают развитие нейролептического паркинсонизма) и трициклических антидепрессантов (холинолитические побочные эффекты и негативное влияние на когнитивную функцию и психотическую симптоматику). Из антипсихотиков возможно использование клозапина или кветиапина, сертиндола. При бессоннице рекомендуются небензодиазепиновые средства, применяемые при нарушениях сна (золпидем, зопиклон) и антидепрессанты (миансерин, тианептин).

Психотерапия, психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей: смотри F00 – F03.

F02.8

Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других разделах

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания помощи, обследование и его кратность, условия лечения, общие принципы, ожидаемые результаты: смотри общую часть F00 – F09 и F00 – F03.

Деменция при нейросифилисе развивается у 15% нелеченных больных сифилисом. Для нейросифилиса характерен широкий спектр симптомов, он способен имитировать большой спектр психических и неврологических заболеваний. Может проявляться изолированной деменцией или амнестическим синдромом (F04).

Основными формами нейросифилиса являются: ранний сифилитический менигоэнцефалит; менингovasкулярный сифилис; прогрессивный паралич; спинная сухотка.

Диагностика и лечение сифилиса проводится дерматовенерологами согласно Протоколам диагностики и лечения данного заболевания. Диагноз ставится при исследовании спинномозговой жидкости. Спинномозговую жидкость необходимо обязательно обследовать при сочетании психопатологических и неврологических симптомов с положительными серологическими реакциями на сифилис.

Основным методом лечения является антибиотикотерапия.

Терапия сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом (F00 – F03).

Психотерапия, психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей: смотри F00 – F03.

F04

Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

Общая характеристика. Амнестический синдром характеризуется: выраженными нарушениями памяти на недавние и отдаленные события при сохранении непосредственного воспроизведения;

снижением способности к усвоению нового материала и дезориентировкой во времени;

характерной чертой является 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 (инсульт), ЧМТ, церебральные опухоли, интоксикации (часто угарным газом), гипоксия вследствие остановки сердца, наркоза, при утоплении, суицидальных попытках через повешение и другие.

Прогноз различен – в ряде случаев, при которых состояние вызвано кратковременной гипоксией, интоксикацией или травмой, амнестические нарушения могут быть обратимы. Адекватное и активное лечение существенно увеличивает шансы на благоприятный исход. В неблагоприятных случаях амнестические нарушения переходят в деменцию.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

Обследование (психиатрическое, соматическое, неврологическое и другие).

Симптоматическая терапия.

Этиотропная терапия.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

Обследование и его кратность. Проводится одновременно с этапом 2, как правило, в стационарных условиях. Перечень обязательных и дополнительных обследований: смотри общий раздел F00 – F09. Кратность обследований определяется клиническими показаниями.

Экспериментально-психологическое обследование: смотри Приложение, раздел F00 – F09.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: улучшение (или полное купирование нарушений) мнестических и когнитивных функций, упорядочивание поведения, восстановление ориентировки.

Условия лечения: чаще в психиатрическом стационаре. Госпитализация необходима при первичной постановке диагноза, установлении основного заболевания, необходимости подбора лечения. Лечение иногда может проводиться амбулаторно при условии адекватного ухода за пациентом и наличии социальной поддержки.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью клинической симптоматики. В стационаре – от 2 недель до 2-3 месяцев, амбулаторно – до 6 месяцев.

При сохранении амнестического синдрома свыше этого срока – ведение в соответствии с протоколом ведения пациента, страдающего деменцией – смотри раздел F00-F03.

Характер и алгоритм лечения:

пирацетам: в остром состоянии – 1-6 г/сутки внутривенно в течение 2-4 недель. При лечении ишемического инсульта дозировки лекарственного средства могут повышаться до 4-12 г/сутки на такой же период. При улучшении состояния: переход к пероральному приему

лекарственного средства – 1,2-2,4- 4,8 г/сутки, реже – до 4-8 г/сутки (с учетом возраста и соматоневрологического состояния пациента) до 3 месяцев;

фенибут внутрь – 500-1500 мг/сутки;

для улучшения мозговой гемодинамики и обменных процессов используют также винпоцетин – 15 мг/сутки, ницерголин – 15-30 мг/сутки, циннаризин – 50-70 мг/сутки курсами по 2-3 месяца.

Возможные побочные действия. При приеме пирацетама может отмечаться повышенная раздражительность, тревога, инсомния, обострение коронарной недостаточности у больных пожилого возраста – в этих случаях следует уменьшить дозу или отменить лекарственные средства. Следует исключить из рациона сладости.

Действия при отсутствии результата. При отсутствии результатов лечения или неполном восстановлении памяти и ориентировки в течение 6 месяцев лечения – смена диагноза (перевод в группу деменций – F00 – F03).

Дальнейшее обследование и лечение пациента: смотри раздел F00 – F03.

Психотерапия: поддерживающая; семейное консультирование. Упражнения по тренировке памяти и улучшению ориентировки. Психосоциальная реабилитация.

Особенности лечения в детском возрасте. У детей встречается довольно редко. Требуется интенсивного лечения, поскольку у детей и лиц молодого возраста часто является обратимым. Детям назначают пирацетам, как правило, в виде таблеток или сиропа.

Дозировки:

до 5 лет – до 800 мг/сутки;

5-16 лет – до 1800 мг/сутки.

Дозы других ноотропов:

фенибут: от 3 до 6 лет – от 62,5 до 125 мг/сутки; от 7 до 14 лет – от 100 до 500 мг/сутки.

Этиотропная терапия: по времени начала этот этап совпадает с предыдущим.

Ожидаемый результат: компенсация патологического состояния, связанного с неврологической патологией или интоксикацией.

Условия лечения: в стационаре либо амбулаторно при условии адекватного ухода за пациентом и наличии социальной поддержки. При необходимости – в специализированном стационаре, в наибольшей степени удовлетворяющем потребности лечения данного конкретного случая в зависимости от этиологической причины (терапевтического,

неврологического, (нейрохирургического профиля). В случае выраженной психической патологии профиль стационара (психиатрический или соматический) определяется наличием возможностей конкретного лечебного учреждения для обследования, терапии и наблюдения сопутствующей патологии. При сочетании амнестического синдрома с тяжелой соматической патологией целесообразно лечение в соматическом стационаре.

Продолжительность этапа лечения определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики и совпадает с продолжительностью симптоматического лечения.

Характер и алгоритм лечения. Начало этиотропного лечения должно быть максимально приближено к началу симптоматической терапии. Этиотропное лечение применяется в тех случаях, в которых причина органического поражения или дисфункции мозга точно установлена – нейроинфекция, новообразования мозга, сосудистая патология, ЧМТ, эпилепсия, интоксикация. Лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение этой обнаруженной патологии.

F05

Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

Общая характеристика. Делирий – этиологически неспецифический синдром, характеризующийся 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, а интенсивность – от спутанности до тяжелых аментивных расстройств сознания.

Является частым спутником деменций при болезни Альцгеймера, сосудистой деменции, сопровождает многие инфекции, интоксикации, соматические болезни, особенно в пожилом возрасте.

Часто в его основе лежат соматические заболевания (пневмония, панкреатит, острое нарушение мозгового кровообращения, ЧМТ, эпилепсия и другие), а также интоксикация или побочные эффекты психотропных и других медикаментов: антипсихотиков и антидепрессантов, противосудорожных и антипаркинсонических лекарственных средств, антибиотиков, антиаритмических и антигистаминных лекарственных средств. Поэтому требуется тщательное выявление базовой патологии и адекватного ее лечения или отмены

соответствующих лекарственных средств. Как правило, лечебные мероприятия должны осуществляться в неотложном порядке.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

Обследование (психиатрическое, соматическое, неврологическое и другие).

Симптоматическая терапия – купирование делирия.

Этиотропная терапия.

Уровни оказания медицинской помощи

□-й – районные, городские организации здравоохранения;

2-й – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й – республиканские организации здравоохранения.

Обследование и его кратность: проводится одновременно со вторым этапом, в стационарных условиях. Перечень обязательных обследований: смотри F00 – F09. Дополнительные исследования при наличии показаний (направлены на установление причины делирия):

КТ либо МРТ головного мозга;

ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов;

вирусологические исследования (вирус герпеса, медленнотекущие инфекции);

консультации эндокринолога, акушера-гинеколога, нейрохирурга, хирурга и других специалистов.

Кратность обследований определяется клиническими показаниями до выхода пациента из острого состояния.

Купирование делирия начинается от момента выявления расстройства и заканчивается редукцией симптомов делирия.

Ожидаемый результат: купирование острой психотической симптоматики, упорядочивание поведения, восстановление нарушенного сознания и ориентировки.

Условия лечения: в психиатрическом стационаре или отделении интенсивной терапии и реаниматологии (далее-ОИТР) психиатрического стационара (или на койках интенсивной терапии психиатрического стационара при отсутствии ОИТР). При сочетании делирия с тяжелой соматической патологией целесообразно лечение в ОИТР соматического стационара.

Продолжительность этапа: до выхода из болезненного состояния, как правило, 1-2 недели.

Характер и алгоритм лечения. Отмена лекарственных средств, принимаемых пациентом (антихолинергических, гипотензивных,

психотропных, антиаритмических и других). Если по клиническим показаниям полная отмена невозможна, необходимо уменьшение дозы лекарственных средств или замена их на лекарственные средства сходного действия из других химических групп.

Медикаментозное лечение делирия должно быть построено в соответствии со следующими принципами:

лекарственными средствами выбора являются анксиолитические средства из группы бензодиазепинов и антипсихотические средства. Предпочтение отдается лекарственным средствам с наименее выраженными холинолитическими свойствами. Купирование делирия следует начинать с применения бензодиазепиновых анксиолитических средств из группы бензодиазепинов, подключая антипсихотические средства в случае отсутствия эффекта первых;

при этом должны подбираться наиболее безопасные и хорошо переносимые данным пациентом психотропные лекарственные средства;

доза лекарственного средства должна быть минимальной эффективной.

Для купирования делирия используются: диазепам – 40 мг/сутки (высшая разовая доза – 30 мг/сутки, высшая суточная доза – 70 мг/сутки), галоперидол – 5-10 мг/сутки, рисперидон – до 4-6 мг/сутки, зуклопентиксол – 2-10 мг/сутки (реже – до 20 мг/сутки), зуклопентиксолацетат – в дозировке 50 мг внутримышечно 1 раз в 48-72 часа, амисульприд – внутрь 600-1200 мг/сутки.

Способ введения диктуется клиническим состоянием пациента: в остром состоянии предпочтителен парентеральный способ при наличии соответствующей формы лекарственного средства (диазепам, галоперидол, зуклопентиксол) или применение раствора для приема внутрь (галоперидол, рисперидон, амисульприд).

Для максимально быстрого достижения эффекта рекомендуется внутривенное введение лекарственного средства (диазепам, галоперидол).

Более эффективным может оказаться комбинированное применение анксиолитического средства из группы бензодиазепинов и антипсихотика (например, диазепам + галоперидол).

Комбинация лекарственных средств позволяет также снизить дозировки каждого из них, что снижает вероятность побочных эффектов.

Возможные побочные действия. При парентеральном (внутривенном) введении диазепама может наблюдаться антероградная амнезия.

При передозировке диазепама возможна атаксия, сомноленция, угнетение дыхательной и сердечной деятельности. Такие состояния требуют экстренной помощи в условиях ОИТР: отмена лекарственного средства, детоксикация, мониторинг дыхания и сердечной деятельности.

Наиболее частые побочные эффекты антипсихотиков – гипотензивный эффект и коллаптоидные состояния (требуют снижения дозы, назначения глюкокортикоидов) и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм, острые дистонии, акатизия). Данные расстройства купируются снижением дозы лекарственного средства, при отсутствии эффекта – назначением лекарственных средств, угнетающих холинергическую передачу в ЦНС (тригексифенидил), а также бета-адреноблокаторов в случае акатизии.

Особенности лечения в детском возрасте. Делирий у детей может возникнуть при воздействии менее интенсивного, чем у взрослых, патологического фактора внешней среды. Дозировки лекарственных средств для купирования делирия должны быть адаптированы с учетом возраста ребенка.

Диазепам:

1-3 года – 2 мг/сутки;

3-7 лет – 6 мг/сутки;

старше 7 лет – 8-10 мг/сутки.

Галоперидол:

детям до 5 лет – j дозы взрослых;

от 6 до 15 лет – S дозы взрослых.

Рisperидон:

дети 5-14 лет – 0,5-2 мг/сутки;

14-16 лет – 2-4 мг/сутки.

Амисульприд: дети старше 15 лет – 200-400 мг/сут.

Ожидаемый результат: компенсация патологического состояния, являвшегося причиной делирия.

Условия лечения: в специализированном стационаре, в наибольшей степени удовлетворяющем потребности этиологического и патогенетического лечения данной конкретной патологии (терапевтического, неврологического, нейрохирургического профиля). Состояния, связанные с экстренной и тяжелой патологией – в ОИТР соответствующего профиля. При сочетании делирия с тяжелой соматической патологией целесообразно лечение в соматическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики.

Характер и алгоритм лечения. Начало этиотропного лечения должно быть максимально приближено к началу симптоматической терапии.

Этиотропное лечение применяется при верифицированном диагнозе органического заболевания мозга (нейроинфекция, новообразования

мозга, сосудистая патология, ЧМТ, эпилепсия), соматического заболевания (пневмония, инфекционные болезни, сахарный диабет и другие) или интоксикации (гипотензивные лекарственные средства, психотропные, антигистаминные, холинолитики и другие).

Лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение обнаруженной патологии и проводиться согласно протоколам диагностики лечения данной патологии.

F05.0

Делирий, не возникающий на фоне деменции

Продолжительность, ожидаемые результаты, этапы, уровень оказания помощи, обследование, лечение: смотри F05.

F05.1

Делирий, возникающий на фоне деменции

Наряду с признаками делирия (смотри F05.0) имеется разной степени выраженности деменция, включая локальные выпадения высших корковых функций или тотальное когнитивно-мнестическое снижение.

Продолжительность, ожидаемые результаты, этапы, уровень оказания помощи, обследование, лечение: смотри F05

К особенностям купирования делирия в данном случае относится необходимость использования более низких дозировок антипсихотиков и анксиолитических средств из группы бензодиазепинов.

Для купирования делирия используются: диазепам – до 30 мг/сутки, галоперидол – 3-9 мг/сутки, рисперидон – до 3 мг/сутки, зуклопентиксол – 2-6 мг/сутки, зуклопентиксол-ацетат – в/м 50 мг 1 раз в 48-72 часа.

На этапе этиопатогенетического лечения присоединяется терапия, описанная в разделах по Клиническим протоколам лечения деменций (смотри раздел F00 – F03) и соответствующая психосоциальная реабилитация.

F05.8

Другой делирий

Продолжительность, ожидаемые результаты, этапы, уровень оказания помощи, обследование, лечение: смотри F05.

F05.9**Делирий неуточненный**

Продолжительность, ожидаемые результаты, этапы, уровень оказания помощи, обследование, лечение: смотри F05.

F06

**Другие психические расстройства, обусловленные повреждением или дисфункцией головного мозга
либо соматическим заболеванием**

Общая характеристика:

группа клинически разнородных состояний, причинно связанных с дисфункцией мозга вследствие первичного мозгового заболевания (ЧМТ, инсульт, эпилепсия и другие), либо соматическим заболеванием, вторично поражающим головной мозг (эндокринные болезни, системная красная волчанка и другие), либо с экзогенной интоксикацией (исключая психоактивные вещества);

общим для этих состояний является то, что по своим клиническим проявлениям они не относятся ни к деменции, ни к делирию;

их клинические проявления скорее напоминают проявления тех расстройств, которые не считаются «органическими» в узком смысле – например, депрессии, тревоги, бреда, галлюцинаций, диссоциативных нарушений и других. Объединение таких разных расстройств в одну группу основано на гипотезе, что они непосредственно вызваны церебральным или соматическим заболеванием. В связи с этим к важным критериям для постановки диагноза относятся:

доказанное наличие основного заболевания (клинические проявления, анамнестические данные и другие);

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

редукция симптомов психического расстройства при излечении основного заболевания;

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

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

Обследование (психиатрическое, соматическое, неврологическое и другие).

Симптоматическая терапия (купирование симптомов психического расстройства).

Этиотропная терапия.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

Обследование и его кратность: проводится одновременно с этапом 2, как правило, в стационарных условиях. Перечень обязательных и дополнительных обследований: смотри общий раздел F00 – F09. Кратность обследований определяется клиническими показаниями. Экспериментально-психологическое обследование: смотри раздел F00 – F09 приложения.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: улучшение (или полное купирование) симптомов психического расстройства, упорядочивание поведения.

Условия лечения: в психиатрическом стационаре или амбулаторно в зависимости от тяжести расстройства и наличия социальной поддержки. Показаниями для амбулаторного лечения, как правило, являются непсихотические формы психических расстройств органической природы, сочетающиеся с относительной соматической сохранностью и отсутствием грубых неврологических нарушений. Показаниями для стационарного лечения являются психотические нарушения органической природы.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики). В стационаре – от 2 недель до 1-2 месяцев, амбулаторно – до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения определяется симптоматикой расстройства. В зависимости от этого используют антипсихотические средства либо анксиолитические средства из группы бензодиазепинов.

При необходимости к лечению добавляют также ноотропы, нормотимики и, с нормотимической целью, противоэпилептические средства, антигипертензивные и другие лекарственные средства.

Основным принципом применения психотропных лекарственных средств является их безопасность – то есть выбор психотропных

лекарственных средств с наименьшим числом и выраженностью побочных эффектов. Как правило, их дозы должны быть ниже, чем применяемые для лечения схожих синдромов из других рубрик МКБ-10.

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

Этиотропная терапия. По времени начала этот этап совпадает с предыдущим.

Ожидаемый результат: компенсация патологического состояния, связанного с церебральной, соматической патологией или интоксикацией, которая расценивается как причина психического расстройства.

Условия лечения: в психиатрическом стационаре или амбулаторно при условии адекватного ухода за пациентом, наличия социальной поддержки.

При необходимости – в другом специализированном стационаре, в наибольшей степени удовлетворяющем потребности лечения данной конкретной патологии (терапевтического, неврологического, нейрохирургического профиля).

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. В основном совпадает с продолжительностью симптоматического лечения.

Характер и алгоритм лечения. Начало этиотропного лечения должно быть максимально приближено к началу симптоматической терапии.

Этиотропное лечение применяется при верифицированном диагнозе органического заболевания мозга (нейроинфекция, новообразования мозга, сосудистая патология, ЧМТ, эпилепсия), или интоксикации.

Лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение обнаруженной патологии и проводится согласно Клиническим протоколам выявленного заболевания.

Психотерапия, психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей.

F06.0

Органический галлюциноз

Общая характеристика. В клинической картине доминирующими являются обманы восприятия, преимущественно в форме зрительного,

слухового галлюциноза (реже – тактильного и других) при ясном сознании и относительно сохранной критике, отсутствии выраженного интеллектуального снижения, при отсутствии доминирующего расстройства настроения и доминирующих бредовых идей.

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: редукция (или полное купирование) галлюцинаторных расстройств, упорядочивание поведения.

Условия лечения: как правило, в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. В стационаре – от 2 недель до 1-2 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Для купирования галлюцинаторной симптоматики применяются антипсихотические средства (антипсихотики) – галоперидол, рисперидон, зуклопентиксол, амисульприд и другие.

Доза их должна быть безопасной (хорошо переносимой конкретным пациентом), минимальной и эффективной. Эффективное лекарственное средство подбирается последовательной монотерапией.

Комбинированное применение двух антипсихотиков (антипсихотиков) допускается только как последний выбор при неэффективности 3 последовательно назначенных лекарственных средств разных химических групп в адекватной дозе на адекватный период времени (не менее 3 недель каждый), при этом один из антипсихотиков должен быть из группы атипичных антипсихотиков.

Рекомендуются лекарственные средства с низким уровнем экстрапирамидных побочных эффектов (клозапин, рисперидон, сертиндол, оланзапин, амисульприд).

Следует помнить, что все антипсихотические средства снижают противоэпилептический барьер, что необходимо учитывать при лечении больных эпилепсией. В наибольшей степени противоэпилептический барьер снижается клозапином и антипсихотиками фенотиазинового ряда (хлорпромазин, трифлуоперазин и другими). Следует избегать пролонгированных форм типичных антипсихотиков.

Рекомендуемые дозировки: галоперидол – 5-15 мг/сутки, рисперидон – 2-4 мг/сутки, зуклопентиксол – 2-10 мг/сутки (реже – до 20 мг/сутки), трифлуоперазин – 5-15 мг/сутки, клозапин – 50-200 мг/сутки, оланзапин – 5-10 мг/сутки, амисульприд – 400-800 мг/сут.

Возможные побочные действия. Наиболее частые побочные эффекты антипсихотиков – гипотензивный эффект и коллаптоидные состояния (требуют снижения дозы лекарственного средства, назначения глюкокортикоидов) и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм, острые дистонии, акатизия).

Данные расстройства купируются снижением дозы лекарственного средства, при неэффективности – назначением антихолинергических лекарственных средств (тригексифенидил), а также бета-адреноблокаторов в случае акатизии.

Действия при отсутствии эффекта: электросудорожная терапия (далее – ЭСТ) при отсутствии противопоказаний.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.1

Органическое кататоническое расстройство

Общая характеристика. В настоящее время кататоническая симптоматика считается этиологически неспецифичной. 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 болезней (тиреотоксикоз и других), отравлений (угарный газ, ингаляционные анестетики и другие). Поэтому большое значение имеет установление причин этого расстройства в каждом отдельном случае для его адекватного лечения.

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: редукция (или полное купирование) кататонических расстройств, упорядочивание поведения.

Условия лечения: как правило, в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. В стационаре – от 2 недель до 1-2 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Предполагается, что кататонические симптомы могут быть следствием дисбаланса дофаминергической передачи в подкорковых ядрах и признаком

гипофункции дофаминергической системы. В связи с этим антипсихотики не рекомендуются в качестве лекарственного средства первого выбора.

В качестве лекарственного средства первого выбора используют диазепам – до 40-60 мг/сутки парентерально, 4-8 мг/сутки, реже – до 15 мг/сутки.

Из антипсихотиков более показаны атипичные лекарственные средства (рисперидон – 2-4 мг/сутки, клозапин – 100-200 мг/сутки, амисульприд – 400-800 мг/сутки).

Возможные побочные действия. При парентеральном (внутривенном) введении диазепама – антероградная амнезия.

При передозировке диазепама возможна атаксия, сомноленция, угнетение дыхательной и сердечной деятельности. Такие состояния требуют экстренной помощи в условиях ОИТР: отмены лекарственного средства, детоксикации, мониторинга дыхания и сердечной деятельности.

Наиболее частые побочные эффекты антипсихотических лекарственных средств – гипотензия и коллаптоидные состояния (требуют снижения дозы лекарственного средства, назначения глюкокортикоидов) и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм, острые дистонии, акатизия). Последние купируются снижением дозы лекарственного средства, при неэффективности назначаются антихолинергические лекарственные средства (тригексифенидил), а также бета-адреноблокаторы в случае акатизии.

Действия при отсутствии результата: ЭСТ при отсутствии противопоказаний.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.2

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Общая характеристика. В клинической картине доминируют 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 ик탈ные, постикталные и интерикталные психозы при эпилепсии. Не следует устанавливать диагноз органического бредового расстройства, если органическая

причина носит неспецифический характер. Пример: неврологические признаки минимальной мозговой дисфункции или увеличение мозговых желудочков (установленное с помощью методов нейровизуализации), являющиеся относительно частой находкой у больных шизофренией.

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: редукция (или полное купирование) бредовых и галлюцинаторных расстройств, упорядочивание поведения.

Условия лечения: как правило, в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. В стационаре – от 2 недель до 1-2 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Для купирования бредовой и галлюцинаторной симптоматики применяют антипсихотики (антипсихотические средства). Доза должна быть безопасной (хорошо переносимой конкретным пациентом), минимальной и эффективной. Эффективное лекарственное средство подбирается последовательной монотерапией.

Комбинированное применение антипсихотических средств допускается только как последний выбор при неэффективности 3 последовательно назначенных лекарственных средств разных химических групп в адекватной дозе на адекватное время (не менее 3 недель каждый), один из которых должен быть атипичным.

Рекомендуются лекарственные средства с низким уровнем экстрапирамидных побочных эффектов (клозапин, сертиндол, рисперидон, амисульприд). Следует помнить, что все антипсихотические средства снижают противоэпилептический барьер, что необходимо учитывать при лечении больных эпилепсией. В наибольшей степени противоэпилептический барьер снижается клозапином и антипсихотиками фенотиазинового ряда (хлорпромазин, трифлуоперазин и другие).

Следует избегать пролонгированных форм типичных антипсихотиков.

Рекомендуемые дозировки: галоперидол – 5-20 мг/сутки, рисперидон – до 4-6 мг/сутки, зуклопентиксол – 2-10 мг/сутки, реже – до 20 мг/сутки (зуклопентиксол ацетат – в/м 25-50 мг 1 раз в 48-72 часа), трифлуоперазин – 5-20 мг/сутки, клозапин – 50-200 мг/сутки, амисульприд – 400-800 мг/сутки (до 1200 мг/сут).

Возможные побочные действия. Наиболее частые побочные эффекты антипсихотиков – гипотензия и коллаптоидные состояния

(требуют снижения дозы, назначения глюкокортикоидов) и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм, острые дистонии, акатизия). Последние купируются снижением дозы лекарственного средства, при неэффективности – назначением антихолинергических лекарственных средств (тригексифенидил), а также бета-адреноблокаторов в случае акатизии.

Действия при отсутствии результата: ЭСТ при отсутствии противопоказаний.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.3

Органические расстройства настроения (аффективные)

Общая характеристика. Широкий спектр расстройств настроения, выполняющих, с одной стороны, критерии расстройств настроения из соответствующих рубрик F30-33, а с другой стороны – критерий четкой причинной и временной связи с установленной органической причиной (смотри раздел F06).

Характерный пример – постинфекционная (постгриппозная) депрессия.

Примеры расстройств, не относящихся к данной рубрике: депрессивный эпизод или расстройство адаптации, являющиеся психологическим ответом на известие о болезни или постановку диагноза (онкологического заболевания, эпилепсии и других заболеваний, приводящих к инвалидности или угрожающих жизни)

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: редукция (или полное купирование) эмоциональных расстройств, нормализация настроения, упорядочивание поведения.

Условия лечения: в психиатрическом стационаре или амбулаторно, в зависимости от тяжести состояния и наличия социальной поддержки и адекватного медицинского обслуживания. Неглубокие аффективные колебания могут быть пролечены амбулаторно или в условиях отделения дневного пребывания. Суицидальные высказывания и намерения при депрессии являются показанием для неотложной госпитализации.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. Амбулаторно – до 6 месяцев, стационарно – от 2 недель до 1 месяца.

Характер и алгоритм лечения зависят от текущего синдрома и клинических характеристик расстройства: смотри соответствующие подрубрики F06.30 – F06.33.

Возможные побочные эффекты: смотри соответствующие подрубрики F06.30 – F06.33.

Действия при отсутствии результата: смотри соответствующие подрубрики F06.30 – F06.33.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.30

Маниакальное расстройство органической природы

Общая характеристика. Выполняются критерии F30 и F06.3. Симптоматика варьирует от гипоманиакального состояния до мании с психотическими симптомами.

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Ожидаемый результат, условия лечения, продолжительность лечения: смотри F06.3

Характер и алгоритм лечения: смотри правила лечения маниакального эпизода (раздел F30).

Для купирования маниакальной (гипоманиакальной) симптоматики в целом показаны три группы лекарственных средств – противоэпилептические лекарственные средства (с нормотимической активностью), антипсихотические средства, анксиолитические средства из группы бензодиазепинов.

Возможна комбинированная терапия лекарственными средствами из этих групп.

Противоэпилептические лекарственные средства (с нормотимической целью): карбамазепин – 200-800 мг/сутки, препараты вальпроевой кислоты – 300-1200 мг/сутки, топирамат – 200-400 мг/сутки.

Антипсихотические средства: галоперидол – 5-15 мг/сутки, рисперидон – 2-6 мг/сутки, клозапин – 100-300 мг/сутки, оланзапин – 5-20 мг/сутки, зуклопентиксол – 2-10 мг/сутки (реже до 20 мг/сутки), амисульприд 200-800 мг/сут.

Анксиолитические средства производные бензодиазепа: диазепам – 20-60 мг/сутки, клоназепам – 2-8 мг/сутки.

Продолжительность терапии: смотри F30.
Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.31

Биполярное расстройство органической природы

Общая характеристика: расстройства, которые одновременно удовлетворяют диагностическим критериям F31 и F06.3.

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Ожидаемый результат, условия лечения, продолжительность лечения: смотри F06.3.

Характер и алгоритм лечения: смотри принципы лечения биполярного аффективного расстройства (F31).

Лечение маниакального эпизода: смотри F06.30.

Лечение депрессивного эпизода: смотри F06.32.

В межприступный период показана профилактическая терапия нормотимиками, а также противоэпилептическими средствами (с нормотимической целью): соли лития – 900-1200 мг/сутки, карбамазепин – 200-600 мг/сутки, препараты вальпроевой кислоты – 300-900 мг/сутки, топирамат – 200-300 мг/сутки, ламотриджин – 100-200 мг/сутки.

Продолжительность терапии: смотри F31.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.32

Депрессивное расстройство органической природы

Общая характеристика. Симптоматика варьирует от субдепрессивного состояния до тяжелой депрессии с психотическими симптомами.

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Ожидаемый результат, условия лечения, продолжительность: смотри F06.3.

Характер и алгоритм лечения: смотри правила лечения депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства (F32 и F33).

В выборе антидепрессанта предпочтение отдается лекарственным средствам с наименее выраженными холинолитическими побочными

действиями – тианептин, мапротилин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам в низких и средних терапевтических дозах.

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

Продолжительность терапии: смотри F32 и F33.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.33

Органическое смешанное расстройство настроения

Общая характеристика. Расстройство с одновременными диагностическими критериями F31.6 и F06.3. Характерна смешанная депрессивная и маниакальная симптоматика, либо быстрая смена аффекта (альтернирующая симптоматика от мании к депрессии и наоборот).

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Ожидаемый результат, условия лечения, продолжительность: смотри F06.3.

Характер и алгоритм лечения. Для купирования симптоматики показаны нормотимики, а также противоэпилептические лекарственные средства (с нормотимической целью).

Возможна комбинированная терапия нормотимиками (а также противоэпилептическими препаратами с нормотимическим действием) и антидепрессантами.

Нормотимики, а также противоэпилептические лекарственные средства (с нормотимической целью): соли лития – 0,9-1,2 г/сутки, карбамазепин – 200-800 мг/сутки, препараты вальпроевой кислоты – 300-1200 мг/сутки, топирамат – 100-300 мг/сутки, ламотриджин – 100-200 мг/сутки, прегабалин – 150-300 мг/сутки.

Продолжительность терапии: смотри F31.6.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.4

Органическое тревожное расстройство

Общая характеристика. Характерны клинические симптомы и диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства (F41.1) или панического расстройства (F41.0) или их комбинация в сочетании с критериями F06.

В качестве примеров органической патологии, следствием которой является тревожное расстройство, можно привести эпилепсию

(височную), тиреотоксикоз, феохромоцитому. В этих случаях, наряду с лечением органического тревожного расстройства, проводится терапия основного заболевания согласно существующим Протоколам.

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: уменьшение или полное купирование генерализованной тревоги или значительное снижение частоты или полное исчезновение панических атак, упорядочивание поведения.

Условия лечения: амбулаторные; при тяжелой тревоге, вызывающей выраженную социальную и профессиональную дезадаптацию – в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. Амбулаторно или стационарно – от 2 недель до 1-2 месяцев.

Характер и алгоритм лечения: смотри в разделе F41.

Основные группы лекарственных средств – анксиолитические средства, антидепрессанты, нормотимики, а также противоэпилептические лекарственные средства (с нормотимической целью): алпразолам – 0,5-3 мг/сутки, клоназепам – 2-4 мг/сутки, тофизопам – 50-150 мг/сутки, медазепам – 20-60 мг/сутки, мебикар – 600-1500 мг/сутки, этифоксин – 150-200 мг/сутки, афобазол – 30 мг/сутки.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов следует назначать, постепенно повышая дозировку, на срок, не превышающий 1 месяц, с последующим перерывом такой же длительности, и затем при отмене постепенно понижая дозировку.

Антидепрессанты: кломипрамин – 100-300 мг/сутки, флуоксетин – 40-60 мг/сутки, флувоксамин – 150-300 мг/сутки, сертралин – 100-300 мг/сутки, эсциталопрам – 10-30 мг/сутки, циталопрам – 10-60 мг/сутки.

Нормотимики и противоэпилептические лекарственные средства с нормотимическим действием: препараты вальпроевой кислоты – 300-1800 мг/сутки, карбамазепин – 400-1600 мг/сутки, прегабалин – 150-300 мг/сутки.

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

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния и составляет от 1 до 6 месяцев.

При отсутствии эффекта от лекарственной монотерапии могут применяться: комбинированная терапия лекарственными средствами разных групп (например, анксиолитическое средство из группы бензодиазепинов и противоэпилептический препарат с нормотимическим действием, анксиолитическое средство из группы бензодиазепинов и антидепрессант).

Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.5

Органическое диссоциативное расстройство

Общая характеристика. Расстройство отвечает диагностическим критериям одного из расстройств из рубрики F44 (диссоциативное расстройство моторики или чувствительности, диссоциативная амнезия и другие) и одновременно критериям органического расстройства F06.

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики

Ожидаемый результат: редукция (или полное купирование) ведущих симптомов (например, прекращение диссоциативных судорог или амнезии), упорядочивание поведения.

Условия лечения: как правило, амбулаторные; при тяжелых состояниях, вызывающих выраженную социальную и профессиональную дезадаптацию – в условиях психиатрического стационара.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. Амбулаторно или стационарно – от 2 недель до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Основное лечение – психотерапия: когнитивно-бихевиоральная, личностно-ориентированная, групповая, семейное консультирование. Могут добавляться антидепрессанты и анксиолитические средства из группы бензодиазепинов.

Продолжительность терапии: от 1 до 6 месяцев.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.6

Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство

Общая характеристика. 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 гипертонией.

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: редукция (или полное купирование) астенической симптоматики, стабилизация настроения, повышение трудоспособности.

Условия лечения: как правило, амбулаторные; при выраженной церебрастенической симптоматике, вызывающей социальную и профессиональную дезадаптацию – в условиях психиатрического стационара.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. Амбулаторно или стационарно – от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Основные группы лекарственных средств – анксиолитические средства из группы бензодиазепинов, антидепрессанты, нормотимики, а также противоэпилептические лекарственные средства с нормотимическим действием, ноотропы.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов: алпразолам – 0,5-2 мг/сутки, клоназепам – 2-4 мг/сутки, тофизопам – 50-150 мг/сутки, медазепам – 20-50 мг/сутки, мебикар – 600-1500 мг/сутки, этифоксин – 150-200 мг/сутки, афобазол – 30 мг/сутки. Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов следует назначать постепенно, повышая дозировку, на срок, не превышающий 1 месяц, с последующим перерывом такой же длительности, и затем при отмене постепенно понижая дозировку.

Антидепрессанты: кломипрамин – 100-200 мг/сутки, флуоксетин – 20-60 мг/сутки, флувоксамин – 150-250 мг/сутки, сертралин – 100-200 мг/сутки, пароксетин – 40-60 мг/сутки, циталопрам – 10-40 мг/сутки, эсциталопрам – 10-30 мг/сутки.

Нормотимики, а также противоэпилептические лекарственные средства с нормотимическим действием: препараты вальпроевой кислоты – 300-1500 мг/сутки, карбамазепин – 400-1000 мг/сутки.

При выраженной эмоциональной неустойчивости, вспыльчивости, дисфорических реакциях – антипсихотики: хлорпротиксен, перициазин, сульпирид.

Ноотропы и средства, улучшающие мозговой кровоток: пирацетам, фенибут, винпоцетин, ницерголин, кальция гомопантотенат, и другие.

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

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния и составляет от 1 до 6 месяцев.

При отсутствии эффекта медикаментозной терапии: комбинированная терапия препаратами разных групп (например, анксиолитическое средство из группы бензодиазепинов и нормотимик, анксиолитическое средство из группы бензодиазепинов и антидепрессант) при неэффективности монотерапии.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.7

Легкое когнитивное расстройство

Общая характеристика. Возникает как следствие перенесенного органического заболевания (дисфункции) мозга или другого соматического или инфекционного заболевания. Характеризуется снижением умственной продуктивности, легкими нарушениями памяти, снижением способности к длительной концентрации внимания, что ведет к трудностям в обучении и снижению работоспособности. Расстройства не столь значительны, чтобы пациенту мог бы быть установлен диагноз деменции (F00 – F03) или органического амнестического синдрома (F04). Могут отмечаться также утомляемость, головные боли, несдержанность и эмоциональная лабильность. Расстройство обратимо, длительность его совпадает (или несколько превышает) длительность основного заболевания, которым оно было вызвано.

Такой диагноз не ставится, если состояние обусловлено другим психическим расстройством – например, депрессией.

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и продолжается в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: улучшение когнитивных функций, повышение умственной работоспособности, сглаживание аффективных колебаний.

Условия лечения амбулаторные, при неэффективности амбулаторного лечения – в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью симптоматики и основного заболевания. Амбулаторно или стационарно – от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Ноотропы внутрь: пирацетам – 1,4-2,8 г/сутки, фенибут – 500-1500 мг/сутки, кальция гомопантотенат – 1,5-3 г/сут.

При эмоциональной лабильности – анксиолитические средства из группы бензодиазепинов: тофизопам – 50-150 мг/сутки, алпразолам – 0,25-0,5 мг/сутки, медазепам – 20-40 мг/сутки, мебикар – 600-1500 мг/сутки.

Психотерапия: тренинг когнитивных функций, семейная терапия.

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния и составляет от 2 недель до 6 месяцев.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F06.8

Другие уточненные психические расстройства вследствие повреждения, дисфункции головного мозга и физической болезни

Общая характеристика. Расстройства, обусловленные органическими факторами, но не отвечающие критериям вышеперечисленных расстройств рубрики F06.

Примерами могут служить патологические аффективные состояния, возникающие в процессе терапии стероидами или психотропными препаратами, или психозы при эпилепсии, не отвечающие критериям вышеперечисленных расстройств рубрики F06.

Этапы и уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: редукция симптомов расстройства, упорядочивание поведения.

Условия лечения амбулаторные; при неэффективности амбулаторного лечения – в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью симптоматики и основного заболевания. Амбулаторно или стационарно – от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения зависят от доминирующей симптоматики. Необходима отмена принимаемых ранее лекарственных средств. Антидепрессанты – в случае доминирования депрессивного синдрома. Антипсихотики – при доминировании бреда и галлюцинаций. Нормотимики – при наличии эмоциональной лабильности.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F07

Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга

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

В некоторых случаях различные проявления таких резидуальных или сопутствующих личностных и поведенческих симптомов могут говорить о разных типах и локализации интракраниального очага, но надежность такой диагностики не должна быть переоценена. Поэтому этиология основного заболевания или поражения должна быть установлена самостоятельными методами и зафиксирована.

F07.0

Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга

Общая характеристика:

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, как это бывает, в частности, при так называемом лобном синдроме;

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 других;

указанные выше нарушения расцениваются при этом расстройстве как резидуальные симптомы перенесенного органического повреждения или заболевания – эпилепсии, инсульта, опухоли, нейрохирургической операции и других.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики

Ожидаемый результат: упорядочивание поведения, нормализация эмоциональной сферы, повышение уровня социальной адаптации, улучшение когнитивных функций.

Условия лечения чаще амбулаторные; при неэффективности амбулаторного лечения и состояниях декомпенсации и выраженных поведенческих нарушениях – в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью – наличием и степенью выраженности симптоматики. Амбулаторно или стационарно – от 2 недель до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. При преобладании эмоциональной лабильности:

нормотимики и противоэпилептические лекарственные средства с нормотимическим действием: карбамазепин – 400-1200 мг/сутки, препараты вальпроевой кислоты – 600-1200 мг/сутки, топирамат – 100-200 мг/сутки;

анксиолитические средства из группы бензодиазепинов: диазепам – 10-30 мг/сутки, тофизопам – 100-250 мг/сутки, клоназепам – 2-8 мг/сутки, медазепам – 20-40 мг/сутки. Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов следует назначать на срок, не превышающий 1 месяц, ввиду возможности развития привыкания, злоупотребления и зависимости.

При наличии депрессивного компонента назначают антидепрессанты со сбалансированным действием: мапротилин – 50-

200 мг/сутки, кломипрамин – 50- 150 мг/сутки, флуоксетин – 20-60 мг/сутки, флувоксамин – 100-200 мг/сутки, сертралин – 50-150 мг/сутки, пароксетин – 20-40 мг/сутки, тианептин – 37,5 мг/сутки, эсциталопрам – 5-10 мг/сутки.

Психотерапия поддерживающая, тренинг когнитивных функций, семейное консультирование. Психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F07.1.

Постэнцефалитический синдром

Общая характеристика:

резидуальные изменения после перенесенного вирусного или бактериального энцефалита;

основные 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, что принципиально отличает данный синдром от органического расстройства личности.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается с момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: улучшение когнитивных функций, упорядочивание поведения, нормализация эмоциональной сферы, социальная адаптация.

Условия лечения амбулаторные; при неэффективности амбулаторного лечения и выраженных поведенческих нарушениях – в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью – продолжительностью и степенью выраженности симптоматики. Амбулаторно или стационарно – от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения:

при эмоциональной лабильности: нормотимики, а также противоэпилептические лекарственные средства с нормотимическим

действием: карбамазепин – 400- 1200 мг/сутки, препараты вальпроевой кислоты – 600-1200 мг/сутки; анксиолитические средства из группы бензодиазепинов: диазепам – 10-30 мг/сутки, клоназепам – 2-8 мг/сутки, тофизолам – 100-250 мг/сутки;

при дисфорических реакциях назначают антипсихотики: хлорпротиксен – 100-600 мг/сутки, перициазин – 10-40 мг/сутки;

при депрессивном компоненте назначают антидепрессанты со сбалансированным действием: мапротилин – 50-250 мг/сутки, кломипрамин – 50-200 мг/сутки, флуоксетин – 20-60 мг/сутки, флувоксамин – 100-200 мг/сутки, сертралин – 50-150 мг/сутки, циталопрам – 10-40 мг/сутки, эсциталопрам – 10-20 мг/сутки, тианептин – 37,5 мг/сутки; антидепрессанты с седативным действием: амитриптилин – 50-150 мг/сутки.

При снижении когнитивных функций:

пирацетам – 1-6 г/сутки внутривенно в течение 2-4 недель. При улучшении состояния переход к пероральному приему препарата – 1,2-4,8 г/сутки, реже – до 4-8 г/сутки (с учетом возраста и соматоневрологического состояния пациента) до 3 месяцев;

винпоцетин – 30 мг/сутки до 3 месяцев, ницерголин – 30 мг 1 раз в сутки.

Психотерапия поддерживающая, тренинг когнитивных функций. Психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей.

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния и составляет от 2 недель до 6 месяцев.

Этиотропная терапия: смотри рубрику F06.

F07.2 Постконтузионный (посткоммоционный) синдром

Общая характеристика:

относится к резидуальным проявлениям перенесенной черепно-мозговой травмы 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 болезни.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри рубрику F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: улучшение когнитивных функций, упорядочивание поведения, нормализация эмоциональной сферы, социальная адаптация.

Условия лечения: амбулаторные; при неэффективности амбулаторного лечения и выраженных поведенческих нарушениях – в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью, продолжительностью и выраженностью симптоматики. Амбулаторно или стационарно – от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. При эмоциональной лабильности: противоэпилептические лекарственные средства с нормотимическим действием: карбамазепин – 400-1200 мг/сутки, препараты вальпроевой кислоты – 600-1200 мг/сутки;

анксиолитические средства из группы бензодиазепинов: диазепам – 10-30 мг/сутки, клоназепам – 2-8 мг/сутки, тофизопам – 100-250 мг/сутки, медазепам – 20-40 мг/сутки.

При депрессивном компоненте назначают антидепрессанты со сбалансированным действием: мапротилин – 50-250 мг/сутки, кломипрамин – 50-200 мг/сутки, флуоксетин – 20-60 мг/сутки, флувоксамин – 100-200 мг/сутки, сертралин – 50-150 мг/сутки, эсциталопрам – 10-20 мг/сутки, пароксетин – 20-40 мг/сутки, тианептин – 37,5 мг/сутки.

Снижение когнитивных функций:

пирацетам – 1-6 г/сутки внутривенно в течение 2-4 недель. При улучшении состояния переход к пероральному приему препарата – 1,2-2,4-4,8 г/сутки, реже – до 4-8 г/сутки (с учетом возраста и соматоневрологического состояния пациента) до 3 месяцев;

винпоцетин – 30 мг/сутки до 3 месяцев, ницерголин – 30 мг 1 раз в сутки.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций, семейное консультирование. Психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей.

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния: от 2 недель до 6 месяцев. Амбулаторное лечение может пролонгироваться до 2 лет.

Этиотропная терапия: смотри F06.

F07.8 Другие органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга

Общая характеристика. Расстройства, не отвечающие критериям предыдущих подразделов F00 – F06. Примеры: правополушарные органические аффективные расстройства; когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции при прогрессирующих неврологических расстройствах (болезнь Альцгеймера, Паркинсона, Пика и другие). Когда при прогрессировании болезни психическое состояние достигает степени деменции, диагноз необходимо изменить.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F06.

Симптоматическая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: улучшение когнитивных функций, упорядочивание поведения, нормализация эмоциональной сферы, социальная адаптация.

Условия лечения: амбулаторные; при неэффективности амбулаторного лечения и выраженных поведенческих нарушениях, а также при необходимости уточнения диагноза – в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью, продолжительностью и выраженностью симптоматики.

Характер и алгоритм лечения зависят от качественных и количественных характеристик доминирующего синдрома.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций. Психосоциальная реабилитация, работа с семьей.

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния и составляет от 2 недель до 6 месяцев. Амбулаторное лечение может пролонгироваться до 2 лет.

Этиотропная терапия: смотри F06.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

F10 – F19

Общая характеристика. Различные расстройства, тяжесть которых широко варьирует – от неосложненной интоксикации и употребления с вредными последствиями до выраженных психотических расстройств и деменции, но при этом все они могут быть объяснены употреблением одного или нескольких психоактивных веществ (далее – ПАВ).

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика (выявление) потребляющих ПАВ пациентов. На этом этапе проводятся постановка диагноза, определение целесообразности лечебных мероприятий, постановка целей лечения, выбор лечебной программы, формирование мотивации на лечение. с пациентом, как правило, заключают устный или письменный терапевтический договор, в котором отражены его права, обязанности и ответственность, а также права, обязанности и ответственность врача (а иногда – и других медицинских и иных работников, участвующих в оказании наркологической помощи). Для повышения мотивации пациентов может использоваться психологическое консультирование. Проводится как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Данный этап занимает от 1 до 5 дней.

2-й – прекращение приема ПАВ (детоксикация). Основной целью являются лечение состояния отмены, а также усиление мотивации пациента для дальнейшего лечения синдрома зависимости. Лечение проводят как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Этот этап занимает от 1 недели до 1 месяца в зависимости от типа ПАВ.

3-й – лечение синдрома зависимости включает подавление влечения к ПАВ и стабилизацию состояния трезвости путем применения индивидуальной и групповой поддерживающей психотерапии и психологической коррекции, а при необходимости и использование лекарственных средств. к данному этапу относится и назначение заместительной поддерживающей терапии. Продолжительность этапа – от 1 до 6 месяцев.

4-й – медицинская реабилитация, включающая психотерапию, психологическую помощь и социальную работу с пациентом после достижения воздержания от употребления ПАВ. Данный этап направлен на предупреждение рецидивов синдрома зависимости. Реализуется путем

пребывания пациента как в стационарных, так и в амбулаторных реабилитационных отделениях (центрах), длительной поддерживающей психотерапии в амбулаторных условиях. Постреабилитационная фаза предусматривает посещение групп самопомощи «Анонимные алкоголики» или «Анонимные наркоманы» и других, участие в терапевтических сообществах пациентов при организациях здравоохранения. Медицинская реабилитация может проводиться и пациентам, получающим заместительную поддерживающую терапию или фармакотерапию сопутствующих психических и поведенческих расстройств. Данный этап по согласованию с пациентом может длиться неопределенно долго.

Уровни оказания медицинской помощи

- 1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;
- 2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;
- 3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

Выявление пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ осуществляется преимущественно на уровне районных, городских организаций здравоохранения.

Основными задачами оказания помощи пациентам на этом уровне также является своевременное лечение состояния отмены и мотивация пациента на прекращение потребления ПАВ.

На данном уровне также осуществляется поддерживающее лечение синдрома зависимости – фармакотерапия и психотерапия.

В межрайонных организациях здравоохранения организовываются амбулаторные реабилитационные отделения (центры), а при наличии коечного фонда – и стационарные реабилитационные отделения.

Организации здравоохранения регионального уровня (областные, городские – для г. Минска) осуществляют оказание медицинской помощи для жителей областных центров (г. Минска), а также осуществляют оказание медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе в стационарных реабилитационных отделениях.

Республиканские организации здравоохранения, кроме лечения пациентов с состоянием отмены ПАВ и синдромом зависимости от ПАВ, осуществляют лечение резистентных случаев, терапию пациентов с сочетанными психическими расстройствами и синдромом зависимости от ПАВ, разработку и апробацию новых методов оказания помощи, в том числе реабилитационных программ, проводят консультирование пациентов с целью определения тактики их лечения на других уровнях.

Обследование и его кратность. Обязательные обследования проводятся на всех уровнях оказания помощи и этапах лечебно-диагностических мероприятий, вне зависимости от диагноза пациента. При повторных в течение короткого времени после обследования эпизодах лечения в амбулаторных условиях по поводу нетяжелых проявлений непсихотических расстройств данные обследования проводятся при наличии показаний.

Обязательные обследования включают:

определение концентрации паров алкоголя в выдыхаемом воздухе и анализ крови (слюны) на наличие алкоголя;

исследование мочи на наличие ПАВ – наркотических средств, психотропных, токсических и других одурманивающих веществ, лекарственных средств (не психотропных анксиолитических и снотворных средств) с помощью экспресс-тестов или в лаборатории;

биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, хлора; определение активности печеночных ферментов – АсАТ, АлАТ, ГГТП, при этом определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, печеночных ферментов повторяется в течение лечения, как правило, 1 раз в месяц; далее – по показаниям.

Дополнительные обследования при наличии показаний:

консультация терапевта, невролога;

электрокардиография;

флюорография (рентгенография, рентгеноскопия);

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

реакция МРП, ИФА выявления суммарных антител (или антител одного класса) к *Treponema pallidum* в сыворотке крови, плазме, спинномозговой жидкости;

индекс тяжести зависимости (далее – ИТЗ) – однократно, на 3 и 4 этапе лечебно-диагностических мероприятий – не реже 1 раза в 3 месяца;

психологическая диагностика – в динамике для оценки восстановления эмоциональных и когнитивных функций, особенно на 4 этапе лечебно-диагностических мероприятий;

консультация социального работника (при необходимости – специалиста по социальной работе) прежде всего на 3 и 4 этапе лечебно-диагностических мероприятий;

МРТ или КТ головного мозга – однократно;

электроэнцефалография после консультации невролога.

Общие принципы, цели лечения и ожидаемые результаты. Цель лечения острой интоксикации ПАВ: устранение интоксикации, предупреждение развития и лечение ее осложнений. Ожидаемым результатом является достижение состояния трезвости, устранение осложнений интоксикации.

Цели лечения при употреблении ПАВ с вредными последствиями: уменьшение негативных последствий потребления ПАВ, при невозможности достижения – полное прекращение употребления ПАВ.

К ожидаемым результатам лечения относятся:

снижение частоты и объемов употребления ПАВ;
прекращение рискованных видов потребления ПАВ;
улучшение качества жизни и социального функционирования.

Цели лечения при синдроме зависимости от ПАВ:

прекращение употребления ПАВ и коррекция поведенческих, эмоциональных и когнитивных нарушений;

снижение частоты и объемов потребления ПАВ;

уменьшение негативных медицинских и социальных последствий потребления ПАВ, прекращение рискованных видов потребления ПАВ;

улучшение качества жизни и социального функционирования пациента.

К ожидаемым результатам лечения относятся:

достижение длительного воздержания от употребления ПАВ;

снижение частоты и объемов употребления ПАВ;

прекращение рискованных видов потребления ПАВ;

улучшение качества жизни и социального функционирования;

формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Цель лечения состояния отмены ПАВ:

купирование состояния отмены,

предупреждение развития и лечение его осложнений.

Ожидаемые результаты лечения состояния отмены:

стабилизация психического и соматического состояния;

отсутствие влечения к ПАВ, обусловленного состоянием отмены;

формирование мотивации пациента на прекращение потребления ПАВ (на снижение частоты и объемов употребления ПАВ; на прекращение рискованных видов потребления ПАВ (их сочетаний).

Цель лечения психотических расстройств вследствие употребления ПАВ:

купирование симптомов и лечение осложнений.

К ожидаемым результатам лечения относят:
отсутствие бреда и галлюцинаций;
наличие критики к перенесенному психотическому расстройству;
осознание связи психотических расстройств и употребления ПАВ.

Цель лечения при резидуальных и отсроченных психических расстройствах вследствие употребления ПАВ:

купирование симптоматики,
лечение сопутствующих психических (соматических) расстройств и улучшение социального функционирования пациента.

К ожидаемым результатам лечения относят:
предупреждение прогрессирования расстройств;
предупреждение развития стойкой нетрудоспособности;
сохранение способности к самостоятельному проживанию;
достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента.

Условия лечения. Лечение острой интоксикации: при необходимости неотложная помощь оказывается врачом скорой медицинской помощи или иным врачом-специалистом, затем рекомендуется госпитализация в отделение токсикологии либо в отделение реанимации (интенсивной терапии). Длительность лечения острой интоксикации в стационаре составляет от 1 до 5-10 дней.

Лечение при употреблении ПАВ с вредными последствиями в большинстве случаев осуществляется амбулаторно. Длительность лечения при употреблении ПАВ с вредными последствиями составляет:

в стационаре – определяется индивидуально;
амбулаторно – до 1-3 месяцев.

Лечение при синдроме зависимости от ПАВ:

в стационаре – при наличии резидуальных психотических расстройств и желании пациента, при безуспешном амбулаторном лечении в анамнезе, наличии неблагоприятного социального окружения, отсутствие поддержки родственников;
амбулаторно – в остальных случаях.

Длительность лечения при синдроме зависимости составляет:

в стационаре – от 14 дней до 2 месяцев,
амбулаторно – до 6-12 месяцев;

при необходимости – неограниченно долгое время.

Лечение состояния отмены. Показания к лечению в стационаре:
отсутствие поддержки со стороны родственников;

зависимость от двух и более ПАВ, сопутствующее употребление анксиолитических средств из группы бензодиазепинов (седативных средств из группы барбитуратов);

безуспешность попыток лечения амбулаторно;
 легкий доступ к ПАВ в амбулаторных условиях;
 другие зависимости от ПАВ в анамнезе;
 психопатоподобное поведение при состоянии отмены ПАВ;
 повторная рвота и невозможность приема жидкости внутрь;
 агрессивные и суицидальные тенденции;
 затрудняющие лечение в амбулаторных условиях сопутствующие психические расстройства, в том числе расстройства личности;
 декомпенсированные хронические соматические заболевания;
 острое соматическое заболевание;
 отсутствие возможности частого контакта с пациентом;
 черепно-мозговая травма с потерей сознания в анамнезе;
 состояние отмены ПАВ с судорогами в анамнезе.

Лечение состояния отмены в амбулаторных условиях проводится при отсутствии осложнений, отказе пациента от госпитализации, а также наличии медицинских или социальных противопоказаний.

Длительность лечения состояния отмены в амбулаторных и стационарных условиях составляет от 7-14 до 28 дней.

Лечение психотических расстройств осуществляется, как правило, в стационаре. Длительность лечения психотических расстройств в стационаре – до 2-4 недель.

Лечение при резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройствах:

стационарное – при неоднократных неудачных попытках прекращения потребления ПАВ амбулаторно и при желании пациента;
 амбулаторное и полустационарное (отделение дневного пребывания) – в остальных случаях.

Длительность стационарного лечения при резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройствах – до 2 месяцев, амбулаторного лечения – неопределенно долго.

Характер и особенности психотерапии, психологической помощи, семейной терапии. Рекомендуются неконфронтационный подход, мотивирующий пациента к изменению стиля употребления ПАВ, сокращению негативных последствий или полному воздержанию.

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

Они включает следующие основные направления:

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

личностно-ориентированные подходы (личностного роста (гештальт-терапия, экзистенциально-гуманистическая терапия, арт-терапия) и психодинамические подходы;

духовно-ориентированные подходы (группы самопомощи «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы» и другие);

социально-ориентированные подходы (терапия занятостью, спорт и общественная работа, психообразование, работа с семьей).

Лечение пациентов с зависимостью от ПАВ должно, как правило, завершаться их медицинской и психосоциальной реабилитацией.

Этические ситуации. При лечении синдрома зависимости от ПАВ не рекомендуется использование биологически активных добавок к пище.

При лечении синдрома зависимости от ПАВ не рекомендуется использование аппаратных методов воздействия на головной мозг без сочетания с поддерживающей психотерапией. Не рекомендуется использование аппаратных методов воздействия на систему крови и лимфатическую систему, сердечно-сосудистую, костно-суставную, периферическую нервную системы непосредственно для лечения синдрома зависимости от ПАВ или состояния отмены ПАВ.

Не рекомендуется при лечении состояния отмены применение методов экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез).

Не рекомендуется применение методов и методик с недоказанной эффективностью. Не допустимо при оказании помощи указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток дисульфирама (налтрексона) для внутримышечной имплантации или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния, ксантинола никотината или гипноза). Не рекомендуется также использование при лечении состояния отмены ПАВ аминокислот (глицина, триптофана).

Не рекомендуется использование ноотропных лекарственных средств, лекарственных средств, улучшающих мозговой метаболизм и мозговое кровообращение, при отсутствии когнитивных расстройств.

Правовые ситуации. Для лечения несовершеннолетних до 18 лет требуется согласие родителей (родителя) или законных представителей. Трудности возникают при отсутствии единого мнения между отцом и

матерью. В этом случае необходимо информировать органы опеки и попечительства, инспекцию по делам несовершеннолетних.

В связи с тем, что употребление ПАВ часто сочетается с делинквентным поведением, ребенок старше 14 лет может быть направлен в специальное учебно-воспитательное учреждение.

F10

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя

F10.0

Острая интоксикация алкоголем

Общая характеристика. Острая интоксикация алкоголем – это состояние, которое характеризуется нарушением сознания, когнитивных функций, эмоций, восприятия и поведения, вследствие употребления алкоголя.

При концентрации алкоголя в крови от 0,3 до 0,5 промилле могут отмечаться незначительные нарушения координации и внимания, особенно у несовершеннолетних, ослабленных и соматически больных.

Интоксикация алкоголем легкой степени наблюдается при концентрации алкоголя в крови 0,5-1,5 промилле и проявляется неустойчивостью при ходьбе, смазанной речью, снижением критичности и уменьшением контроля над своими поступками.

Интоксикация алкоголем средней степени возникает при концентрации алкоголя в крови 1,5-2,5 промилле и проявляется эйфорией, которая может сменяться раздражительностью и агрессией.

При интоксикации алкоголем тяжелой степени (концентрация алкоголя в крови от 2,5 до 4 промилле) к указанным выше симптомам присоединяются нарушение ориентации в месте и времени.

Алкогольная кома (концентрация алкоголя в крови более 4 промилле) проявляется угнетением сознания и является опасным для жизни состоянием – может наступить смерть из-за паралича дыхательного центра и аспирации рвотных масс.

Клинические проявления интоксикации алкоголем также зависят от толерантности пациента к алкоголю и ряда иных факторов.

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

Обследование. Для точного установления факта алкогольной интоксикации проводится определение концентрации алкоголя

в выдыхаемом воздухе и/или крови. При подозрении на смешанное отравление необходимо определение содержания алкоголя в крови и/или моче и определение лекарственных средств, угнетающе действующих на ЦНС в моче (анксиолитики, снотворные средства).

Лечение. Неосложненная интоксикация алкоголем легкой и средней степени не требует специального лечения. При осложненной интоксикации рекомендуется ввести 10-20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно для предупреждения алкогольной гипогликемии и 100 мг тиамин внутримышечно. При психомоторном возбуждении по показаниям назначается фиксация пациента и введение раствора галоперидола внутривенно или внутримышечно в дозировке 5-15 мг

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

F10.07

Патологическое опьянение

Общая характеристика. Патологическое опьянение представляет собой особую форму острой интоксикации алкоголем, которая может длиться от нескольких минут до нескольких часов и заканчивается длительным сном. Развивается делирий или сумеречное состояние сознания с психомоторным возбуждением, агрессивными действиями, галлюцинациями. Происходившие во время опьянения события амнезируются. в некоторых случаях патологическое опьянение проявляется галлюцинаторно-параноидным синдромом без нарушения сознания. Патологическое опьянение может развиваться при употреблении небольших доз алкоголя. Оно может возникать как у лиц с зависимостью, так и у людей до этого психически здоровых. Предрасполагающим фактором являются наличие органических психических расстройств, эпилепсии и других судорожных состояний, черепно-мозговых травм в анамнезе, астения, инсомния.

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Обследование: обязательно определение концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе или крови, определение в моче лекарственных средств (анксиолитики, снотворные средства), психотропных веществ (амфетамины). Другие обследования включают однократную

консультацию невролога. Дополнительно при наличии показаний однократно проводятся МРТ или КТ головного мозга, иногда – ЭЭГ.

Лечение: для купирования психомоторного возбуждения используют внутривенное или внутримышечное введение диазепама в дозировке 5-10 мг и галоперидола – 5-15 мг. Следует учитывать сочетанный угнетающий эффект диазепама и алкоголя на дыхательную функцию; в случае применения диазепама должно быть обеспечено непрерывное наблюдение за пациентом с контролем функции дыхания.

F10.1

Употребление алкоголя с вредными последствиями

Медицинская помощь может оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

В большинстве случаев оказания специализированной медицинской помощи в психиатрических и наркологических организациях здравоохранения не требуется. При выявлении пациента на уровне первичной медицинской помощи краткосрочное вмешательство должен проводить этот же врач или медицинская сестра.

Условия лечения: обычно помощь оказывается в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена. Госпитализация показана только при подозрении на сопутствующее психическое заболевание или у несовершеннолетних.

Обследование: смотри F10.2. Следует также провести диагностический поиск других психических расстройств, которые способствуют злоупотреблению алкоголем (бессонница, депрессия, тревожные расстройства, расстройства личности и другие), а также хронических соматических заболеваний (болевого синдрома и другие).

Лечение. Показано краткосрочное вмешательство – короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию. Целью интервенции может быть не только полное воздержание от спиртного, но и уменьшение количества потребляемого алкоголя/частоты.

При наличии показаний могут применяться антидепрессанты из 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) в течение 4-12 недель.

Краткосрочное вмешательство должно проводиться врачом или медицинской сестрой (фельдшером, помощником врача) той организации здравоохранения, где был выявлен данный пациент без перенаправления к психиатру-наркологу или психотерапевту.

F10.3

Состояние отмены алкоголя

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Обследование: смотри F10.2.

Условия, характер и алгоритм лечения: при неосложненном состоянии отмены алкоголя – чаще всего амбулаторно.

Оказание помощи в стационаре рекомендуется при наличии хотя бы одного из следующих признаков:

- осложненное состояние отмены алкоголя;
- упорная рвота, препятствующая приему лекарственных средств;
- тахикардия (частота пульса более 100 ударов/мин.);
- артериальное давление 180/100 мм ртутного столба;
- повышенная температура тела;
- выраженное беспокойство;
- суицидальные тенденции;
- беременность;
- острое соматическое заболевание;
- хроническое соматическое заболевание при его декомпенсации;
- признаки энцефалопатии Гайя-Венике – атаксия, нистагм, офтальмоплегия, спутанность;
- сопутствующие психические расстройства, затрудняющие амбулаторное лечение, в том числе расстройства личности;
- тяжело протекающие состояния отмены алкоголя в анамнезе;
- в анамнезе: безуспешные попытки амбулаторного лечения, делирии, судорожные припадки, травма головы с потерей сознания;
- отсутствие родственников, которые могут участвовать в уходе за пациентом и отсутствие возможности частого контакта с пациентом.

У детей рекомендовано лечение в стационаре.

Фармакологическое лечение состоит из компонентов (таблица 2):

профилактика развития судорожных состояний и делирия – карбамазепин, анксиолитические средства из группы бензодиазепинов;

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

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

Всем пациентам, которые обращаются по поводу злоупотребления алкоголем, назначается тиамин. В течение трех дней его 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) назначаются 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 антипсихотическими и анксиолитическими средствами. Лекарственное средство назначается внутрь в дозировке 75-150 мкг 3 раза в день, затем дозу постепенно понижают. При амбулаторном лечении необходимо предупредить пациента и его родственников о недопустимости сочетания лекарственного средства с алкоголем из-за взаимного усиления токсических эффектов. Ни бета-адреноблокаторы, ни клонидин не предупреждают развития судорог и делирия, поэтому их рекомендуется назначать в комбинации с анксиолитическими средствами из группы бензодиазепинов или карбамазепином.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов являются основным средством в лечении состояния отмены алкоголя, они уменьшают вероятность развития судорог и делирия.

В таблице 3 указаны схемы назначения анксиолитических средств из группы бензодиазепинов при состоянии отмены алкоголя.

В таблице 3 указана доза лекарственных средств в первый день лечения, в последующие дни она понижается на 25% ежедневно.

При наиболее выраженных состояниях отмены алкоголя рекомендуется парентеральное применение анксиолитических средств из группы бензодиазепинов (мидазолам, диазепам, лоразепам).

Для терапии бессонницы при состоянии отмены алкоголя рекомендуется применение снотворного лекарственного средства – комбинации диазепама и циклобарбитала (10 мг и 100 мг в 1 таблетке).

Длительно действующие анксиолитические средства из группы бензодиазепинов (диазепам, клоназепам) более эффективны в предупреждении развития судорог. Недостатком данных средств является возможность кумуляции и развитие избыточного седативного эффекта, риск спутанности и падений у пожилых пациентов.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов с более коротким периодом полувыведения (оксазепам, лоразепам) необходимо предпочесть, если у пациента имеются тяжелые заболевания печени.

У пациентов с алкогольной зависимостью повышена толерантность к действию анксиолитических средств из группы бензодиазепинов, поэтому для достижения эффекта требуются более высокие дозировки данных средств, чем другим категориям пациентов. Следует учитывать, что пациенты с тяжелым состоянием отмены могут требовать назначения анксиолитических средств из 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). Недостатком анксиолитических средств из группы бензодиазепинов является риск развития зависимости от них при длительном применении высоких доз. После лечения состояния отмены рекомендуется немедленно прекратить лечение ими, а пациентов предупредить о недопустимости самолечения. При лечении в амбулаторных условиях рекомендуется пероральное применение анксиолитических средств из группы бензодиазепинов (диазепам, клоназепам и другие) в течение не более 10 дней с постепенным снижением дозировки лекарственного средства.

Примерная схема назначения диазепама при лечении состояния отмены алкоголя в амбулаторных условиях приведена в таблице 4.

Карбамазепин эффективен в отношении всех симптомов при состоянии отмены алкоголя и может быть лекарственным средством выбора при лечении состояния отмены легкого и среднетяжелого течения. Отсутствие взаимодействия с этанолом позволяет применять его даже при наличии алкоголя в крови. Рекомендуется применять в первые 2 дня 800-1200 мг/сутки, третий и четвертый день – 600 мг/сутки, пятый и шестой день – 400 мг/сутки и на седьмой день – 200 мг/сутки. Монотерапия карбамазепином менее эффективна при тяжелом состоянии отмены алкоголя, чем терапия анксиолитическими средствами из группы бензодиазепинов. При комбинации данных лекарственных средств обычно достаточно назначение карбамазепина в дозировке 600-800 мг/сутки. Использование пролонгированных форм карбамазепина (карбамазепин-ретард) при лечении состояния отмены алкоголя не рекомендуется из-за медленного наступления терапевтического эффекта. Применение данных форм карбамазепина показано при поддерживающей терапии зависимости от алкоголя.

Инфузионная терапия состояния отмены алкоголя показана лишь при упорной рвоте, выраженном обезвоживании: рекомендуется введение

до 3,5 литров в сутки из них: 0,9% раствор гидрохлорида натрия или 5% раствор глюкозы до 2 литров, полиионные растворы: дисоль, трисоль, раствор Рингера – до 1,5 литров.

В остальных случаях инфузионная терапия нецелесообразна – достаточно оральной регидратации (обильное питье питьевой или минеральной воды в объеме до 3 л/сут). При состоянии отмены алкоголя не следует назначать мочегонные средства, коллоидные растворы (полиглюкин, реополиглюкин), ноотропы со стимулирующим эффектом (пирацетам), антипсихотические средства из группы фенотиазинов (хлорпромазин, трифлуоперазин).

При присоединении к симптоматике состояния отмены судорог оказание помощи следует проводить согласно разделу F10.31.

После устранения симптомов состояния отмены алкоголя рекомендуется проведение мотивирующей беседы, при ее наличии можно рекомендовать посещение ближайшей группы самопомощи.

F10.4

Состояние отмены алкоголя с делирием

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Обследование: смотри F10.2. Если имеются сомнения в алкогольной этиологии делирия, то проводится такое же обследование, как и при делирии неалкогольной этиологии.

Условия, характер и алгоритм лечения. Во всех случаях состояния отмены алкоголя с делирием показана госпитализация пациента. Госпитализация осуществляется в наркологическое (психиатрическое) отделение. При утяжелении состояния, появлении соматоневрологических осложнений рекомендуется перевод в отделение интенсивной терапии (реанимации) соматического либо психиатрического стационара или отделение неотложной наркологической помощи (койки интенсивной терапии наркологического стационарного отделения).

Правила лечения состояния отмены алкоголя с делирием и основные лекарственные средства соответствуют таковым при состоянии отмены алкоголя, за исключением описанных ниже отличий.

Основным средством лечения являются анксиолитические средства из группы бензодиазепинов, которые назначают в первые дни внутримышечно или внутривенно, а после купирования острого возбуждения – внутрь. Карбамазепин, при уже развившемся у пациента состоянии отмены алкоголя с делирием, неэффективен.

Для терапии бессонницы при состоянии отмены алкоголя с делирием может применяться снотворное лекарственное средство – комбинация диазепама и циклобарбитала (10 мг и 100 мг в 1 таблетке).

В дополнение к анксиолитическим средствам из группы бензодиазепинов назначают антипсихотические средства, например, галоперидол в дозе 0,5-2 мг внутрь внутримышечно или внутривенно каждые 6 часов. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг, в отдельных случаях возможно применение и больших доз (до 30-40 мг/сутки). Галоперидол обязательно нужно сочетать с анксиолитическими средствами из группы бензодиазепинов. Недостатком галоперидола является риск развития острых экстрапирамидных гиперкинезов, которые необходимо купировать введением диазепама или лоразепама, или антихолинэргическими препаратами центрального действия (тригексифенидил).

Применение антипсихотических средств из группы фенотиазинов (хлорпромазина, трифлуоперазина) противопоказано, так как эти лекарственные средства увеличивают вероятность развития соматических и неврологических осложнений.

Кроме галоперидола, для лечения состояния отмены алкоголя с делирием могут быть назначены другие антипсихотические средства, которые продемонстрировали свою эффективность в исследованиях, за исключением антипсихотических средств из группы фенотиазинов.

Инфузионную терапию 0,9% раствором натрия хлорида или полиионными растворами (дисоль, трисоль, раствор Рингера) назначают с целью регидратации в тех случаях, если пациент не принимает жидкость внутрь вследствие рвоты или тяжелого состояния: до 3,5 литров в сутки из них: 0,9% раствор хлорида натрия или 5% раствор глюкозы до 2 литров и полиионные растворы: дисоль, трисоль, раствор Рингера – до 1,5 литров. В остальных случаях рекомендуется оральная регидратация: обильное питье питьевой или минеральной воды в объеме до 3 л/сут.

При присоединении к психотической симптоматике состояния отмены судорог лечение следует проводить согласно разделу F10.31.

F10.31

Состояние отмены алкоголя с судорогами

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Обследование: смотри F10.2.

При генерализованных судорожных припадках в состоянии отмены алкоголя проведение ЭЭГ и МРТ головного мозга не показано.

ЭЭГ и МРТ головного мозга назначают в следующих случаях:

парциальные эпилептические припадки;

наличие в анамнезе черепно-мозговой травмы;

неврологическая симптоматика, выходящая за рамки состояния отмены алкоголя (нарушения моторики, чувствительности и другие);

судорожные припадки, которые возникли более чем через 3 суток после отмены алкоголя.

Лечение. Терапией выбора при развитии судорог является парентеральное введение анксиолитических средств из группы бензодиазепинов (диазепам в дозировке до 40 мг, лоразепам в дозировке до 4 мг). Карбамазепин при уже развившихся судорогах неэффективен, но его назначают для предупреждения их рецидива на 10 дней в дозировке 200-400 мг в сутки. При состоянии отмены алкоголя с делирием и судорогами рекомендуют сочетание анксиолитических средств из группы бензодиазепинов и галоперидола.

Другие лекарственные средства при развитии судорог назначаются согласно общим принципам лечения, указанным в разделе F10.3, и таблицам F1-3.

F10.2

Синдром зависимости от алкоголя

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Обследование. Обязательные:

определение алкоголя в выдыхаемом воздухе и/или крови;

биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, хлора, определение ГГТП, АсАТ, АлАТ.

Дополнительные обследования при наличии показаний:

индекс тяжести зависимости (ИТЗ);

обследование на сифилитическую инфекцию:

реакция МРП, ИФА выявления суммарных антител (или антител одного класса) к *Treponema pallidum* в сыворотке крови, плазме, спинномозговой жидкости;

МРТ головного мозга;

консультация врача-невролога;

анализ мочи на наличие лекарственных средств (анксиолитических средств, седативных и снотворных средств), наркотических средств и психотропных веществ;

психологическая диагностика,

скрининговые шкалы на депрессию и факторы суицидального риска.

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 лекарственных средств. Лечение длится обычно от 1 до 6 месяцев.

Психотерапевтическое лечение синдрома зависимости от алкоголя включает различные методы психотерапии. Используются следующие методы: поведенческая терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, психодинамическая терапия, гештальт-терапия, аутогенная тренировка и прогрессивная мышечная релаксация, гипносуггестивные методы, телесно-ориентированная терапия. При наличии 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. Одна из первоочередных задач психотерапии состоит в том, чтобы преодолеть отрицание алкоголизма самим пациентом. Используют также различные виды групповой психотерапии в малых (до 10 пациентов) и больших (до 30 пациентов) группах, а также терапевтические сообщества (до 60 лиц).

При синдроме зависимости от алкоголя рекомендуется применение психологического консультирования и психологической коррекции, как в индивидуальной, так и в групповой формах.

Важную роль в лечении синдрома зависимости от алкоголя играют программы психологического просвещения (психообразование) для пациентов, которые могут проводиться в виде групповых лекций, обсуждений (дискуссий), ролевых игр, семинарских занятий.

Наиболее значимым эффектом при лечении синдрома зависимости от алкоголя обладает медицинская реабилитация, включающая психотерапию, психологическую помощь и социальную работу с пациентом после достижения воздержания от употребления алкоголя. Реализуется путем пребывания пациента как в стационарных (в течение 2-6 недель и более), так и в амбулаторных (в течение 4-12 недель и более) реабилитационных отделениях (центрах), длительной (до 6 месяцев) поддерживающей психотерапии в амбулаторных условиях.

Показания для медицинской реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в стационаре:

- неудачные попытки реабилитации в амбулаторных условиях;
- слабая социальная поддержка;
- сопутствующие соматические или психические заболевания;
- стойкое желание пациента проходить медицинскую реабилитацию в стационаре.

Реабилитационные отделения организовываются в структуре отделений дневного пребывания организаций здравоохранения.

Одним из важных компонентов лечения пациента является посещение групп самопомощи, например общества «Анонимные алкоголики». Основу программы этого общества составляют так называемые «Двенадцать шагов». Выполнение программы «Двенадцать шагов» и посещение встреч групп самопомощи общества «Анонимные алкоголики» должны рекомендоваться каждому пациенту после завершения оказания помощи в стационарных или полустационарных условиях, в сочетании с лечением у нарколога или психотерапевта.

На ранней стадии выздоровления пациентам рекомендуется избегать существенных жизненных перемен и вступления в новые отношения. Необходимо обучать пациентов навыкам совладения с отрицательными эмоциями злости, одиночества и усталости. Пациентам рекомендуется избегать голода, одиночества и усталости, так как эти состояния часто приводят к рецидиву употребления алкоголя.

Основными лекарственными средствами для лечения синдрома зависимости от алкоголя являются дисульфирам и налтрексон.

Дисульфирам используют как дополнительное средство лечения алкоголизма. Препарат 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 лекарственного средства обычно составляет 0,5 г.

Перед назначением дисульфирама пациенту объясняют цели терапии. Врач 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

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 вышеописанная реакция непереносимости развилась, то основная цель ее терапии – поддержание артериального давления и борьба с сердечной недостаточностью. Вводят 1 г аскорбиновой кислоты внутривенно, что блокирует превращение этанола в ацетальдегид, способствуя выведению неизмененного этанола; антигистаминные лекарственные средства, например, дифенгидрамин 25-50 мг внутривенно, с целью детоксикации – унитиол.

Дисульфирам изменяет метаболизм многих лекарственных средств. Его назначение противопоказано пациентам с полинейропатией, циррозом печени, психотическими расстройствами, беременностью и кормящими грудью, суицидальными наклонностями, депрессией, в возрасте до 18 лет. Дисульфирам не противопоказан при приеме наркотических средств и психотропных веществ.

В случае других сенсibiliзирующих к алкоголю лекарственных средств, если инструкции по их применению не содержат указаний на возможность их применения при синдроме алкогольной зависимости, врач может принять решение об их назначении, когда ожидаемая польза превышает ожидаемый риск для здоровья пациента.

При регистрации в Республике Беларусь в установленном порядке других лекарственных средств, сенсibiliзирующих к алкоголю, они должны назначаться в соответствии с инструкцией по их применению.

Налтрексон уменьшает влечение к алкоголю и выраженность эйфории при алкогольном опьянении, снижая частоту рецидивов при алкогольной зависимости. Налтрексон не является средством аверсивной терапии и не вызывает дисульфирамо-подобную негативную реакцию при употреблении опиоидов или алкоголя.

Налтрексон может назначаться в виде инъекций пролонгированного действия для внутримышечного введения (раствор суспензии). При одновременно существующем синдроме зависимости от опиоидов налтрексон может быть назначен не ранее чем через 7 дней после последнего приема опиоидов и при отсутствии признаков состояния отмены. Длительность лечения налтрексоном составляет не менее 6 месяцев. При хорошем эффекте налтрексона лечение рекомендуется продолжать неопределенно долго. Противопоказаниями к приему налтрексона являются острый гепатит и хронические гепатиты с повышением уровня АлАТ или АсАТ более чем в 3 раза, а также необходимость приема опиоидов с целью обезболивания.

Налтрексон в виде инъекций пролонгированного действия для внутримышечного введения получают путем растворения суспензии, содержащей 380 мг налтрексона в 4 мл растворителя, и вводят 1 раз в 4 недели или 1 раз в месяц. Налтрексон нельзя вводить внутривенно!

Налтрексон противопоказан при сопутствующем состоянии отмены опиоидов, а также при беременности и в детском возрасте.

Имеющиеся клинические исследования также указывают, что карбамазепин, а также топирамат, габапентин, прегабалин, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (сертралин, пароксетин, эсциталопрам и другие), уменьшают влечение к алкоголю, снижая частоту рецидивов при алкогольной зависимости. В настоящее время инструкции по применению данных лекарственных средств не содержат указаний на их возможность применения при синдроме зависимости от алкоголя, однако врач, когда ожидаемая польза превышает риск, может принять решение об их назначении при получении согласия пациента.

Карбамазепин 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 селективных ингибиторов обратного захвата серотонина применяют в следующих дозировках: 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 6 месяцев и более.

Важным этапом лечения синдрома зависимости от алкоголя у пациента является одновременное психологическое консультирование или психотерапия членов его семьи, иных близких родственников.

Родным и близким пациента рекомендуется посещение групп самопомощи («Ал-Анон»), участие в терапевтическом сообществе.

В отношении несовершеннолетних пациентов рекомендуется применять стационарные реабилитационные программы (от 28 дней).

F10.5

Психотическое расстройство в результате употребления алкоголя

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, обследование и его кратность, длительность лечения, ожидаемый результат, характер и алгоритм лечения, дополнительные трудности: смотри общие указания во введении в главу F1, раздел F10.4 и раздел F20.3.

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Требуется неотложная госпитализация пациента в наркологическое или психиатрическое отделение, а при их отсутствии – в отделение интенсивной терапии (реанимации).

Применяют сочетание антипсихотических лекарственных средств и анксиолитических средств из группы бензодиазепинов. Для лечения психотических расстройств, вызванных употреблением алкоголя, назначают галоперидол (суточная доза – от 3 до 20 мг), рисперидон (1-6 мг), зуклопентиксол (суточная доза – от 50 мг). При наличии психомоторного возбуждения, агрессии предпочтительно применение галоперидола или зуклопентиксола в виде внутримышечных инъекций.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов применяют в течение 2-3 недель, схемы применения и дозы соответствуют описанным в разделах F10.3 и F10.4. Если в течение 3 недель психотические симптомы сохраняются, то прекращается прием анксиолитических средств из группы бензодиазепинов и показана монотерапия антипсихотическими лекарственными средствами.

Для терапии бессонницы при психотическом расстройстве может применяться снотворное лекарственное средство – комбинация диазепама и циклобарбитала (10 мг и 100 мг в 1 таблетке).

При хроническом течении заболевания у пациентов может отсутствовать критика к своему состоянию и мотивация к приему лекарственных средств. В этом случае для соблюдения схемы приема лекарственных средств рекомендуется применение пролонгированных форм антипсихотических лекарственных средств (флуфеназин деканоат, галоперидол деканоат, рисперидон пролонгированного действия, флупентиксол деканоат, зуклопентиксол деканоат и другие) в тех же дозировках, что рекомендуются при лечении шизофрении в разделе F20.

F10.6

Амнестический синдром в результате употребления алкоголя (корсаковский синдром)

F10.73

Деменция в результате употребления алкоголя

Общая характеристика. Алкогольный корсаковский (амнестический) синдром является хронической формой недостаточности тиамина (гиповитаминоза) у пациентов с выраженной алкогольной зависимостью.

Его характерным признаком является развитие фиксационной амнезии при относительной сохранности других когнитивных функций. Корсаковский синдром часто возникает как исход острой формы поражения головного мозга при недостаточности тиамина (гиповитаминоза) – энцефалопатии Гайе-Вернике.

У части пациентов с амнестическим синдромом происходит восстановление когнитивных функций при воздержании от алкоголя и проведении витаминотерапии. У другой части пациентов нарушение функции памяти является необратимым, и алкогольный амнестический синдром тогда переходит в деменцию вследствие употребления алкоголя.

При алкогольной деменции поражается не только память, но и другие когнитивные функции. Причиной алкогольной деменции является прямое токсическое действие алкоголя и полигиповитаминоз.

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Стационарная помощь, как правило, оказывается в региональных и республиканских психиатрических организациях здравоохранения.

Обследование и его кратность: смотри раздел F00 – F03.

Лечение. Лекарственным средством выбора для лечения алкогольного амнестического синдрома является тиамин, который вводят в течение 7-15 дней внутримышечно в дозе 200-300 мг/сутки. Внутрь назначают поливитаминные лекарственные средства, содержащие тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, фолаты. Лечение поведенческих нарушений при амнестическом синдроме смотри в разделе F00 – F03.

При алкогольной деменции проводят такое же лечение, как и при амнестическом синдроме, но продолжительностью от 3 до 6 месяцев.

Применение лекарственных средств, улучшающих мозговой метаболизм и мозговое кровообращение, возможно при наличии в инструкции по применению данных лекарственных средств указаний на эффективность их применения при алкогольном амнестическом синдроме или деменции, вызванной употреблением алкоголя.

F11

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов

F11.0**Острая интоксикация опиоидами**

Общая характеристика. При острой интоксикации опиоидами без нарушения сознания и дыхательной функции специальных лечебных мероприятий не требуется. Острое отравление опиоидами с нарушениями дыхательной функции и сознания требует экстренной медицинской помощи в случае угнетения сознания и гиповентиляции.

Неотложная помощь оказывается врачами скорой медицинской помощи, затем рекомендуется госпитализация в отделение токсикологии либо в отделение реанимации (интенсивной терапии) ближайшей организации здравоохранения.

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Обследование. При остром отравлении опиоидами необходима экстренная помощь, поэтому обследование ограничивается сбором анамнестических данных у родственников пациента или сопровождающих его лиц.

Дополнительные обследования проводятся после восстановления функции дыхания или при неэффективности проводимой терапии:

определение уровня алкоголя в выдыхаемом воздухе (крови);

биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы;

исследование мочи на наличие психоактивных веществ (опиоиды) и лекарственных средств (анксиолитических средств, седативных и снотворных средств).

Лечение, цели, ожидаемые результаты: смотри F1.

Характер и алгоритм лечения. Основным лекарственным средством лечения острого отравления опиоидами является антагонист опиоидных рецепторов – налоксон.

Налоксон вводят внутривенно в дозировке по 0,2-0,4 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. 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, которые могут быть причинами комы:

- состояние после эпилептического припадка;
- отравление алкоголем, седативными или снотворными средствами (производные барбитуровой кислоты, производные бензодиазепина);
- отравление комбинацией психоактивных веществ;
- отравление опиоидами с очень высокой степенью связи с опиоидными рецепторами (производные фентанила);
- гипоксическая энцефалопатия;
- комы (тяжелая черепно-мозговая травма, гипогликемия, гипергликемия, острая сердечная недостаточность и другие).

Если после введения нескольких порций налоксона нет положительного эффекта, то показана интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции легких до восстановления самостоятельного дыхания, а также мероприятия по устранению иных расстройств.

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

Действие налоксона продолжается лишь 60-70 минут, и поэтому могут понадобиться его повторные инъекции. Пациент должен находиться под наблюдением врача ближайшей организации здравоохранения не менее суток. После нормализации состояния рекомендуется мотивирующая беседа с обсуждением негативных последствий потребления опиоидов и возможности их уменьшения.

F11.3

Синдром зависимости от опиоидов

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Лечение, цели, ожидаемые результаты, условия лечения, средняя длительность: смотри раздел введения F1 и F10.3.

Обследование. Необходимо проводить отдельно беседу с самим пациентом и затем – с его родственниками (близкими), при их наличии.

В процессе сбора анамнестических сведений у пациента необходимо выяснить следующие сведения:

- первый контакт с ПАВ;
- начало и регулярность, длительность употребления ПАВ;
- 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;
- криминальную активность (воровство, хулиганство и др.);
- наличие психопатологической и неврологической симптоматики (нарушения пищевого поведения, бред и галлюцинации, судорожные припадки и другие);
- перенесенные соматические заболевания.

Иногда встречается систематическое употребление опиоидов (чаще героина) интраназально или путем курения.

Доказательством факта употребления опиоидов может быть обнаружение их самих или их дериватов (метаболитов) в моче (крови). Нередко в моче обнаруживаются не опиоиды, а анксиолитические средства из группы бензодиазепинов или каннабиноиды, которые пациенты могут употреблять параллельно, поскольку они имеют более длительный период выведения, чем героин. Однако само по себе обнаружение опиоида в моче еще не позволяет поставить диагноз синдрома зависимости от опиоида. Часто необходимы многократные анализы мочи, так как применяемые экспресс-методики не всегда достаточно чувствительны и специфичны, а концентрация в моче сильно колеблется в зависимости от режима его употребления.

Обязательное обследование:

биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, хлора, определение ГГТП, АсАТ, АлАТ;

обследование на сифилитическую инфекцию: реакция МРП, ИФА выявления суммарных антител (или антител одного класса) к *Treponema pallidum* в сыворотке крови, плазме, спинномозговой жидкости;

определение маркеров гепатитов В и С;

исследование на наличие ВИЧ-инфекции;

исследование мочи на наличие психоактивных веществ (опиоидов: морфин/героин, метадон, кодеин, психостимуляторов – амфетамин и метамфетамин, каннабиноидов седативных и снотворных средств – бензодиазепины и барбитураты, трамадола и дифенилгидрамина).

Дополнительные обследования при наличии показаний:

консультация невролога;

психологическая диагностика;

индекс тяжести зависимости.

Перед взятием анализов на ВИЧ-инфекцию и гепатиты необходимо предтестовое консультирование. После объявления пациенту результатов обследования на ВИЧ-инфекцию проводится обязательное послетестовое консультирование.

Характер и алгоритм лечения. В терапии пациентов с синдромом зависимости от опиоидов выделяют 4 фазы:

диагностическая фаза;

фаза отнятия наркотического средства;

фаза реабилитации;

постреабилитационная фаза.

Диагностическая и мотивационная фазы необходимы для определения целесообразности лечебных мероприятий, постановки целей лечения, выбора лечебной программы. С пациентом заключают терапевтический договор, в котором отражены его права и обязанности.

В фазе наркотического средства основными целями являются купирование состояния отмены и усиление мотивации пациента для дальнейшего лечения. Лечение проводят стационарно либо амбулаторно. Этот этап занимает от 1 недели до 1 месяца.

Реабилитационная и постреабилитационная фазы подразумевают проведение психотерапии, психологическую помощь и социальную работу с пациентом. Показано лечение в специализированных реабилитационных центрах, длительная психотерапия в амбулаторных условиях, посещение групп самопомощи «Анонимные наркоманы».

Как дополнительное средство лечения опиоидной зависимости используют блокатор опиоидных рецепторов – налтрексон. Налтрексон блокирует эйфорический эффект вводимых извне опиоидов, но не влияет на патологическое влечение к ним. Налтрексон не вызывает негативной физиологической реакции или угрожающего состоянию здоровья расстройства при употреблении опиоидов.

Налтрексон может назначаться в виде инъекций пролонгированного действия для внутримышечного введения (раствор суспензии).

До назначения налтрексона пациент должен не менее 7 дней воздерживаться от приема опиоидов и не иметь признаков состояния

отмены опиоидов. Длительность лечения налтрексоном составляет не менее 6 месяцев. При хорошем эффекте налтрексона лечение рекомендуется продолжать неопределенно долго. Противопоказаниями к приему налтрексона являются острый гепатит и хронические гепатиты с повышением уровня АлАТ или АсАТ более чем в 3 раза, а также необходимость приема опиоидов с целью обезболивания.

Налтрексон в виде инъекций пролонгированного действия для внутримышечного введения получают путем растворения суспензии, содержащей 380 мг налтрексона в 4 мл растворителя, и вводят 1 раз в 4 недели или 1 раз в месяц. Налтрексон нельзя вводить внутривенно!

Налтрексон противопоказан при состоянии отмены опиоидов, приеме наркотических анальгетиков для лечения болевого синдрома, тяжелых заболеваниях печени (острый гепатит и печеночная недостаточность), беременности и у пациентов в возрасте до 18 лет.

При неэффективности лечения, ориентированного на полное воздержание, в том числе и при применении налтрексона, рекомендуется проведение заместительной поддерживающей терапии с назначением опиоидов.

Заместительная поддерживающая терапия опиоидной зависимости (далее – заместительная терапия) – это назначение пациенту с опиоидной зависимостью лекарственных средств группы сильнодействующих опиоидов (метадона, бупренорфина) в постоянной суточной дозировке в течение длительного времени под контролем врача. Краткосрочное применение сильнодействующих опиоидов (метадона) в снижающейся дозировке является методом лечения состояния отмены опиоидов и подробно описано в разделе F11.4.

Целью заместительной терапии является значительное снижение частоты употребления «уличных» опиоидов и в перспективе достижение полного воздержания от их употребления, а у части пациентов – и других психоактивных веществ.

Длительность заместительной терапии определяется лечащим врачом по согласованию с пациентом, но, как правило, для достижения эффекта она должна длиться от одного до нескольких лет. При наличии эффекта и согласии пациента она может продолжаться неопределенно длительное время.

Основным лекарственным средством для заместительной терапии является метадон в виде сиропа, раствора или таблеток, также может использоваться бупренорфин в таблетках сублингвально.

Показаниями к заместительной поддерживающей терапии являются:
установленный диагноз синдрома зависимости от опиоидов;
употребление опиоидов инъекционным путем;

возраст старше 18 лет.

Противопоказаниями к заместительной поддерживающей терапии являются:

употребление опиоидов без проявлений синдрома зависимости, употребление опиоидов неинъекционным путем (курение, вдыхание).

Опиоидная зависимость у беременных женщин служит показанием к назначению заместительной поддерживающей терапии метадон на весь срок беременности и в течение срока до 6 месяцев после родов.

При наличии сопутствующих хронических психических заболеваний – шизофрении, биполярного аффективного расстройства, соматических хронических заболеваний, требующих постоянного медицинского наблюдения и лечения (например, эпилепсии, сахарного диабета), хронических инфекционных заболеваний – ВИЧ-инфекции, гепатита В, гепатита С, туберкулеза – заместительная поддерживающая терапия назначается в первую очередь.

Фармакологической основой для проведения заместительной терапии является эффект «плато»: при повышении суточной дозы опиоида эйфорический эффект растет только до определенного уровня, после чего дальнейший рост дозы опиоида приводит только к седативному эффекту. При проведении заместительной терапии пациенту необходимо подобрать дозу, при приеме которой он будет находиться в состоянии психофизического комфорта.

Метадон гидрохлорид является сильнодействующим агонистом опиоидных рецепторов. При проведении заместительной терапии его назначают внутрь в виде раствора или сиропа со сладким вкусом, возможно применение таблетированной формы метадона. Метадон нельзя вводить внутривенно!

Метадон назначается обычно 1 раз в день, но в некоторых случаях рекомендуется его прием 2 раза в сутки. В дозе 60-150 мг/сутки при приеме внутрь метадон обеспечивает блокаду опиоидных рецепторов, и если пациент параллельно употребляет другие опиоиды, то они не оказывают эйфоризирующего эффекта. Как правило, при приеме стабильной дозы метадона пациент является работоспособным и может выполнять повседневные обязанности.

В процессе проведения заместительной терапии различают две стадии – стадию индукции и стадию стабилизации. На стадии индукции происходит постепенное увеличение суточной дозы лекарственного средства до оптимальной. На стадии стабилизации пациент получает постоянную дозу метадона, которая в некоторых случаях может быть

изменена (сопутствующие заболевания, сопутствующая терапия другими лекарственными средствами и другое).

На стадии индукции начальная доза метадона составляет 20-30 мг. Рекомендуются, чтобы пациент в начале лечения в амбулаторных условиях находился под наблюдением медицинских работников в течение 2-3 часов после приема метадона. В случае высокой толерантности к опиоидам начальная доза метадона может составлять до 40 мг, но не более. При этом назначают 30 мг метадона внутрь, и затем через 3 часа – еще 10 мг метадона. После назначения второй дозы метадона в амбулаторных условиях пациента необходимо наблюдать не менее 2-3 часов. Обычный темп повышения дозы составляет 5-10 мг каждые 3 дня. В случае, когда пациент испытывает выраженные явления состояния отмены или индукция осуществляется в стационарных условиях, темп повышения дозы может составлять 5-10 мг в день каждые 1-3 дня в зависимости от переносимости и эффективности. В этих условиях обеспечивается пребывание пациента в палате в течение минимум 3 часов после приема метадона.

На стадии стабилизации средняя суточная доза метадона обычно составляет 60-150 мг. Большинство пациентов заместительной терапии нуждаются в такой суточной дозе, но некоторым необходимы более высокие дозы: до 200-300 мг/сутки и выше в 1-3 приема (если пациент является «быстрым метаболизатором» либо принимает лекарственные средства-индукторы печеночных ферментов, что приводит к ускоренному выведению метадона). При назначении метадона в сочетании с лекарственными средствами, ускоряющими его выведение, рекомендуется прием 2 раза в сутки. Минимальная суточная дозировка метадона при проведении заместительной терапии опиоидной зависимости для достижения эффективности должна составлять, как правило, не менее 60 мг при постоянном его приеме. Побочные действия метадона возникают примерно у 20% пациентов. Они проявляются потливостью, запорами, уменьшением полового влечения и нарушением концентрации внимания.

Дозировка метадона может быть изменена в зависимости от индивидуальной реакции пациента на лечение. Наличие тяги к употреблению опиоидов, признаков состояния отмены и сопутствующего употребления психоактивных веществ свидетельствует, как правило, о недостаточной суточной дозе метадона. Изменение дозы метадона может потребоваться в случае назначения лекарств, которые изменяют его метаболизм в организме. Если наблюдается головокружение и сонливость, то необходимо снизить дозу метадона. При подборе дозы следует учитывать, что сопутствующее употребление нелегальных

опиоидов, алкоголя или седативных средств указывает, как правило, на недостаточную дозу метадона. Сочетание заместительной терапии метадоном с приемом пациентом бензодиазепинов, барбитуратов и алкоголя значительно повышает риск передозировки.

Для заместительной терапии может также использоваться агонист/антагонист опиоидных рецепторов бупренорфин (в том числе и в сочетании с налоксоном). Антагонистический эффект проявляется при применении его в малых дозах (до 8 мг), а агонистический – в больших (от 8 до 32 мг).

Бупренорфин не вызывает дисфорических реакций. Из побочных действий следует отметить тошноту и рвоту, выраженное угнетение дыхания.

Бупренорфин выпускается в виде раствора для инъекций по 1 мл и сублингвальной формы в таблетках по 2 мг, которая применяется для заместительной терапии в течение длительного времени.

Рекомендуется начинать заместительную терапию с дозировки бупренорфина 2-4 мг в первый прием, в первые сутки дозу можно повысить до 8 мг; во вторые сутки в зависимости от симптомов дозу можно повысить до 16 мг/сутки; затем дозу можно повышать на 8 мг через день; обычно более эффективная доза бупренорфина составляет около 32 мг/сутки.

Назначать бупренорфин рекомендуется не раньше, чем через 24 часа после последнего употребления опиоидов для предупреждения развития у пациента состояния отмены опиоидов.

Прекращение заместительной терапии метадоном или бупренорфином должно сопровождаться детоксификацией (лечением состояния отмены опиоидов) с применением метадона или бупренорфина (смотри F11.4).

При применении заместительной терапии для кодирования диагноза пациента рекомендуется использование диагностического кода МКБ-10: F11.22 – Синдром зависимости от опиоидов, в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии.

При неэффективности заместительной терапии метадоном может назначаться бупренорфин, при недостаточном эффекте бупренорфина – метадон. Одновременное применение метадона и бупренорфина недопустимо!

Лечение сопутствующего синдрома зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ у пациента, получающего заместительную терапию, производится так же, как указано в соответствующих разделах

данных протоколов (смотри F10.3, F12.3, F13.3, F14.3, F15.3, F16.3, F17.3, F18.3, F 19.3).

F11.4

Состояние отмены опиоидов

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Обследование: смотри F11.3.

Лечение, цели, ожидаемые результаты, условия лечения, средняя длительность: смотри общий раздел и раздел F10.4.

Характер и алгоритм лечения. Показания к стационарному лечению состояния отмены:

- отсутствие поддержки со стороны родственников;
- зависимость от двух и более веществ, сопутствующее употребление анксиолитических средств из группы бензодиазепинов;
- безуспешность попыток амбулаторного лечения;
- легкий доступ к наркотическому средству в амбулаторных условиях;
- зависимость от алкоголя в анамнезе;
- психопатоподобное поведение при состоянии отмены;
- повторная рвота и невозможность приема жидкости внутрь;
- агрессивные и суицидальные тенденции;
- наличие коморбидных психических заболеваний;
- декомпенсированные соматические заболевания.

При купировании состояния отмены применяют следующие группы лекарственных средств в различных сочетаниях:

- средства центрального действия, уменьшающие стимулирующее влияние адренергической иннервации (агонисты альфа-1-имидазолиновых рецепторов) – клонидин;

- опиоидные анальгетики – метадон, бупренорфин;

- анальгетики – трамадол;

- антипсихотические средства – хлорпротиксен;

- антидепрессанты – амитриптилин;

- анксиолитические средства из группы бензодиазепинов – диазепам, клоназепам;

- сноровые средства – зопиклон, диазепам и циклобарбитал;

- средства, тормозящие перистальтику ЖКТ – лоперамид;

- миорелаксанты центрального действия – баклофен;

- прокинетики – метоклопрамид;

нестероидные противовоспалительные средства – кеторолак, ибупрофен.

При наличии острого или хронического активного гепатита назначение лекарственных средств проводится с большой осторожностью. От назначения антипсихотических средств из группы фенотиазин, трициклических антидепрессантов, карбамазепина следует воздержаться. Рекомендуются трамадол и клонидин, назначение оксазепам в дозировке 30-60 мг/сутки.

Выделяют следующие методики лечения состояния отмены опиоидов:

лечение состояния отмены с применением метадона или бупренорфина;

сочетание клонидина и анксиолитических средств из группы бензодиазепинов;

сочетание антипсихотических средств, антидепрессантов и анксиолитических средств из группы бензодиазепинов между собой.

Детоксификация:

с применением метадона:

Метадон назначают внутрь в виде сиропа или раствора в начальной дозе 40-60 мг/сутки, далее каждые 1-2 дня понижают суточную дозу на 5 мг до полной отмены. Детоксификация метадон может проводиться стационарно или амбулаторно;

с применением бупренорфина:

Бупренорфин назначают сублингвально в дозе 8-32 мг/сутки, далее каждые несколько дней понижают суточную дозу на 2 мг до полной его отмены. Также может применяться лекарственная форма бупренорфин для парентерального введения: препарат вводят внутримышечно в виде раствора для инъекций в ампулах по 1 и 2 мл (1 мл содержит 0,00003 г /0,3 мг/ бупренорфина) в суточной дозе 0,9-1,8 мг на 2-3 приема;

с использованием клонидина и диазепам:

Клонидин является α -адреномиметиком и хорошо купирует вегетативный компонент состояния отмены. Его побочными эффектами являются гипотензия, атриовентрикулярной блокада, брадикардия, запоры. При применении в больших дозах может развиваться лекарственный делирий.

Гипотензивный эффект требует мониторинга артериального давления перед приемом каждой дозы клонидина. Если на момент приема очередной дозы 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 450-1500 мкг, кратность приема составляет 3-5 раз в день. Диазепам назначают внутрь 40-60 мг/сутки, при выраженной симптоматике можно прибегнуть к внутримышечным (но не внутривенным!) инъекциям.

Детоксификация проводится при помощи применения сочетания различных лекарственных средств (применяют преимущественно перорально).

Клонидин используется по указанной выше схеме в сочетании с трамадолом (400 мг/сутки внутрь) и диазепамом (30-60 мг/сутки внутрь).

Вместо клонидина можно использовать хлорпротиксен в дозировке 100-400 мг/сутки.

Побочные действия хлорпротиксена обусловлены их выраженным холиноблокирующим эффектом – делирий, запор, сухость во рту, тахикардия. Преимущество препарата в том, что он оказывает довольно выраженный седативный эффект. Обычно к проводимому лечению добавляют диазепам – 30-60 мг/сутки внутрь.

Для купирования диареи можно использовать лоперамид, для лечения рвоты – метоклопрамид. При сильных болях в мышцах дополнительно назначают нестероидные противовоспалительные лекарственные средства (ибупрофен) и лекарственные средства, воздействующие на мышечный тонус (баклофен). Все эти лекарственные средства применяют в течение 5-7 дней, затем необходимо постепенно снизить их дозировки и полностью отменить через 10-15 дней. В случае состояния отмены метадона требуется более длительное применение лекарственных средств – до 20 дней.

Назначение противосудорожных препаратов с нормотимическим действием (препараты вальпроевой кислоты, карбамазепин, топирамат, габапентин, прегабалин) показано при дисфории и импульсивности для улучшения способности пациента к получению психотерапии.

При состоянии отмены опиоидов обычно нецелесообразно применение гемодиализа, гемосорбции, форсированного диуреза, ультрафиолетового или лазерного облучения крови. Внутривенное капельное введение глюкозы и полиионных растворов проводится только при невозможности приема жидкости внутрь.

После купирования состояния отмены опиоидов пациенты часто жалуются на бессонницу. Для купирования этих симптомов используют седативные антипсихотические средства и антидепрессанты (амитриптилин, хлорпротиксен, миансерин, мirtазапин); показано применение небензодиапиновых снотворных средств (зопиклон, золпидем, залеплон) и мелатонина. Не рекомендуется длительное (более 2 недель) применение снотворных средств из группы бензодиазепинов.

Для терапии бессонницы при состоянии отмены опиоидов может применяться комбинированное снотворное лекарственное средство – диазепам и циклобарбитал (10 мг и 100 мг в 1 таблетке соответственно).

F12

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов

F12.0

Острая интоксикация

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи: смотри общий раздел F1 и F10 – F18.

Обследование и его кратность: смотри общий раздел F1 и F10 – F18.

К обязательным методам исследования относят:

анализ мочи на наличие каннабиноидов (в случае их эпизодического употребления каннабиноиды определяются в моче в течение 1-3 дней, в случае постоянного потребления и потребления в высоких дозах – в течение 1 месяца и более).

Цели лечения и ожидаемые результаты: устранение интоксикации и ее осложнений.

Условия лечения: амбулаторное – при неосложненной интоксикации. Стационарное:

в токсикологическом отделении, отделении интенсивной терапии и реанимации – при сопоре или коме;

в психиатрическом отделении – при психотических и выраженных поведенческих расстройствах, делирии.

Продолжительность: от 1 до 7 суток.

Характер и алгоритм лечения. При сопоре или коме лечение проводится в отделении токсикологии общесоматического стационара или отделении интенсивной терапии и реанимации. Главным методом терапии интоксикации/передозировки (отравления) является проведение дезинтоксикационных мероприятий. Специфических антидотов к каннабиноидам не существует. Показано промывание желудка. При пероральном приеме каннабиноидов – активированный уголь, применение 0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы. Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов являются основным средством в лечении возбуждения при интоксикации и психотических расстройствах. Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов – лекарственные средства выбора для купирования

панических реакций, тревоги, ажитации и кататонических расстройств. Они уменьшают вероятность развития судорог и делирия, а при уже развившемся делирии сокращают его продолжительность.

Длительно действующие (продолгированные) анксиолитические средства из группы бензодиазепинов более эффективны в предупреждении эпилептических припадков. Схема их применения приведена в таблице 5.

Галоперидол показан только при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинации, психомоторного возбуждения. Его назначают в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 2 часа. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг. Галоперидол обязательно нужно сочетать с анксиолитическими средствами из группы бензодиазепинов.

После устранения интоксикации рекомендуется проведение краткосрочного вмешательства по поводу изменения или прекращения потребления каннабиноидов (подробнее смотри F10.1).

Побочные эффекты и осложнения. Следует избегать применения антипсихотических средств из группы фенотиазин (хлорпромазин), так как они увеличивают вероятность развития делирия, судорог, обладают проаритмическим эффектом, особенно при парентеральном введении. Необходимо также избегать применения трициклических антидепрессантов и клозапина, так как данные лекарственные средства увеличивают вероятность развития делирия.

F12.1

Употребление каннабиноидов с вредными последствиями

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, лечение, цели, ожидаемые результаты, условия, средняя длительность лечения: смотри F10.1.

Характер и алгоритм лечения. Рекомендуется применение психотерапии, особенно когнитивно-поведенческой (краткосрочное вмешательство), которая эффективна в прекращении потребления каннабиноидов.

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

Назначение противосудорожных препаратов с нормотимическим действием (карбамазепин или препаратов вальпроевой кислоты) показано

при дисфории и импульсивности, поскольку они улучшают настроение и способность пациента к психотерапии.

Лекарственные средства, вызывающие зависимость (анксиолитические средства из группы бензодиазепинов), должны быть исключены. Следует избегать применения антипсихотических средств.

F12.2

Синдром зависимости от каннабиноидов

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, лечение, цели, ожидаемые результаты, условия лечения: смотри F10 – F18.

Условия лечения: стационарное – при наличии резидуальных психотических расстройств и желании пациента, амбулаторное – в остальных случаях.

Продолжительность: в стационаре – 14-28 дней.

Характер и алгоритм лечения. Вмешательства должны быть очень краткими и структурированными в связи с низкой мотивацией пациентов к изменению потребления. Эффективно мотивационное вмешательство в группе или при индивидуальном консультировании. Кроме того, показана когнитивно-поведенческая психотерапия. Не доказан эффект гипносуггестивной терапии, в том числе эмоциональной стрессопсихотерапии.

Специфические средства для подавления зависимости от каннабиноидов не разработаны. Возможным средством для подавления влечения являются антидепрессанты. Они также показаны при сохраняющейся тревожной и аффективной симптоматике. Применяются мапротилин – 75-150 мг/сутки, сертралин – 50-150 мг/сутки, пароксетин – 10-50 мг/сутки в течение 1-3 месяцев.

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

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов должны быть при возможности исключены.

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

Следует воздерживаться от применения антипсихотических средств, особенно в пролонгированной форме, поскольку они часто вызывают экстрапирамидные симптомы, седацию и гипотензию.

Реабилитация, психотерапия, психологическая коррекция, правовые ситуации: смотри F10 – F18.

F12.3.

Состояние отмены каннабиноидов

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, цель лечения, ожидаемый результат: смотри F10 – F18.

Условия лечения: стационарное, в психиатрическом отделении – при психотических и выраженных поведенческих расстройствах, делирии; амбулаторное – при неосложненном состоянии отмены.

Продолжительность: в стационаре – до 7 суток.

Характер и алгоритм лечения. Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов являются основным средством в лечении возбуждения при состоянии отмены. Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов – лекарственные средства выбора для купирования панических реакций, тревоги и ажитации. Схема их применения отражена в таблице 3.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов применяют только при выраженной тревоге и бессоннице сроком до 3-5 дней, в остальных случаях пациент требует только внимания и участия. Нежелательно совместное лечение таких пациентов с пациентами с зависимостями от других психоактивных веществ.

Назначение противосудорожных препаратов с нормотимическим действием (препаратов вальпроевой кислоты, карбамазепина, топирамата, габапентина, прегабалина) показано при дисфории и импульсивности для улучшения способности пациента к психотерапии.

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

При бессоннице показано применение небензодиапиновых снотворных средств (зопиклон, золпидем, залеплон) и мелатонина. Не рекомендуется длительное (более 2 недель) применение снотворных средств из группы бензодиазепинов (нитразепам, триазолам).

Рекомендуется краткосрочное вмешательство. Расстройства обычно купируются в течение нескольких суток, возможно, до недели.

Следует избегать применения антипсихотических средств из группы фенотиазинов (хлорпромазина), так как они увеличивают вероятность развития делирия, судорог, обладают проаритмическим эффектом, особенно при парентеральном введении.

Необходимо избегать назначения трициклических антидепрессантов и клозапина, так как данные лекарственные средства также увеличивают вероятность развития делирия.

F12.5

Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов

F12.70

Наплывы реминисценций (флэшбэк), вызванные употреблением каннабиноидов

F12.75

Психотическое расстройство с поздним дебютом вследствие употребления каннабиноидов

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, цель лечения, ожидаемый результат: смотри F10 – F18.

Продолжительность: в стационаре – до 2 недель.

Характер и алгоритм лечения:

организация спокойного и безопасного окружения для возможного спонтанного разрешения симптомов;

применение анксиолитических средств из группы бензодиазепинов быстрого действия в течение суток.

Галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения, – которая не купировалась в течение суток после прекращения приема каннабиноидов, или при ее значительной выраженности. Галоперидол назначают в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 2 часа. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг. Галоперидол обязательно нужно сочетать с анксиолитическими средствами из группы бензодиазепинов (мидазолам – 1-2,5 мг разово, лоразепам – в дозировке 2-4 мг/сутки).

Возможно применение других антипсихотических средств (трифлуоперазина, рисперидона и других).

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

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

При применении антипсихотических средств часты экстрапирамидные побочные эффекты, седация и гипотензия. Следует избегать назначения антипсихотических средств депо.

Для достижения седации возможно применение парентеральных форм анксиолитических средств из группы бензодиазепинов.

Для терапии бессонницы при психотическом расстройстве может применяться комбинированное снотворное лекарственное средство – диазепам и циклобарбитал (10 мг и 100 мг в 1 таблетке соответственно).

F12.7

Резидуальные и отсроченные психотические расстройства вследствие употребления каннабиноидов

F12.71

Расстройство личности и поведения вследствие употребления каннабиноидов (амотивационный синдром)

F12.72

Резидуальное аффективное расстройство вследствие употребления каннабиноидов

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F10 – F18.

Цели лечения, ожидаемый результат: устранение психопатологических расстройств и восстановление социального функционирования.

Продолжительность: 2-4 месяца.

Характер лечения. Поддерживающая психотерапия – наиболее обоснованный вид терапии зависимости от каннабиноидов. Необходимы также тренинги навыков, работа в группах и семейная психотерапия. Психосоциальная реабилитация направлена на достижение пациентом адаптации в обществе.

Медикаментозное лечение сопутствующих психопатологических расстройств описано в разделе F12.2. Специфическая терапия расстройств

личности и поведения, вызванных употреблением каннабиноидов, отсутствует, рекомендуется применение психотерапии.

Действия при отсутствии результата: длительная психотерапия и социальная адаптация в условиях реабилитационного центра.

F13

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных и снотворных средств

F13.0

Острая интоксикация седативными и снотворными средствами

Общая характеристика. При острой интоксикации седативными и снотворными средствами без нарушения сознания и дыхательной функции специальных лечебных мероприятий не требуется. Острое отравление данными средствами с нарушениями дыхательной функции и сознания требует неотложной медицинской помощи врачами скорой медицинской помощи, затем рекомендуется госпитализация в отделение токсикологии либо в отделение реанимации (интенсивной терапии).

Дополнительные обследования проводятся после восстановления сознания или при неэффективности проводимой терапии: определение уровня алкоголя в выдыхаемом воздухе, определение концентрации глюкозы в крови, исследование мочи на наличие лекарственных (седативных и снотворных), наркотических средств.

Характер и алгоритм лечения. Специфические средства для терапии острого отравления седативными и снотворными средствами отсутствуют.

Оказание медицинской помощи при сопоре или коме осуществляется в стационарных условиях в токсикологическом отделении, отделении интенсивной терапии (реанимации) ближайшей организации здравоохранения: районной, региональной, республиканской.

F13.2

Синдром зависимости от седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов)

Общая характеристика. Зависимость от седативных и снотворных средств подразделяется на два вида – низкодозную и высокодозную.

Для определения расчета вида зависимости и расчета дозировок лекарственных средств и ее терапии используют понятие «эквивалентные дозы» бензодиазепинов и фенobarбитала. При этом эквивалентными являются дозировки (в мг): алпразолама – 1; диазепам – 5; клоназепам – 0,5; лоразепам – 1; оксазепам – 30; темазепам – 30; триазолам – 0,25; хлордиазепоксида – 25; фенobarбитала – 30.

При низкодозной зависимости суточная доза анксиолитического, снотворного или противоэпилептического средства в пересчете на диазепам составляет до 40 мг (в пересчете на фенobarбитал – до 240 мг). При высокодозной зависимости суточная доза анксиолитического или снотворного средства из группы бензодиазепинов в пересчете на диазепам составляет более 40 мг (в пересчете на фенobarбитал – более 240 мг). При зависимости от седативных и снотворных средств, как правило, имеет место то или иное сопутствующее психическое расстройство (расстройство сна, алкогольная зависимость, паническое расстройство, расстройство личности и другие).

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, цель лечения: смотри F10 – F18.

Обследование (кроме общих для раздела F10 – F18): при обращении определение уровня алкоголя в выдыхаемом воздухе и исследование мочи на наличие бензодиазепинов и барбитуратов.

При наличии показаний: консультация невролога, психологическая диагностика.

Лечение. После отмены седативных и снотворных средств дальнейшее лечение зависит от сопутствующих психических расстройств, выявленных у пациента. При их отсутствии показано сочетание фармакологического лечения (антидепрессанты из группы СИОЗС, противоэпилептические препараты с анксиолитическим действием), когнитивно-бихевиоральной и групповой психотерапии.

При сопутствующих тревожных расстройствах показано сочетание фармакологического лечения (антидепрессанты из группы СИОЗС, противоэпилептические препараты с анксиолитическим действием) и когнитивно-бихевиоральной психотерапии (смотри раздел F4).

При сопутствующей зависимости от алкоголя рекомендуется фармакологическое лечение (дисульфирам, налтрексон), когнитивно-бихевиоральная психотерапия, групповая психотерапия или посещение групп самопомощи «Анонимные алкоголики» (смотри раздел F10.3).

При сопутствующей зависимости от опиоидов рекомендуется заместительная поддерживающая терапия (смотри раздел F11.3).

При сопутствующей бессоннице неорганической природы показано применение небензодиапиновых снотворных средств (зопиклон, золпидем, залеплон) и мелатонина (смотри раздел F51).

Профилактикой зависимости от седативных и снотворных средств является соблюдение следующих правил:

- разработка четкой схемы применения лекарственного средства;
- учет пользы и возможных отрицательных последствий лечения;
- информирование пациента о риске развития зависимости;
- постепенное уменьшение дозировок лекарственного средства;
- назначение лекарственных средств с длительным периодом выведения (дiazepam, клоназепам, хлордiazепоксид) и сочетание с назначением других лекарственных средств (антидепрессантов);
- сочетание фармакотерапии с психотерапией;
- по возможности следует избегать длительного применения седативных и снотворных средств у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ и с расстройствами личности.

F13.4

Состояние отмены седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов)

При отмене седативных и снотворных средств выделяют собственно состояние отмены и рецидив симптомов основного психического расстройства, по поводу которого были назначены данные лекарственные средства. При развитии состояния отмены наблюдаются тревога, бессонница, шум в ушах, тошнота, гиперacusия, тремор, потливость, миоклонии, судороги, делирий.

Следует решить, показана ли полная отмена седативного или снотворного средства. Она не показана в случае пожилого возраста пациента, у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью, если ожидаемое время жизни пациента составляет менее 2 лет.

Тактика лечения зависит от дозы принимаемого лекарственного средства, длительности его приема. При этом следует разделять лечение сопутствующего расстройства и собственно лечение состояния отмены.

Показаниями к лечению в амбулаторных условиях являются:

- суточная доза менее 40 мг/сутки в пересчете на diazepam;
- отсутствие тяжелых сопутствующих психических расстройств;
- возможность регулярного контакта с врачом;

хороший контакт с родственниками пациента.

Во всех остальных случаях показано лечение в стационаре.

Одномоментная отмена седативного или снотворного средства возможна в случаях низкодозовой зависимости, и ее можно проводить только в условиях стационара. При этом назначают карбамазепин в дозировке 600-800 мг/сутки. Недостатком одномоментной отмены является повышенный риск развития осложненного состояния отмены с психотическими расстройствами и судорожными припадками.

Постепенная отмена седативного или снотворного средства может проводиться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Лекарственное средство, к которому сформировалась зависимость, заменяют на одно из анксиолитических средств из группы бензодиазепинов длительного действия в эквивалентной дозировке – клоназепам или диазепам. После этого начинают постепенное уменьшение дозировки (на 1-2 эквивалентных доз в неделю, смотри выше).

В случаях стойкой бессонницы при состоянии отмены седативного или снотворного средства в течение короткого времени может применяться комбинированное снотворное лекарственное средство – диазепам и циклобарбитал (10 мг и 100 мг в 1 таблетке соответственно).

После полной отмены седативного или снотворного средства можно использовать карбамазепин в дозе 800 мг/сутки, лучше всего в виде двукратного приема пролонгированной формы, который применяют не менее 1 месяца. Это лекарственное средство назначают с целью предотвращения развития судорожных припадков.

Назначение других противосудорожных лекарственных средств с нормотимическим действием (препараты вальпроевой кислоты, топирамат, габапентин, прегабалин) показано при дисфории и импульсивности для улучшения способности пациента к психотерапии.

Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики. Обычно с этой целью применяют пропранолол в дозировке 40-80 мг/сутки или атенолол в дозировке 50-100 мг/сутки.

Клонидин применяют в суточной дозе 450-1500 мкг, кратность приема составляет 3-5 раз в день под контролем артериального давления и пульса. Если на момент приема очередной дозы 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 антидепрессант или антипсихотическое средство, обладающий седативным эффектом (хлорпротиксен, амитриптилин, миансерин, миртазапин и другие).

Применение инфузионной терапии при зависимости от седативных или снотворных средств противопоказано, так как ведет к их ускоренному выведению из организма и утяжелению состояния отмены. Исключением являются те случаи, когда у пациентов развивается рвота, и они не могут принимать жидкость внутрь.

Профилактикой развития состояния отмены седативных и снотворных средств является соблюдение следующих правил:

по возможности следует избегать длительного терапевтического применения (более 3 месяцев) седативных и снотворных средств;

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

при отмене постепенно уменьшать дозировки данных средств.

F14

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина

F14.0

Острая интоксикация кокаином

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F10-F18.

Условия лечения:

в токсикологическом отделении или отделении интенсивной терапии и реанимации – при отравлении с угнетением сознания;

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

отделение дневного пребывания – при тревожных и аффективных расстройствах с сохранением упорядоченного поведения;

амбулаторное – при неосложненной интоксикации.

В некоторых случаях может потребоваться принудительная госпитализация в психиатрический стационар.

Продолжительность: в стационаре до 7 суток.

Характер и алгоритм лечения. При сопоре или коме лечение проводится в отделении токсикологии или интенсивной терапии и реанимации. Специфических антидотов не существует. Показано промывание желудка и активированный уголь при пероральном приеме кокаина.

Главным методом терапии гипертермии является проведение инфузионной терапии. Применяют 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы. Возможно внешнее охлаждение с помощью льда. Повышение кислотности мочи с помощью парентерального введения аскорбиновой кислоты может ускорить экскрецию кокаина.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов являются основным лекарственным средством в лечении возбуждения при интоксикации и психотических расстройствах. При выраженном возбуждении, дисфории и судорогах начинают с внутримышечной инъекции 2-4 мл 0,5% раствора диазепама. Схема использования анксиолитических средств из группы бензодиазепинов при интоксикации приведена в таблице 5.

Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики – тахикардии, артериальной гипертензии. Обычно с этой целью применяют пропранолол в дозировке 40-80 мг/сутки или атенолол в дозировке 50-100 мг/сутки.

При желудочковой тахикардии назначают также лидокаин и верапамил, при гипертензии – нифедипин, клонидин.

Галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения. Его назначают в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 2 часа. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг. Для предупреждения выраженных побочных действий галоперидол обязательно нужно сочетать с анксиолитическими средствами из группы бензодиазепинов.

Для купирования бессонницы применяются седативные антидепрессанты и антипсихотические средства (амитриптилин, миансерин, хлорпротиксен), при их неэффективности – мелатонин или небензодиазепиновые снотворные средства (зопиклон, золпидем, залеплон).

После устранения угрожающих жизни состояний проводят краткосрочное вмешательство и при согласии пациента на отказ от потребления и наличии признаков зависимости – детоксификацию.

При низкой мотивации пациентов к изменению поведения вмешательство должно быть недирективным и включать конкретные советы по снижению вредных последствий потребления кокаина.

Расстройства обычно купируются в течение нескольких часов.

F14.1

Употребление кокаина с вредными последствиями

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, лечение (цели, ожидаемые результаты, условия лечения, средняя длительность): смотри F10.1.

Характер и алгоритм лечения. Психотерапия, особенно когнитивно-поведенческая (краткосрочное вмешательство), обладает доказанной эффективностью в прекращении потребления кокаина.

Также возможно проведение психологического консультирования.

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

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

F14.2

Синдром зависимости от кокаина

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, обследование и его кратность, условия лечения, цель, ожидаемые результаты: смотри F10-F18.

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Характер и алгоритм лечения. Поддерживающая психотерапия и психологическая коррекция- наиболее обоснованные виды терапии зависимости от ПАВ, в том числе кокаина (смотри F10.2). Психосоциальные подходы направлены на достижение адаптации в обществе, включают тренинги навыков, групповую и семейную психотерапию.

Продолжительность лечения в стационаре или отделениях дневного пребывания – 14-28 дней.

Характер и алгоритм лечения. Фармакологическое лечение направлено на подавление влечения к кокаину, а также устранение эмоциональных расстройств.

Дисульфирам эффективен в лечении зависимости от кокаина. Его рекомендовано применять в дозе 500 мг/сутки в течение 6-12 месяцев.

Для подавления влечения к кокаину существуют две стратегии: стратегия блокады заключается в использовании лекарственных средств, блокирующих эйфорический эффект кокаина.

Применяют антипсихотические средства с мощным дофаминблокирующим эффектом (рисперидон, флупентиксол, зуклопентиксол, реже галоперидол и флуфеназин), в форме таблеток или депо-лекарственных средств. Дозировки антипсихотических средств соответствуют средним при лечении расстройств из раздела F2; стратегия замещения, заключается в использовании лекарственных средств со стимулирующим эффектом.

Применяют антидепрессанты:

гетероциклические – мапротилин в дозировке 100-150 мг/сутки;

трициклические – кломипрамин или имипрамин в дозировке 150-250 мг/сутки;

из 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).

Поддерживающее лечение антипсихотическими средствами или антидепрессантами назначается на срок от 3-6 месяцев до года и более.

Для устранения эмоциональных (дисфории и импульсивности) и выраженных вегетативных расстройств показано назначение противоэпилептических лекарственных средств с нормотимическим действием (карбамазепина или препаратов вальпроевой кислоты), в дозах: карбамазепин – 400-600 мг/сутки (в простой или ретардной форме), препараты вальпроевой кислоты – 600-900 мг в сутки (в простой или ретардной форме). Возможно назначение других противоэпилептических лекарственных средств с нормотимическим действием (топирамат, габапентин, прегабалин). Лечение продолжают 3-6 месяцев.

Не рекомендуется применение седативных и снотворных средств.

Рекомендуют индивидуальную или групповую психотерапию, а также посещение групп самопомощи «Анонимные Наркоманы».

Действия при отсутствии результата: показано сочетание фармако-, психо- и социотерапии или помещение пациента в реабилитационный центр для длительной терапии, госпитализация, назначение не прямых агонистов дофамина (амантадин).

Другие трудности: проведение длительной поддерживающей фармакотерапии и психотерапии удается редко из-за низкой мотивации у пациента к изменению потребления кокаина.

F14.3.

Состояние отмены кокаина

Длительность купирования состояния отмены кокаина обычно составляет 14-21 дней.

Действия при отсутствии результата: антидепрессант из другой группы, непрямые агонисты дофамина (амантадин, бромокриптин).

Побочные эффекты и осложнения. Следует избегать применения антипсихотических средств из группы фенотиазинов (хлорпромазин, трифлуоперазин), так как при этом увеличивается вероятность развития делирия, судорог, гипотензии и аритмий, они обладают депрессогенным действием. Антипсихотические средства из группы бутирофенонов (галоперидол) вызывают выраженные экстрапирамидные нарушения. Клозапин повышает риск развития судорожных припадков и делирия.

F14.5

Психотическое расстройство вследствие употребления кокаина

F14.70

Флэшбэк вследствие употребления кокаина

F14.75

Психотическое расстройство с поздним дебютом вследствие употребления кокаина

F14.7

Резидуальные и отсроченные психотические расстройства вследствие употребления кокаина

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, условия лечения, цель, ожидаемые результаты: смотри F10-F18.

Продолжительность лечения в стационаре – до 2 недель.

Характер и алгоритм лечения. Начальные психотерапевтические вмешательства должны быть очень кратки (сессии от 15 до 30 минут), неформальны и конкретны.

Организация спокойного и безопасного окружения для возможного спонтанного разрешения симптомов. Показано применение анксиолитических средств из группы бензодиазепинов быстрого действия в течение суток (мидазолам, лоразепам) – смотри таблицу 3.

Галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинации, психомоторного возбуждения, которая не купировалась в течение суток после прекращения приема кокаина или при ее значительной

выраженности. Его назначают в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 2 часа. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг. Галоперидол обязательно нужно сочетать с бензодиазепинами.

Для терапии бессонницы при психотических расстройствах может применяться комбинированное снотворное лекарственное средство – диазепам и циклобарбитал (10 мг и 100 мг в 1 таблетке соответственно).

Возможно применение других антипсихотических средств (трифлуоперазин, рисперидон, флупентиксол, зуклопентиксол) в дозировках, соответствующих лечению в разделе F2. Антипсихотический эффект развивается в течение нескольких дней или недель.

Психотические расстройства могут купироваться спонтанно в течение нескольких дней. Расстройства с поздним дебютом могут сохраняться на протяжении месяцев и требуют дифференциальной диагностики с шизофренией и бредовыми расстройствами.

Действия при отсутствии результата от проведенного лечения: аналогично действиям при резистентности в разделе F2.

F15

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, условия лечения, цель, ожидаемые результаты, средняя длительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, побочные эффекты: смотри раздел F14.

F16

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, условия лечения, цель, ожидаемые результаты, средняя длительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, побочные эффекты: смотри раздел F12.

F17

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака

F17.0

Острая интоксикация, вызванная употреблением табака (острая никотиновая интоксикация)

Общая характеристика острой никотиновой интоксикации: лабильность настроения, нарушения сна, тошнота или рвота, головокружение, потливость, тахикардия, сердечная аритмия.

Условия лечения: амбулаторное – при неосложненной интоксикации у взрослых, при отравлении у детей – в стационаре.

Продолжительность: в стационаре и амбулаторно – до 24 часов.

Специфических антидотов при отравлении табаком не существует. При выраженной тошноте или рвоте применяется метоклопрамид, для устранения обезвоживания – промывание желудка и внутривенное введение 0,9% раствора хлорида натрия, 5% раствора глюкозы.

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

Для купирования интоксикации необходимо 2-3 часа.

F17.1

Употребление табака с вредными последствиями

Пациенты, желающие сделать попытку оставить потребление табака, должны быть обеспечены в последующем эффективным лечением. С пациентами, не желающими оставить потребление табака, необходимо провести краткосрочное вмешательство, предназначенное для увеличения мотивации прекратить потребление табачных изделий.

F17.2

Синдром зависимости от табака

Потребление табачных изделий включает табакокурение, использование некурительных табачных изделий (жевательного, нюхательного, сосательного табака), табачного изделия «насвай».

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, обследование и его кратность: раздел F10 – F18.

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Цели лечения, ожидаемые результаты:

прекращение табакокурения,
отсутствие влечения к табаку,
устранение сопутствующих поведенческих расстройств (переедание, нарушения сна).

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: до 2-3 месяцев. Рекомендуется одномоментное прекращение потребления табака или постепенное снижение количества потребляемого табака в течение до 3-4 недель.

Характер лечения. Используется сочетание фармакотерапии, психотерапии и социальной поддержки (поддержка семьи и друзей).

Виды лечения:

совет бросить курить, сделанный врачом любой специальности, с предложением информации о вреде курения;

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

применение группового консультирования, когнитивно-бихевиоральной и бихевиоральной психотерапии;

применение лекарственных средств.

Препаратом выбора при отказе от курения является агонист-антагонист никотиновых рецепторов варениклин.

Варениклин применяют в дозировке 1 мг дважды в день после 1-недельного титрования по схеме: 0,5 мг один раз в 1-3 дни, 0,5 мг дважды в день в 4-7 дни и после этого 1 мг дважды в день (2 мг в сутки) до конца курса лечения, который составляет 12 недель. Необходимо назначить день прекращения курения (8–14-й день приема варениклина) и начать лечение за неделю до этой даты. Лечение должно продолжаться 12 недель. Для тех, кто успешно отказался от курения за 12 недель, курс лечения варениклином в дозе 2 мг в сутки может быть продлен еще на 12 недель для повышения его эффективности.

При никотиновой заместительной терапии: использование жевательной резинки, содержащей никотин (доза никотина 2 мг).

Частичный агонист никотиновых рецепторов (цитизин) назначают в дозировке 1,5 мг (в 1 таблетке) в течение 25 дней по схеме:

в начале, в течение первых 3 дней – по 1 таблетке каждые 2 часа (6 таблеток в день) – при уменьшении числа выкуренных сигарет;

с 4-го по 12-й день – по 1 таблетке каждые 2,5 часа (5 таблеток в день);

с 13-го по 16-й день – по 1 таблетке каждые 3 часа (4 таблетки в день);

с 17-го по 20-й день – по 1 таблетке каждые 5 часов (3 таблетки в день);

с 20-го по 25-й день – по 1-2 таблетки в день.

Полное прекращение курения наступает не позднее 5 дня.

Действия при отсутствии результата: аверсивные вмешательства (спреи, изменяющие восприятия вкуса при курении).

Другие трудности: при увеличении массы тела рекомендуется диета и физические упражнения, прием лекарственных средств (топирамат).

Особенности лечения зависимости от табака в детском возрасте. Педиатрам необходимо опрашивать о курении всех пациентов детского возраста и их родителей, строго рекомендуя полное воздержание от табакокурения в присутствии детей, с целью ограничения детей от пассивного вдыхания табачного дыма.

Фармакотерапия и поведенческие вмешательства, эффективные у взрослых, могут использоваться и у детей до 18 лет.

F17.3

Состояние отмены табака

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

Основой лечения является никотиновая заместительная терапия.

Для облегчения прекращения потребления табака необходимо провести краткосрочное вмешательство, предназначенное для увеличения мотивации отказа от продолжения табакокурения.

F18

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей

F18.0

Острая интоксикация, обусловленная употреблением летучих растворителей

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, цель, ожидаемые результаты, условия лечения: смотри раздел F10-F18.

Продолжительность лечения: от 1 до 7 суток.

Характер лечения. При угнетении сознания и нарушении функции дыхания лечение проводится в отделении токсикологии или интенсивной терапии и реанимации. Специфических антидотов не существует. Показана ингаляция кислорода, применение 0,9% раствора хлорида натрия, 5% раствора глюкозы. Эффективность методов экстракорпоральной детоксикации не доказана. Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики – с этой целью применяют пропранолол 40-80 мг/сутки или атенолол 50-100 мг/сутки.

F18.1

Употребление летучих растворителей с вредными последствиями

F18.2

Синдром зависимости от летучих растворителей

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, обследование и его кратность: смотри раздел F10-F18.

Медицинская помощь, как правило, оказывается в районных, региональных или республиканских организациях здравоохранения.

Лечение, цели, ожидаемые результаты: прекращение употребления летучих растворителей, коррекция поведенческих, эмоциональных и когнитивных нарушений, повышение социальной адаптации.

Условия лечения:

стационарно – при сформировавшейся зависимости с целью изоляции от асоциальной компании и строгого контроля за поведением;

амбулаторно – при употреблении летучих растворителей без признаков зависимости, при этом обычно достаточно изолировать ребенка от его асоциальной компании потребителей.

Продолжительность: из-за накопления летучих растворителей в организме при хроническом злоупотреблении детоксификация от летучих растворителей может потребовать 3-6 недель, лечение нередко требует более длительного срока пребывания в стационаре – до 3-4 месяцев.

Виды лечения. Специфические средства для лечения зависимости от летучих растворителей отсутствуют.

Назначение антипсихотических средств рекомендуется только при выраженных поведенческих расстройствах (гетеро- и аутоагрессия) и

только в стационаре. Применяют перициазин в каплях (1 капля 4% раствора содержит 1 мг) по 5-10 мг 2-3 раза в день.

Назначение антидепрессантов из 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), циталопрам (10-60 мг/сутки), флуоксетин (40-60 мг/сутки).

Для устранения когнитивных нарушений рекомендуется нейрোকогнитивная реабилитация. Не доказана эффективность лекарственных средств, улучшающих мозговой метаболизм и мозговое кровообращение, аминокислот при терапии этих расстройств.

Вызывающие зависимость анксиолитические средства из группы бензодиазепинов не должны применяться более 2 недель.

В связи с наличием у пациентов, употребляющих летучие растворители, резидуальных расстройств (аффективные, стойкие когнитивные нарушения) следует воздерживаться от лекарственных средств с высокой нейротоксичностью (антипсихотических средств, особенно в виде депо-лекарственных средств) из-за частых экстрапирамидных побочных эффектов и ухудшения когнитивных функций.

Психотерапия, психологическая коррекция, семейная терапия. Рекомендуются неконфронтационный подход и акцент на развитии основных жизненных навыков. Рекомендуются терапия действием: арттерапия, музыкотерапия, и занятия, которые вовлекают зрительно-мануальное взаимодействие, семейная терапия, психообразование. Реабилитационные мероприятия в течение 3-6 месяцев включают психокоррекцию, тренинг навыков, терапию занятостью и обучение.

Особенности лечения в детском возрасте. Правовые ситуации. Законодательной основы для обязательного лечения зависимости от летучих растворителей в настоящее время не существует.

Большинство потребляющих летучие растворители – дети, поэтому для их лечения требуется согласие родителей или заменяющих их лиц (законных представителей), которое не всегда легко получить.

После 14 лет требуется согласие самого ребенка на обследование и лечение. В связи с тем, что употребление летучих растворителей обычно сочетается с делинквентным (антисоциальным) поведением, ребенок в возрасте старше 14 лет может быть помещен в специальное воспитательное учреждение системы Министерства образования

Психотическое расстройство вследствие употребления летучих растворителей

F18.70

Флэшбэк вследствие употребления летучих растворителей

F18.75

Психотическое расстройство с поздним дебютом вследствие употребления летучих растворителей. резидуальные и отсроченные психотические расстройства вследствие употребления летучих растворителей

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, цели, ожидаемый результат: смотри раздел F1.

Продолжительность лечения в стационаре – до 2 недель.

Характер и алгоритм лечения:

организация спокойного и безопасного окружения;

назначение галоперидола при наличии продуктивной психопатологической симптоматики в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 2 часа. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг в сочетании с анксиолитическими средствами из группы бензодиазепинов быстрого действия (лоразепам);

возможно применение других антипсихотических средств (трифлуоперазин, рисперидон). При применении антипсихотических средств часты экстрапирамидные побочные эффекты. Избегать назначения антипсихотических средств в виде депо-форм. Эффект антипсихотических средств обычно развивается в течение 1-3 недель.

Действия при отсутствии результата: действия, аналогичные действиям при резистентности в разделе F2.

Правовые ситуации: в ряде случаев может потребоваться принудительная госпитализация.

F18.6

Амнестический синдром вследствие употребления летучих растворителей

F18.7

Резидуальные и отсроченные психические расстройства вследствие употребления летучих растворителей

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, **уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, условия лечения, его длительность:** смотри раздел F1.

Лечение, цели, ожидаемые результаты: восстановление когнитивного дефицита и устранение сопутствующих психопатологических (поведенческих, аффективных) расстройств.

Характер лечения. Специфические средства для лечения не разработаны. Лечение состояния отмены, медицинское и неврологическое обследования должны быть проведены до начала лечения указанных состояний.

Для оценки нейрокогнитивных нарушений и разработки индивидуальной программы нейрокогнитивной реабилитации должна быть проведена нейропсихологическая диагностика.

Программа нейрокогнитивной реабилитации проводится в школе или на занятиях в стационаре по индивидуальным программам.

Необходима работа мультидисциплинарной команды – наркологическое и неврологическое лечение, профессиональное, физическое восстановление, психологическая помощь, образование.

Действия при отсутствии результата: помещение в реабилитационный центр на срок до 6-12 месяцев.

Дополнительные трудности: детоксификация от летучих растворителей должна быть выполнена до планирования лечения, так как молекулы летучих растворителей остаются в жировых тканях, их эффекты могут сохраняться в течение недель или месяцев, воздействуя на когнитивные функции и способность участвовать в лечении. Дефицит внимания, импульсивность и слабые социальные навыки часто препятствуют проведению групповой терапии.

Особенности для детского возраста. В связи с тем, что данная патология встречается преимущественно в детском возрасте, перечисленные подходы ориентированы преимущественно на детей.

F19

Психические и поведенческие расстройства, возникающие вследствие потребления нескольких психоактивных веществ

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, **уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность:** смотри разделы F10-F18.

Оказание медицинской помощи осуществляется в региональных, республиканских организациях здравоохранения. Продолжение лечения проходит в районных организациях здравоохранения.

Лечение, цели, ожидаемые результаты: прекращение употребления ПАВ, коррекция психопатологических нарушений, повышение социальной адаптации.

Для обеспечения строгого контроля за поведением и употреблением ПАВ рекомендуется лечение в стационарных условиях.

Пациенты с синдромом зависимости от нескольких ПАВ, как правило, нуждаются в длительной медицинской реабилитации.

При синдроме зависимости от опиоидов и других ПАВ (алкоголя, седативных и снотворных средств) показано сочетание применения заместительной поддерживающей терапии и психосоциальной помощи.

При расстройствах вследствие потребления ПАВ, сочетающихся с тяжелыми психическими расстройствами, показано лечение в специализированных стационарных отделениях.

При присоединении к психотической симптоматике состояния отмены судорог лечение следует проводить согласно разделу F10.31.

Таблица 2

Выбор лекарственных средств при состоянии отмены алкоголя

Показания	Группы лекарственных средств	Дозировки лекарственных средств
1	2	3
Любое состояние отмены	Тиамин	100-300 мг/сутки
Все формы состояния отмены	Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов	диазепам – 20-80 мг/сутки клоназепам – 8-16 мг/сутки оксазепам – 60-120 мг/сутки
Выраженная вегетативная симптоматика	Клонидин Бета-адреноблокаторы	225-450 мкг/сутки пропранолол – 40-80 мг/сутки атенолол – 50-100 мг/сутки
Состояние отмены неосложненное	Карбамазепин	800-1200 мг/сутки
Состояние отмены с делирием	Галоперидол Мидазолам	2-10 мг/сутки 2,5-15 мг/сутки
Выраженная дегидратация,	Инфузионная терапия	до 3,5 литров в сутки из них: 0,9% раствор гидрохлорида

невозможность оральной регидратации	полиионными растворами	натрия или 5% раствор глюкозы до 2 литров и поли-ионными растворами (дисоль, трисоль, раствор Рингера) – до 1,5 литров.
---	---------------------------	--

Таблица 3

Схема применения анксиолитических средств из группы бензодиазепинов при состоянии отмены психоактивных веществ

Лекарственное средство	Разовая доза	Интервал	Суточная доза
1	2	3	4
Диазепам	5-20 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно	каждые 6-8 часов	20-80 мг
Лоразепам	1-2 мг внутрь, внутримышечно, или внутривенно	каждые 4 часа	4-8 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
Оксазепам	15-30 мг внутрь	каждые 4 часа	60-120 мг
Клоназепам	2-4 мг внутрь	каждые 4 часа	8-16 мг

Таблица 4

Схема амбулаторного лечения состояния отмены алкоголя с применением диазепама

Дни	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й
Суточная доза диазепама (мг) (способ введения)	40 в/м	40 вн.	30 вн.	20 вн.	15 вн.	10 вн.	5 вн.

Таблица 5

Применение при лечении интоксикации психоактивными веществами анксиолитических средств из группы бензодиазепинов

Лекарственное средство	Разовая доза, способ введения	Интервал	Суточная доза
---------------------------	----------------------------------	----------	------------------

Диазепам	5-20 мг внутрь или внутривенно	каждые 6 часов	20-80 мг
Лоразепам	1-2 мг внутрь, внутривенно или внутримышечно	каждые 4 часа	6-12 мг
Оксазепам	15-30 мг внутрь	каждые 4 часа	60-120 мг

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F20 – F29

F20

Шизофрения

Общая характеристика. Шизофрения – психическое расстройство, характеризующееся 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), которые, предположительно, лежат в основе фундаментальных негативных и многих позитивных симптомов. Часто характерны значительные аффективные нарушения, причем не только в виде уплощения и парадоксальности эмоционального реагирования, но и в виде сниженного настроения и ангедонии.

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. Течение заболевания обнаруживает значительное многообразие, которое предполагает как вероятность хронического развития или нарастания дефицита, так и полное выздоровление или стойкую ремиссию хорошего качества.

Мужчины и женщины заболевают одинаково часто, но у женщин имеется тенденция к более позднему началу болезни.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

- 1-й – обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое и другие) и постановка диагноза;
- 2-й – купирующая терапия (лечение острого состояния);
- 3-й – долечивающая и стабилизирующая терапия;
- 4-й – коррекция негативной симптоматики и восстановление прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации;

5-й – профилактическая (поддерживающая) терапия.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

Обследование проводится, как правило, одновременно с этапом 2, чаще в стационарных, реже – в амбулаторных условиях.

Перечень необходимых обследований:

консультация невролога;

ЭКГ (с учетом влияния ряда антипсихотиков на длительность интервала QT, что обуславливает риск развития нарушений сердечного ритма, опасных для жизни);

глюкоза крови (с учетом обменных и эндокринных побочных эффектов ряда антипсихотиков и антипсихотиков);

при необходимости уточнения диагноза: консультации врачей-специалистов по профилю предполагаемой патологии, лабораторные и инструментальные обследования согласно Протоколам диагностики и лечения предполагаемого заболевания;

экспериментально-психологическое обследование – смотри Приложение, разделы F20 – F29 и F20.8.

Общие принципы лечения. Терапия антипсихотическими лекарственными средствами остается ведущим методом на всех этапах лечения. Основные принципы применения лекарственных средств следующие:

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

адекватное время ожидания лечебного эффекта до перевода на другой препарат (3-5 недель);

предпочтительны пероральные формы введения лекарственного средства. Парентеральное введение лекарственного средства допускается на короткое время на этапе купирующей терапии в случае отсутствия сотрудничества пациента с родственниками, врачами и персоналом и при назначении пролонгированных антипсихотиков для поддерживающей терапии;

постепенное увеличение дозы до минимальной терапевтической. Это позволяет избежать ряда побочных эффектов лекарственного средства и определить индивидуальную чувствительность пациента к конкретному антипсихотику;

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

при отмене антипсихотика рекомендуется постепенное снижение дозировки, чтобы избежать «рикошетных» реакций. Особенно это касается лекарственных средств с сильными холинолитическими действиями (клозапин, хлорпромазин);

переход на другое антипсихотическое средство лучше осуществлять методом «перекреста» (постепенное уменьшение дозы предыдущего лекарственного средства 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 лекарственные средства с наилучшим профилем безопасности для конкретного пациента;

назначение психотропных лекарственных средств других групп (анксиолитические средства из группы бензодиазепинов, антидепрессанты, нормотимики и противоэпилептические средства с нормотимическим действием) при соответствующей клинической необходимости (купирование тревоги, аффективных колебаний, лечение депрессии, преодоление резистентности).

Наряду с медикаментозной терапией 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, физиотерапия (смотри приложение 2).

Цель лечения и ожидаемый результат. Цели лечения варьируют в зависимости от этапа терапии. Их можно свести к следующему:

- купирование психоза;
- уменьшение дефицитарной симптоматики и социальной изоляции;
- улучшение когнитивных функций и снижение выраженности аффективных нарушений;
- профилактика рецидива психоза;
- минимизация побочных действий лекарственных средств;
- улучшение качества жизни пациентов как результат достижения вышеназванных целей.

1-й этап купирующей терапии (лечение острого состояния) начинается от момента начала приступа расстройства (обострения) и заканчивается установлением ремиссии или полной редукции симптомов психоза.

Ожидаемый результат: купирование острой психотической симптоматики.

Условия лечения: чаще всего – в стационаре, включая, если это необходимо, принудительную госпитализацию и лечение в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Стационарное лечение необходимо при наличии выраженных психотических расстройств и нарушений поведения, при отсутствии у пациента критики и сознания болезни.

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

Лечение в амбулаторных условиях является исключением и 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 (комплаенса), а также заинтересованных в лечении членов семьи, проживающих совместно с пациентом.

Продолжительность этапа купирующей терапии составляет: при стационарном лечении – от 1 до 3 месяцев, при лечении в отделении дневного пребывания – от 1 до 3 месяцев, при амбулаторном лечении – от 2 до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Главным методом терапии острых состояний, как и шизофрении в целом, является использование антипсихотических средств (антипсихотиков). Выбор лекарственных средств и доз в каждом конкретном случае проводят на основании четырех основных показателей:

психопатологической структуры приступа (обострения), характера и выраженности имеющейся у пациента психопатологической симптоматики;

спектра психотропной активности лекарственного средства;

реакции пациента на лечение (наличие лечебного эффекта);

степени переносимости лекарственного средства пациентом, наличия либо отсутствия побочных эффектов и осложнений.

При преобладании в картине обострения галлюцинаторно-параноидной симптоматики и синдрома психического автоматизма лечение в большинстве случаев следует начинать с типичных (традиционных) антипсихотиков с выраженным антипсихотическим действием – галоперидола, зуклопентиксола, трифлуоперазина, флупентиксола (таблица 6).

Атипичные антипсихотики (рисперидон, сертиндол, оланзапин, кветиапин, zipрасидон, палиперидон, амисульприд) могут назначаться в качестве лекарственных средств первой очереди выбора с учетом следующих показаний:

применение типичных антипсихотиков в прошлых приступах было неэффективным;

имеются предикторы высокой вероятности ЭПС: плохая переносимость типичных антипсихотиков ранее; анамнез неврологических болезней, ЧМТ, судорожных припадков и других; неврологическая симптоматика; структурные нарушения головного мозга, выявленные при нейровизуализации;

имеется повышенный риск развития поздней дискинезии.

В качестве лекарственного средства второй очереди может назначаться атипичный антипсихотик сертиндол, а в случае резистентной симптоматики – клозапин (смотри таблицу 6).

Если в картине психоза преобладают психомоторное возбуждение, агрессивность, враждебность, используют антипсихотики с выраженным седативным действием – хлорпромазин, хлорпротиксен, зуклопентиксол, оланзапин, в том числе парентерально (смотри таблицу 6). Кроме того, возможно применение «сильных» типичных антипсихотиков (галоперидол, трифлуоперазин) в сочетании с анксиолитическими средствами (диазепам, лоразепам).

Полиморфизм психотических расстройств и наличие гебефренической симптоматики требует использования типичных «сильных» антипсихотиков с широким антипсихотическим действием, либо атипичных антипсихотиков (амисульприд, рисперидон, сертиндол, оланзапин, кветиапин, zipрасидон, палиперидон).

Чтобы правильно оценить эффективность терапии, подобрать нужную дозу лекарственного средства и уменьшить опасность побочных эффектов, следует избегать применения нейролептических «коктейлей» – то есть нескольких антипсихотиков одновременно.

Гораздо эффективнее и безопаснее использовать одно лекарственное средство в достаточной дозе, чем два или более. Лишь иногда, в случаях сочетания галлюцинаторно-бредовой симптоматики с выраженным

возбуждением допустимо на непродолжительное время применение одновременно двух антипсихотиков: одного – с седативным, другого – с антипсихотическим действием (например, хлорпромазин + галоперидол, либо хлорпромазин + трифлуоперазин).

Недопустимо одновременное назначение двух лекарственных средств с седативным действием (например, хлорпромазин + хлорпромазин, хлорпромазин + клозапин), либо двух лекарственных средств с преимущественно антипсихотическим эффектом (например, галоперидол + трифлуоперазин). Точно так же недопустимо в рутинной практике одновременное назначение двух атипичных антипсихотиков (клозапин + рисперидон) или типичного и атипичного антипсихотика (например, рисперидон + галоперидол).

При отсутствии острых показаний – например, резкого психомоторного возбуждения либо тяжелой агрессии – дозу антипсихотика (антипсихотика) повышают постепенно, в течение 7-10 дней, до тех пор, пока либо будет достигнут лечебный результат, либо разовьются выраженные побочные эффекты. При этом доза антипсихотика должна быть не максимальной, а минимально эффективной (диапазон доз смотри в таблице 6).

Считается, что для купирования острых состояний при шизофрении требуется доза антипсихотика, эквивалентная 500-1000 мг хлорпромазина в сутки (смотри таблицу 7).

Парентеральное введение антипсихотиков для купирования психотической симптоматики допустимо на короткое время (до 1-4 суток) в случае возбуждения, опасности насильственных и аутоагрессивных действий пациента.

Действия при отсутствии результата. Терапевтическая резистентность. Если проводимое лечение в течение 3-5 недель не дало отчетливого эффекта, необходимо сделать следующее:

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

если пациент принимает лекарственное средство, а эффекта нет, необходимо сменить лекарственное средство: 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 тioxантена зуклопентиксол, флупентиксол и так далее.

Если и это не дало эффекта – такой случай относится к терапевтически резистентным. Случай шизофрении следует считать таковым при отсутствии улучшения, несмотря на прием адекватных доз лекарственных средств на протяжении от 6 до 8 недель, если при этом было использовано два и более антипсихотика, причем один из них был атипичным.

В таких случаях необходимо использование одного из противорезистентных мероприятий:

назначение клозапина. Клозапин 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 лекарственного средства только резистентными случаями. Риск развития агранулоцитоза особенно увеличен между 4-й и 18-й неделями приема, выше у женщин и увеличивается с возрастом. При этом обязателен мониторинг количества гранулоцитов и лейкоцитарной формулы 1 раз в неделю первые 6 месяцев, затем – 1 раз в месяц. При падении уровня лейкоцитов ниже $3\,500$ на мм^3 или гранулоцитов менее $1\,500$ на мм^3 – отмена клозапина;

электросудорожная терапия (далее – ЭСТ);

одномоментная отмена психотропных средств (методы «обрыва», «зигзага»);

комбинация атипичного антипсихотика и противоэпилептического лекарственного средства (например, карбамазепина или препаратов вальпроевой кислоты);

комбинация двух атипичных антипсихотиков;

в редких, наиболее резистентных случаях в качестве крайней меры возможна инсулиношоковая терапия.

Побочные эффекты. В случае, если применение первого антипсихотика хотя и принесло эффект, однако сопровождается выраженным экстрапирамидным синдромом (далее – ЭПС), необходимо несколько снизить дозу, не добавляя при этом противопаркинсоническое средство (далее – корректор).

Если это не привело к уменьшению побочных эффектов, следует добавить к лечению корректор в минимально эффективной дозе (тригексифенидил, пропранолол, дифенгидрамин и другие). Корректоры ЭПС и их дозы приведены в таблице 8. До этого момента, а тем более заранее, до появления экстрапирамидных побочных эффектов, корректоры назначать не следует.

Если выраженные ЭПС сохраняются и после добавления корректора, необходимо прекращение приема типичного (традиционного)

антипсихотика и перевод пациента на лечение атипичным антипсихотиком – риспериδοном, оланзапином, кветиапином, зипрасидоном, палипериδοном, сертиндолом, амисульпридом.

Если и это не дало результата, следует отменить антипсихотики и продолжить лечение с использованием анксиолитического средства из группы бензодиазепинов, а если и это не дало результата – провести ЭСТ.

Дополнительные трудности. В случаях, где в состоянии пациента и в ходе лечения возникают дополнительные трудности, необходимо использовать следующие лекарственные средства и их сочетания:

выраженная склонность к агрессии или насилию со стороны пациента – добавление к антипсихотику анксиолитического средства из группы бензодиазепинов (не более 2-3 недель) и/или карбамазепина, или лекарственных средств вальпроевой кислоты;

бессонница – атипичные антипсихотики + анксиолитические средства из группы бензодиазепинов (продолжительность приема последних – не более 2-3 недель подряд);

суицидальное поведение – переход на атипичные антипсихотики;

появление признаков поздней дискинезии – переход на атипичные антипсихотики;

изменения формулы крови (лимфопения, агранулоцитоз) – категорически противопоказан клозапин, нежелательны галоперидол и хлорпромазин;

развитие злокачественного нейролептического синдрома – отмена антипсихотиков, при улучшении состояния – переход на атипичные антипсихотики;

развитие гиперпролактинемии – переход на антипсихотические средства с меньшим риском этого побочного эффекта (зипрасидон, сертиндол, кветиапин, оланзапин);

развитие дисметаболического синдрома (увеличение массы тела, повышение артериального давления, дислипидемия, повышение глюкозы крови) – переход на антипсихотические средства с меньшим риском этих явлений (избегать клозапина, оланзапина, хлорпромазина).

В связи со способностью удлинять величину интервала QT у ряда антипсихотиков (прежде всего сертиндола и зипрасидона) следует соблюдать осторожность при их назначении лицам с сердечной патологией, больным пожилого возраста и избегать их использования у лиц, принимающих противоаритмические средства, а также другие лекарственные средства, способные вызывать желудочковую аритмию; противопоказано назначение перечисленных выше антипсихотиков при величине интервала QT более 450 мсек у мужчин и более 470 мсек у женщин; в ходе лечения необходим контроль ЭКГ не реже 1 раза в месяц.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия.

В качестве дополнительных методов к методам психофармакотерапии на этом этапе могут использоваться терапия средой, психосоциальная реабилитация, в том числе терапия занятостью, методы поведенческой и когнитивной психотерапии.

Этап долечивающей и стабилизирующей терапии начинается со времени выраженной редукции (купирования) симптомов психоза и начала формирования ремиссии.

Ожидаемый результат: подавление резидуальной психотической симптоматики.

Условия лечения: в отделении дневного пребывания или амбулаторно.

Продолжительность этапа лечения широко варьирует и зависит от характера течения заболевания. В среднем – от 3 до 9 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Пациент продолжает прием антипсихотика, который оказался эффективен в лечении острого состояния; речь на данном этапе идет только о монотерапии.

После купирования острой симптоматики и установления ремиссии доза антипсихотика несколько снижается до такого уровня, чтобы не вызывать побочных эффектов и существенно не снижать качества жизни пациента.

Примерная продолжительность приема антипсихотика (при условии стабильного характера ремиссии) после купирования первого приступа шизофрении должна составлять не менее 6 месяцев, после второго – 1-1,5 года, после третьего – 2-3 года и более. При наличии в течение этих сроков колебаний состояния (неустойчивость критики, подозрительность, сверхценные идеи, квазипсихотические эпизоды и другое) или неспецифической симптоматики (нарушения сна, тревога, эмоциональная лабильность, депрессивная симптоматика) продолжительность поддерживающей терапии может быть увеличена, решение принимается врачом совместно с пациентом и его родственниками.

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.

Дополнительные трудности. Необходимо помнить, что именно на этом этапе растет вероятность развития у пациента постшизофренической (постпсихотической) депрессии, что увеличивает риск суицида (смотри F20.4). Появление симптомов депрессии требует добавления к антипсихотику антидепрессанта, а также информирования близких

пациента. В некоторых случаях возможен переход на антипсихотик со стимулирующим действием (например, сульпирид, амисульприд, флупентиксол или трифлуоперазин в низкой дозе), однако это более опасно в плане вероятности обострения психоза.

Лечение постпсихотической депрессии антидепрессантом должно продолжаться не менее 4-6 месяцев.

Психосоциальная реабилитация и психотерапия. Их роль на этом этапе существенно возрастает. Используются терапия занятостью, творческим самовыражением, когнитивный тренинг, культурно-массовые мероприятия, трудовая терапия, в том числе в форме профессионального обучения и переобучения; занятия по развитию и тренировке социальных навыков; поведенческая и когнитивная психотерапия.

Обязательна психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

Этап коррекции негативной симптоматики и восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации начинается со времени формирования устойчивой ремиссии.

Ожидаемый результат: уменьшение (сглаживание) негативной симптоматики, улучшение социального, семейного и профессионального функционирования, повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность: от 6 до 12 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Продолжение приема антипсихотика в дозе, не вызывающей выраженных побочных эффектов и существенно не снижающей качества жизни пациента.

Необходимо избегать лекарственных средств с выраженным седативным действием. Показано использование атипичных антипсихотиков, особенно при необходимости поддержания достаточно высокого уровня социального и профессионального функционирования – например, при продолжении обучения, наличии специальности и сложных профессиональных навыков, квалифицированной работы и т.д., а также пролонгированных форм антипсихотиков, особенно в случаях, где затруднен контроль за регулярностью его приема (подробнее смотри далее – Этап профилактической терапии).

Психосоциальная реабилитация и психотерапия. Продолжаются психообразовательная работа с пациентом и его семьей, 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, когнитивный тренинг, занятия по развитию и тренировке социальных навыков, культурно-массовые мероприятия проводятся в отделениях медицинской реабилитации, трудовая терапия может проводиться в условиях лечебно-производственных мастерских, специальных цехов, либо обычного производства, как в форме занятости, так и профессионального обучения, либо работы по специальности.

Этап профилактической (поддерживающей) терапии проводится постоянно.

Цель и ожидаемый результат: предупреждение очередного обострения (приступа) заболевания, продление и повышение качества ремиссии, замедление темпа прогрессивности болезни, поддержание максимально доступного уровня социального функционирования пациента. Наличие этого этапа весьма важно, поскольку при отсутствии поддерживающей терапии очередное обострение возникает у 50-60% больных шизофренией в течение 6 месяцев.

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность этапа: от 1,5-2 лет до неопределенно длительного срока, в зависимости от типа течения болезни – непрерывного или эпизодического.

Характер и алгоритм лечения. Для профилактики будущих рецидивов болезни чаще используют тот же антипсихотик, который применялся для купирования острого состояния, но в более низких дозах, как правило, – в виде монотерапии.

Переходить на более низкие дозы антипсихотика нужно постепенно, в течение 2-4 недель. Поддерживающая терапия может проводиться по двум методикам: непрерывной, наиболее частой – когда пациент принимает антипсихотик постоянно, и прерывистой – когда пациент начинает прием антипсихотика лишь при появлении продромальных явлений психоза либо острой психотической симптоматики. Непрерывную методику следует использовать в случаях шизофрении с непрерывным течением, прерывистую – лишь при формах, протекающих с отчетливой приступообразностью, наличием длительных ремиссий, и лишь в тех случаях, где установлен постоянный терапевтический контакт с пациентом и его семьей и возможен постоянный мониторинг для выявления начальных проявлений рецидива.

Дополнительные трудности. При длительном приеме антипсихотиков возрастает опасность развития поздней дискинезии – это

тяжелое осложнение с годами развивается примерно у 20-50% пациентов, принимающих традиционные антипсихотики, примерно у 5% каждый год.

Для профилактики поздней дискинезии необходимо проводить мониторинг ее проявлений: при использовании типичных антипсихотиков – раз в 4 месяца, при использовании атипичных антипсихотиков – раз в 6 месяцев, при использовании клозапина – раз в 9 месяцев.

При возникновении ее первых проявлений необходимо перейти либо на прием атипичных антипсихотиков, либо на прерывистую методику поддерживающего лечения.

Если есть основания предполагать, что пациент не выполняет план лечения (отсутствие комплайнса), либо контроль за регулярностью приема по тем или иным причинам затруднен, следует использовать один из пролонгированных антипсихотиков – галоперидола деканоат, флуфеназина деканоат, флупентиксола деканоат, зуклопентиксола деканоат, инъекционный рисперидон пролонгированного действия.

При этом необходимо сначала постепенно прекратить лечение обычным лекарственным средством, затем ввести однократно тестовую дозу депо-лекарственного средства, чтобы оценить его переносимость и побочные эффекты.

Тестовые дозы составляют: для галоперидола деканоата – 25 мг, флуфеназина деканоата – 12,5 мг, флупентиксола деканоата – 20 мг, зуклопентиксола деканоата – 100 мг, рисперидона пролонгированного действия – 25 мг внутримышечно.

Лечение пролонгированными антипсихотиками начинают с минимальной терапевтической дозы, в течение как минимум первого месяца дозу не следует увеличивать.

Инъекции повторяют через максимально разрешенные промежутки времени: для галоперидола деканоата и флупентиксола деканоата – 2-3 недели, флуфеназина деканоата – 3-4 недели, зуклопентиксола деканоата – 2-3 недели, рисперидона пролонгированного действия – 2 недели; более короткие интервалы при этом неэффективны. Недопустимо использование одновременно нескольких пролонгированных антипсихотиков.

Психосоциальная реабилитация и психотерапия. Продолжение психообразовательных мероприятий с пациентом и его окружением. Участие в группах самопомощи. Поведенческая, когнитивная и психодинамическая психотерапия, групповые занятия по развитию социальных навыков. Психосоциальная реабилитация – в зависимости от качества ремиссии и достигнутого уровня социальной адаптации.

F20.0**Параноидная шизофрения****Тип течения:**

F20.00 Непрерывный;

F20.01 Эпизодический с нарастающим дефектом.

Обследование: смотри F20.

Цели и ожидаемый результат: купирование острых проявлений, редукция и дезактуализация галлюцинаторно-параноидной симптоматики, нормализация поведения.

Условия лечения: стационарное – при наличии выраженной продуктивной симптоматики и при поведении, представляющем угрозу жизни и безопасности пациента и окружающих его лиц. Отделение дневного пребывания – при наличии продуктивной симптоматики, если она существенно не нарушает социальную адаптацию пациента и не обуславливает его опасность для себя и окружающих. Амбулаторное – в редких случаях, когда продуктивная симптоматика незначительно выражена и социальная адаптация существенно не нарушена.

Продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, дополнительные трудности, социально-трудовая реабилитация и психотерапия: смотри F20.

F20.1**Гебефреническая (гебефреническая) шизофрения****Тип течения:**

F20.00 Непрерывный;

F20.01 Эпизодический с нарастающим дефектом.

Обследование: смотри F20.

Цели и ожидаемый результат: купирование острых проявлений, редукция гебефренической и галлюцинаторно-параноидной симптоматики, относительная нормализация поведения.

Условия лечения: стационарное – при наличии выраженной продуктивной симптоматики и при поведении, представляющем угрозу жизни и безопасности пациента и окружающих его лиц. Отделение дневного пребывания – при наличии продуктивной симптоматики, если она существенно не нарушает социальную адаптацию пациента и не обуславливает его опасность для себя и окружающих. Амбулаторное –

в единичных случаях, когда продуктивная симптоматика незначительно выражена и социальная адаптация существенно не нарушена.

Продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, дополнительные трудности, социально-трудовая реабилитация и психотерапия: смотри F20.

Неблагоприятное непрерывное течение и тяжесть дефекта требуют использования «сильных» типичных антипсихотиков в средних и высоких дозах, либо атипичных антипсихотиков. При продолжении терапии в амбулаторных условиях в связи с недостаточным комплайенсом целесообразно использование антипсихотиков пролонгированного действия. Поддерживающая терапия проводится, как правило, по непрерывной методике.

F20.2

Кататоническая шизофрения

Тип течения:

F20.20 Непрерывный;

F20.21 Эпизодический с нарастающим дефектом;

F20.23 Эпизодический ремитирующий.

Обследование: смотри F20.

Цели и ожидаемый результат: купирование острых проявлений, редукция продуктивной симптоматики, относительная нормализация поведения. В случаях F20.21 и F20.23 – значительное или полное исчезновение продуктивной симптоматики, достижение ремиссии с максимально возможным уровнем социального функционирования пациента.

Условия лечения. Стационарное – при наличии выраженной продуктивной симптоматики и при поведении, представляющем угрозу жизни и безопасности пациента и окружающих его лиц. Стационарное лечение, безусловно, необходимо при острых приступах болезни с эпизодическим ремитирующим течением (люцидная и онейроидная кататония). Отделение дневного пребывания – при наличии продуктивной симптоматики, если она существенно не нарушает социальную адаптацию пациента и не обуславливает его опасность для себя и окружающих. Амбулаторное – в единичных случаях, когда продуктивная симптоматика нерезко выражена и социальная адаптация существенно не нарушена.

Продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, дополнительные трудности, социально-трудовая реабилитация и психотерапия: смотри F20.

Неблагоприятное непрерывное течение требует использования «сильных» типичных антипсихотиков в средних и высоких дозах, либо атипичных антипсихотиков.

В случаях эпизодического ремитирующего течения (онейроидная кататония) необходим усиленный контроль за состоянием соматической сферы и лабораторных показателей, дезинтоксикационные мероприятия (введение парентерально инфузионных растворов в объеме до 3,5 литров в сутки из них: 0,9% раствор хлорида натрия или 5% раствор глюкозы до 2 литров, и полиионных растворов: дисоль, трисоль, раствор Рингера – до 1,5 литров); в ряде случаев при неэффективности лечения антипсихотиками – проведение нескольких сеансов ЭСТ.

Злокачественная кататония («фебрильная», «гипертоксическая» шизофрения, «летальная кататония») – неблагоприятный вариант развития кататонического синдрома, при котором, наряду с кататоническими симптомами и нарушениями мышления, восприятия и сознания, на первый план выходят тяжелые соматические нарушения: гипертермия, ригидность мускулатуры, колебания артериального давления и другие проявления вегетативной нестабильности, увеличение СОЭ, креатинфосфокиназы и другие. Тяжелые осложнения в виде рабдомиолиза, миоглобинурии и их последствия – острая почечная недостаточность, ДВС-синдром, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда и другие – приводят к высокой летальности. Клиническая картина злокачественной кататонии и злокачественного нейролептического синдрома трудно различимы и предположительно объединены общим патогенезом, одним из звеньев которого является тяжелая недостаточность дофаминергической передачи в подкорковых ядрах.

Как правило, лечение данных состояний должно осуществляться в отделении интенсивной терапии и реанимации с мониторингом жизненно важных соматических и лабораторных показателей. Методом терапии первого выбора является ЭСТ и анксиолитические средства из группы бензодиазепинов (диазепам, лоразепам). При подозрении на злокачественный нейролептический синдром (далее – ЗНС) необходима отмена антипсихотиков и назначение дофаминергических лекарственных средств (бромокриптин). При выраженной мышечной ригидности назначают миорелаксанты (смотри таблицу 8).

F20.3**Недифференцированная шизофрения****Тип течения:**

F20.30 Непрерывный;

F20.31 Эпизодический с нарастающим дефектом;

F20.32 Эпизодический со стабильным дефектом.

Обследование: смотри F20.

Цели и ожидаемый результат: купирование острых проявлений, редукция продуктивной симптоматики, нормализация поведения.

В случаях F20.31 и F20.32 – значительное или полное исчезновение продуктивной симптоматики, достижение ремиссии с максимально возможным уровнем социального функционирования пациента.

Условия лечения. Стационарное – при наличии выраженной продуктивной симптоматики и при поведении, представляющем угрозу жизни и безопасности пациента и окружающих его лиц. Отделение дневного пребывания – при наличии продуктивной симптоматики, если она существенно не нарушает социальную адаптацию пациента и не обуславливает его опасность для себя и окружающих. Амбулаторное – в редких случаях, когда продуктивная симптоматика незначительно выражена и социальная адаптация существенно не нарушена.

Продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, дополнительные трудности, психосоциальная реабилитация и психотерапия: смотри F20.

Используются «сильные» типичные антипсихотики либо атипичные антипсихотики.

F20.4**Постшизофреническая депрессия**

Общая характеристика. Депрессивный эпизод, возникающий как последствие приступа шизофрении, перенесенного накануне (в последние 12 месяцев). При этом наряду с симптомами депрессии, соответствующими диагностическим критериям депрессивного эпизода, в клинической картине 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, и такие пациенты нуждаются в особом лечении.

Обследование: смотри F20.

Цели и ожидаемый результат: купирование депрессии, исчезновение остаточной шизофренической симптоматики, нормализация поведения и способности выполнять социальные, производственные и бытовые функции, предотвращение рецидива психотической симптоматики.

Условия лечения. Стационарное – при наличии выраженной депрессивной симптоматики и/или суицидальных тенденций. Отделение дневного пребывания и амбулаторное – при долечивании и наличии легкой депрессивной симптоматики без суицидальных тенденций, а также при условии достаточного комплайенса.

Продолжительность: 2-4 месяца, амбулаторно – 4-6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Необходимо дополнительное к антипсихотику назначение антидепрессанта, преимущественно из группы СИОЗС или СИОЗСН (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина). Применение трициклических или гетероциклических антидепрессантов считается малоэффективным. Исключение составляет имипрамин, однако его применение может вызвать обострение психотической симптоматики.

В некоторых случаях улучшению состояния способствует смена типичного антипсихотика на другой типичный антипсихотик или назначение атипичного антипсихотика.

Дополнительные трудности. Часть случаев (15%) постшизофренической депрессии может быть связана с наличием экстрапирамидных побочных эффектов (акинетическая депрессия, акатизия с дисфорией, дисфория без акатизии). Первым шагом 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 средств из группы бензодиазепинов (эффективны при акатизических проявлениях), а также бета-блокаторов. При неэффективности указанных мероприятий рекомендована замена типичного антипсихотика на атипичный.

В связи с возрастанием опасности суицида необходимо постоянное наблюдение, а при амбулаторном лечении – работа с семьей.

Психосоциальная реабилитация и психотерапия: смотри F20.

При постшизофренической депрессии возрастает важность когнитивной и поведенческой психотерапии, тренинга социальных навыков, психообразовательной работы с пациентом и его ближайшим окружением.

F20.5**Остаточная (резидуальная) шизофрения**

Обследование: смотри F20.

Цели и ожидаемый результат: устранение или редукция продуктивной симптоматики, уменьшение выраженности негативной симптоматики, нормализация поведения.

Условия лечения. Чаще – в отделении дневного пребывания, реже в стационаре – для больных с неполной ремиссией и наличием отчетливой остаточной психотической симптоматики, либо невозможности начать психосоциальная реабилитация в амбулаторных условиях. Амбулаторное – для пациентов с маловыраженной остаточной психотической симптоматикой.

Продолжительность: смотри F20.

Характер и алгоритм лечения. При преобладании негативной симптоматики чаще используются антипсихотики со стимулирующим эффектом (сульпирид, трифлуоперазин, флупентиксол в невысоких дозах), атипичные антипсихотики (амисульприд, рисперидон, оланзапин, кветиапин, zipрасидон, сертиндол, палиперидон) или депо-антипсихотики в невысоких дозах в виде монотерапии.

Психосоциальная реабилитация и психотерапия: смотри F20.

Наиболее значимы тренинг социальных навыков, поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F20.6**Простая шизофрения**

Тип течения:

F20.60 Непрерывный.

Обследование: смотри F20.

Цели и ожидаемый результат: уменьшение выраженности негативных симптомов болезни, повышение уровня социальной адаптации, нормализация поведения.

Условия лечения. Чаще – отделение дневного пребывания, реже – стационарное: для больных с впервые установленным диагнозом для подбора лечения с целью сдерживания прогрессивности болезни. Амбулаторное – для пациентов со стабильной негативной симптоматикой.

Продолжительность: смотри F20. До 2-3 месяцев в отделении дневного пребывания.

Характер и алгоритм лечения. Традиционные антипсихотики (сульпирид, зуклопентиксол, трифлуоперазин, галоперидол, флупентиксол) в малых дозах, либо атипичные антипсихотики (амисульприд, рисперидон, сертиндол, оланзапин, кветиапин, zipрасидон, палиперидон). При низком комплаенсе – переход на депо-антипсихотики.

Психосоциальная реабилитация и психотерапия: смотри F20.

Наиболее значимы тренинг социальных навыков, поведенческая и когнитивная психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

Шизофрения в детском возрасте

(Шизофрения, детский тип – относится к рубрике F20.8 Другие формы шизофрении).

Общая характеристика. Шизофрения в детском возрасте встречается намного реже, чем у взрослых, при этом чем меньше возраст, тем реже это заболевание встречается.

Шизофрения, начавшаяся в дошкольном и раннем школьном возрасте, имеет, как правило, непрерывное неблагоприятное течение, при начале в возрасте 14-17 лет протекает в виде приступов, и отдаленный прогноз болезни более благоприятен. В клинической картине болезни у детей гораздо больший удельный вес, чем у взрослых, имеют негативные симптомы – аутизм, социальная отгороженность, эмоциональная уплощенность, снижение психической активности и другое.

Обследование: смотри F20.

Дополнительно: данные о развитии ребенка, школьный анамнез, социально-межличностный анамнез. Антропометрические показатели: масса тела, длина тела. В возрасте 14-17 лет – тест на беременность, скрининговое обследование на употребление наркотиков – по необходимости.

При необходимости – консультация смежных специалистов (врача-невролога, врача-педиатра)

Экспериментально-психологическое обследование проводится согласно Приложению 1.

Условия лечения. Первый приступ – чаще всего в психиатрическом стационаре (особенно рекомендуется для детей 14-17 лет при наличии выраженных психотических расстройств и нарушений поведения). Госпитализация в психиатрический стационар осуществляется с согласия родителей или иного законного представителя.

Лечение в отделении дневного пребывания может проводиться при наличии комплайенса с родителями, нерезко выраженной психотической симптоматике, сохранении относительно правильного поведения.

Характер и алгоритм лечения. Главным методом терапии, как и у взрослых, является применение антипсихотиков. Особенности оказания помощи с применением лекарственных средств, в сравнении с лечением взрослых, являются более медленное повышение доз лекарственных средств, повышенное внимание к появлению побочных эффектов, соблюдение возрастных пределов дозировок, еще более строгое, чем у взрослых следование принципу монотерапии, повышенная осторожность при использовании антипсихотиков депо-формах.

К числу антипсихотиков, которые более целесообразно использовать у пациентов детского возраста, относятся рисперидон, перициазин, флупентиксол, зуклопентиксол, сульпирид, галоперидол, трифлуоперазин.

При наличии ярких продуктивных психотических расстройств и выраженного психомоторного возбуждения рекомендовано начинать лечение с «сильных» антипсихотиков – галоперидола или рисперидона. Они могут быть использованы у детей в возрасте старше 6 лет.

Лечение антипсихотиком проводится в течение 4-недельного периода в виде постепенного наращивания дозы до наступления терапевтического эффекта или побочных эффектов. Терапевтическая эффективность оценивается по редукции позитивных и негативных симптомов.

При необходимости лечение антипсихотиком может дополняться приемом антидепрессантов, анксиолитических средств либо нормотимиков, а также противоэпилептических лекарственных средств с нормотимическим действием в возрастных дозировках.

При проведении фармакотерапии еще большее, чем у взрослых значение приобретает достижение комплайенса с родителями и другими членами семьи больного ребенка и их психообразование.

Психотерапия и психосоциальная реабилитация: терапия занятостью, творческим самовыражением, культурно-массовые мероприятия, когнитивный тренинг, тренинг социальных и коммуникативных навыков, психотерапия игровая, поведенческая, семейное консультирование, психообразовательная работа с семьей, школьное обучение, профессиональная ориентация.

Шизотипическое расстройство

Обследование: смотри F20.

Цели и ожидаемый результат: купирование психотической (квази-психотической) симптоматики при ее наличии, упорядочивание поведения, улучшение социальных коммуникаций, повышение уровня социальной адаптации.

Условия лечения: как правило, амбулаторное. Стационарное и отделение дневного пребывания – для пациентов с впервые установленным диагнозом для подбора лечения, либо в случаях грубо нарушенной социальной адаптации.

Продолжительность: смотри F20.

Характер и алгоритм лечения. Выбор лекарственных средств 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, как при формах расстройств, перечисленных выше. Показаны атипичные антипсихотики либо депо-антипсихотики в невысоких дозах, всегда в форме монотерапии. При наличии колебаний настроения, тревоги, невротоподобной симптоматики – антидепрессанты и анксиолитические средства.

Психосоциальная реабилитация и психотерапия: терапия занятостью, творческим самовыражением, культурно-массовые мероприятия, когнитивный тренинг, тренинг социальных и коммуникативных навыков, когнитивная, поведенческая и психодинамическая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F22

Хронические бредовые расстройства

F22.0

Бредовое расстройство

F22.8

Другие хронические бредовые расстройства

Обследование: смотри F20.

Цели и ожидаемый результат: купирование либо ослабление интенсивности психотической симптоматики, упорядочивание поведения,

улучшение социальных коммуникаций, повышение уровня социальной адаптации.

Условия лечения, продолжительность: смотри F20.

В стационаре – 2-3 месяца.

Характер и алгоритм лечения: длительное использование «сильных» типичных антипсихотиков с антибредовым действием (галоперидол, трифлуоперазин), либо атипичных антипсихотиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин, zipрасидон, сертиндол, палиперидон, амисульприд).

Психосоциальная реабилитация и психотерапия: психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением, терапия занятостью, творческим самовыражением, когнитивный тренинг, занятия по развитию и тренировке социальных и коммуникативных навыков, культурно-массовые мероприятия.

F23

Острые и транзиторные психотические расстройства

F23.0

Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F23.1

Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении

F23.2

Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

F23.3

Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства

F23.8

Другие острые и транзиторные психотические расстройства

Обследование: смотри F20.

Цели и ожидаемый результат: купирование психотической симптоматики, нормализация поведения и социальных коммуникаций, восстановление критики и сознания болезни, восстановление уровня социальной адаптации.

Условия лечения, продолжительность: вначале, как правило, стационарное, продолжительностью 2-3 месяца, на последующих этапах – в отделении дневного пребывания и амбулаторное.

Характер и алгоритм лечения: смотри F20.

F24

Индуктированное бредовое расстройство

Цели и ожидаемый результат: купирование психотической симптоматики, нормализация поведения и социальных коммуникаций, восстановление критики и сознания болезни.

Условия лечения, продолжительность: вначале, как правило, стационарное, продолжительностью 2-3 месяца, в связи с необходимостью разъединения пациента с партнером-индуктором. На последующих этапах – в отделении дневного пребывания и амбулаторно, но только при условии возможности разъединения пациента с партнером-индуктором.

Характер и алгоритм лечения: применение антипсихотиков в малых и средних дозах.

Дополнительные трудности: необходимо полное разъединение пациента и партнера-индуктора на весь период как стационарного, так и амбулаторного лечения; при возможности – лечение партнера-индуктора.

Психосоциальная реабилитация и психотерапия: терапия занятостью, творческим самовыражением, когнитивный тренинг, занятия по развитию и тренировке социальных и коммуникативных навыков, культурно-массовые мероприятия, когнитивная и поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F25

Шизоаффективные расстройства

F25.0

Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

Обследование: смотри F20. Кроме того, в случае использования в лечении солей лития – определение концентрации лития в плазме крови.

Цели и ожидаемый результат: полное купирование психопатологической симптоматики, нормализация поведения и социальных коммуникаций, восстановление критики и сознания болезни, восстановление прежнего уровня социальной адаптации.

Условия лечения, продолжительность.

Стационарное лечение – при значительной выраженности психопатологической симптоматики, значительном нарушении социальной адаптации пациента, наличии угрозы жизни и безопасности пациента и окружающих. Продолжительность стационарного лечения – 2-3 месяца. Отделение дневного пребывания и амбулаторное лечение – при невыраженной психопатологической симптоматике, относительной социальной адаптации и отсутствии угрозы жизни и безопасности пациента и окружающих.

Характер и алгоритм лечения. Выбор лекарственных средств проводится в зависимости от выраженности и удельного веса двух групп расстройств: с одной стороны, галлюцинаторно-бредовой, кататонической и иной шизофренической симптоматики, а с другой стороны – аффективных нарушений.

При значительной выраженности и преобладании симптомов первой группы используют какой-либо из типичных антипсихотиков с выраженным или умеренным антипсихотическим действием (галоперидол, трифлуоперазин, зуклопентиксол), часто парентерально, или – какой-либо из атипичных антипсихотиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин, сертиндол, палиперидон).

При маниакальном аффекте прием антипсихотика сочетают с приемом какого-либо из нормотимиков, чаще – солей лития в дозах от 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 препарат вальпроевой кислоты в дозе 600-1200 мг/сутки.

На этапе профилактической (поддерживающей) терапии используют либо сочетание приема одного из антипсихотиков с одним из нормотимиков, либо прием какого-либо из нормотимиков, а также противоэпилептических лекарственных средств с нормотимическим действием.

При использовании солей лития лечение начинают с 600 мг/сутки, постепенно повышая дозу так, чтобы концентрация лития в плазме крови составила 0,6-0,8 ммоль/л. 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.

Как на этапе купирования острого состояния, так и на остальных этапах лечения возможно также использование противоэпилептических

лекарственных средств с нормотимическим действием – карбамазепина, препаратов вальпроевой кислоты, топирамата, ламотриджина (смотри F31).

Дополнительные трудности. В случаях высокой частоты приступов болезни, при быстрой смене расстройств аффекта – от мании к депрессии и наоборот («быстрая цикличность») – в качестве нормотимика следует сразу же использовать карбамазепин либо препараты вальпроевой кислоты.

При отсутствии профилактического эффекта от приема полиуроната лития в течение года следует перейти на поддерживающее лечение карбамазепином или препаратами вальпроевой кислоты. На этапе поддерживающего лечения дозы карбамазепина составляют от 600 до 1000 мг, лекарственных средств вальпроевой кислоты – от 600 до 1200 мг/сутки. Для наступления профилактического эффекта при этом необходимо как минимум 3-4 месяца непрерывного приема.

В некоторых резистентных случаях возможно одновременное начало приема с профилактической целью карбамазепина и полиуроната лития, при этом концентрация последнего в плазме крови не должна превышать 0,4-0,5 ммоль/литр. Одновременное использование карбамазепина и лекарственных средств вальпроевой кислоты не допускается.

Действия при отсутствии результата: необходимо проведение нескольких сеансов ЭСТ.

Психосоциальная реабилитация и психотерапия: трудовая терапия, терапия занятостью, творческим самовыражением, когнитивный тренинг, занятия по развитию и тренировке социальных навыков, культурно-массовые мероприятия, когнитивная и поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F25.1

Шизоаффективный психоз депрессивного типа

Обследование: смотри F25.0.

Цели и ожидаемый результат: полное купирование психопатологической симптоматики, нормализация поведения и социальных коммуникаций, восстановление критики и сознания болезни, восстановление прежнего уровня социальной адаптации.

Условия лечения, продолжительность. Стационарное – при значительной выраженности психопатологической симптоматики,

значительном нарушении социальной адаптации пациента, наличии угрозы жизни и безопасности пациента и окружающих. Продолжительность стационарного лечения – 2-3 месяца. В отделении дневного пребывания и амбулаторно – при незначительно выраженной психопатологической симптоматике, относительной социальной адаптации и отсутствии угрозы жизни и безопасности пациента и окружающих.

Характер и алгоритм лечения. Выбор лекарственных средств проводится в зависимости от выраженности и удельного веса двух групп расстройств: с одной стороны – галлюцинаторно-бредовой, кататонической и иной шизофренической симптоматики, а с другой стороны – аффективных нарушений.

При значительной выраженности и преобладании симптомов первой группы используют какой-либо из типичных антипсихотиков (галоперидол, трифлуоперазин, зуклопентиксол, флупентиксол) или какой-либо из атипичных антипсихотиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин, zipрасидон, сертиндол, палиперидон, амисульприд).

При депрессивном аффекте прием антипсихотика сочетают с приемом какого-либо одного из антидепрессантов в средней или высокой дозе – трициклического (амитриптилина, кломипрамина, тианептина и других), либо СИОЗС (флувоксамина, сертралина, эсциталопрама, флуоксетина). При этом необходимо учитывать, что использование антидепрессантов с выраженным стимулирующим эффектом (имипрамина, флуоксетина) может в ряде случаев привести к обострению психотической симптоматики.

Дополнительные трудности: при отсутствии терапевтического эффекта возможно проведение сеансов ЭСТ, а также применение метода одномоментной отмены психотропных средств.

Психосоциальная реабилитация и психотерапия: трудовая терапия, терапия занятостью, творческим самовыражением, когнитивный тренинг, культурно-массовые мероприятия, тренинг социальных навыков, когнитивная и поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F25.2

Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

Обследование, цели и ожидаемый результат, условия лечения, продолжительность: смотри F.25.0.

Характер и алгоритм лечения: применение антипсихотиков (антипсихотиков), солей лития, карбамазепина, лекарственных средств вальпроевой кислоты, топирамата, ламотриджина, антидепрессантов в зависимости от характера психопатологической симптоматики в соответствии с правилами, описанными в разделах F.25.0 и F.25.1.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия: трудовая терапия, тренинг социальных навыков, когнитивная и поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F25.8

Другие шизоаффективные расстройства

F25.9

Шизоаффективное расстройство неуточненное

Смотри F25.0 и F25.1.

F28

Другие неорганические психотические расстройства

F29

Неорганический психоз неуточненный

Смотри F23.

Таблица 6

Антипсихотики: характер действия и уровни применяемых доз (мг в сутки внутрь)

Наименования лекарственных средств	Дозы, мг в сутки		
	низкие	средние	высокие
Лекарственные средства преимущественного седативного действия («слабые» типичные антипсихотики):			
хлорпромазин	50-150	150-400	400-1000
хлорпротиксен	25-50	50-100	100-300
зуклопентиксол	2-30	30-75	75-150
перiciaзин	5-10	30-40	50-60

Лекарственные средства преимущественно антипсихотического действия («сильные» типичные антипсихотики): трифлуоперазин галоперидол флуфеназин флупентиксол	5-10 3-6 3-10 3-10	10-40 6-20 10-15 10-40	40-80 30-40 15-20 40-150
Лекарственные средства преимущественно стимулирующего действия: сульпирид	100-300	300-600	600-2000
Атипичные антипсихотики: клозапин рисперидон оланзапин кветиапин зипрасидон сертиндол палиперидон амисульприд	50-100 1-2 5-10 200-400 40 4-12 4 50-300	100-300 2-4 10-15 400-600 80 12-16 4-8 400-800	300-600 4-6 15-20 750-800 160 16-20 8-16 800-1200

Таблица 7

Дозы антипсихотиков, эквивалентные 100 мг хлорпромазина внутрь (хлорпромазиновый эквивалент)

Наименования лекарственных средств	Доза в мг, эквивалентная 100 мг хлорпромазина	Относительная антипсихотическая мощность
Сульпирид Хлорпромазин Амисульприд Кветиапин Зипрасидон	200 100 100 75 60	Низкая
Клозапин Хлорпротиксен Зуклопентиксол Сертиндол	50 50 25 16	Средняя

Флупентиксол	5	Высокая
Трифлуоперазин	5	
Оланзапин	5	
Палиперидон	3	
Галоперидол	2	
Флуфеназин	2	
Рisperидон	1-2	

Таблица 8

Некоторые лекарственные средства для лечения ЭПС и ЗНС

Наименования лекарственных средств	Дозы (мг/сут)	Целевой синдром
Тригексифенидил	1-15	Акатизия, дистония, паркинсонизм
Дифенгидрамин	25-50	
Амантадин	100-300	Акатизия, паркинсонизм
Пропранолол	30-90	Акатизия
Диазепам	10-60	
Лоразепам	1-6	
Толперизон	100-450	Дистония
Бромокриптин	10-60	ЗНС

Расстройства настроения (аффективные расстройства)

F30 – F39

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое и другие) и постановка диагноза.

2-й – купирующая терапия, лечение острой аффективной симптоматики.

3-й – долечивающая и стабилизирующая терапия – долечивание остаточной аффективной симптоматики.

4-й – профилактическая (поддерживающая, противорецидивная) терапия.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

Обследование и его кратность. Проводится, как правило, одновременно с этапом 2, как в стационарных, так и в отделении дневного пребывания и амбулаторных условиях.

В амбулаторных условиях и в отделении дневного пребывания может проводиться обследование и лечение пациентов с небольшой глубиной эпизодов аффективных расстройств (гипомания, легкий или умеренный депрессивный эпизод), при условии их упорядоченного поведения, следования ими плану лечения (комплаенса), при наличии семейной поддержки, отсутствии суицидальных и социально-опасных тенденций.

В условиях психиатрического стационара должны обследоваться и лечиться пациенты со значительной глубиной эпизодов аффективных расстройств, наличием суицидальных и социально-опасных тенденций, а также при неэффективности предшествовавшего амбулаторного лечения.

Перечень обязательных обследований в условиях стационара:

экспериментально-психологическое обследование для уточнения тяжести депрессии с помощью опросника Бека и шкалы Гамильтона.

Дополнительно при наличии показаний:

содержание лития в плазме крови;

для республиканских организаций здравоохранения – содержание в плазме крови карбамазепина, вальпроатов; консультация врача-невролога; экспериментально-психологическое обследование – смотри Приложение, разделы F30 – F39 и F90.

При лечении и обследовании в амбулаторных условиях обязательным является психологическое обследование для уточнения тяжести депрессии с помощью опросника Бека, остальное – по показаниям.

Этап купирующей терапии. Лечение острой аффективной симптоматики начинается от момента начала лечения приступа болезни (обострения) и заканчивается установлением ремиссии или значительной редукции болезненных симптомов.

Ожидаемый результат: полное исчезновение или значительное уменьшение интенсивности аффективных расстройств, упорядочивание поведения.

Условия лечения: в стационарных условиях, в отделении дневного пребывания, в амбулаторных условиях. В амбулаторных условиях и отделении дневного пребывания может проводиться лечение пациентов с небольшой глубиной эпизодов аффективных расстройств (гипомания, легкий или умеренный депрессивный эпизод), при условии их упорядоченного поведения, установившихся отношений сотрудничества с лечащим врачом и следования плану лечения (комплаенса), при наличии семейной поддержки, отсутствии суицидальных и социально-опасных тенденций. В условиях психиатрического стационара должны обследоваться и лечиться случаи со значительной глубиной эпизодов, наличием суицидальных и социально-опасных тенденций, а также при неэффективности предшествовавшего амбулаторного лечения. Стационарное лечение необходимо при наличии выраженных психотических расстройств и значительных нарушений поведения, при отсутствии у пациента критики и сознания болезни. При этом в некоторых случаях может потребоваться принудительная (недобровольная) госпитализация и лечение в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Продолжительность этапа: при стационарном лечении – от 1 до 3 месяцев, в отделении дневного пребывания – от 1 до 4 месяцев, при амбулаторном лечении – от 2 до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения зависит от характера, глубины и психопатологической структуры приступа. Смотри разделы F30 – F38.

Этап долечивающей и стабилизирующей терапии начинается от времени достижения ремиссии или значительной редукции симптомов болезни и продолжается вплоть до полного окончания фазы. Включает «дозревание» ремиссии, исчезновение колебаний настроения и другой остаточной симптоматики.

Ожидаемый результат: полное исчезновение симптомов болезни, стабилизация настроения, возвращение способности выполнять свои социальные, семейные и профессиональные функции.

Условия лечения: как правило, в амбулаторных условиях или в отделении дневного пребывания.

Продолжительность этапа составляет 4-6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения зависит от характера, глубины и психопатологической структуры приступа, смотри разделы F30–F39.

Этап профилактической (противорецидивной) терапии начинается со времени установления прочной ремиссии и продолжается не менее 1 года, в некоторых случаях – неопределенно долго.

Этап профилактической (противорецидивной) терапии необходим не во всех, а лишь в части случаев, где имеют место:

большая частота приступов заболевания (один приступ в год и более);
 невысокое качество ремиссии с сохранением остаточной аффективной симптоматики;

если за последние 3 года пациент перенес тяжелый, либо затяжной (более 6 месяцев), либо терапевтически резистентный, либо угрожавший жизни эпизод болезни (например, с серьезными суицидальными тенденциями, отказами от еды, истощением и другим).

Ожидаемый результат: отсутствие обострений, сокращение числа и продолжительности приступов, удлинение и повышение качества ремиссий.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 3-4 лет до неопределенно долгого срока (до достижения ожидаемого результата лечения). 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.

Характер и алгоритм лечения зависит от характера, глубины и психопатологической структуры приступа. Смотри разделы F30 – F38.

F30

Маниакальный эпизод

Обследование и его кратность: смотри общую часть F30 – F39.

Этап купирующей терапии.

Ожидаемый результат: купирование симптомов болезни, упорядочивание поведения.

Условия лечения: смотри общую часть F30 – F39.

Продолжительность лечения: от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Соблюдаются все правила для лечения биполярного аффективного расстройства (F31). Для купирования состояния мании лекарственными средствами первого выбора являются нормотимики и противоэпилептические средства с нормотимическим действием:

соль лития внутрь в дозах от 900 до 1500 мг/сутки под контролем содержания лития в плазме; дозу подбирают таким образом, чтобы содержание лития в плазме крови находилось в пределах от 0,7 до 1,2 ммоль/л, при этом кровь берется натощак через 10-12 часов после последнего приема препарата лития; в начале лечения содержание лития в плазме определяют каждые 5-7 дней; при подозрении на интоксикацию литием анализ повторяется немедленно; перед началом лечения необходимо лабораторное обследование для определения функции почек – общий анализ мочи, азот мочевины, креатинин, а у лиц старше 55 лет при наличии заболеваний сердца – также ЭКГ;

карбамазепин в дозах от 600 до 1200 мг/сутки внутрь; особенно показан в случаях с быстрой сменой фаз, при значительном преобладании маний и смешанных состояниях, при неэффективности солей лития и вальпроатов; повышает активность печеночных ферментов и тем самым ускоряет метаболизм других лекарственных средств; содержание карбамазепина в плазме крови должно находиться в пределах 4-10 мкг/мл, кровь следует брать утром перед первым приемом лекарственного средства; первое определение проводится через 2 недели от начала приема, в последующем – по показаниям;

препараты вальпроевой кислоты (вальпроаты) – в дозах от 500 до 2000 мг/сутки; особенно показаны при неэффективности солей лития, при преобладании маниакальных состояний и быстрой цикличности; иногда могут вызывать нарушение функций печени и поджелудочной железы, а также лейко- и тромбоцитопению, увеличивать время кровотечения; содержание соли вальпроевой кислоты в плазме крови должно находиться в пределах от 50 до 100 мкг/мл; первое определение проводится через 2 недели от начала приема, в последующем – по показаниям;

топирамат в дозах 200-300 мг/сутки.

Как правило, у одного пациента используется какой-либо один из средств-нормотимиков; при отсутствии эффекта следует заменить его другим, например, соль лития – на карбамазепин, карбамазепин – на препарат вальпроевой кислоты и так далее. В редких резистентных случаях возможно одновременное использование двух нормотимиков (или противоэпилептических средств с нормотимическим действием), что, однако, повышает опасность интоксикации ЦНС вплоть до развития состояния спутанности.

При наличии выраженного психомоторного возбуждения, дополнительных непсихотических (бредовых) симптомов, либо если прием нормотимика или противоэпилептического средства (с нормотимической целью) не дал эффекта, к лекарственным средствам данной группы следует добавить какой-либо один из антипсихотиков:

галоперидол внутримышечно или внутрь в дозе от 10 до 40 мг/сутки;

клозапин внутрь в дозе от 100 до 400-500 мг/сутки;

рисперидон внутрь в таблетках или каплях в дозе от 2 до 6 мг/сутки;

оланзапин внутрь в дозе от 5 до 20 мг/сутки;

зуклопентиксол внутрь в дозе 30-75 мг/сутки, либо внутримышечно в дозе 50-150 мг каждые 3 суток не более трех инъекций.

При использовании антипсихотиков (антипсихотических средств) следует руководствоваться правилами их использования в купировании острых состояний при шизофрении (смотри F20).

Эффект от проводимого лечения должен наступить в течение 2-3 недель и выразиться в снижении интенсивности возбуждения, выравнивании настроения, нормализации сна, упорядочении поведения.

Действия при отсутствии результата. Терапевтическая резистентность. Если проводимое лечение через 3-4 недели не дало эффекта, необходимо сделать следующее:

проверить, принимает ли пациент лекарство внутрь, особенно если лечение ведется амбулаторно; если в этом есть сомнение – усилить контроль за приемом лекарств или перейти на его парентеральное введение;

к принимаемому пациентом нормотимику добавить антипсихотик (антипсихотическое средство); атипичные антипсихотики (клозапин, рисперидон, оланзапин) имеют в таких случаях преимущество перед типичными;

повысить дозу нормотимика (или противоэпилептического средства с нормотимическим действием); если и это не дало эффекта – провести замену нормотимика (например, соль лития на карбамазепин или на препарат вальпроевой кислоты, карбамазепин на топирамат и т.д.);

в редких случаях терапевтической резистентности возможно непродолжительное совместное назначение двух лекарственных средств-нормотимиков – соли лития и карбамазепина в невысоких дозах; необходимо при этом иметь в виду, что такое сочетание повышает вероятность побочных эффектов каждого из них; сочетание карбамазепина и препарата вальпроевой кислоты не используется;

добавить к принимаемому нормотимику (или противэпилептическому средству с нормотимическим действием) анксиолитическое средство из группы бензодиазепинов в средних или высоких дозах – диазепам, клоназепам или лоразепам;

при неэффективности описанных выше мероприятий провести курс ЭСТ (5-7 сеансов), после чего продолжить лечение нормотимиком (или противэпилептическим средством с нормотимическим действием) в сочетании с антипсихотическим средством.

Психотерапия: когнитивно-бихевиоральная, семейное консультирование. Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

F30.0

Гипомания

Обследование и его кратность, условия лечения, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри F30.

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31). В лечении чаще всего используются нормотимики. Антипсихотики применяются редко и в небольших дозах. ЭСТ практически не используется.

По сравнению с состояниями мании (F31.1) и мании с психотическими симптомами (F31.2) в рамках биполярного аффективного расстройства возрастают возможности и важность когнитивно-бихевиоральной терапии, психообразования, психосоциальной реабилитации и работы с семьей.

F30.1

Мания без психотических симптомов

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри F30.

Условия лечения: как правило, в условиях психиатрического стационара.

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31). В лечении с близкой частотой используются как нормотимики, так и антипсихотики. Частота терапевтически резистентных случаев выше, чем при гипомании, значительно более низок комплаенс. В некоторых случаях возникает необходимость использования ЭСТ.

F30.2

Мания с психотическими симптомами

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри F30.

Условия лечения: в психиатрическом стационаре. Нередко возникает необходимость принудительной госпитализации.

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31).

Антипсихотики в лечении используются во всех случаях, начиная с первых дней терапии. Значительно чаще, чем при мании без психотических симптомов (F30.1) возникает необходимость использования ЭСТ.

Роль и возможности психотерапии и образования пациента минимальны или отсутствуют.

F30.8

Другие маниакальные эпизоды

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри F30.

Условия лечения: как правило, в психиатрическом стационаре. Соблюдаются правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31).

F31**Биполярное аффективное расстройство**

Обследование и его кратность, условия лечения, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри F30.

Соблюдаются все правила и принципы, изложенные в общей части (F30 – F39). Лечение приступов (эпизодов) мании – смотри F30, депрессии – смотри F32. В схему лечения на этапе купирующей терапии (этап 2) обязательно включается какое-либо лекарственное средство из группы нормотимиков или противоэпилептических средств (с нормотимической целью), прием которого продолжается на последующих этапах лечения (3 и 4).

Профилактическая терапия. Наиболее широко используемым нормотимиком является соль лития, профилактический эффект при его длительном приеме отмечается примерно в 70% случаев.

При проведении профилактической (противорецидивной) терапии доза его составляет обычно от 600 до 1200 мг/сутки. Лечение начинают с приема 300 мг в один прием, повышая дозу каждые 3-4 дня на 300 мг.

Первое определение содержания лития в плазме крови следует сделать при приеме 600 или 900 мг препарата лития в 2 приема. Исследование повторяют вначале 1 раз в неделю, при этом необходимо, чтобы содержание лития составило от 0,6 до 0,8 ммоль/л (для детей – 0,4-0,6 ммоль/л).

После того, как правильная доза соли лития подобрана, содержание лития в плазме нужно определять не реже, чем 1 раз в 2 месяца в течение полугода, затем – не реже, чем каждые 4-6 месяцев. Чем выше доза соли лития, необходимая для достижения нужной концентрации его в плазме, тем слабее профилактический эффект. Если в течение 1 года приема несмотря на правильно проводимое лечение профилактический эффект не наступил (то есть частота приступов не уменьшилась), необходимо перейти на прием другого лекарственного средства-нормотимика.

С этой же целью могут быть использованы противоэпилептические средства (с нормотимической целью) – карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты, топирамат, ламотриджин (последний – при преобладании в картине заболевания депрессивных эпизодов над маниакальными).

Профилактическое лечение карбамазепином начинают с приема 200 мг внутрь, повышая дозу на 100-200 мг каждые 3-4 дня до

максимально переносимой; как только появляются первые побочные эффекты (выраженная седация и сонливость, атаксия, смазанность речи и другое), повышение дозы прекращают или даже немного ее уменьшают. Показателем правильно подобранной дозы карбамазепина может служить наличие у пациента очень легкой седации. Обычная доза для поддерживающей терапии – от 600 до 800-1000 мг/сутки. Терапевтическая концентрация карбамазепина в плазме крови при поддерживающем лечении должна находиться в пределах 4-10 мкг/мл. Профилактический эффект лечения не зависит напрямую от концентрации карбамазепина в крови.

Профилактическое лечение препаратами вальпроевой кислоты начинают с дозы 150-200 мг, постепенно повышая дозу на 200 или 300 мг каждые 2-3 дня. Обычная доза – от 600 до 1200 мг/сутки в 2 или 3 приема. Терапевтическая концентрация в плазме крови при поддерживающем лечении должна находиться в пределах 50-100 мкг/мл. Профилактический эффект лечения не зависит напрямую от концентрации препаратов вальпроевой кислоты в крови.

Лечение топираматом назначают с дозы 25 мг 1 раз в день вечером в течение 1 недели, затем повышают дозу на 25 или 50 мг каждую неделю. Обычная доза составляет от 100 до 300 мг/сутки в два приема.

Лечение ламотриджином начинают с дозы 25 мг 1 раз/сутки, через 2 недели дозу повышают до 50 мг, затем каждые 1-2 недели повышают на 25 или 50 мг. Обычная доза составляет от 100 до 400 мг/сутки в два приема. Лечение ламотриджином может быть начато не только в состоянии мании или ремиссии, но и в состоянии депрессии.

Использование в качестве профилактической терапии противосудорожных средств в сравнении с солями лития предпочтительнее при высокой частоте приступов и быстрой цикличности (4 и более приступа за год). Препаратом выбора являются вальпроаты.

Дополнительные трудности в лечении. Терапевтическая резистентность. В случаях быстрой цикличности при отсутствии профилактического эффекта от приема нормотимиков показано проведение курса ЭСТ с последующим продолжением приема одного из этих лекарственных средств.

Психотерапия: когнитивно-бихевиоральная, семейное консультирование; важная роль принадлежит психообразовательной работе с пациентом (проводится преимущественно в состояниях интермиссии) и его семьей. Психосоциальная реабилитация.

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри F30.

Условия лечения: амбулаторно или в отделении дневного пребывания.

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31).

В лечении чаще всего используются нормотимики или противоэпилептические средства с нормотимическим действием. Антипсихотики применяются редко и в небольших дозах. ЭСТ практически не используется. Необходимо иметь в виду, что состояния гипомании нередко возникают сразу вслед за депрессивными эпизодами и могут быть спровоцированы приемом антидепрессантов, особенно трициклических (биполярное аффективное расстройство II типа, при котором наблюдаются депрессивные эпизоды любой глубины, в том числе и тяжелые, и гипомании, но нет развернутых маниакальных состояний).

По сравнению с состояниями мании (F31.1) и мании с психотическими симптомами (F31.2) возрастают возможности и важность когнитивно-бихевиоральной терапии, психообразовательной работы с пациентом и его семьей, психосоциальной реабилитации.

F31.1

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри F30.

Условия лечения: как правило, в психиатрическом стационаре.

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31). В лечении используются как нормотимики (а также противоэпилептические средства с нормотимическим действием), так и антипсихотики. Частота терапевтически резистентных случаев выше, чем при гипомании, значительно более низок комплайнс. В некоторых случаях возникает необходимость использования ЭСТ.

F31.2**Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами**

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри F30.

Условия лечения: в психиатрическом стационаре. Нередко возникает необходимость принудительной госпитализации.

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31).

Антипсихотики в лечении используются во всех случаях, начиная с первых дней терапии. Значительно чаще, чем при мании без психотических симптомов (F30.1), возникает необходимость использования ЭСТ.

Роль и возможности психотерапии и образования пациента минимальны или отсутствуют.

F31.3**Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии**

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39.

Условия лечения: в психиатрическом стационаре – при наличии суицидальных тенденций, необходимости подбора лечения, либо неэффективности амбулаторной терапии; в остальных случаях – амбулаторное или отделение дневного пребывания.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), биполярного аффективного расстройства (F31), а также правила лечения легкого или умеренного депрессивного эпизода (F32.0 и F32.1).

Дополнительные трудности в лечении. Важной особенностью лечения на этапе купирования депрессии является необходимость предотвращения инверсии аффекта в манию либо гипоманию.

С этой целью уже на этапе 2 необходимо использовать какой-либо из нормотимиков (смотри F31). Кроме того, на этапах 2 и 3 требуется осторожность при применении антидепрессантов; следует избегать ряда

трициклических антидепрессантов, способствующих инверсии аффекта – прежде всего имипрамина и кломипрамина и с осторожностью использовать антидепрессанты со стимулирующим действием – флуоксетин, циталопрам и другие.

На этапе 4 (профилактическая терапия) антидепрессанты не применяются – противорецидивное лечение проводится только нормотимиками (а также противоэпилептическими средствами с нормотимическим действием) (смотри F31).

F31.4

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39.

Условия лечения: стационарные.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), биполярного аффективного расстройства (F31), а также правила лечения тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2).

Продолжительность этапа долечивающей и стабилизирующей терапии сокращается до 1-2 месяцев – из-за опасности инверсии фазы прием антидепрессанта не должен быть затянут.

Дополнительные трудности: то же, что для F31.3.

F31.5

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39.

Условия лечения: в психиатрическом стационаре.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), биполярного аффективного расстройства (F31), а также правила

лечения тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами (F32.3).

Продолжительность этапа долечивающей и стабилизирующей терапии сокращается до 1-2 месяцев – из-за опасности инверсии фазы прием антидепрессанта не должен быть затянут.

Дополнительные трудности: то же, что для F31.3.

F31.6

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера

Общая характеристика. Состояния, когда у пациента в данном приступе заболевания одновременно наблюдаются симптомы, характерные для депрессии, и симптомы, характерные для мании либо гипомании – например, пониженное настроение и идеи виновности сопровождаются многословием и повышенной активностью, либо когда повышенное настроение и идеи переоценки себя сопровождаются двигательной и мыслительной заторможенностью. К этой же рубрике относятся состояния, 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. У пациента в прошлом должен наблюдаться, по крайней мере, один маниакальный, гипоманиакальный или смешанный эпизод.

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39.

Условия лечения: при значительной глубине колебаний настроения – в стационаре; в остальных случаях – амбулаторно или в отделении дневного пребывания.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), биполярного аффективного расстройства (F31), а также правила лечения смешанного аффективного эпизода (F38.00).

Дополнительные трудности: то же, что для F31.3.

Необходимо учитывать, что при таких состояниях возрастает опасность суицида.

F31.7

Биполярное аффективное расстройство, состояние ремиссии

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39) и биполярного аффективного расстройства (F31). В ряде случаев показана профилактическая (противорецидивная) терапия нормотимиками и противоэпилептическими средствами с нормотимическим действием – этап 4 (показания смотри в общей части F30-39, методику проведения – в F31).

В отличие от рекуррентного депрессивного расстройства (F33), недопустима противорецидивная терапия антидепрессантами, поскольку у этих пациентов она приводит к учащению фаз и быстрой цикличности.

F31.8

Другие биполярные аффективные расстройства

F31.9

Биполярное аффективное расстройство неуточненное

Соблюдаются общие правила терапии аффективных расстройств (F30-39) и биполярного аффективного расстройства (F31).

F32

Депрессивный эпизод

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения: смотри общий раздел F30-39.

Соблюдаются общие правила терапии аффективных расстройств (F30-39).

Целью этапа купирующей терапии (этап 2) является снятие симптомов депрессии. Основой лечения при этом является использование антидепрессантов, в случаях эпизодов легкой и умеренной тяжести – в сочетании с психотерапией.

Условия лечения зависят от тяжести эпизода и выраженности симптоматики.

Длительность этапа купирующей терапии составляет от 6 до 12 недель.

Выбор антидепрессанта и его доз в каждом конкретном случае должен проводиться с учетом следующих факторов.

Глубина (тяжесть) депрессии. В лечении тяжелых депрессивных эпизодов в большей степени показаны так называемые «большие» антидепрессанты, обладающие сильным антидепрессивным (тимоаналептическим) действием – такие, как кломипрамин, амитриптилин, имипрамин, мапротилин, эсциталопрам, флуоксетин, сертралин, пароксетин, венлафаксин, милнаципран в достаточно высоких дозах.

Лечение легких и умеренной тяжести депрессивных состояний может успешно проводиться антидепрессантами с менее сильным антидепрессивным действием («малыми» антидепрессантами) – такими, как азафен, тианептин, циталопрам и другими.

Спектр психотропной активности лекарственного средства и его примерное соответствие психопатологической структуре депрессивного эпизода:

при депрессиях с тревогой и ажитацией необходимо использовать антидепрессанты с седативным и анксиолитическим действием, например, амитриптилин, миансерин, тианептин, флувоксамин, пароксетин;

при депрессиях с заторможенностью, адинамией и апатией – антидепрессанты со стимулирующим действием, например, имипрамин, флуоксетин, циталопрам;

при наличии в структуре состояния как тревоги, так и заторможенности или их чередовании – антидепрессанты с так называемым сбалансированным действием, например, кломипрамин, мапротилин, сертралин, эсциталопрам, венлафаксин, милнаципран, агомелатин.

Опыт приема пациентом антидепрессантов. Если пациент принимал ранее какой-либо антидепрессант, и он оказался эффективен, и для его приема в настоящее время нет явных противопоказаний, следует назначить его, так как высока вероятность, что он окажется эффективным и в данном приступе.

Возраст и соматическое состояние пациента. Если пациент молодого и среднего возраста и соматически здоров, выбор антидепрессантов максимально широк. Если же пациент старше 60 лет, и у него обнаружены соматические заболевания (особенно важны аденома простаты, ишемическая болезнь сердца и нарушения сердечного ритма, гипертоническая болезнь, сахарный диабет), следует использовать

антидепрессанты пусть и менее «сильные», но с лучшей переносимостью, меньшей частотой и выраженностью побочных эффектов.

Если пациент принимает какие-либо другие лекарственные средства, то необходимо иметь в виду вероятность нежелательных лекарственных взаимодействий.

Если лечение проводится амбулаторно, необходимо учитывать стиль жизни и характер работы пациента. Не следует назначать антидепрессанты с сильным седативным эффектом (например, амитриптилин, либо флувоксамин в средних и высоких дозах) лицам, которые продолжают интенсивно работать или учиться, водить автомобиль, общаться с большим числом людей, вести активную социальную жизнь и так далее.

Кратность приема и схема лечения зависит от периода полувыведения антидепрессанта.

Перечень антидепрессантов и уровни применяемых доз приведены ниже в таблице 9.

Прежде, чем начинать лечение, необходимо объяснить пациенту и его близким характер происходящего, особенности и «мишени» выбранного антидепрессанта, сроки, в которые планируется достигнуть результата, а также характер возможных побочных эффектов.

Лечение следует начинать с приема небольшой дозы (например, для традиционных трициклических антидепрессантов – 50 мг/сутки в один вечерний прием), после чего дозу за 3-5 дней повышают до среднетерапевтической.

Для ряда более современных антидепрессантов (например, эсциталопрама, тианептина, флуоксетина, пароксетина, милнаципрапа, агомелатина) среднетерапевтическая доза может быть назначена с самого начала лечения. Схема приема должна быть как можно более простой (то есть количество приемов минимально в соответствии с периодом полувыведения), большая часть антидепрессанта должна приниматься, как правило, в вечернее время для уменьшения выраженности побочных эффектов.

Общее правило: на данном этапе у одного пациента используется только один антидепрессант. При наличии стойких расстройств сна на непродолжительное время к лечению может быть добавлено снотворное средство (например, зопиклон, золпидем или триазолам), при сохранении выраженной тревоги и ажитации – анксиолитическое средство из группы бензодиазепинов (алпразолам либо лоразепам) или антипсихотик с седативным действием (хлорпротиксен), однако без явной необходимости делать этого не следует.

При адекватной терапии первый назначенный антидепрессант оказывается эффективным примерно в 60% случаев. При этом признаки улучшения (то есть ослабление хотя бы отдельных симптомов депрессии) должны появляться к концу 2-й недели приема полной дозы антидепрессанта, 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. Терапевтическая резистентность. Терапию считают неэффективной, если не наступает отчетливого улучшения через 4-6 недель приема установленной дозы антидепрессанта.

Самой частой причиной отсутствия эффекта является нарушение пациентом плана лечения (нон-комплаенс), часто связанное либо с побочными эффектами антидепрессанта, либо обусловленным симптомами депрессии пессимистическим взглядом пациента на возможность излечения. В связи с этим необходимо усилить контроль за приемом лекарства и постоянно обсуждать план лечения с пациентом.

Еще одной причиной неэффективности антидепрессантов может стать нарушение его метаболизма в связи с поражением печени (гепатит), либо в связи с одновременным приемом пациентом лекарственных средств или веществ, ускоряющих метаболизм антидепрессанта (например, противоэпилептических средств, барбитуратов в форме валокордина и подобных ему безрецептурных лекарственных средств, алкоголя либо пищеварительных ферментов). Низкая эффективность антидепрессанта может быть обусловлена также тяжелым курением.

Если причиной отсутствия эффекта является нарушение печеночного метаболизма, иногда следует попробовать перейти на парентеральный путь введения антидепрессанта.

Если результат все же не достигнут, то следует перейти к лечению антидепрессантом другой химической группы или обладающего другим механизмом действия: например, заменить трициклический антидепрессант (далее – ТЦА) на антидепрессант из группы СИОЗС или наоборот (препарат-СИОЗС – на ТЦА), либо заменить препарат из группы СИОЗС на антидепрессант «двойного действия» (селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина – СИОЗСН), либо заменить антидепрессант, блокирующий обратный захват преимущественно серотонина, на антидепрессант, блокирующий обратный захват преимущественно норадреналина – и провести полный курс терапии новым антидепрессантом.

Если три таких последовательных курса, проведенные антидепрессантами разных групп и/или с разным механизмом действия, не дали эффекта, такой случай считается терапевтически резистентным и требует проведения специальных противорезистентных мероприятий. К их числу относятся:

добавление к трициклическому 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, один – блокатор обратного захвата серотонина, другой – норадреналина; либо трициклический антидепрессант + антидепрессант группы СИОЗС); подобные сочетания требуют повышенной осторожности и могут проводиться только в условиях стационара;

совместное применение трициклического антидепрессанта и атипичного антипсихотика (например, рисперидона);

при отсутствии эффекта или невозможности проведения перечисленных мероприятий – курс ЭСТ с последующим возобновлением терапии антидепрессантом.

Если имеется высокий риск суицида, либо продление лечения по каким-либо иным причинам не представляется возможным, курс ЭСТ должен быть проведен ранее, без перечисленных выше мероприятий.

Этап долечивающей и стабилизирующей терапии (этап 3) начинается от времени достижения ремиссии или значительной редукции симптомов депрессии и продолжается вплоть до полного окончания фазы, включая нормализацию мозговых нарушений, которые являются предполагаемой основой симптомов болезни.

Ожидаемый результат: полное исчезновение остаточных симптомов депрессии, стабилизация настроения, возвращение способности выполнять свои социальные, профессиональные, семейные функции.

Условия лечения: как правило, амбулаторно или в отделении дневного пребывания.

Продолжительность этапа составляет 4-6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Если для лечения острого состояния на этапе 2 применялись трициклические (гетероциклические) антидепрессанты или ингибиторы моноаминоксидазы (далее – ингибиторы МАО) в высоких дозах, то их дозы постепенно (1 раз в 3-6 дней) снижают до среднетерапевтических, а если при этом сохраняются

побочные эффекты – то и далее, то полного исчезновения последних. Чем ближе доза антидепрессанта к среднетерапевтической, 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 антидепрессанта 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 антидепрессанта.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Психосоциальная реабилитация. Роль психотерапевтических воздействий на данном этапе значительно возрастает.

Этап профилактической (поддерживающей, противорецидивной) терапии начинается со времени установления стойкой ремиссии и продолжается не менее 1 года, в некоторых случаях – неопределенно долго. Данный этап необходим не во всех, а лишь в следующих случаях:

большая частота приступов депрессии (один приступ в год и более);
 невысокое качество ремиссии с сохранением остаточной аффективной симптоматики;

если за последние 3 года пациент перенес тяжелый, либо затяжной (более 6 месяцев), либо терапевтически резистентный, либо угрожавший жизни депрессивный эпизод (например, с внезапным началом, серьезными суицидальными тенденциями, отказами от еды, истощением, эпизод резистентный к проводимой терапии и так далее).

Ожидаемый результат: отсутствие обострений, сокращение числа и продолжительности приступов, удлинение и повышение качества ремиссий.

Условия лечения: амбулаторные.

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.

Характер и алгоритм лечения. Продолжается прием антидепрессанта, который оказался эффективным на предыдущих этапах,

иногда возможно сочетание приема антидепрессанта с нормотимиком или противоэпилептическим препаратом с нормотимическим действием. Доза антидепрессанта должна быть невысокой, чтобы не вызвать побочных эффектов и не снижать качества жизни.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Психосоциальная реабилитация. Роль психотерапевтических воздействий и психообразования на данном этапе значительно возрастает по сравнению со всеми предыдущими.

F32.0

Депрессивный эпизод легкий

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39 и лечение депрессивного эпизода (F32).

Условия лечения: как правило, амбулаторное или в отделении дневного пребывания.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32). Предпочтение необходимо отдавать «малым» антидепрессантам, дающим меньше побочных эффектов (тианептин, азафен, циталопрам и другие).

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, семейное консультирование, психообразовательная работа с пациентом и его семьей. В некоторых случаях возможно лечение с применением только психотерапии, без использования антидепрессантов.

F32.1

Депрессивный эпизод умеренной тяжести

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39 и лечение депрессивного эпизода (F32).

Условия лечения: амбулаторно, в отделении дневного пребывания. При отсутствии социальной и семейной поддержки у лиц, проживающих в одиночестве, – как правило, в условиях стационара.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32). Выбор

производится из всего спектра антидепрессантов, назначаются среднетерапевтические и высокие дозы.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Психотерапия применяется только в сочетании с биологическим лечением (антидепрессантами). Психосоциальная реабилитация.

F32.2

Депрессивный эпизод тяжелый без психотических симптомов

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39 и лечение депрессивного эпизода (F32).

Условия лечения: в стационаре.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32).

Выбор антидепрессанта производится из всего спектра антидепрессантов, назначаются среднетерапевтические и высокие дозы.

Для более быстрого достижения эффекта возможно начать лечение с внутримышечного или внутривенного использования антидепрессанта.

В случаях, где имеется высокий риск суицида, либо есть какие-либо иные обстоятельства, не позволяющие дожидаться эффекта антидепрессивной терапии в течение обычного срока в 3-4 недели (отказ от еды, истощение, непереносимость антидепрессантов и другие), необходимо проведение курса ЭСТ уже на ранних сроках лечения.

F32.3

Депрессивный эпизод тяжелый с психотическими симптомами

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39 и лечение депрессивного эпизода (F32).

Условия лечения: в стационаре.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32).

В лечении чаще всего используются «большие» антидепрессанты. В начале курса лечения и/или при плохом комплаенсе они назначаются парентерально, дозы повышают более интенсивно, доводя до высоких.

Помимо антидепрессанта в схему лечения должен быть включен антипсихотик с антибредовым, антигаллюцинаторным и седативным действиями. Применение антипсихотиков ведется по правилам, описанным для купирования острых психозов при шизофрении (смотри F20).

При отсутствии эффекта терапии необходимо проведение курса ЭСТ. В случаях, где имеется высокий риск суицида, либо есть какие-либо иные обстоятельства, не позволяющие дожидаться эффекта лекарственной терапии в течение обычного срока в 3-4 недели (отказ от еды, истощение, непереносимость антидепрессантов, тяжелое некупируемое возбуждение и другие), необходимо проведение курса ЭСТ уже на ранних сроках лечения.

F32.8

Другие депрессивные эпизоды

F32.9

Депрессивный эпизод неуточненный

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32).

F33

Рекуррентное депрессивное расстройство

Обследование и его кратность, условия лечения, ожидаемый результат, продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39 и лечение депрессивного эпизода (F32).

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32).

Выбор антидепрессанта проводится по правилам, описанным в разделе F32. На этапе долечивающей и стабилизирующей терапии и этапе профилактической терапии (если в нем есть необходимость) используется антидепрессант, оказавшийся эффективным на этапе

лечения острого состояния, как правило, в виде монотерапии. Доза его должна быть невысокой, чтобы не вызвать побочных эффектов и не снижать качества жизни пациента.

F33.0

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39, лечение депрессивного эпизода (F32) и лечение легкого депрессивного эпизода (F32.0).

F33.1

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39, лечение депрессивного эпизода (F32) и лечение депрессивного эпизода умеренной тяжести (F32.1).

F33.2

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39, лечение депрессивного эпизода (F32) и лечение депрессивного эпизода тяжелого без психотических симптомов (F32.2).

F33.3

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, терапевтическая резистентность: смотри общий раздел F30-39, лечение депрессивного эпизода (F32) и лечение депрессивного эпизода тяжелого с психотическими симптомами (F32.3).

F33.4

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии

В части случаев возможно проведение поддерживающей терапии антидепрессантами, как это описано в разделе F32, этап 4.

F33.8

Другие рекуррентные депрессивные расстройства

F33.9

Рекуррентное депрессивное расстройство неуточненное

Соблюдаются принципы и правила лечения рекуррентного депрессивного расстройства (F33).

F34

Хронические расстройства настроения (аффективные расстройства)

F34.0

Циклотимия

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения: смотри F31.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения биполярного аффективного расстройства (F31).

Условия лечения: амбулаторные или в отделении дневного пребывания.

Лечение – в зависимости от стадии болезни и характера симптомов: либо как при текущем эпизоде гипомании (F30.0), либо как при легком депрессивном эпизоде (F32.0).

В состоянии интермиссии проводится поддерживающая терапия нормотимиком или противоэпилептическим средством с нормотимическим действием, как это описано в разделе F31, продолжительностью не менее 1 года.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Психосоциальная реабилитация.

F34.1

Дистимия

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения: смотри F32.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32) и рекуррентного аффективного расстройства (F33).

Условия лечения: амбулаторные или в отделении дневного пребывания.

Лекарственными средствами первого выбора являются антидепрессанты-СИОЗС – флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, эсциталопрам, циталопрам в обычных дозах.

Трициклические и гетероциклические антидепрессанты при данном расстройстве менее эффективны, а если и используются, то в малых и средних дозах, не вызывающих побочных эффектов.

В случае отсутствия эффекта к лечению может быть добавлен полиуронат лития в невысокой дозе либо трийодтиронин.

При отсутствии эффекта требуются действия по преодолению терапевтической резистентности (смотри F32).

Для достижения эффекта часто требуется не менее 8-10 недель.

На этапе долечивания необходимо продолжение приема антидепрессанта в течение 6-12 месяцев.

Психотерапия должна быть обязательной частью плана лечения и применяться с самого начала терапии: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, краткосрочная психодинамическая, гештальттерапия, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Психосоциальная реабилитация.

F38

Другие расстройства настроения (аффективные расстройства)

F38.0**Смешанный аффективный эпизод**

Общая характеристика. Состояния, 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.

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения: смотри общий раздел F30-39.

Условия лечения: при значительной глубине колебаний настроения – в психиатрическом стационаре; в остальных случаях – амбулаторно или в отделении дневного пребывания.

Лечение проводят нормотимиками (или противоэпилептическими средствами с нормотимическим действием) по правилам, изложенным в разделе F31 для биполярного аффективного расстройства.

Предпочтение следует отдавать противоэпилептическим средствам (карбамазепину, препаратам вальпроевой кислоты), поскольку они эффективнее солей лития при феномене быстрой цикличности и быстрой смене фаз.

В наиболее резистентных случаях возможно одновременное применение двух лекарственных средств с нормотимическим действием – например, солей лития и карбамазепина, либо солей лития и препаратов вальпроевой кислоты (но не препаратов вальпроевой кислоты и карбамазепина). Если в лечении используются антидепрессанты, то дозы их должны быть невысокими, а продолжительность приема минимальна. Прием их необходимо прекращать сразу же, как только симптомы депрессии купируются. При преобладании депрессивной симптоматики и депрессивных состояний и быстрой цикличности лечение депрессии может проводиться ламотриджином без добавления антидепрессанта.

Для воздействия на симптомы мании (гипомании) используют антипсихотики в невысоких дозах (смотри F30).

На этапе долечивания используют лекарственное средство с нормотимическим действием, которое оказалось эффективным при лечении острого состояния, в обычной дозе.

Длительность этапа долечивания должна быть как минимум в два раза больше, чем была длительность лечения острого состояния.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, краткосрочная психодинамическая, гештальттерапия, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Психосоциальная реабилитация.

F38.1

Другие рекуррентные расстройства настроения (аффективные расстройства)

F38.10

Рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство

Общая характеристика. Диагноз, при котором депрессивные состояния повторяются часто – примерно 1 раз в месяц, однако продолжаются менее 2 недель (обычно 2-3 дня), а между ними сохраняется состояние полного здоровья.

Депрессивные состояния отвечают критериям эпизодов легкой, умеренной или тяжелой степени. Такое течение расстройства должно наблюдаться в течение последнего года.

Обследование и его кратность, ожидаемый результат, продолжительность, характер и алгоритм лечения: смотри общий раздел F30-39.

Условия лечения: при значительной глубине депрессивных эпизодов – лечение в психиатрическом стационаре, в остальных случаях – амбулаторное или в отделении дневного пребывания.

Особенность терапии состоит в том, что уже на этапе лечения острого состояния (этап 2) назначают противосеипептические средства с нормотимическим действием (предпочтительнее препараты вальпроевой кислоты, ламотриджин либо топирамат – смотри F31) в качестве монотерапии, либо, если симптомы депрессии значительно выражены – вместе с каким-либо антидепрессантом, лечение которым проводится в соответствии с правилами лечения депрессивного эпизода (смотри F32). Продолжительность непрерывного приема противосеипептических средств с нормотимическим действием должна составлять не менее 1-1,5 года.

F39**Расстройства настроения неуточненные**

Общие принципы и правила лечения: смотри общий раздел F30-39.

Особенности аффективных расстройств в детском возрасте.**Общая характеристика.**

В детском возрасте наблюдаются депрессивные и маниакальные (гипоманиакальные) эпизоды, рекуррентное и биполярное аффективное расстройство. Психотические формы аффективных расстройств у детей до 10 лет практически не встречаются.

Особенностями депрессивных состояний в детском возрасте являются:

- выраженность сомато-вегетативных и поведенческих расстройств;
- более частая направленность фабулы депрессивных сверхценных и бредовых переживаний вовне;
- наличие обратимых регрессивных черт в поведении (снижение школьной успеваемости, псевдодебильность, энурез, энкопрез);
- сглаженность суточного ритма аффекта;
- синдромальная незавершенность, фрагментарность, лабильность, изменчивость проявлений.

Для маниакальных (гипоманиакальных) состояний у детей 14-17 лет характерны расторможенность влечений, проявления конфликтности и непослушания, психопатоподобные проявления, нередко – налет дисфоричности или дурашливости. Для детей и подростков в возрасте 14-17 лет характерна легкость инверсии аффекта с переходом из депрессивного состояния в манию (гипоманию).

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри общий раздел F30-39.

Обследование и его кратность: проводится по стандартному перечню (смотри F90.0).

Экспериментально-психологическое обследование – смотри разделы F30-39 и F90 Приложения 1.

Этап купирующей терапии (лечение острого состояния).

Ожидаемый результат: купирование острой симптоматики, упорядочивание поведения.

Условия лечения. Абсолютными показаниями для лечения в психиатрическом стационаре являются депрессия с суицидальными тенденциями, выраженной тревогой, страхом, бессонницей, психомоторным возбуждением или обездвиженностью, мании

психотического уровня, гипомании с антисоциальным поведением. Относительными показаниями являются вызванные болезнью грубые формы школьной дезадаптации, конфликтные ситуации в семье и в школе, отсутствие у родителей понимания болезненного состояния ребенка и необходимости проведения лечения, тяжелые социально-бытовые условия, устойчивость депрессивной симптоматики к применяемому лечению, необходимость введения высоких доз лекарственных средств либо применения инъекционной терапии. Показаниями для амбулаторного лечения являются аффективные расстройства легкой или умеренной степени с умеренной дезадаптацией. В пользу возможности успешного амбулаторного лечения свидетельствуют также благополучная семейная ситуация, правильное отношение родителей к болезни ребенка, хорошие отношения между родителями ребенка и лечащим врачом, хорошие социально-бытовые условия.

Продолжительность лечения: стационарное – от 1 до 3 месяцев, в отделении дневного пребывания – 1-2 месяца, амбулаторное – от 2-6 месяцев.

Принципы лечения. При лечении детей в сравнении с лечением взрослых пациентов выбор антидепрессантов значительно более ограничен, поскольку должны быть исключены антидепрессанты, вызывающие или способные вызвать существенные побочные эффекты. Кроме того, лабильность аффекта, легкость его инверсии и перехода к маниакальному (гипоманиакальному) состоянию или же к возбуждению в рамках депрессивного аффекта требуют большой осторожности при использовании у детей до 18 лет антидепрессантов со стимулирующим действием. В связи с этим перечень лекарственных средств для лечения состояний депрессии у детей до 18 лет преимущественно ограничивается амитриптилином, имипрамином, кломипрамином, мапротилином, сульпиридом и антидепрессантами группы СИОЗС – сертралином, флуоксетином и флувоксамином; для лечения депрессий у детей 14-17 лет особенно показаны антидепрессанты группы СИОЗС.

Правила подбора антидепрессанта в целом те же, что и у взрослых – смотри F32. Как и у взрослых, у детей используется только один антидепрессант.

При наличии стойких расстройств сна к лечению на непродолжительное время может быть добавлено снотворное средство.

При сохранении выраженной тревоги и ажитации – анксиолитическое средство из группы бензодиазепинов (алпразолам, тофизопам либо лоразепам) или антипсихотик с седативным действием (хлорпротиксен).

При наличии бредовых (бредоподобных) и галлюцинаторных переживаний – антипсихотик (предпочтительнее рисперидон), однако без явной необходимости делать этого не следует.

У пациентов в возрасте 14-17 лет при затяжных депрессиях с обсессивно-компульсивными и дереализационно-деперсонализационными расстройствами может быть использовано внутривенное капельное введение 1% раствора амитриптилина или мапротилина в возрастной дозе, разведенного в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

При депрессиях со снижением психического тонуса, потерей аппетита и сенестопатиями может быть использован сульпирид в возрастной дозе внутрь или в виде 5% раствора внутривенно капельно, разведенного 0,9% раствором натрия хлорида.

При лечении гипоманий с психопатоподобным поведением используют галоперидол, перициазин, клозапин, рисперидон, соли лития.

Применение солей лития сходно с их использованием у взрослых (смотри F31), обычные дозы – от 300 до 900 мг/сутки, содержание лития в плазме крови должно быть на уровне от 0,4 до 0,7 ммоль/л; контроль этого показателя следует проводить в начале лечения 1 раз в неделю, далее – 1 раз в 2-4 недели, затем – каждые 2-3 месяца. При купировании маниакальных состояний вместо солей лития могут также использоваться противоэпилептические средства с нормотимическим действием – карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты и другие (F31).

Этап долечивающей и стабилизирующей терапии. Ожидаемый результат, условия лечения, продолжительность, принципы и правила лечения существенно не отличаются от таковых у взрослых.

Этап профилактической (поддерживающей) терапии. Для профилактики аффективных фазных расстройств в детском возрасте чаще используется соль лития с постепенным наращиванием суточной дозы в течение 10-12 дней, иногда – карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты, ламотриджин.

Лечение карбамазепином начинают со 100 или 200 мг/сутки, повышая дозу на 100 мг каждую неделю до того уровня, когда наступят легкие побочные эффекты (чаще всего седация и сонливость), после чего дозу слегка снижают – ее и считают оптимальной.

Необходимо учитывать, что карбамазепин в терапевтических дозах вызывает у детей чаще, чем у взрослых, побочные явления (излишняя седация, сонливость и другие), которые могут влиять на школьную успеваемость и привести к отказу от приема лекарственного средства.

Лечение препаратами вальпроевой кислоты начинают с дозы 10 мг на 1 кг массы тела у детей и 15 мг на 1 кг массы тела у детей 14-17 лет в сутки, повышая ее на 5-10 мг на 1 кг массы тела в день один раз в неделю до возрастной оптимальной дозы.

При использовании ламотриджина лечение начинают с дозы 25 мг/сутки, повышая ее на 25 мг/сутки каждые две недели, обычная полная доза составляет 100-200 мг/сутки.

Психотерапия, социально-психолого-педагогическая реабилитация, семейное консультирование. Используются когнитивно-поведенческая, групповая, семейная терапия, семейное консультирование.

Назначение лекарственных средств из группы антидепрессантов у ребенка с аффективными расстройствами должно быть дополнено психотерапией, кроме случаев тяжелых депрессий с психотическими симптомами. Особенно важна психотерапия для подростков 14-17 лет. Так же необходимо использовать специальные методики групповой психокоррекционной работы, целью которой является тренинг социальных навыков.

Основная цель семейной психотерапии при депрессии у детей заключается в коррекции неправильного отношения к ребенку, крайними проявлениями которого являются жестокие меры принуждения и наказания или, напротив, стремление защитить, изолировать ребенка от сверстников.

В детском возрасте большое значение приобретают методы психологической коррекции и психолого-педагогического воздействия.

Основной принцип реабилитации в детском возрасте (до 17 лет включительно) заключается в сохранении способности ребенка продолжить обучение в школе, в непрерывном обучении во временно щадящих условиях, преодолении упорного отказа от школы.

В процессе лечения по мере редукции психопатологической симптоматики желательно, чтобы ребенок последовательно проходил стадии облегченного обучения: индивидуальное обучение на дому, индивидуальное обучение в школе, индивидуальное обучение со свободным посещением класса, обучение в классе с 1-3 свободными днями в неделю, наконец, обычное обучение. В стационаре больной по возможности должен посещать учебные занятия в отделении.

Адаптационные возможности детей (до 17 лет включительно) в ремиссии после перенесенных аффективных приступов остаются в большинстве случаев довольно высокими, поэтому дублирование классов чаще всего является неоправданной и нежелательной мерой.

Детям в возрасте 14-17 лет и молодежи показаны перенос сессий, академические отпуска. По достижении относительно стабильного

улучшения состояния следует рекомендовать продолжение учебы в вузе или колледже, на первых этапах желательно установление, насколько это возможно, охранительного режима – избирательное посещение лекций, индивидуальный график сдачи экзаменов, повторные академические отпуска в случае рецидива.

При биполярном аффективном расстройстве в большинстве случаев не следует рекомендовать увеличение физической и психической нагрузки, поступление в высшие учебные заведения. Более целесообразно рекомендовать некоторое снижение нагрузки, сохранение прежнего уровня адаптации.

Таблица 9

Антидепрессанты: лекарственные средства и уровни применяемых доз (для пациентов старше 18 лет, мг в сутки внутрь)

Наименования лекарственных средств	Дозы, мг в сутки		
	низкие	средние	высокие
Три- и гетероциклические антидепрессанты:			
имипрамин	50-75	100-150	250-300
амитриптилин	50-75	100-150	250-300
кломипрамин	50-75	100-150	250-300
мапротилин	50-75	75-100	150-200
тианептин	12,5-25	37,5	75
миансерин	30-45	45-60	60-90
миртазапин	15-30	30-45	60
Антидепрессанты – СИОЗС:			
флуоксетин	10-20	20-40	60-80
флувоксамин	50-100	150-200	250-300
пароксетин	10-20	20-40	50-60
сертралин	25-50	50-100	150-200
циталопрам	10-20	20-40	60
эсциталопрам	5	10-20	30
Антидепрессанты – СИОЗСН:			
венлафаксин	75	112,5-225	300-375
милнаципран	50-100	100-200	250
Антидепрессанты – агонисты мелатониновых рецепторов:			
агомелатин	12,5	25	50

Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства

F40 – F48

F40

Тревожно-фобические расстройства

F40.0

Агорафобия

F40.00

Агорафобия без панического расстройства

F40.01

Агорафобия с паническим расстройством

F41.0

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий. Перечисленные выше формы психических расстройств, несмотря на некоторые отличия в их проявлениях имеют сходные патогенетические механизмы, а также общие принципы и правила обследования и лечения пациентов.

Паническое расстройство представляет собой одну из форм этой группы, проявляющееся возникающими без видимой внешней причины приступами острой тревоги (паники), что сопровождается комплексом типичных сомато-вегетативных проявлений.

При обследовании пациентов наиболее важным является отграничение имеющейся клинической картины от различных форм патологии, в основе которой лежат соматические заболевания либо органические мозговые причины.

Сообщение пациенту о психическом генезе панического расстройства позволяет избежать излишних обследований с целью поиска возможных соматических заболеваний, наличие которых предполагается пациентами и врачами-интернистами, и исключить ненужные лечебные мероприятия.

Важнейшим условием успешного лечения является как можно более раннее информирование пациента и его семьи о психическом генезе расстройства, регулярное обучение пациента и его близких совладанию с

проявлениями болезни (психообразование), разделение ответственности за результаты лечения между лечащим врачом, пациентом и его родными.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое), в том числе с целью отграничения тревожно-фобического расстройства от внешне похожих симптомов различных соматических заболеваний и органических мозговых поражений;

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений;

3-й – долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов, переструктурирования поведенческих стереотипов, восстановления прежнего уровня социальной, семейной и трудовой адаптации;

4-й – реабилитация, включающая длительную профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев).

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

Обследование и его кратность. Проводится, как правило, одновременно с лечебными мероприятиями, как в стационарных условиях, так и в отделении дневного пребывания и амбулаторных условиях.

Цель соматического и неврологического обследований состоит преимущественно в том, чтобы исключить наличие у пациента тех или иных соматических заболеваний, которыми могли бы быть объяснены имеющиеся у него симптомы.

Обязательное обследование: смотри перечень обязательного общеклинического обследования раздела «Общие положения»:

ЭКГ;

профиль артериального давления;

консультации терапевта, кардиолога, невролога, эндокринолога;

содержание в крови тиреотропного гормона, Т4;

экспериментально- психологическое обследование – смотри Приложение, раздел F40 – F48.

Не следует без достаточных оснований проводить дополнительные обследования соматической и неврологической сферы, так как это может повысить уровень тревоги и усилить ипохондрические опасения пациента.

Этап купирования острых проявлений начинается от момента начала лечения приступа болезни (обострения) и заканчивается установлением ремиссии или значительной редукцией болезненных симптомов.

Ожидаемый результат: полное исчезновение или значительное уменьшение интенсивности расстройств, значительное снижение частоты и интенсивности приступов паники, упорядочивание поведения.

Условия лечения: в стационарах, в отделении дневного пребывания и амбулаторно.

На этом же уровне лечебно-диагностических мероприятий проводится и реабилитация, включающая длительную профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев).

Продолжительность: стационарное лечение – 30-45 дней, амбулаторное – 6-12 месяцев и более.

Характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, побочные эффекты и дополнительные трудности. Важнейшим лечебным мероприятием является раннее информирование пациента о природе расстройства и психообразование, которое само по себе может уменьшить выраженность всех симптомов панического расстройства. Необходимо объяснить основные механизмы возникновения расстройства, сделав акцент на том, что панические приступы не опасны для жизни.

Для лечения панического расстройства используются следующие группы лекарственных средств (таблица 10):

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

трициклические и гетероциклические антидепрессанты: кломипрамин, имипрамин, амитриптилин, мапротилин и другие;

анксиолитические средства: алпразолам и клоназепам; другие анксиолитические средства из группы бензодиазепинов, принимаемые в адекватных дозах, способны предотвращать развитие панических атак (например, диазепам), но следует соблюдать осторожность из-за выраженного седативного эффекта при высоких терапевтических дозах;

противоэпилептические лекарственные средства: препараты вальпроевой кислоты, карбамазепин и габапентин.

Основными лекарственными средствами (первого ряда) в лечении панического расстройства являются антидепрессанты группы СИОЗС, а также трициклические и гетероциклические антидепрессанты.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов (алпразолам и клоназепам) назначаются в части случаев и на непродолжительное время (обычно вместе с антидепрессантами) для быстрого купирования или уменьшения частоты приступов паники.

В лечении панических расстройств эффективны все антидепрессанты группы СИОЗС: флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам.

Основным их недостатком является нередкое возникновение в течение первой недели приема явлений гиперстимуляции (раздражительность, бессонница, нервозность), усиление тревоги и панической симптоматики.

Начальные суточные дозы обычно минимальны (5-10 мг эсциталопрама, 10 мг флуоксетина, 50 мг флувоксамина, 25 мг сертралина, 10-20 мг пароксетина). В течение 2 недель доза постепенно доводится до средней, а далее, при необходимости, повышается или остается прежней (таблица 10).

В последующем, даже при длительной терапии, доза не меняется. На этапах 3-4 для длительного лечения антидепрессанты СИОЗС удобнее, чем трициклические антидепрессанты в связи с меньшей частотой побочных явлений.

Из группы трициклических и гетероциклических антидепрессантов (далее – ТЦА) назначается какой-либо один (таблица 10), чаще других используется кломипрамин. Лечение начинают с малых доз (12,5-25 мг/сутки), в дальнейшем дозы постепенно повышают до терапевтического уровня, в среднем – на 12,5 мг каждые 1-3 дня. Средняя эффективная суточная доза обычно составляет 100-200 мг/сутки, реже – до 250 мг/сутки. Антипаническое действие ТЦА является отставленным: латентный период составляет обычно 4-6 недель.

В случае хорошей реакции через 4-6 недель терапии наступает снижение частоты панических приступов, редуцируются тревога ожидания и фобии, выравнивается настроение. Однако почти у половины пациентов с первых дней применения этих антидепрессантов наступает усиление тревожной и вегетативной симптоматики, что учащает появление приступов паники, поэтому при наращивании дозировок состояние больного в первое время ухудшается, при этом симптомы усугубляются при каждом подъеме дозы. В таких случаях к ТЦА можно добавить

анксиолитические средства из группы бензодиазепинов – клоназепам или алпразолам.

На этапах 3-4 (долечивание и профилактическая терапия) лечение ТЦА продолжают еще 6 месяцев. Если симптомы расстройства не возобновляются и наблюдается полная ремиссия, начинают очень медленное снижение уровня доз, которое обычно длится 1-2 месяца. Обычный темп снижения дозы ТЦА – 25 мг в неделю. При возобновлении симптомов требуется проведение более длительной профилактической терапии.

Основные недостатки ТЦА – отставленный эффект, а также побочные действия, особенно связанные с гиперстимуляцией вегетативной нервной системы – сердцебиение, тремор, гипергидроз, головокружение, холинолитические эффекты.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов – из числа лекарственных средств этой группы используются алпразолам и клоназепам и другие, принимаемые в адекватных дозах, способные предотвращать развитие панических атак (например, диазепам), но следует соблюдать осторожность из-за выраженного седативного эффекта при высоких терапевтических дозах. В отличие от антидепрессантов, анксиолитические средства из группы бензодиазепинов не только редуцируют приступы паники и агорафобию, но и воздействуют на тревогу ожидания приступа. В начале лечения эти лекарственные средства, в отличие от антидепрессантов, не вызывают обострения тревоги. Антипаническое действие развивается без длительного латентного периода, эффект развивается через 5-7 дней.

На этапе 2 лечение продолжается до полного прекращения панических атак, как правило, в течении 2-4 недель

Начальные дозы алпразолама – 0,25-0,5 мг/сутки с повышением на 0,25 мг каждые 3 дня до полного прекращения приступов паники.

Сохранение приступов, их рецидивирование указывает на недостаточную дозу лекарственного средства, а побочные эффекты (седация, вялость, сонливость) – на необходимость снижения дозы. Дозы алпразолама составляют в среднем от 1 мг до 2-4 мг/сутки. На этапах 3-4 лечение продолжают 4-6 месяцев, по истечении которых при хорошей адаптации пациентов дозу снижают со средней скоростью 0,5 мг в неделю во избежание синдрома отмены.

Клоназепам также обладает выраженным антипаническим действием в дозе 1-6 мг/сутки, однако дает более выраженные побочные эффекты (сонливость, вялость, атаксия), что ограничивает его применение. В то же время за счет более длительного периода полувыведения отмечается более мягкий «синдром отмены», легче

проводить снижение дозы. Начальная доза – обычно 0,5 мг 2 раза в день, в случае неэффективности дозу постепенно повышают до 2-6 мг/сутки (таблица 10).

Большим недостатком анксиолитических средств из группы бензодиазепинов является возможность развития зависимости. Вероятность развития зависимости требует по возможности ограничивать срок непрерывного приема лекарственного средства. Кроме того, при длительном применении анксиолитических средств развивается толерантность к препаратам, и для поддержания терапевтического эффекта требуется увеличение дозировок. Чем выше дозы этих лекарственных средств, тем выше опасность формирования зависимости.

При длительном лечении анксиолитическими средствами из группы бензодиазепинов следует периодически оценивать безопасность, эффективность и наличие показаний к проводимой терапии. Каждые 4 месяца рекомендуются попытки постепенно снизить дозу.

Кроме того, не следует долговременно лечить анксиолитическими средствами из группы бензодиазепинов пациентов с расстройствами личности и токсикоманическими тенденциями (включая злоупотребление алкоголем), даже в анамнезе.

Выбор лекарственных средств и стратегия лечения. Лечение антидепрессантами продолжают не менее 6 месяцев после купирования симптомов, затем пробуют осуществить постепенную отмену.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов используют в первые 4-6 недель до развития эффекта антидепрессантов. Затем их дозировки постепенно уменьшают до полной отмены. При неэффективности лекарственных средств первого ряда используют лекарственные средства резерва – препараты вальпроевой кислоты, карбамазепин (смотри таблицу 10).

Карбамазепин назначают в дозах 600-1200 мг/сутки. Длительность лечения – не менее 6 месяцев.

Лечение препаратами вальпроевой кислоты начинают с 300 мг/сутки, дозу повышают на 300 мг/сутки в неделю, доводя суточную дозу до 2 000 мг.

Лечение габапентином начинают с 900 мг/сутки, дозу повышают ежедневно на 300 мг/сутки, доводя суточную дозу 3 600 мг.

Психотерапия. Обязательным элементом эффективного лечения панического расстройства является психотерапия, значение которой особенно возрастает на этапах долечивающей и профилактической терапии (этапы 3-4), ее использование продолжается еще некоторое время после прекращения приема лекарств, особенно в случаях, осложненных агорафобией.

Наибольшую эффективность при панических расстройствах и агорафобии имеет поведенческая и когнитивная психотерапия. Это позволяет уменьшить уровень тревоги в фобических ситуациях и редуцировать страх ожидания приступа.

Эффект поведенческой терапии значительно повышается при проведении ее в группах. Важной модификацией метода является вовлечение инструктированного родственника пациента в качестве поведенческого ко-терапевта. Используется также психообразовательная работа с пациентом и членами его семьи, переструктурирование форм поведения окружающих при паническом приступе. Психосоциальная реабилитация.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений.

3-й этап – долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов, переструктурирования поведенческих стереотипов, восстановления прежнего уровня социальной, семейной и трудовой адаптации: начинается со времени редукции выраженной симптоматики – прекращения или значительного снижения частоты панических приступов, уменьшения агорафобии, панического избегания, опережающей тревоги и др.

Ожидаемый результат: дальнейшая редукция или полное исчезновение симптоматики, преодоление агорафобии, восстановление непатологических форм поведения и реагирования, прежнего уровня функционирования, социальной, семейной и трудовой адаптации, а также формирование у пациента навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства.

Условия лечения: как правило, амбулаторно или в отделении дневного пребывания.

Продолжительность: 6-12 месяцев.

Характер и алгоритм лечения, дополнительные трудности: смотри F40.

4-й этап – реабилитация, включающая длительную профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев).

Профилактическая (противорецидивная) терапия проводится в части случаев, где имеется более высокая вероятность возврата проявлений болезни (неустойчивость или неполнота ремиссии, сохранение резидуальной симптоматики, наличие у пациента сопутствующих

личностных аномалий либо хронического психосоциального стресса и другие).

Ожидаемый результат: повышение качества и стойкости ремиссии, предупреждение рецидивов, сохранение достигнутого уровня функционирования, социальной, семейной и трудовой адаптации, совершенствование у пациента навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность лечения: от 1 года до неопределенно длительного срока.

Характер и алгоритм лечения, дополнительные трудности: смотри F40.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

В стационарных условиях обследование и лечение проводится в диагностически сложных случаях, при первичной постановке диагноза, при частых панических атаках (приступах), если агарофобия и поведение избегания резко выражены, а также при необходимости подбора или смены лечения, либо в случае, если проводимое амбулаторное лечение не дало эффекта.

Обязательное обследование: смотри перечень обязательного общеклинического обследования раздела «Общие положения». Смотри F41 1-й уровень этап 2.

В условиях стационара – при наличии показаний:

ЭКГ или суточное мониторирование ЭКГ;

ЭхоКГ;

профиль артериального давления или суточное мониторирование артериального давления (далее – СМАД);

консультации терапевта, кардиолога, невролога, эндокринолога;

содержание в крови тиреотропного гормона, Т4;

экспериментально-психологическое обследование – смотри Приложение, раздел F40 – F48.

Фармакотерапия: смотри 1-й уровень.

Психотерапия: смотри 1-й уровень. Дополнительно помимо перечисленных выше методик используются также гештальт-терапия, психодрама, аутогенная тренировка, гипнотерапия; биообратная связь; аппаратные технологии (аудиовидеостимуляция и другие).

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения

Обследование и лечение проводится в стационарных условиях в диагностически сложных случаях, при частых панических атаках (приступах), если агарофобия и поведение избегания резко выражены, а также при необходимости подбора или смены лечения, либо если проводимое амбулаторное лечение не дало эффекта.

Обязательное обследование: смотри перечень обязательного общеклинического обследования раздела «Общие положения».

При наличии показаний:

ЭКГ или суточное мониторирование ЭКГ;

ЭхоКГ;

профиль артериального давления или суточное мониторирование артериального давления (далее – СМАД);

консультации терапевта, кардиолога, невролога, эндокринолога;

содержание в крови тиреотропного гормона, Т4;

экспериментально-психологическое обследование – смотри Приложение, раздел F40 – F48.

Лечебно-диагностические мероприятия

1-й этап– диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое) – смотри 1-й уровень.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений.

3-й этап – долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов, переструктурирования поведенческих стереотипов, восстановления прежнего уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Фармакотерапия: смотри 1-й уровень.

Психотерапия: смотри 1-й уровень. Дополнительно помимо перечисленных выше методик используются также гештальт-терапия, психодрама, аутогенная тренировка, гипнотерапия; биообратная связь; аппаратные технологии (аудиовидеостимуляция и другие).

4-й этап – реабилитация, включающая длительную профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев) – смотри 1-й уровень.

Условия лечения: амбулаторные.

Особенности лечения в детском возрасте

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

Лечебно-диагностические мероприятия. 1-й этап – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обязательное обследование: смотри перечень обязательного общеклинического обследования раздела «Общие положения».

ЭКГ;

профиль артериального давления;

консультации терапевта (у детей до 18 лет – педиатра), невролога для исключения соматической и неврологической патологии;

экспериментально-психологическое обследование: смотри Приложение, раздел F40 – F48.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений.

3-й этап – долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Условия лечения: амбулаторно и в отделении дневного пребывания – в большинстве случаев. Стационарно – при выраженных симптомах и нарушениях адаптации для удаления пациента из психотравмирующей ситуации, а также для подбора адекватной терапии в резистентных случаях.

Длительность лечения: стационарно – до 30-40 дней с последующей поддерживающей терапией в амбулаторных условиях – от 3 недель до 6-12 месяцев в случае неустойчивой ремиссии. Лечение более легких случаев может быть начато с отделения дневного пребывания (до 30 дней) с последующим амбулаторным лечением. Необходимо закрепить полученный эффект с помощью поддерживающей фармакотерапии с постепенным снижением суточной дозы до полной отмены.

Основные принципы фармакотерапии не отличаются от таковых у взрослых. При фармакотерапии предпочтение отдается антидепрессантам группы СИОЗС, в частности сертралину, так как он применяется у детей с 6 лет.

Наращивать терапевтическую дозу следует постепенно, 1 раз в неделю. Прекращение лечения или замена антидепрессанта не должна происходить ранее, чем через 10-12 недель. При эффективности медикаментозного лечения терапевтическая доза должна сохраняться в течение 10-12 месяцев.

Длительность амбулаторного лечения колеблется от 3-4 недель до 12 месяцев. Повторные курсы фармакотерапии – в случае обострения. В тяжелых случаях – повторные курсы психотерапии на протяжении нескольких лет.

Цель и ожидаемые результаты лечения: полное или значительное обратное развитие клинических проявлений болезни и явлений дезадаптации, восстановление работоспособности и повышение социальной активности, школьной и социальной адаптации, редукция избегающего поведения.

В большинстве случаев лечение комбинированное (фармако- и психотерапия); постепенно возрастает доля психотерапевтических воздействий при постепенном отказе от фармакотерапии или использовании ее повторными краткосрочными курсами для быстрого купирования обострений.

Могут быть использованы релаксационные техники с использованием приемов аутосуггестии, трансовые техники с использованием директивных и недирективных техник, игровая психотерапия с использованием сказкотерапии, приемов гештальт-терапии и элементами психодрамы, использование приемов нейролингвистического программирования (далее – НЛП) и метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (далее – ДПДГ); символдрама, «песочная» психотерапия, арт-психотерапия и телесно-ориентированная психотерапия.

4-й этап – реабилитация, включающая длительную профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии.

Условия лечения: амбулаторно и в отделении дневного пребывания в большинстве случаев

В большинстве случаев лечение комбинированное (фармако- и психотерапия).

Фармакотерапия важна на первых этапах для получения быстрого противотревожного эффекта.

Постепенно возрастает доля психотерапевтических воздействий при постепенном отказе от фармакотерапии или использовании ее повторными краткосрочными курсами для быстрого купирования обострений.

Как правило, проводится комбинированная психотерапия с использованием различных методов: создание психотерапевтической среды дома и в детском учреждении, семейная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

Вначале следует проводить индивидуальные занятия, затем для усиления и закрепления эффекта – групповые формы работы. Постепенно нарастает интенсивность домашних заданий.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обязательное обследование: смотри перечень обязательного общеклинического обследования раздела «Общие положения».

При наличии показаний:

ЭКГ или суточное мониторирование ЭКГ;

ЭхоКГ;

профиль артериального давления или суточное мониторирование артериального давления (далее – СМАД);

содержание в крови тиреотропного гормона, Т4;

консультации терапевта (у детей до 18 лет – педиатра), кардиолога, невролога для исключения соматической и неврологической патологии;

экспериментально-психологическое обследование – смотри Приложение, раздел F40 – F48.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений.

3-й этап – долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

При необходимости проводятся лечебно-диагностические мероприятия этапа 4.

Фармакотерапия: смотри 1-й уровень.

Психотерапия: смотри 1-й уровень.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап: смотри 2-й уровень.

2-3 этапы: смотри 1-й уровень.

При необходимости проводятся лечебно-диагностические мероприятия этапа 4.

F40.1**Социальные фобии**

Общая характеристика. Фобия представляет собой постоянный иррациональный страх перед каким-либо объектом или ситуацией, что сопровождается комплексом сомато-вегетативных проявлений и ведет к избеганию пациентом этих объектов или ситуаций. Социальные фобии – это 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. При попадании в фобическую ситуацию у пациента возникают психические и сомато-вегетативные проявления тревоги, нарушается функционирование.

Уровни оказания медицинской помощи. Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое), в том числе с целью отграничения тревожно-фобического расстройства от внешне похожих симптомов различных соматических заболеваний и органических мозговых поражений.

Обследование и его кратность. Проводится, как правило, одновременно с этапом 2. Объем обследований: смотри F40.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Этап стабилизирующей терапии и восстановления социальной адаптации начинается со времени постановки диагноза.

Ожидаемый результат: полная редукция или значительное уменьшение симптоматики, повышение или восстановление уровня функционирования и социальной адаптации. Эффект терапии оценивается по редукции:

тревоги, возникающей в момент совершения действий и социальных контактов;

тревоги ожидания пугающей ситуации;

избегания социальной активности и контактов;

коморбидных расстройств, в частности депрессии и других тревожных расстройств.

Продолжительность: 6-12 месяцев.

Условия лечения: как правило, амбулаторно.

Характер и алгоритм лечения: в большинстве случаев лечение комбинированное (фармако- и психотерапия), фармакотерапия важна на первых этапах для получения быстрого анксиолитического эффекта; постепенно возрастает доля психотерапевтических воздействий при постепенном отказе от фармакотерапии.

Для фармакотерапии используются следующие лекарственные средства:

трициклические (гетероциклические) антидепрессанты:
кломипрамин – 5-250 мг/сутки, имипрамин – 100-200 мг/сутки,
мапротилин – 100-250 мг/сутки, амитриптилин – 50-250 мг/сутки;

антидепрессанты группы СИОЗС: пароксетин – 20-40 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;

при недостаточной эффективности антидепрессантов группы СИОЗС рекомендуется назначение антидепрессантов группы СИОЗСН (венлафаксин, начальная доза – 75 мг, терапевтическая – 225 мг/сутки), милнаципран, начальная доза – 50 мг, терапевтическая – 100 мг/сутки).

Использование антидепрессантов группы СИОЗС и СИОЗСН особенно показано при наличии коморбидной депрессии.

Для более быстрого достижения эффекта в первые 2-3 недели рекомендуется сочетание антидепрессантов группы СИОЗС с анксиолитическими средствами, производными бензодиазепина.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов: в первую очередь алпразолам (начальная доза – 0,25-0,5 мг/сутки; максимальная доза – 0,75-3 мг/сутки) и клоназепам (начальная доза – 0,5-1,5 мг/сутки; максимальная доза – 0,5-4 мг/сутки). Другие лекарственные средства этой группы (оксазепам, лоразепам и другие) при данном расстройстве малоэффективны.

Бета-адреноблокаторы используются кратковременно, преимущественно для купирования соматических проявлений тревоги. Применяются пропранолол (40 мг за 45-60 минут до попадания в ситуацию психоэмоционального и физического стресса), при генерализации тревоги – атенолол (50-100 мг/сутки).

Дополнительные трудности. Назначение бета-адреноблокаторов противопоказано при бронхиальной астме, сердечно-сосудистой недостаточности, брадикардии.

Для профилактики развития зависимости прием анксиолитических средств из группы бензодиазепинов не должен превышать 2-3-х недель и сопровождаться врачебным наблюдением (смотри F40).

Психотерапия является обязательной частью лечебных мероприятий. Цель – замена тревожных реакций на более адаптивное поведение.

Используются когнитивно-бихевиоральная терапия, десенсибилизационные стратегии (например, метод градуированной экспозиции пугающей ситуации), когнитивное реконструирование, релаксация, аутотренинг, гипнотерапия.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление прежнего уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Обязательной частью лечебных мероприятий является психотерапия. Акцент ставится на тренировке социальных навыков; групповых формах работы; также используются психообразование, группы само- и взаимопомощи; психосоциальная реабилитация.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое), в том числе с целью отграничения тревожно-фобического расстройства от внешне похожих симптомов различных соматических заболеваний и органических мозговых поражений.

Обследование и его кратность. Проводится, как правило, одновременно с этапом 2. Объем обследований: смотри F40 2-й уровень.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Этап стабилизирующей терапии и восстановления социальной адаптации начинается со времени постановки диагноза.

Условия лечения: как правило, амбулаторно.

Характер и алгоритм лечения: в большинстве случаев лечение комбинированное (фармако- и психотерапия) – смотри 1-й уровень.

Продолжительность: 6-12 месяцев.

Психотерапия является обязательной частью лечебных мероприятий – смотри 1-й уровень.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление прежнего уровня социальной, семейной и трудовой адаптации. Условия, характер и алгоритм лечения – смотри 1-й уровень 3-й этап.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F40 2-й уровень. Проводится одновременно с этапом 2.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Этап стабилизирующей терапии и восстановления социальной адаптации начинается со времени постановки диагноза.

Условия лечения: как правило, амбулаторно.

Характер и алгоритм лечения: в большинстве случаев лечение комбинированное (фармако- и психотерапия) – смотри 1-й уровень.

Продолжительность: 6-12 месяцев.

Психотерапия является обязательной частью лечебных мероприятий – смотри 1-й уровень.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление прежнего уровня социальной, семейной и трудовой адаптации. Условия, характер и алгоритм лечения – смотри 1-й уровень 3-й этап

F40.2

Специфические (изолированные) фобии

F40.8

Другие фобические тревожные расстройства

Общая характеристика. Специфические (изолированные) фобии представляют собой иррациональный страх перед теми или иными объектами из повседневной жизни – животными (обычно мышами, крысами, собаками, коровами), насекомыми (бабочками, пауками и так далее), ситуациями (страх высоты, темноты, авиаполетов, лифтов, страх перед инъекцией, видом крови и так далее), страх заразиться или заболеть какой-либо болезнью. При столкновении с фобическим стимулом у пациента возникают психические и сомато-вегетативные проявления тревоги и избегающее поведение, что нарушает его функционирование.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое)

Обследование и его частота: проводится, как правило, одновременно с этапом 2. Объем обследований: смотри F40 1-й уровень.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов; начинается со времени постановки диагноза.

Ожидаемый результат: полная редукция или значительное уменьшение клинических проявлений и явлений дезадаптации. Эффект терапии оценивается по редукции:

тревоги, возникающей при попадании в фобические ситуации;
избегания ситуаций и обстоятельств, имеющих отношение к страхам;

коморбидных расстройств, в частности депрессии и других тревожных расстройств.

Продолжительность: от 3 недель до 6-12 месяцев.

Условия лечения: чаще амбулаторно.

Характер и алгоритм лечения. Эффективны как фармакотерапия, так и психотерапия.

Анксиолитические средства назначаются в виде коротких обрывающих симптомы курсов, а также для эпизодического превентивного и купирующего приема: алпразолам (начальная доза – 0,25-0,5 мг/сутки; максимальная – 0,75-3 мг/сутки), клоназепам (начальная доза – 0,5-1,5 мг/сутки; максимальная доза – 4 мг/сутки); оксазепам, лоразепам, мебикар, этифоксин, афобазол. Бета-адреноблокаторы: кратковременный прием, преимущественно для купирования выраженных сомато-вегетативных проявлений тревоги. Применяются пропранолол (40 мг за 45-60 минут до попадания в ситуацию психоэмоционального и физического стресса), атенолол (50-100 мг/сут).

Дополнительные трудности. Назначение бета-адреноблокаторов противопоказано при бронхиальной астме, сердечно-сосудистой недостаточности, брадикардии.

Прием анксиолитических средств из группы бензодиазепинов не должен превышать 2-3-х недель во избежание развития зависимости. Они являются лишь средством неотложной помощи, и их изолированное использование без других лечебных мероприятий (психотерапия, обучение пациента) дает лишь кратковременный нестойкий эффект.

При коморбидности с депрессивными расстройствами назначаются антидепрессанты группы СИОЗС и СИОЗСН: флувоксамин (100-300 мг/сутки), флуоксетин (20-40 мг/сутки), сертралин (50-200 мг/сутки), пароксетин (20-40 мг/сутки), эсциталопрам (от 5-10 до 20 мг/сутки), венлафаксин (75-225 мг/сутки), циталопрам (10-60 мг/сутки).

Для более быстрого достижения эффекта в первые 2-3 недели рекомендуется сочетание антидепрессантов группы СИОЗС с бензодиазепиновыми анксиолитическими средствами.

Психотерапия является обязательной частью лечебных мероприятий. Цель – замена тревожных реакций на более адаптивное поведение. Используются поведенческая терапия, десенсибилизационные

стратегии (например, метод градуированной экспозиции пугающей ситуации); релаксация, аутотренинг; гипнотерапия; биообратная связь; психообразовательные программы для пациента.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации. Условия, характер и алгоритм лечения – смотри F40 1-й уровень 3-й этап

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое)

Обследование и его частота: проводится, как правило, одновременно с этапом 2. Объем обследований: смотри F40 2-й уровень.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов; начинается со времени постановки диагноза.

Ожидаемый результат: полная редукция или значительное уменьшение клинических проявлений и явлений дезадаптации. Эффект терапии оценивается по редукции:

тревоги, возникающей при попадании в фобические ситуации; избегания ситуаций и обстоятельств, имеющих отношение к страхам;

коморбидных расстройств, в частности депрессии и других тревожных расстройств.

Продолжительность: от 3 недель до 6-12 месяцев.

Условия лечения: чаще амбулаторно.

Характер и алгоритм лечения. Эффективны как фармакотерапия, так и психотерапия.

Анксиолитические средства назначаются в виде коротких обрывающих симптоматику курсов, а также для эпизодического превентивного и купирующего приема: алпразолам (начальная доза – 0,25-0,5 мг/сутки; максимальная – 0,75-3 мг/сутки), клоназепам (начальная доза – 0,5-1,5 мг/сутки; максимальная – 4 мг/сутки); оксазепам, лоразепам, мебикар. Бета-адреноблокаторы: кратковременный прием, преимущественно для купирования выраженных сомато-вегетативных проявлений тревоги. Применяются пропранолол (40 мг за 45-60 минут до

попадания в ситуацию психоэмоционального и физического стресса), атенолол (50-100 мг/сут).

Дополнительные трудности. Назначение бета-адреноблокаторов противопоказано при бронхиальной астме, сердечно-сосудистой недостаточности, брадикардии.

Для более быстрого достижения эффекта в первые 2-3 недели рекомендуется сочетание антидепрессантов группы СИОЗС с бензодиазепиновыми анксиолитическими средствами.

Прием анксиолитических средств из группы бензодиазепинов не должен превышать 2-3-х недель во избежание развития зависимости. Они являются лишь средством неотложной помощи, и их изолированное использование без других лечебных мероприятий (психотерапии, обучения пациента) дает лишь кратковременный нестойкий эффект.

При коморбидности с депрессивными расстройствами назначаются антидепрессанты группы СИОЗС и СИОЗСН: флувоксамин (100-300 мг/сутки), флуоксетин (20-40 мг/сутки), сертралин (50-200 мг/сутки), пароксетин (20-50 мг/сутки), эсциталопрам (от 5-10 до 20 мг/сутки), венлафаксин (75-225 мг/сутки), циталопрам (10-60 мг/сутки).

Психотерапия является обязательной частью лечебных мероприятий. Цель – замена тревожных реакций на более адаптивное поведение.

Используются поведенческая, десенсибилизационные стратегии (например, метод градуированной экспозиции пугающей ситуации); релаксация, аутотренинг; гипнотерапия; психообразовательные программы для пациента.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации. Условия, характер и алгоритм лечения – смотри F40 1-й уровень 3-й этап

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое)

Обследование и его частота: проводится, как правило, одновременно с этапом 2. Объем обследований: смотри F40 2-й уровень .

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов. Начинается со времени постановки диагноза.

Ожидаемый результат: полная редукция или значительное уменьшение клинических проявлений и явлений дезадаптации.

Продолжительность: от 3 недель до 6-12 месяцев.

Условия лечения: чаще амбулаторно.

Характер и алгоритм лечения: смотри 2-й уровень.

Фармакотерапия (смотри 2-й уровень).

Психотерапия: поведенческая терапия; десенсибилизационные стратегии (например, метод градуированной экспозиции пугающей ситуации); релаксация, аутотренинг; гипнотерапия; биообратная связь; психообразовательные программы для пациента.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации. Условия, характер и алгоритм лечения – смотри F40 1-й уровень 3-й этап.

F41.1

Генерализованное тревожное расстройство

Общая характеристика. Форма патологии, проявляющаяся стойкой монотонной и диффузной (так называемой свободно плавающей) тревогой по поводу жизненных событий, вероятность наступления которых в действительности весьма мала. Тревога при этом сопровождается столь значительными сомато-вегетативными проявлениями, что они становятся мучительными и нарушают социальное и профессиональное функционирование пациента.

Уровни оказания медицинской помощи. Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое), в том числе с целью отграничения

тревожного расстройства от внешне похожих симптомов различных соматических заболеваний и органических мозговых поражений;

Обследование и его частота. Проводится, как правило, одновременно с этапом 2. Объем обследований: смотри F40 1-й уровень.

Главная цель консультаций терапевта и невролога – дифференциально-диагностическая, то есть исключение связи симптомов расстройства с соматической либо неврологической патологией, которая подозревается у этих пациентов.

Цель консультации эндокринолога – исключение связи симптомов с патологией щитовидной железы.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на снижение уровня тревоги, уменьшение сомато-вегетативных проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов, переструктурирования поведенческих стереотипов.

Ожидаемый результат: существенное снижение уровня тревоги, уменьшение ее сомато-вегетативных проявлений.

Продолжительность: при стационарном лечении – до 1 месяца, при амбулаторном – до 4-6 месяцев.

Условия лечения: стационарное, отделение дневного пребывания, амбулаторное – зависит от тяжести, длительности расстройства и выраженности дезадаптации.

Характер и алгоритм лечения. Лечение включает фармакотерапию и психотерапию.

Применяемые группы лекарственных средств:

антидепрессанты – трициклические (гетероциклические), группы СИОЗС и СИОЗСН;

анксиолитические средства из группы бензодиазепинов;

небензодиазепиновые анксиолитические средства и снотворные средства;

нормотимики и противосудорожные средства с нормотимическим действием;

бета-адреноблокаторы.

Сведения об этих лекарственных средствах приведены в таблице 11.

При использовании антидепрессантов лечение начинают с низких доз, медленно повышая дозы до оптимальной (например, для имипрамина, амитриптилина либо кломипрамина начальная доза – 25-50 мг/сутки, повышается на 25 мг каждые 5-7 дней). Эффект трициклических антидепрессантов развивается относительно медленно – за 3-4 недели, поэтому в начале лечения они, как и антидепрессанты группы СИОЗС, могут сочетаться с анксиолитическими средствами производными

бензодиазепина. В любом случае у одного пациента используется лишь один антидепрессант и одно анксиолитическое средство из группы бензодиазепинов.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов показаны лишь в качестве неотложной помощи как наиболее быстродействующие лекарственные средства в виде кратковременного курса (не более 4-6 недель) в связи с опасностью развития зависимости (смотри F40).

Антипсихотики являются лекарственными средствами резерва и применяются при неэффективности антидепрессантов и анксиолитических средств.

Бета-адреноблокаторы – пропранолол, атенолол – назначаются в случаях, где выражены соматические проявления тревоги.

При сочетании генерализованной тревоги с вторичной депрессией показано сочетание антидепрессантов и бензодиазепиновых анксиолитических средств.

Лечение генерализованной тревоги 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.

Психотерапия и психообразование являются обязательной частью лечебных мероприятий. Рекомендуются начинать сразу же после снижения уровня тревоги и достижения состояния, при котором пациент способен конструктивно оценивать свои проблемы. Применяются следующие методики: когнитивно-бихевиоральная терапия; стратегии релаксации (дыхательные упражнения, медитация, аутогенная тренировка).

3-й этап – реабилитация, включающая длительную профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев), а также восстановление прежнего уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Ожидаемый результат: постепенное, стабильное снижение тревоги до возможно низкого уровня, позволяющего поддерживать эффективное бытовое и социальное функционирование.

Продолжительность: от 4-6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Условия лечения: амбулаторные.

Характер и алгоритм лечения: продолжение приема эффективных лекарственных средств, но в сниженных дозировках, в сочетании с когнитивно-бихевиоральной психотерапией. Возвращение к предыдущей суточной дозе при усилении симптомов.

Дополнительные трудности. Так как течение данного расстройства носит хронический характер, лекарственные средства назначаются длительно (4-6 месяцев и более).

Назначение анксиолитических средств из группы бензодиазепинов может привести к развитию зависимости, для предотвращения которой рекомендуется назначение лекарственных средств с длительным периодом полувыведения или назначение форм с медленным высвобождением лекарственных средств (ретардных форм).

Длительный прием бензодиазепинов сопровождается развитием резистентности и, как следствие, необходимостью наращивания дозы.

Для предупреждения указанных явлений необходимо предпринимать попытки по временной отмене лекарственного средства

Для профилактики синдрома отмены снижение дозы и отмену лекарственных средств, особенно с коротким периодом полувыведения, необходимо проводить постепенно, уменьшая суточную дозировку на 25% еженедельно или еще более дробными дозами.

При неэффективности комбинации указанных выше средств рекомендуется назначение атипичных антипсихотиков – кветиапина и др.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое), в том числе с целью отграничения тревожно-фобического расстройства от внешне похожих симптомов различных соматических заболеваний и органических мозговых поражений.

Обследование и его кратность. Проводится, как правило, одновременно с этапом 2. Объем обследований: смотри F40 2-й уровень.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Этап стабилизирующей терапии и восстановления социальной адаптации начинается со времени постановки диагноза.

Условия лечения: как правило, амбулаторно.

Характер и алгоритм лечения: в большинстве случаев лечение комбинированное (фармако- и психотерапия) – смотри 1-й уровень.

Продолжительность: 6-12 месяцев.

Психотерапию рекомендуется начинать сразу же после снижения уровня тревоги и достижения состояния, при котором пациент способен

конструктивно оценивать свои проблемы. Применяются следующие методики: когнитивно-бихевиоральная терапия; стратегии релаксации (дыхательные упражнения, медитация, аутогенная тренировка); биологическая обратная связь; краткосрочная психодинамическая психотерапия; групповая терапия; гипнотерапия; психообразование пациента и его родственников.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление прежнего уровня социальной, семейной и трудовой адаптации – смотри 1-й уровень 3-й этап.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F40 2-й уровень. Проводится одновременно с этапом 2.

В стационарных условиях обследование и лечение проводится в диагностически сложных случаях, при первичной постановке диагноза, а также при необходимости подбора или смены лечения, либо в случае, если проводимое амбулаторное лечение не дало эффекта.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов. Этап стабилизирующей терапии и восстановления социальной адаптации начинается со времени постановки диагноза.

Условия лечения: как правило, амбулаторно.

Характер и алгоритм лечения: в большинстве случаев лечение комбинированное (фармако- и психотерапия) – смотри 1-й уровень

Продолжительность: 6-12 месяцев.

Психотерапия: смотри 2-й уровень.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление прежнего уровня социальной, семейной и трудовой адаптации – смотри 1-й уровень 3-й этап.

F41.2

Смешанное тревожно-депрессивное расстройство

F41.3

Другие смешанные тревожно-депрессивные расстройства

F41.8

Другие уточненные тревожные расстройства

Общая характеристика. Данная диагностическая категория используется в тех случаях, когда в клинической картине примерно в одинаковой пропорции присутствуют как симптомы тревоги, так и депрессии, но при этом ни те, ни другие не выражены настолько, чтобы поставить какой-либо другой более определенный диагноз – например, генерализованного тревожного расстройства, депрессивного эпизода или дистимии.

Если симптомы тревоги, либо депрессии отчетливо преобладают и выражены в такой степени, что удовлетворяют диагностическим критериям тех или иных аффективных или тревожных расстройств, эта категория не должна использоваться, и пациенту в таких случаях необходимо выставлять оба диагноза. Если из практических соображений желательно ограничиться одним диагнозом, то предпочтение следует отдать депрессии (депрессивному эпизоду).

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика тревожно-депрессивного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожно-депрессивного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F40, F41.1 1-й уровень.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Ожидаемый результат: значительное обратное развитие симптомов тревоги и депрессии.

Продолжительность: при стационарном лечении – 3-6 недель, при амбулаторном – 4-6 месяцев.

Условия лечения: стационарное, отделение дневного пребывания, амбулаторное, в зависимости от тяжести, длительности расстройства и выраженности социальной и бытовой дезадаптации.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия. Антидепрессанты: трициклические (гетероциклические): мапротилин, кломипрамин, имипрамин, амитриптилин, тианептин, миансерин (смотри таблицу 11); антидепрессанты группы СИОЗС: флувоксамин (100-300 мг/сутки), сертралин (25-150 мг/сутки), эсциталопрам (10-20 мг/сутки), пароксетин (20-40 мг/сутки), циталопрам (10-60 мг/сутки); антидепрессанты группы СИОЗСН: венлафаксин (75-225 мг/сутки).

Анксиолитические средства: алпразолам (начальная доза – 0,25-0,5 мг/сутки; максимальная – 0,75-4 мг/сутки), клоназепам (начальная доза – 0,5-1,5 мг/сутки; максимальная – 4 мг/сутки); оксазепам, лоразепам, этифоксин, афобазол, мебикар.

Антиконвульсанты: карбамазепин – 100-400 мг/сутки, прегабалин – 150-600 мг/сутки, габапентин – от 900 до 3600 мг/сутки.

Для достижения более быстрого купирующего эффекта рекомендуется сочетать назначение антидепрессантов и анксиолитических средств в течение первых 2-3-х недель лечения.

Действия при отсутствии результата: если при использовании антидепрессантов и анксиолитических средств из группы бензодиазепинов эффект не достигнут, назначаются антипсихотики – хлорпротиксен, флупентиксол, сульпирид, кветиапин.

Психотерапия при достижении стабильного состояния: когнитивно-бихевиоральная терапия; релаксационные методы.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой

ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Ожидаемый результат: купирование остаточных клинических проявлений и дезадаптации, восстановление прежнего уровня функционирования.

Продолжительность лечения: 1-3 месяца.

Условия лечения: амбулаторные.

Характер и алгоритм лечения. Применяются фармакотерапия и психотерапия. Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

Фармакотерапия: продолжается прием лекарственных средств в поддерживающих дозировках с тенденцией к монотерапии одним из классов применяемых средств с постепенной отменой фармакотерапии. При усилении симптомов требуется возврат к предыдущей суточной дозе. Также необходим контроль стабильности ремиссии после отмены фармакотерапии.

Основная роль принадлежит психотерапии, цель которой – отработка и закрепление новых поведенческих паттернов, поддерживающих стабильность достигнутого состояния, адекватного требованиям среды.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожно-депрессивного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F40, F41.1 2-й уровень.

Фармакотерапия: смотри 1-й уровень.

Ожидаемый результат: значительное обратное развитие симптомов тревоги и депрессии.

Продолжительность: при стационарном лечении – 3-6 недель, при амбулаторном – 4-6 месяцев.

Условия лечения: стационарное, отделение дневного пребывания, амбулаторное, в зависимости от тяжести, длительности расстройства и выраженности социальной и бытовой дезадаптации.

Психотерапия при достижении стабильного состояния: когнитивно-бихевиоральная; краткосрочная психодинамическая; релаксационные методы.

2-й этап – стабилизирующая терапия и восстановление социальной адаптации.

Ожидаемый результат: купирование остаточных клинических проявлений и дезадаптации, восстановление прежнего уровня функционирования.

Продолжительность: 1-3 месяца.

Условия лечения: амбулаторные.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия: смотри 1-й уровень. Продолжается прием лекарственных средств в поддерживающих дозировках с тенденцией к монотерапии одним из классов применяемых средств с постепенной отменой медикаментозного лечения. При усилении симптомов требуется возврат к предыдущей суточной дозе. Также необходим контроль стабильности ремиссии после отмены фармакотерапии.

Основная роль принадлежит психотерапии, цель которой – отработка и закрепление новых поведенческих паттернов, поддерживающих стабильность достигнутого адекватного требованиям среды состояния. Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Ожидаемый результат: купирование остаточных клинических проявлений и дезадаптации, восстановление прежнего уровня функционирования.

Продолжительность лечения: 1-3 месяца.

Условия лечения: амбулаторные.

Характер и алгоритм лечения. Применяются фармакотерапия и психотерапия. Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

Фармакотерапия: продолжается прием лекарственных средств в поддерживающих дозировках с тенденцией к монотерапии одним из классов применяемых средств с постепенной отменой фармакотерапии. При усилении симптомов требуется возврат к предыдущей суточной дозе. Также необходим контроль стабильности ремиссии после отмены фармакотерапии.

Основная роль принадлежит психотерапии, цель которой – отработка и закрепление новых поведенческих паттернов, поддерживающих стабильность достигнутого состояния, адекватного требованиям среды.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика тревожно-депрессивного расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F40 2-й уровень.

В стационарных условиях обследование и лечение проводится в диагностически сложных случаях, при первичной постановке диагноза, а также при необходимости подбора или смены лечения, либо в случае, если проводимое амбулаторное лечение не дало эффекта.

Фармакотерапия: смотри 1-й уровень.

Ожидаемый результат: значительное обратное развитие симптомов тревоги и депрессии.

Продолжительность: при стационарном лечении – 3-6 недель, при амбулаторном – 4-6 месяцев.

Условия лечения: стационарное, отделение дневного пребывания, амбулаторное, в зависимости от тяжести, длительности расстройства и выраженности социальной и бытовой дезадаптации.

Психотерапия при достижении стабильного состояния: когнитивно-бихевиоральная; краткосрочная психодинамическая; релаксационные методы.

2-й этап – стабилизирующая терапия и восстановление социальной адаптации.

Ожидаемый результат: купирование остаточных клинических проявлений и дезадаптации, восстановление прежнего уровня функционирования.

Продолжительность: 1-3 месяца.

Условия лечения: амбулаторные.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия: смотри 1-й уровень. Продолжается прием лекарственных средств в поддерживающих дозировках с тенденцией к монотерапии одним из классов применяемых средств с постепенной отменой фармакотерапии. При усилении симптомов требуется возврат к предыдущей суточной дозе. Также необходим контроль стабильности ремиссии после отмены фармакотерапии.

Основная роль принадлежит психотерапии, цель которой – отработка и закрепление новых поведенческих паттернов, поддерживающих стабильность достигнутого адекватного требованиям среды состояния. Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой

ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Ожидаемый результат: купирование остаточных клинических проявлений и дезадаптации, восстановление прежнего уровня функционирования.

Продолжительность лечения: 1-3 месяца.

Условия лечения: амбулаторные.

Характер и алгоритм лечения. Применяются фармакотерапия и психотерапия. Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

Фармакотерапия: продолжается прием лекарственных средств в поддерживающих дозировках с тенденцией к монотерапии одним из классов применяемых средств с постепенной отменой фармакотерапии. При усилении симптомов требуется возврат к предыдущей суточной дозе. Также необходим контроль стабильности ремиссии после отмены фармакотерапии.

Основная роль принадлежит психотерапии, цель которой – отработка и закрепление новых поведенческих паттернов, поддерживающих стабильность достигнутого состояния, адекватного требованиям среды.

F42

Обсессивно-компульсивное расстройство

Общая характеристика. Форма патологии, основными проявлениями которой являются обсессии (навязчивости) – часто повторяющиеся и тягостные для пациента мысли, чувства и импульсы, а также компульсии (ритуалы) – действия, которые совершаются пациентом с целью снижения тревоги, вызванной обсессиями.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Уровни оказания медицинской помощи

- 1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;
 2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;
 3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F41.2 – F41.9 1-й уровень.

При наличии неврологической симптоматики показаны консультация невролога, МРТ или КТ головного мозга. У детей необходимо определение наличия стрептококковой инфекции, консультация невролога.

2-й этап – купирующая терапия. Лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Ожидаемый результат: значительное уменьшение симптомов, упорядочивание поведения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F41.2 – F41.9 1-й уровень. Проводится одновременно с этапом 2, чаще – в стационарных, реже – в амбулаторных условиях.

Продолжительность: при стационарном лечении – 3-6 недель, при амбулаторном – 2-4 месяца.

Условия лечения: стационарное, отделение дневного пребывания, амбулаторное, в зависимости от тяжести, длительности расстройства и выраженности социальной и бытовой дезадаптации. Показаниями к стационарному лечению являются ситуации, когда члены семьи поддерживают компульсивное поведение пациента; безуспешность предшествовавшего амбулаторного лечения; необходимость подбора комбинаций лекарственных средств; сопутствующие психические расстройства – депрессия, тикозные гиперкинезы, расстройства личности, зависимости и другие.

Характер и алгоритм лечения. Эффективны фармакотерапия и психотерапия, которые, как правило, используются совместно. В некоторых случаях может быть использована только психотерапия.

Фармакотерапия. Показаниями являются: сопутствующая депрессия; сопутствующие тики; безуспешные попытки проведения психотерапии; преобладание obsessions; значительная тяжесть симптомов; слабая мотивация к лечению (вследствие большой давности заболевания, недостаточной критики и других); желание самого пациента.

Лекарственными средствами первого ряда являются ТЦА – кломипрамин и антидепрессанты группы СИОЗС.

Особенности тактики лечения обсессивно-компульсивного расстройства (далее – ОКР) антидепрессантами:

назначение максимально переносимых дозировок;
длительный латентный период – до развития эффекта может пройти 2-3 месяца;

хорошая переносимость лекарственных средств этими пациентами.

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 антидепрессанта 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 антидепрессанту другие лекарственные средства.

Лекарственные средства для лечения обсессивно-компульсивного расстройства представлены в таблице 12.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Лечение нужно продолжать не менее 1 года после формирования ремиссии. При лечении обсессивно-компульсивного расстройства антипсихотики не относятся к лекарственным средствам первого выбора, а используются лишь в некоторых терапевтически резистентных случаях.

Действия при отсутствии результата. Терапевтическая резистентность. Если монотерапия антидепрессантами оказалась малоэффективной или неэффективной, то возможно проведение комбинированной психофармакотерапии.

Наиболее часто антидепрессант комбинируют с антипсихотиком или клоназепамом. В самых тяжелых случаях оправдана комбинация антидепрессант + антипсихотик + клоназепам. Следует учитывать, что у некоторых пациентов терапия антипсихотиками (особенно атипичными) вызывает усиление существующих навязчивостей и появление новых.

При сочетании обсессивно-компульсивного расстройства с тиками или шизофренией антипсихотики назначают как лекарственные средства первого ряда (рисперидон, галоперидол), а при их неэффективности используют сочетание антипсихотика и антидепрессанта. При сочетании ОКР с тиками возможно использование сульпирида в дозе 200-600 мг/сутки.

Психотерапия. Среди психотерапевтических методик наиболее эффективной является когнитивно-бихевиоральная терапия. Она основана на сочетании провокации навязчивости и предотвращения ритуала. Если же проводится только медикаментозное лечение, то нередко после его окончания быстро наступает рецидив.

При преобладании компульсий показана поведенческая (бихевиоральная) психотерапия, при преобладании обсессий – когнитивная психотерапия.

Другие методы работы с обсессиями:

экспозиция в воображении – магнитофонная запись речи терапевта или пациента на тему обсессий, либо пациент пишет на бумаге, проговаривает содержание обсессий;

выражение в числах реальной вероятности негативного события и доли ответственности больного за это событие (мысли – стимулы);

метод «этикетка на симптом» – проговаривание того, что обсессия – это патологический симптом;

позитивная интерпретация – подчеркивание того, что человек с контрастными навязчивостями отличается особыми моральными качествами и религиозностью.

Родственников необходимо информировать о природе заболевания и правилах поведения с пациентом, они не должны поддерживать ритуалы больного. В некоторых случаях для достижения результата может потребоваться проведение семейной терапии.

Психообразование, группы само- и взаимопомощи являются важной частью психосоциальной реабилитации.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F41.2 – F41.9. 1-й уровень.

2-й этап – купирующая терапия. Лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Ожидаемый результат: значительное уменьшение симптомов, упорядочивание поведения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F41.2 – F41.9 1-й уровень. Проводится одновременно с этапом 2, чаще – в стационарных, реже – в амбулаторных условиях.

Продолжительность: при стационарном лечении – 3-6 недель, при амбулаторном – 2-4 месяца.

Условия лечения: стационарное, отделение дневного пребывания, амбулаторное, в зависимости от тяжести, длительности расстройства и выраженности социальной и бытовой дезадаптации.

Характер и алгоритм лечения. Эффективны фармакотерапия и психотерапия, которые, как правило, используются совместно. В некоторых случаях может быть использована только психотерапия.

Фармакотерапия – смотри 1-й уровень.

Терапия антидепрессантами оказывает эффект примерно у 70% пациентов. У большинства пациентов имеет место частичный эффект. Полное купирование симптомов под влиянием фармакотерапии наблюдается у малой доли пациентов. Если проводится только фармакотерапия, то нередко после его окончания быстро наступает рецидив.

Психотерапия – смотри 1-й уровень.

При преобладании компульсий показана поведенческая (бихевиоральная) психотерапия, при преобладаний obsessions – когнитивная психотерапия.

Семейная терапия. Психосообразование, группы само- и взаимопомощи являются важной частью психосоциальной реабилитации.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Ожидаемый результат: поддержание ремиссии, упорядоченное поведение, сохранение уровня функционирования, трудовой, семейной и социальной адаптации.

Продолжительность: 1 год и более.

Условия лечения: амбулаторные.

Характер и алгоритм лечения. Продолжение приема лекарственного средства, которое оказалось эффективным на предыдущем этапе, на протяжении как минимум 1 года, при стабильном состоянии – его медленная отмена. В случае возврата симптомов – возобновление

фармакотерапии. Продолжение психотерапии, психообразования, работы с семьей, занятий в группах само- и взаимопомощи. Психосоциальная реабилитация.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F41.2 – F41.9. 2-й уровень

В стационарных условиях обследование и лечение проводится в диагностически сложных случаях, при первичной постановке диагноза, а также при необходимости подбора или смены лечения, либо в случае, если проводимое амбулаторное лечение не дало эффекта.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F41.2 – F41.9 2-й уровень.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации: смотри F41.2 – F41.9 2-й уровень.

Особенности лечения ОКР в детском возрасте. Обсессивно-компульсивное расстройство может начинаться уже в возрасте до 6-7 лет. Чаще встречается у мальчиков. Примерно у 20-25% детей с навязчивостями один из родителей также страдает данным расстройством.

Прогноз при обсессивных расстройствах у детей 14-17 лет в целом менее благоприятный. У 30-70% детей с навязчивостями в возрасте до 17 лет включительно заболевание приобретает хронический характер, к навязчивостям присоединяются другие психические расстройства – страхи, аффективные нарушения, расстройства личности.

В отличие от взрослых, дети младшего возраста часто не воспринимают навязчивости как собственные, а ощущают их как индуцированные извне.

У детей с хроническим течением навязчивостей нет сопротивления определенным ритуалам, они интегрируют их в свою повседневную

жизнь. Наиболее часто встречающимися в детском возрасте 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.

При проведении обследования дополнительно обязательна консультация педиатра.

Особенностью лечения детей с обсессивно-компульсивными расстройствами является активное участие семьи.

Основные принципы фармакотерапии не отличаются от таковых у взрослых. Навязчивые действия лучше поддаются лечению, чем навязчивые мысли. При фармакотерапии предпочтение отдается антидепрессантам группы СИОЗС, в частности сертралину, так как он применяется у детей с 6 лет.

Наращивать терапевтическую дозу следует постепенно, 1 раз в неделю. Прекращение лечения или замена антидепрессанта не должна происходить ранее, чем через 10-12 недель. При эффективности фармакотерапии терапевтическая доза должна сохраняться в течение 10-12 месяцев.

F43

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

F43.0

Острая реакция на стресс

Общая характеристика. Острая реакция на стресс (синонимы – острая стресс-реакция, психический шок, аффективно-шоковая реакция, реакция экстремальной ситуации и другое) представляет собой обратимое и кратковременное психическое расстройство, возникающее как непосредственный ответ на психосоциальные стрессоры чрезвычайной силы и интенсивности (например, пожары, землетрясения, транспортные аварии, внезапную смерть кого-то из близких и другое). Состояние длится от нескольких часов до 2-3 суток, иногда может затягиваться.

Уровни оказания медицинской помощи

- 1-й – районные, городские организации здравоохранения;
- 2-й – межрайонные, областные организации здравоохранения;
- 3-й – республиканские организации здравоохранения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: проводится одновременно с этапом 2, чаще в стационарных условиях. Объем: смотри F41.2 – F41.9 1-й уровень.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Ожидаемый результат: купирование острых симптомов, упорядочивание поведения.

Продолжительность: от нескольких часов до нескольких дней, в тяжелых случаях – до 30 дней.

Условия лечения: чаще стационарное, в легких случаях – отделение дневного пребывания, амбулаторное.

Характер и алгоритм лечения: используется фармакотерапия и психотерапия.

При фармакотерапии чаще всего используют анксиолитические средства из группы бензодиазепинов в невысоких и средних дозах на непродолжительное время: диазепам (в том числе парентерально), клоназепам, алпразолам, оксазепам, лоразепам, мебикар, афобазол, этифаксин и другие; антипсихотики с седативным эффектом: зуклопентиксол, хлорпротиксен; карбамазепин в дозе 200-400 мг/сутки; антидепрессанты с седативным действием в невысоких дозах: амитриптилин (или амитриптилин ретард), миансерин, тианептин, венлафаксин и другие. При нарастании депрессивной симптоматики их дозы повышают до среднетерапевтических.

При психотерапии применяется кризисное вмешательство, целью которого является быстрое достижение состояния эмоционального облегчения. Главная задача – определить степень значимости происшедшего для пациента и предоставить возможность самовыразиться (описать чувственные переживания и убеждения). На заключительном этапе выделяется позитивная конструкция пережитой травмы как возможность для дальнейшего развития. Включаются элементы семейной психотерапии.

В комплексном лечении используются также психообразовательные программы и психосоциальная реабилитация.

Дополнительные трудности: прием анксиолитических средств из группы бензодиазепинов может маскировать первые признаки наступающей депрессии и суицидальные тенденции, поэтому необходимо с особой внимательностью оценивать состояние пациента при каждой встрече.

Действия при отсутствии результата: если симптоматика продолжает сохраняться более 1-2 недель, то диагноз и терапевтические подходы должны быть изменены на другой диагноз и соответствующее лечение.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Этап стабилизирующей терапии и восстановления социальной адаптации имеет место только при тяжелых формах реакции на стресс.

Ожидаемый результат: полное купирование остаточных клинических проявлений и дезадаптации.

Продолжительность: до 1 месяца.

Условия лечения: амбулаторные или стационарные.

Характер и алгоритм лечения. Применяются фармакотерапия и психотерапия.

Фармакотерапия: продолжается прием лекарственных средств в поддерживающей дозе с тенденцией к постепенной отмене медикаментозного лечения.

Основная роль принадлежит психотерапии, цель которой – отработка и закрепление новых поведенческих паттернов, поддерживающих стабильность достигнутого адекватного состояния. Применяются: релаксационные методы; когнитивно-бихевиоральная психотерапия; гипнотерапия; семейная и групповая психотерапия. В

комплексном лечении используются психообразовательные программы и психосоциальная реабилитация.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: проводится одновременно с этапом 2, чаще в стационарных условиях. Объем: смотри F41.2 – F41.9 2-й уровень.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Ожидаемый результат: купирование острых симптомов, упорядочивание поведения.

Продолжительность: от нескольких часов до нескольких дней, в тяжелых случаях – до 30 дней.

Условия лечения: чаще – стационарное, в легких случаях – отделение дневного пребывания, амбулаторное.

Характер и алгоритм лечения: фармакотерапия и психотерапия.

Фармакотерапия – смотри 1-й уровень.

Психотерапия – смотри 1-й уровень.

Семейная психотерапия. В комплексном лечении используются также психообразовательные программы и психосоциальная реабилитация.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Ожидаемый результат: полное купирование остаточных клинических проявлений и дезадаптации.

Продолжительность: до 1 месяца.

Условия лечения: амбулаторные или стационарные.

Характер и алгоритм лечения: фармакотерапия и психотерапия. Основная роль принадлежит психотерапии, цель которой – отработка и закрепление новых поведенческих паттернов, поддерживающих стабильность достигнутого адекватного состояния. Применяются: релаксационные методы; когнитивно-бихевиоральная психотерапия; гипнотерапия; биообратная связь; семейная и групповая психотерапия. В

комплексном лечении используются психообразовательные программы и психосоциальная реабилитация.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: проводится одновременно с этапом 2, чаще – в стационарных условиях. Объем: смотри F41.2 – F41.9 2-й уровень.

В стационарных условиях обследование и лечение проводится в диагностически сложных случаях, при первичной постановке диагноза, а также при необходимости подбора или смены лечения, либо в случае, если проводимое амбулаторное лечение не дало эффекта.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Ожидаемый результат: купирование острых симптомов, упорядочивание поведения.

Продолжительность: от нескольких часов до нескольких дней, в тяжелых случаях – до 30 дней.

Условия лечения: чаще – стационарное, в легких случаях – отделение дневного пребывания, амбулаторное.

Характер и алгоритм лечения: фармакотерапия и психотерапия – смотри 2-й уровень.

3-й этап – стабилизирующая терапия и восстановление социальной адаптации имеет место только при тяжелых формах реакции на стресс. Реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Ожидаемый результат: полное купирование остаточных клинических проявлений и дезадаптации.

Продолжительность: до 1 месяца.

Условия лечения: амбулаторные или стационарные.

Характер и алгоритм лечения: фармакотерапия и психотерапия – смотри 2-й уровень.

Особенности лечения в детском возрасте. Для ребенка стрессом может явиться сильное переживание или резкое и угрожающее изменение в окружающей обстановке.

Наиболее частые типы психотравмирующих факторов:

шоковые психические травмы;

ситуационные психотравмирующие факторы относительно кратковременного действия;

хронически действующие психотравмирующие ситуации;

факторы эмоциональной депривации.

Симптоматика включает аффективные (депрессивные, дисфорические), тревожные, фобические, соматовегетативные, поведенческие, психомоторные нарушения различной степени выраженности в зависимости от возраста, личностных особенностей, интенсивности стресса, наличия соматических и неврологических заболеваний в анамнезе, социальных условий.

Терапия является комплексной и включает фармакотерапию и психотерапию с учетом ведущего синдрома, возраста и личностных особенностей ребенка.

Целесообразно начинать лечение с лекарственных средств растительного происхождения:

с легким антидепрессивным действием – экстракт элеутерококка жидкого, настойка лимонника китайского;

седативным действием: настойка валерианы, настойка пустырника, и другие.

При наличии выраженной тревоги, нарушениях сна, отсутствии эффекта от применения лекарственных средств растительного происхождения назначают анксиолитические средства (алпразолам, диазепам, хлордиазепоксид, мебикар) короткими курсами до 2-3 недель.

При наличии стойкой депрессивной симптоматики применяют антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам).

Для коррекции поведенческих расстройств возможно применение антипсихотиков (перициазин, сульпирид).

При наличии вегетативных нарушений – применение бета-адреноблокаторов (пропранолол).

Дозировка лекарственных средств и возраст, с которого допускается их применение, указаны в таблице 17.

Психотерапевтические методики используются с учетом возраста, личностных особенностей ребенка, фабулы переживаний. Применяются игровая, групповая, семейная психотерапия, гипнотерапия, сказкотерапия, арттерапия, мышечная релаксация.

В комплексном лечении используются психообразовательные программы и психосоциальная реабилитация.

F43.1

Посттравматическое стрессовое расстройство

Общая характеристика. Посттравматическое стрессовое расстройство (далее – ПТСР) – форма психической патологии, причиной которой является перенесенный пациентом крайне тяжелый психосоциальный стресс, который по своей интенсивности выходит за пределы обычного человеческого опыта. Проявления ПТСР возникают через несколько недель или месяцев после травматического события и продолжаются длительное время – месяцы и годы.

Симптоматика включает:

повторное помимо воли пациента переживание травмирующего события в виде навязчивых воспоминаний, сновидений, ночных кошмаров и другое;

постоянное избегание стимулов, напоминающих о травме;

усиление вегетативных проявлений тревоги и уровня бодрствования;

изменения поведения в повседневной жизни – безразличие к делам, снижение чувства ответственности, у детей – регресс в поведении и другое.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое). Проводится одновременно с этапом 2, чаще – в стационарных условиях. Объем – смотри F41.2 – F41.9 1-й уровень. Очень важен подробный сбор анамнеза и жизненных событий в последние месяцы и годы перед появлением симптомов.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Ожидаемый результат: купирование острых симптомов, упорядочивание поведения.

Продолжительность: в стационарных условиях – до 30-40 дней, в амбулаторных – до 3-4 месяцев.

Условия лечения: чаще – стационарное, в более легких случаях – отделение дневного пребывания, амбулаторное. Показания для стационарного обследования и лечения:

диагностическая неясность;
наличие суицидальных тенденций;
грубо дезорганизованное или антисоциальное поведение;
сопутствующее злоупотребление психоактивными веществами или зависимость от психоактивных веществ;
неэффективность амбулаторного лечения;
настояние самого пациента.

Характер и алгоритм лечения.

Обязательным является сочетание фармакотерапии, психотерапии и психообразовательных мероприятий, включая членов семьи пациента, психосоциальная реабилитация.

Фармакотерапия:

трициклические (гетероциклические) антидепрессанты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, тианептин и другие;

антидепрессанты группы СИОЗС: флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин;

нормотимики и противосудорожные средства (с нормотимической целью): соли лития, карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты, топирамат, прегабалин, ламотриджин;

антипсихотики: хлорпротиксен, сульпирид;

анксиолитические средства из группы бензодиазепинов: алпразолам, клоназепам (назначаются только при крайней необходимости на срок не

более 2-3 недель ввиду большой опасности развития зависимости у этих пациентов).

В случае преобладания враждебности и импульсивности используют карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты, полиуронат лития либо антипсихотики; при снижении настроения, апатии – трициклические антидепрессанты и антидепрессанты группы СИОЗС; при наличии навязчивых воспоминаний и «обратных вспышек» – антидепрессанты группы СИОЗС; при преобладании генерализованной тревоги и приступах страха, а также при диссоциативных симптомах – трициклические антидепрессанты, антидепрессанты группы СИОЗС; при нарушениях сна – анксиолитические средства из группы бензодиазепинов, небензодиазепиновые снотворные средства – залеплон, зопиклон и золпидем.

Для наступления терапевтического эффекта часто требуется длительное время – от 3 до 6 недель и более.

Как только яркие симптомы расстройства сгладятся, начинают психотерапию в следующих формах:

когнитивно-бихевиоральная (важная цель – выявление связи симптомов с перенесенной психической травмой);

метод десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз (далее – ДПДГ);

релаксационные методы;

гипнотерапия;

групповая терапия;

семейная терапия.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Ожидаемый результат: полное купирование остаточных проявлений, восстановление самооценки, уровня функционирования, социальной и семейной адаптации.

У части пациентов не удастся добиться полного купирования симптомов, особенно если травматическое воздействие носило длительный, хронический характер – в таких случаях удовлетворительным результатом лечения является ослабление симптомов и улучшение социальной адаптации.

Продолжительность: 6-12 месяцев и более.

Условия лечения: амбулаторные.

Характер и алгоритм лечения. Продолжается фармакотерапия поддерживающими дозами лекарственных средств, оказавшимися

эффективными на предыдущем этапе. После полного исчезновения болезненных симптомов делается попытка медленного снижения дозы и прекращения фармакотерапии, в последующем – контроль стабильности состояния после отмены фармакотерапии.

Основная роль принадлежит психотерапии, цель которой – отработка и закрепление новых поведенческих паттернов, поддерживающих стабильность достигнутого состояния.

Применяются релаксационные методы; когнитивно-бихевиоральная психотерапия; гипнотерапия; семейная и групповая психотерапия; психообразование, занятия в группах само- и взаимопомощи, психосоциальная реабилитация.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Проводится одновременно с этапом 2, чаще – в стационарных условиях. Объем – смотри F41.2 – F41.9 2-й уровень. Очень важен подробный сбор анамнеза и жизненных событий в последние месяцы и годы перед появлением симптомов.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Ожидаемый результат: купирование острых симптомов, упорядочивание поведения.

Продолжительность: в стационарных условиях – до 30-40 дней, в амбулаторных – до 3-4 месяцев.

Условия лечения: чаще – стационарное, в более легких случаях – отделение дневного пребывания, амбулаторное. Показания для стационарного обследования и лечения – смотри уровень 1.

Характер и алгоритм лечения. Обязательным является сочетание фармакотерапии, психотерапии и психообразовательных мероприятий, включая членов семьи пациента, психосоциальная реабилитация.

Фармакотерапия – смотри уровень 1.

Для наступления терапевтического эффекта часто требуется длительное время – от 3 до 6 недель и более.

Психотерапия:

когнитивно-бихевиоральная (важная цель – демонстрация связи симптомов с перенесенной психической травмой);

метод десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз (далее – ДПДГ);
 метод визуально-кинестетической диссоциации;
 метод ослабления травматического инцидента;
 релаксационные методы;
 гипнотерапия;
 биообратная связь;
 аппаратные технологии (аудиовидеостимуляция и другие);
 групповая терапия;
 семейная терапия;
 психодинамическая терапия.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации – смотри уровень 2.

Ожидаемый результат: полное купирование остаточных проявлений, восстановление самооценки, уровня функционирования, социальной и семейной адаптации.

Продолжительность: 6-12 месяцев и более.

Условия лечения: амбулаторные.

Лечение: продолжается фармакотерапия поддерживающими дозами лекарственных средств – смотри уровень 2. Основная роль принадлежит психотерапии – смотри уровень 2.

Профилактика. Основным методом профилактики данного расстройства является психологический дебрифинг. Он представляет собой особым образом организованное обсуждение, которое проводят в группах людей, совместно переживших травматическое воздействие. Оптимальное время проведения – не ранее, чем через 48 часов после события. В группе дебрифинга может быть до 15 человек.

Составные компоненты дебрифинга:

проработка впечатлений, реакций и чувств;

когнитивная организация переживаемого опыта посредством понимания смысла происшедших событий;

уменьшение ощущения уникальности и патологичности собственных реакций;

подготовка к переживанию тех симптомов и реакций, которые могут возникнуть;

определение средств дальнейшей помощи в случае необходимости.

Процедура дебрифинга подразделяется на три фазы:

проработка основных чувств участников;

детальное обсуждение симптомов и обеспечение чувства защищенности и поддержки;

мобилизация ресурсов, обеспечение информацией и формирование планов на будущее.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – обследование. Проводится одновременно с этапом 2, чаще в стационарных условиях. Объем – смотри F41.2 – F41.9 уровень 2.

В стационарных условиях обследование и лечение проводится в диагностически сложных случаях, при первичной постановке диагноза, а также при необходимости подбора или смены лечения, либо в случае, если проводимое амбулаторное лечение не дало эффекта.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Ожидаемый результат: купирование острых симптомов, упорядочивание поведения.

Продолжительность: в стационарных условиях – до 30-40 дней, в амбулаторных – до 3-4 месяцев.

Условия лечения: чаще стационарное, в более легких случаях – отделение дневного пребывания, амбулаторное. Показания для стационарного обследования и лечения: смотри уровень 1.

Характер и алгоритм лечения: смотри уровень 2.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации – смотри уровень 2.

Продолжительность: 6-12 месяцев и более.

Условия лечения: амбулаторные.

Характер и алгоритм лечения: смотри уровень 2.

Особенности лечения в детском возрасте. Обследование проводится в амбулаторных условиях и отделении дневного пребывания при выраженных расстройствах, для удаления пациента из психотравмирующей ситуации – в стационарных условиях (в психосоматических или психоневрологических отделениях). В стационарных условиях кроме перечисленного выше (все уровни оказания медицинской помощи) необходимы:

осмотр педиатра (кратность – по показаниям);

обязательное
обследование.

экспериментально-психологическое

Исследования эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей ребенка в возрасте до 5 лет проводится с помощью:

наблюдения за ребенком в процессе установления контакта;
рисования и сочинения рассказа;
опроса родителей, воспитателей.

В возрасте старше 5 лет – также с помощью экспериментально-психологических методик: смотри Приложение 1, разделы F40-48, F43.

Принципы терапии. Лечение является комплексным и включает фармакотерапию, психотерапию, физиотерапию с учетом возрастных и личностных особенностей детей. Фармакотерапия направлена на редукцию тревоги, стабилизацию эмоционального фона, коррекцию нарушений сна, вегетативных, поведенческих нарушений.

В зависимости от характера симптоматики и возраста ребенка назначаются:

антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин, флувоксамин, сертралин);

анксиолитические средства производные бензодиазепина (алпразолам, диазепам, хлордиазепоксид, мебикар);

противоэпилептические средства с нормотимическим действием (карбамазепин);

адаптогены (экстракт элеутерококка жидкий, настойка женьшеня);

седативные лекарственные средства растительного происхождения (настойка валерианы, настойка пустырника).

Антипсихотики (перициазин, сульпирид) назначаются при наличии психомоторного возбуждения, выраженности поведенческих нарушений, а также при неэффективности анксиолитиков. Дозировки подбираются по правилам, применяемым в педиатрической практике, с учетом возраста, глубины расстройства, тяжести состояния (смотри таблицу 17).

Психотерапевтические методики используются с учетом возраста, личностных особенностей ребенка, особенностей психотравмы, фабулы переживаний. Применяются игровая, групповая, семейная психотерапия, гипнотерапия, поведенческая терапия, сказкотерапия, арттерапия, мышечная релаксация.

Из методов физиотерапии используют электросон совместно с электрофорезом лекарственных средств (бромистый натрий, сернокислый магний), водные процедуры (йодно-бромные, хвойно-валериановые, жемчужные ванны, подводный душ-массаж).

F43.2**Адаптационные расстройства****F43.20****Кратковременная депрессивная реакция****F43.21****Пролонгированная депрессивная реакция****F43.22****Смешанная тревожно-депрессивная реакция****F43.23****С преобладанием нарушения других эмоций****F43.24****С преобладанием нарушения поведения****F43.25****Со смешанными нарушениями эмоций и поведения****F43.28****С другими уточненными преобладающими симптомами****F43.8****Другие реакции на тяжелый стресс****F43.9****Реакция на тяжелый стресс неуточненная**

Общая характеристика. Адаптационные расстройства (расстройства адаптации) представляют собой обширную сборную группу неглубоких и обратимых психических нарушений, возникающих в ответ на различные психотравмирующие факторы обычной интенсивности. Стрессовый фактор может затрагивать целостность микросоциальной сети больного (потеря кого-то из близких, разлука, развод) или более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). Стресс может быть связан с кризисом развития, переломным моментом в жизни человека (поступление в школу, рождение ребенка, неудача при попытке достижения значимой цели, выход на пенсию).

Адаптационные расстройства возникают в срок до 1 месяца после психотравмирующего события и длятся не более 6 месяцев, заканчиваясь, как правило, выздоровлением.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F41.2 – F41.9 1-й уровень.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Ожидаемый результат: значительное уменьшение выраженности симптомов.

Продолжительность: в стационаре – 2-3 недели, амбулаторно – до 1 месяца (за исключением пролонгированной депрессивной реакции, где срок лечения в стационаре – до 1 месяца, амбулаторно – 6 месяцев и более).

Условия лечения: чаще – амбулаторные, реже – стационарные.

Характер и алгоритм лечения. Основным методом является психотерапия. Цель ее – выработка механизмов совладания со стрессом. При адаптационных реакциях необходимо:

выявление возможных психологических причин и источников тревоги;

выявление и расширение значимых межличностных связей, необходимых для поддержки и помощи;

дезактуализация ситуации;

выработка у пациента собственных механизмов совладания с ситуацией.

Применяются когнитивно-бихевиоральная психотерапия, семейная психотерапия, аутогенная тренировка.

При фармакотерапии для снятия напряжения и нормализации сна применяются анксиолитические средства – алпразолам, клоназепам, оксазепам, тофизопам, мебикар, афобазол, этифоксин в малых дозах прерывистыми курсами (1-3 недели), снотворные – залеплон, зопиклон, золпидем, триазолам.

Антидепрессанты в невысоких дозах при наличии депрессивной симптоматики: мапротилин, кломипрамин, имипрамин, амитриптилин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин, эсциталопрам, венлафаксин и другие.

В комплексном лечении используются психообразовательные программы и психосоциальная реабилитация.

Действия при отсутствии результата. При состояниях с психотическими включениями (выраженным психомоторным возбуждением, тревогой и/или дезорганизацией мышления) и неэффективности антидепрессантов и анксиолитических средств назначаются антипсихотики – хлорпротиксен, флупентиксол, сульпирид и другие.

3-й этап – реабилитация, включающая стабилизирующую терапию и восстановление уровня социальной адаптации.

Ожидаемый результат: полное купирование остаточных проявлений, выздоровление.

Продолжительность: 1-2 месяца.

Условия лечения: амбулаторные.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия – прием лекарственных средств в поддерживающих дозировках, постепенное снижение дозы вплоть до ее отмены.

Необходимо возвращение к предыдущей суточной дозе при усилении симптомов и контроль стабильности ремиссии после отмены фармакотерапии.

Основная роль принадлежит психотерапии, цель которой – отработка и закрепление новых поведенческих паттернов,

поддерживающих стабильность достигнутого состояния. Развитие у пациента навыков управления собственной жизнью. На этом этапе возрастает значение психообразования и психосоциальной реабилитации.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F41.2 – F41.9 1-й уровень.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Ожидаемый результат: значительное уменьшение выраженности симптомов.

Продолжительность: в стационаре – 2-3 недели, амбулаторно – до 1 месяца (за исключением пролонгированной депрессивной реакции, где срок лечения в стационаре – до 1 месяца, амбулаторно – 6 месяцев и более).

Условия лечения: чаще – амбулаторные, реже – стационарные.

Характер и алгоритм лечения. Основным методом является психотерапия. Применяются:

- краткосрочная психодинамическая психотерапия;
- семейная психотерапия;
- когнитивно-бихевиоральная психотерапия;
- гештальттерапия;
- аутогенная тренировка;
- психодрама.

Фармакотерапия: смотри уровень 1.

В комплексном лечении используются психообразовательные программы и психосоциальная реабилитация.

3-й этап – реабилитация, включающая стабилизирующую терапию и восстановление уровня социальной адаптации.

Ожидаемый результат: полное купирование остаточных проявлений, выздоровление.

Продолжительность: 1-2 месяца.

Условия лечения: амбулаторные.

Характер и алгоритм лечения: смотри уровень 1.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: F41.2 – F41.9 1-й уровень.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов: смотри уровень 2.

Характер и алгоритм лечения: смотри F41.2 – F41.9 1-й уровень.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации: смотри уровень 2.

На этом этапе возрастает значение психообразования и психосоциальной реабилитации.

F44

Диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.1

Диссоциативная амнезия

F44.1

Диссоциативная фуга

F44.2

Диссоциативный ступор

F44.3

Трансы и состояния овладения (одержимости)

F44.4

Диссоциативные двигательные расстройства

F44.5

Диссоциативные судороги

F44.6**Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия****F44.7****Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства****F44.8****Сругие диссоциативные (конверсионные) расстройства****F44.9****Диссоциативное (конверсионное) расстройство неуточненное**

Общая характеристика. Диссоциативные (конверсионные) расстройства – распространенная форма психической патологии, имеющая психогенную природу и проявляющаяся преимущественно в виде упорных и трудно объяснимых телесных симптомов и жалоб. При этом под влиянием психической травмы происходит дезинтеграция ряда психических функций – памятью на прошлые события, осознанием своего «я» и ориентировкой в окружающем, а также способностью произвольно контролировать движения своего тела.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства часто имеют хроническое течение, существенно затрудняя жизнь пациента и его близких. Значительное большинство таких пациентов ищет помощи у врачей-интернистов, не осознавая психическую (психогенную) природу нарушений. У части пациентов в ходе болезни ее симптомы начинают приносить им вторичные выгоды, что способствует хронизации болезни и ухудшает прогноз.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Проводится одновременно со 2-м этапом.

Обследование и его кратность: смотри F40 1-й уровень.

Для постановки диагноза и начала лечения необходимы заключения терапевта и невролога, исключающие связь наблюдаемых симптомов с выраженной соматической или неврологической патологией. При наличии таких заключений не рекомендуется дублировать их в стационаре. Инструментальное обследование (ЭКГ, УЗИ внутренних органов, КТ или МРТ головного мозга, ЭЭГ) – по строгим показаниям терапевта и невролога.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений. Начинается от момента постановки диагноза и начала лечения и заканчивается купированием наиболее тяжелых, ярких симптомов, либо их значительной редукцией.

Ожидаемый результат: полное исчезновение или значительное уменьшение наиболее тяжелых, ярких симптомов расстройства, упорядочивание поведения.

Условия лечения: как в стационаре, так и в отделении дневного пребывания и амбулаторно. Стационарное лечение показано при выраженных расстройствах и нарушениях адаптации, для удаления пациента из актуальной психотравмирующей ситуации, в диагностически сложных случаях, а также для подбора адекватной терапии при резистентных случаях.

Продолжительность: стационарно – до 30 дней, амбулаторно – от 1 до 2 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Основная роль в лечении принадлежит психотерапии. Задача фармакотерапии – создать предпосылки и возможности для последующей психотерапии, она используется в виде коротких курсов при наличии сопутствующих тревожных, депрессивных, инсомнических расстройств.

Для фармакотерапии используются следующие группы лекарственных средств:

анксиолитические средства из группы бензодиазепинов: преимущественно диазепам, клоназепам в виде 2-3-недельных курсов, в том числе парентерально (например, 10-15 мг диазепама внутримышечно), избегают анксиолитических средств, имеющих короткий период полувыведения;

трициклические антидепрессанты: (кломипрамин, мапротилин, амитриптилин и другие) при выраженных депрессивных расстройствах, в том числе в сочетании с бензодиазепинами или антипсихотиками;

антидепрессанты группы СИОЗС: флуоксетин, эсциталопрам, флувоксамин, сертралин и циталопрам при тревоге, депрессии, дисфории;

антипсихотики, с преимущественно седативным действием: перициазин (в том числе в виде 4% раствора в каплях), хлорпротиксен, сульпирид;

небензодиазепиновые снотворные средства (зопиклон, залеплон, золпидем) при выраженных нарушениях сна;

противоэпилептические средства с нормотимическим действием (карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты) при дисфоричности, аффективной лабильности, агрессивности;

бета-адреноблокаторы для купирования сопутствующей вегетативной симптоматики: пропранолол – 40-100 мг/сутки или атенолол – 50-100 мг/сутки.

Не используются ноотропы, поскольку их эффективность при этих расстройствах не доказана.

Дополнительные трудности. Общая трудность при проведении фармакотерапии – низкая степень комплайенса.

Психотерапия:

поддерживающая психодинамическая терапия;

телесно-ориентированная терапия;

гипнотерапия;

другие суггестивные методы;

когнитивно-бихевиоральная терапия;

терапия, направленная на формирование адекватной самооценки.

В комплексном лечении используются психообразовательные программы и психосоциальная реабилитация.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации. Начинается со времени купирования наиболее ярких проявлений расстройства и заканчивается стабилизацией состояния, восстановлением прежнего уровня функционирования.

Ожидаемые результаты: стабилизация состояния, предотвращение принятия пациентом «роли больного» и хронической инвалидизации, предотвращение ненужных затрат на лечение и обследование, восстановление прежнего уровня социальной, трудовой и семейной адаптации.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: в зависимости от тяжести состояния – от 1 до 12 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. В некоторых случаях продолжается прием психотропных средств, использованных на предыдущем этапе – антидепрессантов (до 6 месяцев), нормотимиков или противоэпилептических средств с нормотимическим действием (до 6 месяцев и более), бета-адреноблокаторов.

Особенности психотерапии:

акцент перемещается от лечения симптомов к личностным, межличностным и социальным трудностям пациента, проводится исследование различных конфликтных областей, особенно межличностных отношений;

лечение должно вестись одним и тем же врачом, который координирует все другие консультации или обследования;

психотерапия включает когнитивно-бихевиоральные методики, тренинг социальных навыков, релаксационные методики и аутотренинг;

психодинамическую терапию, психодраму, гештальт-терапию, терапию, направленную на формирование адекватной самооценки;

выявление возможных психологических причин и источников тревоги и конфликта, удаление пациента из психотравмирующей ситуации или дезактуализация конфликта.

На этом этапе возрастает значение психообразования и психосоциальной реабилитации.

Дополнительные трудности. Необходимо избегать необоснованных дополнительных консультаций, обследований, смены врачей. Возможно возникновение конфликтных в правовом и экспертном отношении ситуаций, связанных с требованием «установления инвалидности» со стороны пациента, либо получением им иных вторичных выгод.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Проводится одновременно со 2-м этапом.

Обследование и его кратность: смотри F40 1-й уровень.

Для постановки диагноза и начала лечения необходимы заключения терапевта и невролога, исключающие связь наблюдаемых симптомов с выраженной соматической или неврологической патологией. При наличии таких заключений не рекомендуется дублировать их в стационаре. Инструментальное обследование (ЭКГ, УЗИ внутренних органов, КТ или МРТ головного мозга, ЭЭГ) – по строгим показаниям терапевта и невролога.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений – смотри уровень 1.

Ожидаемый результат: полное исчезновение или значительное уменьшение наиболее тяжелых, ярких симптомов расстройства, упорядочивание поведения.

Условия лечения: как в стационаре, так и в отделении дневного пребывания и амбулаторно.

Продолжительность: стационарное лечение – до 30 дней, амбулаторное – от 1 до 2 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Основная роль в лечении принадлежит психотерапии.

Фармакотерапия – смотри уровень 1. Психотерапия – смотри уровень 1. В комплексном лечении используются психообразовательные программы и психосоциальная реабилитация.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации. Начинается со времени купирования наиболее ярких проявлений расстройства и заканчивается стабилизацией состояния, восстановлением прежнего уровня функционирования – смотри уровень 1.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: в зависимости от тяжести состояния – от 1 до 12 месяцев, возможно неопределенно долгий срок.

Характер и алгоритм лечения. В некоторых случаях продолжается прием психотропных средств – смотри уровень 1. Особенности психотерапии – смотри уровень 1: по мере стабилизации состояния включаются личностно-ориентированные подходы – методы личностного роста, гештальттерапию, арттерапию, психодинамическую терапию. На

этом этапе возрастает значение психообразования и психосоциальной реабилитации.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое). Решение экспертных вопросов в сложных случаях. Коррекция лечения малокурабельных больных.

Проводится одновременно со 2-м этапом.

Обследование и его кратность: смотри F40 2-й уровень по четким показаниям.

Для постановки диагноза и начала лечения необходимы заключения терапевта и невролога, исключающие связь наблюдаемых симптомов с выраженной соматической или неврологической патологией. При наличии таких заключений не рекомендуется дублировать их в стационаре. Инструментальное обследование (ЭКГ, УЗИ внутренних органов, КТ или МРТ головного мозга, ЭЭГ) – по строгим показаниям терапевта и невролога.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Этап купирования острых проявлений – смотри уровень 2.

Основная роль в лечении принадлежит психотерапии. Задача фармакотерапии – создать предпосылки и возможности для последующей психотерапии, она используется в виде коротких курсов при наличии сопутствующих тревожных, депрессивных, инсомнических расстройств.

Психотерапия: предпочтительна поддерживающая психодинамическая терапия, гипносуггестия, когнитивно-бихевиоральная терапия, телесно-ориентированная терапия. В комплексном лечении используются психообразовательные программы и психосоциальная реабилитация.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации: смотри уровень 2.

Особенности лечения в детском возрасте. В детском возрасте подобные расстройства встречаются относительно редко. Для

госпитализации и лечения ребенка до 14 лет требуется согласие родителей или иного законного представителя.

Ввиду чувствительности детей к побочным эффектам психотропных средств, предпочтительнее методы психотерапии.

В лечение необходимо сочетание фармако- и психотерапии.

Фармакотерапия:

анксиолитические средства из группы бензодиазепинов: кратковременный курс для купирования острых проявлений заболевания (при необходимости введение лекарств парентерально) с постепенным наращиванием доли психотерапевтического лечения;

антипсихотики: в возрастных дозировках (перициазин, сульпирид, хлорпротиксен); при выраженности симптоматики, грубых расстройствах поведения и расстройствах сознания возможно парентеральное введение хлорпромазина однократно или в виде короткого курса;

трициклические антидепрессанты в сочетании с анксиолитическими средствами или антипсихотиками седативным действием;

антидепрессанты группы СИОЗС, можно в сочетании с анксиолитическими средствами.

Психотерапия: выявление травматических событий, неразрешимых или невыносимых ситуаций, нарушенных взаимоотношений, рентных установок, механизмов условной приятности и желательности симптомов, постепенное осознание этих факторов.

Особое значение занимает семейная психотерапия, осознание родителями неправильных подходов и стереотипов воспитания. У детей используются методы и приемы, направленные на выработку более зрелых и адаптивных форм поведения, групповая психотерапия, методы, направленные на выработку адекватной самооценки, на поиск своей «психологической ниши», невербальные методы психотерапии.

F45

Соматоформные расстройства

F45.0

Соматизированное расстройство

F45.1

Недифференцированное соматоформное расстройство

F45.2

Ипохондрическое расстройство

F45.3**Соматоформная вегетативная дисфункция****F45.4****Хроническое соматоформное болевое расстройство****F45.8****Другие соматоформные расстройства****F45.9****Соматоформное расстройство неуточненное**

Общая характеристика. Соматоформные расстройства возникают в результате психических травм и конфликтов, характеризуются постоянным возникновением у пациента многочисленных телесных жалоб и симптомов и требованием все новых соматических обследований, несмотря на то, что при этом никакой соматической патологии не выявляется.

Уровни оказания медицинской помощи

- -й – районные, городские организации здравоохранения;
- 2-й – межрайонные, областные организации здравоохранения;
- 3-й – республиканские организации здравоохранения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

1-й уровень –**районные, городские организации здравоохранения.**

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность, дополнение к обследованию: смотри F44 уровень 1.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Этап купирования острых проявлений начинается от момента постановки диагноза и начала лечения и заканчивается существенным снижением выраженности симптомов болезни.

Ожидаемый результат: значительное уменьшение выраженности симптомов болезни, в том числе коморбидных расстройств – тревоги, депрессии, боли, инсомнии и других; создание возможности для проведения психотерапевтических воздействий.

Условия лечения: как в стационаре, так и в отделении дневного пребывания и амбулаторно. Стационарное лечение показано при выраженных расстройствах и нарушениях адаптации, для удаления пациента из актуальной психотравмирующей ситуации, в диагностически сложных случаях, а также для подбора адекватной терапии при резистентных случаях.

Продолжительность: в стационаре – до 30 дней, амбулаторно – от 1 до 2 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Основная роль в лечении принадлежит психотерапии.

Фармакотерапия имеет цель создать возможности психотерапии и проводится при наличии сопутствующих тревожных, депрессивных, болевых и других расстройств. Выбор лекарственных средств в каждом случае определяется особенностями симптоматики и сопутствующих проявлений. Для фармакотерапии используются следующие группы лекарственных средств.

Лекарственными средствами первого выбора являются:

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

антидепрессанты группы СИОЗСН: венлафаксин, милнаципран;

трициклические антидепрессанты: (мапротилин, миансерин, тианептин; при хроническом соматоформном болевом расстройстве – также амитриптилин) в невысоких дозах.

Лекарственными средствами второго выбора являются бета-адреноблокаторы и нормотимики (а также противоэпилептические лекарственные средства с нормотимическим действием):

бета-адреноблокаторы для купирования вегетативной симптоматики: пропранолол – 40-100 мг/сутки или атенолол – 50-100 мг/сутки;

нормотимики и противоэпилептические лекарственные средства с нормотимическим действием в невысоких дозах: прегабалин – 150-600 мг/сутки, карбамазепин – 200-600 мг/сутки, препараты вальпроевой кислоты – 300-600 мг/сутки показаны при колебаниях аффекта, болевых и вегетативных расстройствах.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов используются в виде короткого курса (до 2-3 недель) ввиду опасности формирования зависимости, необходимо избегать назначения этих лекарственных средств с коротким периодом полувыведения (предпочтительнее диазепам, клоназепам).

На начальных этапах лечения возможно сочетание антидепрессанта с анксиолитическими средствами из группы бензодиазепинов. Антипсихотики с седативным эффектом: сульпирид, флупентиксол, хлорпротиксен как лекарственные средства резерва при выраженной тревоге, которую не удастся купировать бензодиазепинами.

Психотерапия: когнитивно-бихевиоральная, аутотренинг, релаксационные методы, гештальт-терапия, психодинамическая терапия.

Необходимы выявление возможных психологических причин и источников симптомов, удаление пациента из психотравмирующей ситуации или ее дезактуализация.

Постоянная психообразовательная работа с пациентом и его семьей (демонстрация связи симптомов с психологическими проблемами и тренировка способностей их разрешения).

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации. Начинается со времени значительного уменьшения интенсивности симптомов расстройства и сопутствующих нарушений и заканчивается стабилизацией состояния, восстановлением прежнего уровня функционирования.

Ожидаемые результаты: стабилизация состояния, предотвращение принятия пациентом «роли больного» и хронической инвалидизации, предотвращение ненужных затрат на лечение и обследование, восстановление прежнего уровня социальной, трудовой и семейной адаптации.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: в зависимости от тяжести состояния – от 3 до 12 месяцев, в некоторых случаях – неопределенно долго.

Характер и алгоритм лечения. Во многих случаях продолжается прием лекарственных средств, использованных на предыдущем этапе – антидепрессантов (до 6 месяцев и более), нормотимиков и

противоэпилептических средств с нормотимическим действием (до 6 месяцев и более), бета-адреноблокаторов или их сочетаний.

Особенности фармако- и психотерапии:

постоянное лечение одним и тем же врачом-психотерапевтом, предотвращение ненужных дополнительных обследований и консультаций;

продолжение психообразовательной работы;

перемещение акцента от симптомов к личностным, межличностным и социальным проблемам пациента;

выявление и дезактуализация психотравмирующих ситуаций и конфликтов;

когнитивно-бихевиоральная, аутотренинг, психодинамическая терапия, гештальт-терапия, методы личностного роста, тренинг социальных и коммуникационных навыков, выявление и расширение значимых для пациента межличностных связей;

выявление, разрешение или дезактуализация жизненных конфликтов, работа с членами семьи, терапия занятостью, психообразование.

Необходимо избегать необоснованных дополнительных консультаций, обследований, смены врачей. Возможно возникновение конфликтных в правовом и экспертном отношении ситуаций, связанных с требованием «установления инвалидности» со стороны пациента, либо получением им иных вторичных выгод

Психосоциальная реабилитация.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Проводится одновременно со 2-м этапом.

Обследование и его кратность, дополнение к обследованию: смотри F44 уровень 1.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов. Начинается от момента постановки диагноза и начала лечения и заканчивается существенным снижением выраженности симптомов болезни – смотри уровень 1.

Условия лечения: как в стационаре, так и в отделении дневного пребывания и амбулаторно.

Продолжительность: в стационаре – до 30 дней, амбулаторно – от 1 до 2 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Основная роль в лечении принадлежит психотерапии.

Фармакотерапия – смотри уровень 1.

Психотерапия:

когнитивно-бихевиоральная;

невербальные методы психотерапии;

арт-терапия;

телесно-ориентированная терапия;

психодинамическая терапия;

экзистенциальная терапия;

релаксационные методы;

биологическая обратная связь.

Необходимо выявление возможных психологических причин и источников симптомов, удаление пациента из психотравмирующей ситуации или ее дезактуализация.

Постоянная психообразовательная работа с пациентом и его семьей (демонстрация связи симптомов с психологическими проблемами и тренировка способностей их разрешения).

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Ожидаемые результаты: стабилизация состояния, предотвращение принятия пациентом «роли больного» и хронической инвалидизации, предотвращение ненужных затрат на лечение и обследование, восстановление прежнего уровня социальной, трудовой и семейной адаптации.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: в зависимости от тяжести состояния – от 3 до 12 месяцев, в некоторых случаях – неопределенно долго.

Характер и алгоритм лечения: смотри уровень 2.

Особенности фармако- и психотерапии: смотри уровень 2.

Продолжение психотерапии: когнитивно-бихевиоральная, биологическая обратная связь, аутотренинг, методы личностного роста, тренинг социальных и коммуникационных навыков, выявление и расширение значимых для пациента межличностных связей; выявление, разрешение или дезактуализация жизненных конфликтов, работа с членами семьи, терапия занятостью, психообразование.

Психосоциальная реабилитация.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность, дополнение к обследованию: смотри F44 уровень 1.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов – смотри уровень 2.

Условия лечения: как в стационаре, так и в отделении дневного пребывания и амбулаторно. Стационарное лечение показано при выраженных расстройствах и нарушениях адаптации, для удаления пациента из актуальной психотравмирующей ситуации, в диагностически сложных случаях, а также для подбора адекватной терапии при резистентных случаях.

Продолжительность: в стационаре – до 30 дней, амбулаторно – от 1 до 2 месяцев.

Характер и алгоритм лечения – смотри уровень 2.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации – смотри уровень 2.

Особенности в детском возрасте. У детей соматоформные расстройства чаще всего диагностируются как соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3), реже – как другие соматоформные расстройства (F45.8). Другие диагностические категории этой группы в детской практике практически не используются.

Дозировка лекарственных средств и возраст, с которого допускается их применение, указаны в таблице 17.

Жалобы пациентов касаются тех органов или систем, которые находятся под влиянием вегетативной нервной системы. Выделяют симптомы, отражающие признаки вегетативного возбуждения и неспецифические симптомы. Функциональные нарушения связаны с проблемами психологического характера, не являются специфическими признаками психических заболеваний, а сопутствуют аффективным (депрессивным) нарушениям.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование: по показаниям – консультация врачей-специалистов; психологическое исследование (исследования эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей ребенка).

До 5-летнего возраста обследование проводится с помощью:
наблюдения за ребенком в процессе установления контакта;
рисования и сочинения рассказа;
опроса родителей, воспитателей.

В возрасте старше 5 лет:

опросник депрессии Бека (с 8 лет);

16-факторный личностный опросник Р. Кетелла (с 8 лет);

патохарактерологический опросник (с 12 лет);

цветовой тест Люшера;

шкала самооценки тревоги Спилбергера-Ханина (с 8 лет);

опрос родителей, воспитателей.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Терапия соматоформных расстройств является комплексной и включает психофармакотерапию, психотерапию, физиотерапию, психосоциальную реабилитацию.

Ведущее место в фармакотерапии занимают антидепрессанты.

При субдепрессиях и «скрытых» депрессиях на начальном этапе целесообразно использовать лекарственные средства растительного происхождения. В зависимости от типологического варианта депрессии используют средства, обладающие антидепрессивным и стимулирующим действием (экстракт элеутерококка жидкий, настойка лимонника китайского, настойка женьшеня) или средства с антидепрессивным и седативным действием (настойка валерианы, настойка пустырника), а также их комбинации.

При неэффективности фитотерапии, наличии явной депрессивной симптоматики назначают антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин, флувоксамин, сертралин). Их комбинируют с анксиолитическими средствами (алпразолам, диазепам, медазепам, хлордиазепоксид), ноотропами (фенибут).

Применяют также противосудорожные средства с нормотимическим действием (карбамазепин), при выраженных вегетативных нарушениях – бета-адреноблокаторы (пропранолол).

Антипсихотики (перициазин, сульпирид, флупентиксол) применяют в случае выраженных патологических особенностей личности, либо терапевтической резистентности депрессии.

Дозировка лекарственных средств и возраст, с которого допустимо их применение, указаны в таблице 17

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной адаптации.

Психотерапевтические методики используются с учетом возраста, личностных особенностей ребенка, клинической картины расстройства. Применяются игровая, групповая, семейная психотерапия, гипнотерапия, сказкотерапия, арттерапия, нервно-мышечная релаксация.

Физиотерапевтическое лечение: электросон, электрофорез лекарственных средств (бромистый натрий, сернокислый магний), водные процедуры (йодно-бромные, хвойно-валериановые, жемчужные ванны, подводный душ-массаж), массаж.

F48

Другие невротические расстройства

F48.0**Неврастения**

Общая характеристика. Неврастения (синонимы – синдром хронической усталости) – психогенное расстройство, проявляющееся многочисленными жалобами астенического характера, а также сомато-вегетативными нарушениями.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й – районные, городские организации здравоохранения;

2-й – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й – республиканские организации здравоохранения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

1-й уровень –**районные, городские организации здравоохранения.**

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F40 уровень 1.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов. Начинается от момента постановки диагноза и начала лечения и заканчивается существенным снижением выраженности симптомов болезни.

Ожидаемый результат: значительное уменьшение выраженности симптомов болезни, в том числе коморбидных расстройств – тревоги, депрессии, боли, инсомнии и других, создание возможности для проведения психотерапевтических воздействий.

Условия лечения: в большинстве случаев – амбулаторное. Показанием для госпитализации пациентов являются выраженные расстройства и нарушения адаптации, а также необходимость подбора адекватной терапии при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения.

Продолжительность: в стационаре – от 20 до 30 дней, амбулаторно – от 1 до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Ведущую роль играет психотерапия. Фармакотерапия имеет цель создать возможности психотерапии и проводится при наличии сопутствующих расстройств. Выбор лекарственных средств в каждом случае определяется особенностями симптоматики и сопутствующих проявлений. Для фармакотерапии используются следующие группы лекарственных средств:

антидепрессанты трициклические (гетероциклические), группы СИОЗС в малых дозах и не обладающие выраженными побочными действиями – тианептин, эсциталопрам, сертралин и другие;

анксиолитические средства производные бензодиазепинов, предпочтительнее «дневные»: тофизопам, медазепам, хлордiazепоксид, а также мебикар, афобазол, этифоксин – короткими (2-3 недели) курсами в невысоких дозах;

небензодиазепиновые снотворные средства – зопиклон, залеплон, золпидем;

при выраженных вегетативных симптомах – бета-адреноблокаторы: пропранолол (40 мг/сут) или атенолол (50-100 мг/сут);

при наличии выраженной аффективной лабильности – противосудорожные средства с нормотимическим действием в невысоких дозах: карбамазепин или препараты вальпроевой кислоты;

тонизирующие и седативные средства растительного происхождения.

Физиолечение. Иглорефлексотерапия.

Психотерапия:

когнитивно-бихевиоральная;

релаксационные методы,

аутотренинг;

гештальттерапия;

тренинг социальных навыков;

психообразование;

психосоциальная реабилитация.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой

ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации. Начинается со времени значительного уменьшения интенсивности симптомов расстройства и сопутствующих нарушений и заканчивается стабилизацией состояния, восстановлением прежнего уровня функционирования.

Ожидаемые результаты: стабилизация состояния, восстановление прежнего уровня социальной, трудовой и семейной адаптации.

Условия лечения: амбулаторные, в зависимости от тяжести состояния – от 3 до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. В некоторых случаях продолжается прием лекарственных средств, использованных на предыдущем этапе – антидепрессантов (до 4 месяцев и более), противоэпилептических средств с нормотимическим действием (до 6 месяцев и более), растительных лекарственных средств или их сочетаний.

Особенности фармако- и психотерапии:

постоянное лечение одним и тем же психотерапевтом;

продолжение психообразовательной работы, выявление связи симптомов с психологическими факторами;

перемещение акцента от симптомов к личностным, межличностным и социальным проблемам пациента;

методы психотерапии: когнитивно-бихевиоральная, биологическая обратная связь, тренинг социальных навыков, гештальт-терапия, психодинамическая терапия;

обучение навыкам планирования своего времени.

Психообразование, психосоциальная реабилитация.

В случаях, где расстройство провоцируется психотравмирующими ситуациями, проводятся, кроме того, следующие мероприятия:

выявление возможных психологических причин и источников симптома;

выявление и расширение значимых для пациента межличностных связей, необходимых для поддержки и помощи;

удаление пациента из травмирующей ситуации или дезактуализация самой ситуации.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F40 уровень 2 по показаниям.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов. Этап купирования острых проявлений – смотри уровень 1.

Условия лечения: в большинстве случаев – амбулаторное. Показанием для госпитализации пациентов являются выраженные расстройства и нарушения адаптации, а также необходимость подбора адекватной терапии при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения.

Продолжительность: в стационаре – от 20 до 30 дней, амбулаторно – от 1 до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения.

Фармакотерапия – смотри уровень 1.

Психотерапия:

когнитивно-бихевиоральная;
релаксационные методы, аутотренинг;
гештальт-терапия;
психодинамическая терапия;
телесно-ориентированная терапия;
психосинтез;
тренинг социальных навыков;
психообразование;
психосоциальная реабилитация.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации – смотри уровень 1.

Условия лечения: амбулаторные, в зависимости от тяжести состояния – от 3 до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения – смотри уровень 1. В части случаев – продолжение приема лекарственных средств в невысоких дозах, чаще – антидепрессантов, бета-адреноблокаторов, растительных лекарственных средств.

Продолжение психотерапии: когнитивно-бихевиоральная, биологическая обратная связь, аутотренинг, методы личностного роста, тренинг социальных и коммуникационных навыков, выявление и расширение значимых для пациента межличностных связей, психообразование.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

В стационарных условиях обследование и лечение проводится в диагностически сложных случаях, при первичной постановке диагноза, а также при необходимости подбора или смены лечения, либо в случае, если проводимое амбулаторное лечение не дало эффекта.

Обследование и его кратность: смотри F40 уровень 2 по показаниям.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов. Этап купирования острых проявлений – смотри уровень 2.

Условия лечения: в большинстве случаев – амбулаторное. Показанием для госпитализации пациентов являются выраженные расстройства и нарушения адаптации, а также необходимость подбора адекватной терапии при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения.

Продолжительность: в стационаре – от 20 до 30 дней, амбулаторно – от 1 до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения: смотри уровень 2.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (в части случаев); восстановление уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Условия лечения: амбулаторные, в зависимости от тяжести состояния – от 3 до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения – смотри уровень 2.

Ожидаемые результаты: предупреждение рецидива и возврата симптомов, поддержание устойчивой ремиссии.

Условия лечения: амбулаторные, от 12 месяцев до неопределенно длительного срока.

Особенности лечения в детском возрасте.

Условия лечения: при амбулаторном – освобождение или резкое ограничение учебной и других видов интеллектуальных нагрузок, особое внимание должно быть уделено правильному режиму отдыха, сна, питания, пребывания на свежем воздухе (так называемый «санаторный режим»).

Принципы терапии. Фармакотерапия:

анксиолитические средства короткими курсами;

при умеренно выраженной симптоматике: валериана, пустырник и другие;

антидепрессанты с седативным или стимулирующим действием в зависимости от клинической картины в возрастных дозировках.

Психотерапия: на первых этапах – аутогенная тренировка, гипнотерапия с использованием недирективных («ресурсные» трансы) и директивных методов, «гипноз-отдых», телесно-ориентированная психотерапия и тому подобное. В дальнейшем – краткосрочная психодинамическая психотерапия, символдрама; методы, повышающие стрессоустойчивость пациента: арт-терапия и другие.

Ожидаемые результаты: особое внимание надо уделить восстановлению физиологических параметров (сон, аппетит) и работоспособности.

F48.1

Синдром деперсонализации – дереализации

В качестве изолированного синдрома встречается крайне редко. Как правило, встречается в структуре других психических расстройств (депрессии, шизофрении и шизоаффективных расстройств и других).

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, характер и алгоритм лечения, ожидаемые результаты: смотри F44.

F48.8

Другие уточненные невротические расстройства:
смотри F40 – F48.

Таблица 10

Фармакотерапия панического расстройства – лекарственные средства и рекомендуемые дозы (для взрослых, мг/сутки внутрь)

Наименования лекарственных средств	Дозы, мг в сутки
Антидепрессанты группы СИОЗС:	
флуоксетин	20-60
флувоксамин	50-300
сертралин	50-200
пароксетин	20-60
циталопрам	10-60
эсциталопрам	10-30

Трициклические (гетероциклические) антидепрессанты: кломипрамин имипрамин мапротилин амитриптилин	75-250 100-200 100-250 50-250
Анксиолитические средства производные бензодиазефина: алпразолам клоназепам	1-4 0,5-4 (до 6)
Лекарственные средства резерва: препараты вальпроевой кислоты карбамазепин габапентин	500-2000 400-1000 900 – 3600

Таблица 11

Фармакотерапия генерализованного тревожного расстройства – лекарственные средства и рекомендуемые дозы (для взрослых, мг/сутки внутрь)

Наименования лекарственных средств	Дозы, мг/сутки
Трициклические (гетероциклические) антидепрессанты: кломипрамин имипрамин амитриптилин амитриптилин-ретард миансерин тианептин	100-250 50-150 75-200 50-100 30-90 37,5
Антидепрессанты группы СИОЗС: флувоксамин сертралин пароксетин эсциталопрам флуоксетин циталопрам	50-300 50-200 10-60 10-20 20-40 10-60
Антидепрессанты группы СИОЗСН: венлафаксин	75-225

Анксиолитические средства, производные бензодиазепина: алпразолам клоназепам лоразепам диазепам тофизолам	0,5-3 0,5-2 1-4 5-20 100-250
Противозепилептические средства с нормотимическим действием: карбамазепин прегабалин	400-600 150-600
Небензодиазепиновые снотворные: зопиклон золпидем залеплон	7,5-15 5-20 10
Бета-адреноблокаторы: пропранолол атенолол	40-100 50-100

Таблица 12

Фармакотерапия обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), лекарственные средства и рекомендуемые дозы (мг в сутки внутрь)

Наименования лекарственных средств	Дозы, мг в сутки
Антидепрессанты: кломипрамин флувоксамин флуоксетин сертралин пароксетин эсциталопрам циталопрам	150-300 150-300 40-80 50-225 40-60 10-20 40-60
Анксиолитическое средство производное бензодиазепинов (для усиления действия антидепрессантов) клоназепам	0,5-5
Агонисты ГАМК: прегабалин габапентин	150-600 900-3600

Антипсихотики: рисперидон галоперидол	0,5-2 5-15
---	---------------

Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F50 – F59

F50

Расстройства приема пищи

Общая характеристика. Расстройства приема пищи представляют собой континуум от ограничительных проявлений в стиле питания (нервная анорексия) до нарушений, характеризующихся чувством утраты контроля у пациента в отношении количества и качества потребляемой пищи (нервная булимия; переедание, сочетающееся с другими психологическими причинами). Расстройства приема пищи приводят к выраженным соматическим осложнениям, связаны с высоким суицидальным риском. Симптоматика расстройств приема пищи зачастую ассоциирована с аффективной, тревожной симптоматикой, обсессивно-компульсивными проявлениями, а также различными формами зависимого поведения (в том числе зависимостью от ПАВ).

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

- 1-й – диагностический этап (обследование и постановка диагноза);
- 2-й – этап соматической стабилизации и нормализация статуса питания;
- 3-й – этап терапии нарушений пищевого поведения и связанных с ними проблем: коррекция дезадаптивных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела; терапия сопутствующей психопатологической симптоматики и расстройств психологического функционирования (самооценка, контроль импульсивности и прочее), а также поведенческих нарушений;
- 4-й этап – профилактическая (поддерживающая) терапия.

Уровни оказания медицинской помощи

- 1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;
- 2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;
- 3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

Диагностический этап. Обследование и его кратность.
Проводится, как правило, в стационаре, реже – в отделении дневного пребывания и амбулаторных условиях.

Перечень обязательных обследований включает:

клиническое интервью, в том числе с использованием структурированных оценочных психометрических инструментов – при первичном осмотре и по необходимости в процессе терапии (целесообразно проводить по окончании очередного этапа лечения);

соматическое обследование (выраженность кахексии, ортостатические реакции, лануго, акроцианоз, длина тела, масса тела, индекс массы тела (далее – ИМТ), отеки, увеличение и болезненность слюнных желез, выпадение волос, ломкость ногтей, желтушность, царапины на тыльной стороне кистей, болезненность живота и прочее) – при первичном осмотре и регулярно в процессе терапии (частота обследования определяется тяжестью соматического состояния пациентов и наличием соматических осложнений); массу тела пациентов следует измерять на 2 этапе лечения не реже, чем 1 раз в неделю;

лабораторное исследование:

общий анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка – 1 раз в месяц и чаще при выраженных соматических осложнениях;

биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, натрия, хлора, глюкозы, общего белка, белковых фракций, билирубина, мочевины, креатинина; определение активности АсАТ, АлАТ – 1 раз в месяц и чаще при выраженных соматических осложнениях;

оценка функции щитовидной железы: определение концентрации тиреотропного гормона (далее – ТТГ), свободного тироксина (далее – своб. Т₄), свободного трийодтиронина (далее – своб. Т₃) – при первичной оценке состояния;

оценка характера семейного функционирования (полуструктурированное интервью) – при первичном осмотре и по необходимости в процессе терапии.

Дополнительные исследования при наличии показаний:

экспериментально-психологическое исследование, в том числе в динамике (смотри Приложение);

консультация терапевта;

консультация диетолога;

консультация эндокринолога;

консультация акушера-гинеколога;

консультация невролога;

рентгенография органов грудной полости;

уровень амилазы сыворотки крови (возможный индикатор персистирующей или повторяющейся рвоты, при возможном панкреатите);
 уровень лютеинизирующего (далее – ЛГ) и фолликулолестимулирующего (далее – ФСГ) гормонов и пролактина в сыворотке крови (при продолжающейся аменорее на фоне нормальной массы тела);

методы нейровизуализации (МРТ/КТ головного мозга) для оценки степени увеличения желудочков мозга, коррелирующей со степенью кахексии;

исследование кала на наличие крови;

другие лабораторные и инструментальные методы исследований, консультации других смежных специалистов.

Для пациентов с тяжелой белково-энергетической недостаточностью (смотри МКБ 10 E43):

биохимическое исследование крови: определение концентрации кальция, магния, фосфора, миоглобина; определение активности креатининфосфокиназы (далее – КФК); определение концентрации триглицеридов, холестерина, липопротеидов низкой плотности (далее – ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (далее – ЛПВП), холестерина коэффициент атерогенности, апо-белки липопротеинов;

кислотно-основное состояние (далее – КОС);

ЭКГ.

Для пациентов с недостаточной массой тела на протяжении более 6 месяцев:

исследование выраженности остеопении и остеопороза;

сывороточные уровни эстрадиола (у женщин), тестостерона (у мужчин).

При лечении и обследовании в амбулаторных условиях обязательными являются общие анализы крови и мочи, уровень электролитов сыворотки крови (калий, натрий, хлор), уровень креатинина, функция щитовидной железы (определение концентрации ТТГ, Т4, своб. Т4, Т3, своб. Т3) – при постановке диагноза однократно, далее кратность обследований определяется клиническими показаниями.

Остальные исследования – по показаниям.

Этап соматической стабилизации и нормализация статуса питания начинается с момента постановки диагноза на основании оценки соматического состояния пациента и заканчивается ликвидацией соматических осложнений расстройств приема пищи и нормализацией

массы тела (достижение как минимум 90% идеальной массы тела для соответствующего длины тела по стандартным таблицам).

Цель, ожидаемый результат: 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 детей вплоть до 18 лет); лечение значимых соматических осложнений.

Условия лечения: как правило, в психиатрическом стационаре (специализированных или общепсихиатрических отделениях), включая, если это необходимо, принудительную госпитализацию и лечение в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Решение о необходимости госпитализации должно приниматься в каждом конкретном случае на основании учета психопатологической и поведенческой симптоматики, а также соматического статуса пациентов. Стационарное лечение показано при массе тела, составляющей 75% от индивидуальной нормальной массы тела и менее.

Основными показаниями для госпитализации являются:

тяжелая или быстрая целенаправленная потеря массы тела, обычно менее 85% нормальной массы тела, или выраженные соматические, психологические или социальные нарушения;

недостаточная эффективность амбулаторного лечения, 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;

недостаток внестационарной помощи и поддержки (например, проблемное внутрисемейное окружение или психосоциальная среда);

диагностика и лечение потери массы тела/низкой массы тела или эпизоды переедания-очистки в случаях атипичных клинических проявлений, когда диагноз неопределен, но существуют значимые проблемы в пищевом поведении или массе тела.

Лечение в отделении дневного пребывания может проводиться при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно

компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от психоактивных веществ.

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 членов семьи на участие в лечении и следование врачебным рекомендациям, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела при возможности осуществления тщательного мониторинга. Мониторинг должен включать как минимум еженедельную (зачастую 2-3 раза в неделю) 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 на госпитализацию в стационар.

Продолжительность лечения на этом этапе составляет:

при стационарном лечении – от 2 до 6 месяцев,

при лечении в отделении дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев,

при амбулаторном лечении – от 3 до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. В случае выраженных соматических осложнений при расстройствах приема пищи терапия 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 и необходимость круглосуточного мониторинга состояния (в том числе кардиомониторинг), особенно у детей вплоть до 18 лет при выраженном дефиците массы тела (менее 70%).

Терапия, начиная с этого этапа, основывается на следующих вмешательствах:

восстановление статуса питания;

психосоциальные вмешательства;

психофармакотерапия.

Восстановление статуса питания. Для пациента, имеющего выраженную кахексию, начальное количество пищи может составлять от 1 200 до 1 500 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. На протяжении 24 часов с момента поступления все пациенты должны начать употреблять обыденную пищу.

Калорийность пищевого рациона повышается на 500 ккал за 4-5 дней до тех пор, пока не будет достигнут суточный уровень калорийности в интервале от 3 500 до 4 500 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 детей вплоть до 18 лет 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);

- при клиническом наблюдении 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 наблюдение (режим наблюдения А2 до момента стабилизации соматического статуса и положительной динамики показателя ИМТ с учетом выраженности экстремальных методов контроля массы тела), осуществляемое средним и младшим медицинским персоналом. Наблюдение должно осуществляться как в процессе приема пищи пациентом, так и при выполнении гигиенических мероприятий, в процессе свободного времяпрепровождения. В процессе приема пищи медицинский персонал 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 групповогоощрения.

Психообразование. Психосоциальная реабилитация. Результатом такого рода вмешательств является то, что пациент начинает 3-разовый прием пищи (по показаниям прием пищи может быть чаще – 4 и более раз в день), сопровождающийся умеренным уровнем тревоги. Изредка, лишь у чрезвычайно тревожных пациентов целесообразно использовать небольшие дозы анксиолитических средств, производных бензодиазепина (например, лоразепам – 0,25-0,5 мг или диазепам – 5 мг за 30-40 минут до еды) на протяжении 1-2 недель. Редко могут быть использованы небольшие дозы антипсихотических средств, производных фенотиазина (хлорпромазин).

Психофармакотерапия. Следует считать нецелесообразным рутинное назначение психотропных средств (прежде всего – антидепрессантов) на начальных этапах лечения нарушений пищевого поведения. Исключение составляет кратковременное назначение анксиолитических средств и малые дозы антипсихотиков 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.

Лекарственные средства, нормализующие моторную функцию желудочно-кишечного тракта – прокинетики, например, метоклопрамид, могут назначаться в связи со вздутием и болями в животе вследствие гастропареza и преждевременного насыщения, отмечаемыми у некоторых пациентов. При рефлюкс-эзофагите положительный эффект может быть получен при назначении блокаторов гистаминовых H_2 -рецепторов (ранитидин, циметидин, фамотидин).

Назначение лекарственных средств, повышающих аппетит, следует считать необоснованным, 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 (ЭКГ, электролитный состав крови и прочее) целесообразно курсовое применение гипербарической оксигенации (далее – ГБО) – 10 сеансов, по одному ежедневно с изопрессией 40 минут в режиме избыточного давления 0,03 МПа. Цель применения технологии ГБО – активация адаптационных ресурсов организма посредством

достижения метаболического и дезинтоксикационного эффектов процедуры.

Критерии эффективности лечения: 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 отделении дневного пребывания и 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 амбулаторного на полустационарный или стационарный);

в плане нормализации массы тела – перевод на энтеральное питание 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, липовенон 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.

Побочные эффекты и осложнения, дополнительные трудности. Побочные эффекты и осложнения, появляющиеся в процессе лечения, являются следствием предшествующего и, возможно, продолжающегося применения пациентом экстремальных методов контроля массы тела (прежде всего – самовызывание рвоты, использование слабительных и мочегонных средств). Часть осложнений может быть связана непосредственно с проводимыми лечебными мероприятиями. Большинство угрожающих жизни осложнений опосредовано электролитными нарушениями, нарушением кислотно-основного состояния, либо непосредственно желудочно-кишечной дисфункцией (внутреннее кровотечение, кишечная непроходимость и прочее).

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 лекарственных средств, могут отмечать выраженную задержку жидкости на протяжении нескольких недель преимущественно за счет задержки воды и натрия, опосредованной 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 опосредовать серьезные осложнения: 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 наблюдение смежных специалистов (прежде всего терапевта) для своевременной оценки сопутствующих осложнений и назначения соответствующей коррекции.

Назначение психотропных средств при лечении нарушений пищевого поведения должно начинаться с минимальных доз, и психиатр должен быть внимателен к признакам их побочных эффектов. С учетом особенностей клиники нарушений пищевого поведения трициклические антидепрессанты должны использоваться с осторожностью у пациентов с выраженным истощением, а также при высоком суицидальном риске. Ингибиторов МАО следует избегать у пациентов с хаотичными болезненными нарушениями пищевого поведения (эпизоды переедания и очистительного поведения).

Терапия нарушений пищевого поведения и связанных с ними проблем:

коррекция дезадаптивных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела;

терапия сопутствующей психопатологической симптоматики и расстройств психологического функционирования (самооценка, контроль импульсивности и пр.), а также поведенческих нарушений.

Начинается с момента купирования угрожающих жизни осложнений и заканчивается тогда, когда пациент способен к самостоятельной регуляции здоровых паттернов пищевого поведения.

Цели и ожидаемые результаты:

формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию;

коррекция искаженных представлений в отношении массы тела, образа тела, страха полноты и так далее;

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;

формирование плана для амбулаторного лечения;

выработка плана по профилактике обострений и выработка критериев повторной госпитализации.

Условия лечения: в большинстве случаев начинается в стационаре и может быть продолжено в отделении дневного пребывания и амбулаторных условиях.

Продолжительность лечения на этом этапе широко вариабельна и зависит от продолжительности и выраженности нарушений пищевого поведения, а также от специфической симптоматики – в среднем от 12 до 60 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Медицинское вмешательство на этом этапе направлено на уменьшение поведенческих нарушений, связанных с расстройством пищевого поведения, уменьшение ограничений в питании и расширение объема употребляемой пищи, поддержка в освоении здоровых, но не избыточных физических нагрузок. Это должно сопровождаться расширением участия пациента в организации питания и работой по повышению степени его доверия к медицинскому персоналу, назначенному лечению.

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.

Психосоциальные вмешательства должны быть выбраны индивидуально на основании уровня когнитивного и психологического развития пациента, психодинамических аспектов его состояния, когнитивного стиля, выраженности коморбидной психопатологии, пожеланий пациента и характера его внутрисемейных отношений.

Начиная с этого этапа, принципиально возрастает значение психосоциальных вмешательств (прежде всего в форме психотерапии). 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-бихевиоральные 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 терапия должна быть начата как можно раньше, особенно в тех случаях, когда пациенты в детском возрасте вплоть до 18 лет или старше проживают совместно с родителями и имеет место дезадаптивный характер межличностной коммуникации. В случае стационарного лечения нецелесообразна выписка пациентов без начала семейной терапии.

Фокусом семейной терапии является перестройка внутрисемейных границ, уменьшение роли пациента в родительских и семейных разногласиях, образование семьи в отношении этиологии и симптомов расстройства. Семейная терапия помогает членам семьи осуществлять более эффективное взаимодействие друг с другом, а пациенту становится более независимым индивидом.

Группы по телесноориентированной работе способствуют проработке пациентом искажений восприятия собственного тела.

Важное значение имеет также психосоциальная реабилитация: психообразование, терапия занятостью, творческим самовыражением, тренинг социальных и коммуникативных навыков, культурно-массовые мероприятия.

Психофармакотерапия. Необходимость назначения антидепрессантов с целью коррекции аффективной симптоматики, обсессивно-компульсивных проявлений целесообразно решить после нормализации массы тела и паттерна питания, а также проведения психотерапии в достаточном объеме. Лишь при сохранении у пациента после этих вмешательств симптомов, отвечающих критериям депрессивного эпизода (и/или выраженной обсессивно-компульсивной симптоматики), назначение антидепрессантов может быть оправданным. Антидепрессанты также целесообразно назначать для 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 СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, эсциталопрам), как наиболее безопасные, а также антидепрессанты других классов (три- и гетероциклические) могут уменьшать частоту эпизодов переедания и очистительного поведения (например, самовызывание рвоты), а также способствовать предупреждению обострений у пациентов в ремиссии.

Психотропные средства других классов (антипсихотические средства, анксиолитические средства, нормотимики и противоэпилептические средства, ноотропы и церебропротекторы) должны назначаться, исходя из сопутствующей психопатологической или поведенческой симптоматики (например, коморбидная зависимость от психоактивных веществ и ее осложнения) и показаний лекарственных средств.

Профилактическая (поддерживающая) терапия проводится неопределенно долго (до достижения ожидаемых результатов лечения).

Цель, ожидаемый результат:

улучшение семейного/межперсонального взаимодействия;
улучшение качества жизни;
формирование нормального образа тела и развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность лечения: от нескольких лет до неопределенно длительного периода в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального (в том числе семейного) окружения пациента, достигнутого на предыдущих этапах лечения уровня личностной интеграции.

Характер и алгоритм лечения. Индивидуальная и групповая терапия, в том числе группы поддержки.

Продолжительная семейная терапия на амбулаторном этапе должна быть настоятельно рекомендована после выписки пациента из стационара, особенно в том случае, когда возраст пациента до 18 лет.

Обоснованность назначения психотропных лекарственных средств следует рассматривать в каждом конкретном случае и лишь в качестве кратковременных симптоматических лекарственных средств по жестким показаниям.

Особенности диагностических и лечебных мероприятий для детского возраста. Клиническая картина расстройств приема пищи у детей в возрасте 7-13 лет достаточно своеобразна. Она включает как типичные для детей и взрослых проявления расстройств приема пищи (нервная анорексия; нервная булимия – крайне редко), так и иные формы:

эмоциональное расстройство с избеганием пищи;
избирательность в еде;
первазивный синдром отказа.

Дети более склонны к развитию выраженных соматических осложнений и хронизации расстройств (особенно при нервной булимии и первазивном синдроме отказа).

При проведении обследования ребенок должен быть обследован педиатром с последующими регулярными его осмотрами по показаниям. В процессе обследования больше внимания должно быть уделено

особенностям функционирования семейной системы пациента (характер коммуникаций, вероятность насилия по отношению к ребенку и прочее).

Основные правила лечения расстройств приема пищи у детей подобны таковым у взрослых и определяются наличием соматических осложнений и клинической формой расстройства.

F50.0

Нервная анорексия

F50.1

Атипичная нервная анорексия

Обследование: смотри F50.

Цели и ожидаемый результат: коррекция истощения и соматических осложнений, восстановление аффективных, когнитивных и поведенческих нарушений, нормализация социального статуса пациента.

Условия лечения: при выраженном дефиците массы тела целесообразно начинать лечение в стационаре, затем – в отделении дневного пребывания и амбулаторно. Остальное – смотри F50.

Продолжительность лечения: в среднем от 4 до 5 лет.

Этапы, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, характер и алгоритм лечения, побочные эффекты и осложнения, дополнительные трудности: смотри F50.

Следует отметить три важных аспекта восстановления пищевого статуса пациентов, страдающих нервной анорексией.

Во-первых, восстановление массы тела не является основанием и критерием для прекращения стационарного лечения ранее истощенных пациентов.

Во-вторых, 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.

В-третьих, восстановление массы тела при нервной анорексии имеет целью ликвидацию 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 (депрессия, тревога). 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, obsессивные переживания и компульсивное поведение обычно уменьшаются по мере стабилизации массы тела в пределах здоровых значений.

Психотропные средства (антидепрессанты, анксиолитические, антипсихотические средства) на этапе набора массы тела не должны иметь первостепенного значения. Антидепрессанты могут быть использованы на 3 и 4 этапах лечения с целью предотвращения рецидивов и для купирования коморбидной депрессии, ослабления obsессивно-компульсивных проявлений.

F50.2

Нервная булимия

F50.3

Атипичная нервная булимия

Этапы, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, характер и алгоритм лечения, побочные эффекты и осложнения, дополнительные трудности: смотри F50.

Цели и ожидаемый результат: коррекция соматических осложнений, восстановление аффективных, когнитивных и поведенческих нарушений, нормализация социального статуса пациента.

Условия лечения: большинство пациентов без сопутствующих соматических осложнений получают соответствующее лечение в отделении дневного пребывания и амбулаторно. Показанием для госпитализации может быть наличие выраженных дезадаптивных симптомов, которые не поддаются коррекции в амбулаторных условиях (например, частые и тяжелые эпизоды переедания и очистительного поведения), тяжелое соматическое состояние, обусловленное расстройством (например, метаболические нарушения, гематемезис, нарушения сердечного ритма, неконтролируемая рвота), высокий риск суицидального поведения, психические расстройства, требующие госпитализации независимо от наличия нарушений пищевого поведения, тяжелая сопутствующая зависимость от психоактивных веществ.

Продолжительность лечения: от 1 года до 3 лет.

Комбинация психотерапевтического лечения и фармакотерапии может способствовать становлению ремиссии, поэтому может быть показана на начальном этапе лечения пациентов с нервной булимией.

F50.4

Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями

Этапы лечебно-диагностических мероприятий и уровни оказания медицинской помощи: смотри F50.

Обследование: смотри F50.

Цель, ожидаемый результат: прекращение эпизодов переедания и уменьшение сопряженного с ними психологического дискомфорта (уровень самопринятия, образ собственного тела), улучшение качества жизни.

Условия лечения: как правило, амбулаторные.

Продолжительность лечения: от нескольких месяцев до нескольких лет.

Характер и алгоритм лечения: смотри F50, начиная с 3 этапа. Преимущество отдается психосоциальным вмешательствам. Из психотропных средств могут быть рекомендованы трициклические антидепрессанты (амитриптилин, кломипрамин) и антидепрессанты группы СИОЗС (эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин, сертралин).

F51

Расстройства сна неорганической этиологии

Общая характеристика. В эту группу расстройств включают диссомнии (нарушение качества и количества сна) и парасомнии (аномальные эпизодические состояния во время сна).

К рубрике F51 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; прием определенных лекарственных средств и другое. Данные расстройства могут выступать как изолированный феномен или являться спутниками других психических расстройств (депрессивного эпизода, тревожного расстройства, шизофрении и других).

В терапии расстройств сна большое значение имеет раннее выявление основного заболевания и его этиотропное лечение. При невозможности установить сопутствующую расстройству сна патологию терапия ограничивается симптоматическими мероприятиями.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

- 1-й – обследование (психиатрическое, соматическое, неврологическое и другие);
- 2-й – купирующая терапия;
- 3-й – профилактическая (противорецидивная терапия).

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

Обследование и его кратность: проводится одновременно с этапом 2 в амбулаторных или стационарных условиях.

Перечень обязательных обследований:

консультация невролога;

биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы;

экспериментально-психологическое обследование: смотри

Приложение.

Дополнительные обследования: ЭЭГ.

При необходимости уточнения диагноза (при вероятности другого психического, неврологического или соматического расстройства) – консультации врачей-специалистов по профилю предполагаемого заболевания, после чего назначается обследование и лечение согласно Протоколам диагностики и лечения выявленного расстройства. Кратность обследований определяется клиническими показаниями.

Общие принципы лечения и диагностики. Рекомендуются придерживаться следующих принципов и последовательности лечения расстройств сна:

исключение лекарственной или связанной с употреблением ПАВ природы расстройства сна;

исключение внешних причин расстройства сна и обязательное соблюдение гигиены сна при лечении любых нарушений сна;

исключение психических расстройств или соматических болезней, лежащих в основе нарушений сна или коморбидных расстройств сна (например, обструктивное апноэ и инсомния). Необходимо этиотропное лечение основного расстройства (болезни, синдрома) в случае вторичного нарушения сна;

лекарственные снотворные средства должны подключаться при наличии показаний на непродолжительный промежуток времени.

Цель лечения и ожидаемый результат: редукция нарушений сна и компенсация патологического состояния, которое может предшествовать или лежать в основе расстройства сна.

Этапы лечения. Купирующая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: редукция нарушений сна.

Условия лечения: амбулаторные; в случае неэффективности лечения – в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики): амбулаторное – до 3 месяцев; стационарное – от 2 до 8 недель.

Характер и алгоритм лечения. Определяется спецификой каждого из расстройств рубрики. При наличии коморбидного психического расстройства лечение проводится согласно Протоколам диагностики и лечения выявленного коморбидного психического расстройства.

Показания для госпитализации и профиль стационара определяются тяжестью состояния и его качественными характеристиками, в том числе наличием и характером коморбидного соматического заболевания (при вторичных инсомниях). Например, пациент, страдающий ночными приступами астмы, должен получать адекватное лечение у терапевта в амбулаторных или стационарных условиях по профилю соматической патологии.

В ряде случаев пациент, страдающий тяжелыми нарушениями сна и коморбидной соматической патологией, может получать лечение согласно Протоколам диагностики и лечения данного коморбидного заболевания в условиях психиатрического стационара (психоневрологического или психосоматического отделения) в случае превалирования в клинической картине психиатрической патологии.

Условия лечения пациента (амбулаторно или стационарно), страдающего психическим расстройством (например, депрессивный эпизод умеренный, расстройство адаптации, тревожное расстройство и другие) в сочетании с расстройством сна, определяются совокупной тяжестью этих состояний.

Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

Профилактическая (противорецидивная) терапия проводится в части случаев, где имеется более-менее высокая вероятность возврата болезни (неустойчивость или неполнота ремиссии, сохранение резидуальной симптоматики, наличие у пациента сопутствующих

личностных аномалий, хронического психосоциального стресса или других коморбидных заболеваний). Этап начинается с момента, когда симптомы декомпенсации значительно редуцированы, устранены выраженные нарушения сна. По времени начала этот этап может совпадать с предыдущим. При отсутствии либо невозможности выявить расстройство, коморбидное нарушениям сна, терапия ограничивается симптоматическими средствами.

Цель: изменение патологических состояний, защитных механизмов и реакций, которые могли предшествовать или лежать в основе расстройства сна; предупреждение декомпенсации.

Ожидаемый результат: повышение качества и стойкости ремиссии, предупреждение рецидивов, сохранение достигнутого уровня функционирования, социальной, семейной и трудовой адаптации, совершенствование у пациента навыков самостоятельно справляться с различными проявлениями расстройства.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 2-3 месяцев до неопределенно длительного срока (до достижения ожидаемого результата лечения).

Характер и алгоритм лечения. Определяется спецификой каждого из расстройств рубрики. Лечение выявленных коморбидных расстройств проводится согласно Протоколам диагностики и лечения данных расстройств.

Психотерапия. Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

F51.0

Бессонница неорганической этиологии

Общая характеристика. Состояние, характеризующееся неудовлетворительной продолжительностью или качеством сна на протяжении значительного периода времени – не менее 3 раз в неделю на протяжении не менее 1 месяца.

Характерны жалобы 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.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F51.

Купирующая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: редукция частоты эпизодов инсомнии до возможного минимума, восстановление длительности, структуры и архитектоники сна.

Условия лечения: амбулаторные. В случае неэффективности лечения – в психиатрическом стационаре.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики): амбулаторно – до 3 месяцев, в стационаре – от 2 до 8 недель.

Характер и алгоритм лечения. Рекомендуются придерживаться следующих принципов лечения инсомнии:

исключение лекарственной или связанной с употреблением ПАВ природы инсомнии;

исключение внешних причин (нарушение гигиены сна, посменная работа и другие);

исключение психических, соматических расстройств и других расстройств сна (обструктивное апноэ, нарколепсия и другие), лежащих в основе инсомнии. Необходимо этиотропное лечение основного расстройства в случае вторичной инсомнии. Примерами таких расстройств (синдромов) могут служить болевой синдром, тревожное расстройство, депрессия, апноэ, синдром беспокойных ног, энурез, астма, ИБС и другие;

тщательное соблюдение правил гигиены сна (постоянное время засыпания, длительность, условия и другое) при лечении инсомнии;

приоритетность психотерапевтических методов в лечении первичной неосложненной инсомнии.

Наиболее эффективным является сочетание следующих методов: релаксационная терапия, терапия ограничением времени пребывания в постели, терапия контролем над стимулами, парадоксальная интенция,

когнитивная терапия, краткосрочная психодинамическая психотерапия, гештальт-терапия.

Лекарственные снотворные средства должны подключаться при неэффективности психотерапевтических методик, и в любом случае лечение лекарственными средствами должно сопровождаться психотерапевтическими методами.

При назначении снотворных средств следует:

назначать короткими периодами от нескольких дней до 3-4 недель;
 делать перерывы на такое же время;

общая длительность терапии снотворными средствами не должна превышать 6 месяцев:

постепенно увеличивать и снижать дозы, соблюдая принцип минимальной терапевтической дозы;

приоритет отдавать снотворным средствам, минимально влияющим на структуру сна и обладающим меньшей степенью аддиктивности;

в качестве снотворных средств не следует использовать производные барбитуровой кислоты, включая корвалол, валокордин и прочее (причины – высокий уровень их аддиктивности, выраженный синдром отмены, снижение когнитивных функций при длительном применении и прочее).

К собственно снотворным средствам принято относить средства, обладающие выраженным гипноседативным действием и коротким периодом полувыведения.

В наибольшей степени этим требованиям отвечает ряд снотворных средств из группы бензодиазепиновых и небензодиазепиновых агонистов ГАМКергических рецепторов (таблица 13).

Небензодиазепиновые снотворные средства: зопиклон – 3,75-7,5 мг/на ночь, золпидем – 5-10 мг на ночь, залеплон – 10 мг на ночь. Время приема – за 30 минут до отхода ко сну.

В то же время в качестве снотворных средств могут использоваться бензодиазепиновые анксиолитические средства со средним и большим периодом полувыведения, если это обусловлено клинической необходимостью (например, диазепам, обладая гипнотическими свойствами, способствует контролю тревоги в дневной период) (таблица 13).

Также допустимо применение «альтернативных» лекарственных средств, обладающих гипноседативными свойствами: антигистаминных

средств (дифенгидрамин), ряда антидепрессантов (амитриптилин, мапротилин), антипсихотиков (хлорпротиксен, флупентиксол). Как правило, выбор этих лекарственных средств диктуется клинической необходимостью: длительный курс медикаментозного лечения, сопутствующая патология (депрессия, психотические расстройства).

При необходимости длительного курса фармакотерапии предпочтение отдается средствам с большим периодом полувыведения. В этих же случаях возможно применение антидепрессантов с выраженным седативным эффектом: амитриптилин – 25-50 мг на ночь.

Возможные побочные действия – развитие у пациента привыкания, пристрастия и зависимости от анксиолитических средств из группы бензодиазепинов при неоправданно длительном или неадекватном их использовании. В связи с этим пациент, получающий анксиолитические средства из группы бензодиазепинов в качестве снотворных средств, должен осматриваться врачом не реже, чем 1 раз в 2 недели.

Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

Действия при отсутствии результата: комбинирование фармакотерапии и психотерапевтических методик, увеличение дозировок снотворных средств, последовательный подбор эффективного снотворного средства путем монотерапии.

Применение мелатонина – 3-6 мг на ночь (при отсутствии противопоказаний, на срок не более 4 недель).

Профилактическая (противорецидивная терапия). Цели, ожидаемый результат, условия и продолжительность лечения: смотри F51.

Общие принципы лечения. Применение снотворных лекарственных средств должно быть ограничено. На данном этапе возрастает значение психотерапии, психообразования и психосоциальной реабилитации.

Лечение выявленных коморбидных расстройств проводится согласно Протоколам диагностики и лечения данных расстройств.

F51.1

Гиперсомния неорганической этиологии

Общая характеристика. Состояние повышенной сонливости 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.

Этапы, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F51.

Купирующая терапия начинается от момента выявления расстройства и продолжается до редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: редукция симптомов гиперсомнии до возможного минимума, восстановление длительности, структуры и архитектоники сна.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 3 до 6 недель.

Характер и алгоритм лечения. Необходимо придерживаться следующих принципов лечения гиперсомнии:

исключение лекарственной или связанной с приемом ПАВ природы гиперсомнии;

исключение внешних причин (нарушение гигиены сна, посменная работа и другие);

исключение психических, соматических расстройств и других расстройств сна, связанных с гиперсомнией (атипичная депрессия, энцефалит, трипаносомоз, шизофрения, органическое заболевание ЦНС, ЧМТ, новообразование, нарколепсия, расстройство схемы сон-бодрствование и другие);

обязательное соблюдение правил гигиены сна (постоянное время засыпания, длительность, условия и другое) при лечении гиперсомнии.

Медикаментозная терапия может включать последовательное применение средств разных групп:

ноотропные средства (пирацетам);

психостимуляторы;

трициклические антидепрессанты;

антидепрессанты группы СИОЗС;

средства общетонизирующего действия растительного происхождения (настойка женьшеня, экстракт элеутерококка жидкий).

Действия при отсутствии результата: последовательный подбор эффективного лекарственного средства из вышеуказанных групп лекарственных средств путем монотерапии.

Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

Профилактическая (противорецидивная терапия). Цели, ожидаемый результат, условия и продолжительность лечения: смотри общий раздел F51.

Общие принципы лечения. Применение лекарственных средств должно быть ограничено. На данном этапе возрастает значение психотерапии, психообразования и психосоциальной реабилитации.

Лечение выявленных коморбидных расстройств проводится согласно Протоколам диагностики и лечения данных расстройств.

F51.2

Расстройство режима сна и бодрствования неорганической природы

Общая характеристика. Отсутствие синхронности между режимом сна-бодрствования у данного индивидуума и тем режимом сна-бодрствования, который предполагают средовые условия, что приводит к жалобам на бессонницу или гиперсомнию.

Этапы, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F51.

Купирующая терапия начинается от момента выявления расстройства и продолжается до редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: нормализация режима сна – бодрствования.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 3 до 6 недель.

Характер и алгоритм лечения. Необходимо придерживаться следующих принципов лечения расстройства режима сна – бодрствования:

исключение лекарственной или связанной с приемом ПАВ природы гиперсомнии;

исключение внешних причин (нарушение гигиены, посменная работа и другие);

исключение психических, соматических расстройств и других расстройств сна, связанных с гиперсомнией (депрессия, инфекционные расстройства с гипертермическим синдромом, шизофрения, органическое заболевание ЦНС, ЧМТ, новообразование, нарколепсия, расстройство схемы сон – бодрствование и другие);

обязательное соблюдение правил гигиены сна при лечении гиперсомнии.

Фармакотерапия может включать последовательное применение средств разных групп:

снотворные средства;

мелатонин – 3-6 мг на ночь (при отсутствии противопоказаний, на срок не более 4 недель).

ноотропные средства (пирацетам);

психостимуляторы;

трициклические антидепрессанты;

антидепрессанты группы СИОЗС;

антидепрессанты – агонисты мелатониновых рецепторов;

средства общетонизирующего действия растительного происхождения (настойка женьшеня, экстракт элеутерококка жидкий).

Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

Действия при отсутствии результата: последовательный подбор эффективного средства из вышеуказанных групп лекарственных средств путем монотерапии.

Профилактическая (противорецидивная терапия). Цели, ожидаемый результат, условия и продолжительность лечения: смотри общий раздел F51.

Общие принципы и правила лечения. Применение лекарственных средств должно быть ограниченным. На данном этапе возрастает значение психотерапии, психообразования и психосоциальной реабилитации.

Лечение выявленных коморбидных расстройств проводится согласно протоколам диагностики и лечения данных расстройств.

F51.3

Снохождение (сомнамбулизм)

F51.4

Ужасы во время сна (ночные ужасы)

Общая характеристика. Снохождение (сомнамбулизм) – состояние измененного сознания, при котором сочетаются эпизоды сна и бодрствования.

Ночные ужасы – ночные эпизоды крайне выраженного страха, паники, сочетающиеся с интенсивными вокализациями, подвижностью, вегетативной гиперактивностью.

Оба расстройства представляют собой один нозологический континуум и относятся к расстройствам пробуждения. Клинически характеризуются как парасомнии с последовательностью сложных видов поведения, которые проявляются в первую треть ночи во время фазы медленного сна (D-E стадии).

Длительность эпизода колеблется от 2 до 20 минут. При этом пациент недоступен контакту, а при попытке его разбудить может отмечаться спутанность сознания и неупорядоченное поведение.

На ЭЭГ, зарегистрированной во время приступа, картина глубокого медленноволнового сна («дельта-сон») – медленные высокоамплитудные дельта-волны. Как правило, ночной эпизод пациентом амнезируется.

Ночные ужасы отличаются от сомнамбулизма большей выраженностью аффективной симптоматики (страх), вегетативной и двигательной гиперактивностью.

Оба состояния связаны с повышенным риском ненамеренного самоповреждения или насильственных действий (ночные ужасы). Большая часть случаев сомнамбулизма регистрируется в детском возрасте, вплоть до 18 лет.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F51.

Купирующая терапия начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: уменьшение частоты или полное купирование приступов патологической ночной активности.

Условия лечения: как правило, амбулаторные. При неэффективности амбулаторной терапии, а также для решения экспертных вопросов показано стационарное лечение.

Продолжительность: от 3 до 6 недель.

Характер и алгоритм лечения. Необходимо придерживаться следующих принципов лечения:

- исключение медикаментозной или связанной с приемом ПАВ природы расстройства;

- исключение внешних причин (нарушение гигиены, посменная работа и другие);

- исключение психических, соматических и неврологических расстройств; особую проблему представляет собой дифференциальная диагностика с эпилепсией;

- обязательное 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.

Психотерапия: релаксационные методы. Во многих случаях специального лечения не требуется, так как снохождения самопроизвольно прекращаются. Фармакотерапия может включать последовательное применение лекарственных средств разных групп:

- снотворные средства на ночь в стандартных дозировках: зопиклон, золпидем, залеплон, триазолам;

- анксиолитические средства из группы бензодиазепинов с выраженным седативно-снотворным эффектом: диазепам, хлордиазепоксид, клоназепам и другие, дозы: смотри F51.0;

- антидепрессанты с седативным действием; карбамазепин.

Психообразование. Психосоциальная реабилитация – по показаниям.

Действия при отсутствии результата: последовательный подбор эффективного средства путем монотерапии. Назначение

антипсихотических средств с седативным эффектом (хлорпротиксен – 25-50 мг/ночь, зуклопентиксол – 2-10 мг на ночь и других).

Профилактическая (противорецидивная терапия). Цели, ожидаемый результат, условия и продолжительность лечения: смотри общий раздел F51.

Общие принципы лечения. Применение лекарственных средств должно быть ограниченным. На данном этапе возрастает значение психотерапии, психообразования и психосоциальной реабилитации.

Лечение выявленных коморбидных расстройств проводится согласно Протоколам диагностики и лечения данных расстройств.

F51.5

Кошмары

Общая характеристика. Данные расстройства представляют 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.

Этапы, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F51.

Купирующая терапия начинается от момента выявления расстройства и продолжается до редукции симптоматики.

Ожидаемый результат: уменьшение частоты или полное купирование приступов патологической ночной активности.

Условия лечения: как правило, амбулаторные. При неэффективности амбулаторной терапии и для решения экспертных вопросов показаны госпитализация и стационарное лечение.

Продолжительность: от 2 до 6 недель.

Характер и алгоритм лечения. Следует придерживаться следующих принципов лечения:

исключение лекарственной или связанной с приемом ПАВ природы расстройства;

ночные кошмары могут провоцироваться приемом и отменой многих лекарственных средств (бензодиазепиновые анксиолитические средства, барбитураты, антидепрессанты и другие) и ПАВ (алкоголь, опиаты и другие);

исключение внешних причин (нарушение гигиены, посменная работа и другие);

исключение психических, соматических и неврологических расстройств;

ночные кошмары могут появляться в дебюте психотических расстройств, часто являются симптомом посттравматического стрессового расстройства;

обязательное соблюдение правил гигиены сна.

Психотерапия: релаксационные методы, поведенческие и когнитивные методы, личностно-ориентированные методы (гештальт-терапия).

Фармакотерапия может включать последовательное применение средств разных групп:

снотворные средства на ночь в стандартных дозировках: зопиклон, золпидем, залеплон, триазолам;

бензодиазепиновые анксиолитические средства с выраженным седативно-снотворным эффектом: диазепам, хлордиазепоксид, клоназепам и другие; дозы: смотри F51.0

антидепрессанты с седативным действием;
карбамазепин.

Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

Действия при отсутствии результата: последовательный подбор эффективного средства путем монотерапии. Назначение антипсихотиков с выраженным седативным эффектом (хлорпротиксен – 25-50 мг на ночь, зуклопентиксол – 2-10 мг на ночь и других).

Особенности расстройств сна в детском возрасте. Нарушения засыпания чаще появляются у детей младшего возраста и связаны с состояниями страха, возможно нарушением ритуала засыпания.

Дети привыкают засыпать в определенных условиях (укачивание, кормление, сосание соски, засыпание в кровати родителей) и в дальнейшем не могут без них обойтись. Реже встречаются длительные ночные пробуждения, когда ребенок после пробуждения остается спокойным, играет со своими пальцами, одеялом.

Наиболее часто у детей наблюдаются парасомнии, к которым относятся спутанность при пробуждении, снохождение, ночные страхи, ночные кошмары.

Спутанность при пробуждении обычно встречается у детей до 3 лет, проявляется беспричинным плачем или метанием в кроватке. Снохождение наиболее часто наблюдается в возрасте 6-12 лет и однократно в течение жизни встречается у 15-30% детей, у 2-3% – повторяется. В большинстве случаев самопроизвольно прекращается к 15 годам.

Распространенность ночных страхов среди детей 1-14 лет составляет 1-4%, в два раза чаще они встречаются у мальчиков.

Распространенность ночных кошмаров у детей – 5-30%.

Обследование: необходимы консультации педиатра, невролога.

Дополнительные обследования:

ЭЭГ (при наличии возможности – суточный мониторинг ЭЭГ);

консультация оториноларинголога;

консультация гастроэнтеролога.

Не требуют лечения такие расстройства сна у детей, 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 терапии:

устранение факторов, вызывающих расстройства сна: изменение условий засыпания;

сокращение количества принимаемой пищи или уменьшение продолжительности ночного кормления;

ограничение активности ребенка при отходе ко сну.

Психотерапия: поведенческая, игровая, семейная психотерапия.

Фармакотерапию начинают с назначения седативных средств растительного происхождения (настойка валерианы, настойка пустырника, настойка боярышника и другие).

Если ожидаемый результат лечения не достигнут, возможно назначение следующих лекарственных средств:

анксиолитические средства из группы бензодиазепинов показаны в случаях повышенной возбудимости ребенка при бессоннице, тревоге, страхе, психомоторном возбуждении (диазепам, нитразепам, триазолам); максимальная продолжительность курса лечения – 6 недель;

ноотропные лекарственные средства с седативным эффектом (фенибут);

антипсихотики (хлорпротиксен, флупентиксол) в малых дозах;

небензодиазепиновые анксиолитические средства (золпидем, зопиклон, залеплон) имеют ограниченное применение, так как противопоказаны до 15-летнего возраста.

Профилактическая (противорецидивная терапия). Цели, ожидаемый результат, условия и продолжительность лечения: смотри общий раздел F51.

Общие принципы и правила лечения. Применение лекарственных средств должно быть ограниченным. На данном этапе возрастает значение психотерапии, психообразования и психосоциальной реабилитации.

Лечение выявленных коморбидных расстройств проводится согласно Протоколам диагностики и лечения данных расстройств.

F52

**Половые (сексуальные) расстройства (дисфункции),
не обусловленные органическим расстройством
или заболеванием**

Общая характеристика. Сексуальные дисфункции включают различные варианты неспособности пациента участвовать в половой жизни в соответствии с его желанием, в том числе:

отсутствие интереса;

отсутствие удовлетворения;

отсутствие физиологических реакций, необходимых для эффективного сексуального взаимодействия (например, эрекции); невозможность контролировать или переживать оргазм.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

- 1-й – обследование;
- 2-й – восстановительное лечение;
- 3-й – сексуальная реадaptация.

Уровни оказания медицинской помощи

- 1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;
- 2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;
- 3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследования и их кратность при первичной постановке диагноза в амбулаторных условиях.

Скрининг-оценка состояния половой сферы.

Обязательное заполнение «Анкеты для пациента мужского пола» пациентом (приложение 1 к постановлению Министерства здравоохранения от 14.01.2008 № 8), или «Анкеты для пациента женского пола» пациенткой (приложение 2 к постановлению Министерства здравоохранения от 14.01.2008 № 8).

Стандартное сексологическое обследование.

Заполняется «Карта сексологического обследования пациента мужского пола» (приложение 3 к постановлению Министерства здравоохранения от 14.01.2008 № 8) или «Карта сексологического обследования пациента женского пола» (приложение 4 к постановлению Министерства здравоохранения от 14.01.2008 № 8).

Дополнительное обследование: экспериментально-психологическое обследование для уточнения психического статуса, выявления личностных особенностей пациентов и характера партнерского/супружеского взаимодействия: личностные опросники ММРІ и Дж. Айзенка, 16-факторный опросник Р. Кеттела, репертуарные решетки А. Келли, тест М. Люшера, многоаспектный квантификационный тест Т. Лири, опросники супружеской удовлетворенности А. Лазаруса либо В.В. Столина, Т.Л. Романовой, Г.П. Бутенко, проективные методики и другие.

При подозрении на наличие эндокринных расстройств, урологических, хирургических либо гинекологических заболеваний назначается консультация врача-специалиста соответствующего профиля: эндокринолога, гинеколога, уролога, андролога. Дальнейшее обследование проводится согласно Протоколам диагностики и лечения данного расстройства.

По показаниям проводятся:

определение уровней содержания фруктозы и лимонной кислоты в эякуляте;

диагностика функционального состояния яичников (измерение базальной температуры, кольпоцитологическое исследование и прочее;

фармакологическое тестирование (определение качества эрекции после интракавернозной инъекции папаверина гидрохлорида 2 мл – 2%, либо простагландина E1 (10 мкг алпростадил);

УЗИ органов малого таза, у мужчин – ультразвуковое исследование сосудистого русла гениталий до и после интракавернозной фармакологической нагрузки (инъекции папаверина гидрохлорида 2 мл – 2%, либо простагландина E1 (10 мкг алпростадил);

фаллоартериография;

динамическая инфузионная кавернозография;

определение вибрационной чувствительности полового члена при помощи биотензиометра;

определение ДГЭА-S в крови;

определение уровня половых гормонов: ФСГ, ЛГ, пролактина, общего тестостерона, глобулина связывающего половой гормон (далее-ГСПГ), свободного тестостерона, прогестерона, пролактина, эстрадиола в плазме крови;

определение липидного профиля крови: общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды;

проведение ЭЭГ;

электромиография мышц промежности;

КТ либо МРТ головного и/или спинного мозга: при потере сексуального влечения – КТ либо МРТ головного мозга с акцентом на гипоталамо-гипофизарной области.

Этап восстановительного лечения. Ожидаемый результат: нормализация параметров сексуального функционирования; восстановление и/или улучшение партнерских отношений; достижение пациентами приемлемого уровня психологического комфорта и удовлетворяющей их половой активности.

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность: от 2 до 8 недель.

Характер и алгоритм лечения. Этап начинается с сексуальной ресоциализации, то есть с создания необходимых предпосылок для успешного лечения. К таковым относятся: 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 непротодействие половой активности пациента, в оптимальном варианте – заинтересованное участие в сексуальных контактах); устранение «технических» помех (объединение супружеских постелей, подбор адекватной контрацепции, создание атмосферы уединения и интимности в спальне и тому подобное).

Лечение большинства сексуальных дисфункций является комплексным и предполагает сочетанное применение фармакотерапии, психотерапии, физиотерапии, в некоторых случаях – механотерапии (эректоров и вакуумных приспособлений для достижения эрекции) или хирургических вмешательств (у больных с грубыми эректильными дисфункциями при неэффективности иных лечебных мероприятий).

Фармакотерапия: при имеющихся коморбидных невротических или аффективных расстройствах назначаются анксиолитические средства и/или антидепрессанты. В зависимости от характера психических расстройств лечение проводится согласно соответствующему разделу Протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств.

Лечение эндокринных расстройств, гинекологической и урогенитальной патологии проводится эндокринологом, гинекологом, урологом, андрологом согласно Протоколам диагностики и лечения выявленного сопутствующего заболевания.

Выбор лекарственных средств для лечения половых дисфункций определяется этиопатогенезом расстройства, особенностями его течения, возрастом пациента, сопутствующей соматической либо психической патологией.

Ниже представлены основные группы лекарственных средств, которые применяются в терапии сексуальных дисфункций различного генеза (смотри таблицу 14).

Физиотерапевтические методы в лечении половых дисфункций:

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 внутриместной (ректальной, вагинальной) формах;

лечебный массаж: пальцевой массаж предстательной железы и семенных пузырьков, пневмомассаж полового члена с помощью локального низкого давления – ЛД-терапия;

методы рефлекторного воздействия: хлорэтиловые блокады ромба Михаэлиса, акупунктура, аурикулотерапия, традиционный восточный массаж;

вибростимуляция эрогенных зон при помощи вибромассажера и другие.

Помимо фармакологического и физиотерапевтического лечения возможно местное применение увлажняющих гелей-смазок или lubricantов.

Психотерапия. При сексуальных расстройствах, не обусловленных органическими нарушениями или болезнями, психотерапия может быть единственной формой их коррекции, либо использоваться как один из видов комплексного лечения.

Коррекция сексуальных нарушений основана на систематизированном применении сразу нескольких методов психотерапии в комбинации с иными видами лечения.

Используются методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии, гипносуггестивная терапия, приемы секс-терапии, нейролингвистическое программирование (далее – НЛП), десенсибилизация и переработка движениями глаз (далее – ДПДГ), гештальт-терапия, психотерапевтическое опосредование лечебных процедур, семейная и супружеская психотерапия и другие.

Психосоциальная реабилитация. Этап сексуальной реадaptации. Ожидаемый результат: оптимизация сексуального взаимодействия с партнером, достижение или восстановление гармонии в интимной жизни и приобретение супружеской парой способности конструктивно разрешать проблемные ситуации в семейно-сексуальных отношениях.

Проведение мероприятий данного этапа 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 согласен участвовать в сексологическом лечении и следовать врачебным рекомендациям относительно его поведения при интимной близости с пациентом.

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность: 3- 4 недели.

Алгоритм лечения:

возобновление парой регулярных половых контактов. В ряде случаев их рекомендуют начинать с петтинга 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. Могут использоваться специальные обучающие видеофильмы;

семейная и супружеская психотерапия для обучения партнеров более эффективному межличностному взаимодействию.

F52.0

Отсутствие или потеря сексуального влечения

Общая характеристика. Потеря полового влечения проявляется низкой сексуальной активностью и отсутствием у субъекта 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 или бизнесом.

Отсутствие или потеря сексуального влечения может наблюдаться при следующих психических и поведенческих расстройствах:

- шизофрения;
- аффективные расстройства депрессивного круга;
- органические психические расстройства (черепно-мозговые травмы, опухоли, сосудистые заболевания головного мозга);
- психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (опиоидов, алкоголя и прочего);
- невротические и связанные со стрессом расстройства.

Потеря полового влечения отмечается также при следующих состояниях:

- височная эпилепсия;
- эндокринные нарушения: у мужчин – первичный (связанный с патологическими изменениями в яичках) и вторичный (обусловленный патологией гипофиза и гипоталамуса) гипогонадизм; пролактинсекретирующие опухоли гипофиза и другое; у женщин – патология надпочечников, яичников, гипоталамо-гипофизарная недостаточность; побочное действие ряда лекарственных средств: антипсихотиков, анксиолитических средств из группы бензодиазепинов, антидепрессантов, гипотензивных лекарственных средств (клофелин, резерпин и другие);

длительно существующие половые дисфункции, которые существенно затрудняют или делают невозможным сексуальные контакты (снижение или отсутствие либидо в этих случаях является вторичным, например, по отношению к эректильной дисфункции).

Уровни и этапы оказания медицинской помощи: смотри F52.

Лечение амбулаторное.

Обязательные обследования: стандартное сексологическое обследование – однократно (смотри F52). При сборе сексологического анамнеза особое внимание следует уделить психосексуальному развитию, наличию отклонений 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.

Дополнительные обследования:

экспериментально-психологическое обследование (смотри F52);
при подозрении на наличие эндокринных расстройств, урологических либо гинекологических заболеваний назначается консультация врача-специалиста соответствующего профиля: эндокринолога, гинеколога, андролога, дальнейшее обследование проводится согласно Протоколам диагностики и лечения данного расстройства;

определение ДГЭА-S в крови;

определение уровня половых гормонов: ФСГ, ЛГ, пролактина, общего тестостерона, ГСПГ, свободного тестостерона, прогестерона, пролактина, эстрадиола в плазме крови;

рентгенография турецкого седла;

КТ либо МРТ гипоталамуса и гипофиза.

Ожидаемые результаты: усиление полового влечения и повышение сексуальной активности.

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность: 4-8 недель.

Характер и алгоритм лечения. Этап восстановительного лечения. Активизация подавленного полового влечения может осуществляться на биологическом уровне (использование фармакотерапии и физиотерапии) и психологическом уровне (психотерапевтическое воздействие).

Фармакотерапия. По показаниям используются следующие группы лекарственных средств:

антидепрессанты (тианептин, эсциталопрам, сертралин, флувоксамин);

анксиолитические средства (тофизопам, мезапам, алпразолам, мебикар);

адаптогены (настойки женьшеня, родиолы розовой, китайского лимонника и т.п.);

ноотропы (пирацетам);

средства гормональной коррекции (у мужчин: хорионический гонадотропин, лекарственные средства тестостерона; у женщин: короткие курсы этинилэстрадиола (в первой фазе менструального цикла)) и метилтестостерона (во второй фазе), хорионический гонадотропин;

поливитамины;

средства, улучшающие кровообращение (ницерголин, пентоксифиллин и другие).

Дозировки: смотри таблицу 14.

Психотерапия: НЛП, ДПДГ, гештальт-терапия, клинический гипноз, телесно-ориентированные практики, психоанализ, когнитивно-рациональная психотерапия, секс-терапия.

Физиотерапия и рефлексотерапия: смотри F52.

Дополнительные методы лечения: акупунктура и лазеропунктура (тонизируют точки E30; E32; E41; R7; VB25; TR3; RP5; RP10; RP12; VC5; VC15; VG8), аурикулотерапия (основные точки 22, 28, 32, 34, 58), традиционный восточный массаж.

Этап сексуальной реадaptации: смотри F52.

F52.1

Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения

F52.10

Сексуальное отвращение

При сексуальном отвращении (аверсии) половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, достаточные для уклонения от половой активности.

F52.11

Отсутствие чувства сексуального удовлетворения

Возникают нормальные сексуальные реакции, и переживается оргазм, но нет адекватного удовольствия – то есть наблюдается оргазмическая ангедония.

Психологические факторы, формирующие сексуальное отвращение (мишени для психотерапевтической коррекции): негативное, брезгливое отношение к сексу и страх перед проявлениями сексуальности, связанные

с неправильным воспитанием; сексуальная психотравма в прошлом (изнасилование, инцест); выдвигание 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) и другое.

Текущие депрессивные эпизоды различной тяжести (F32, F33) также могут приводить к снижению или утрате удовольствия от переживания оргазма.

Уровни и этапы оказания медицинской помощи: смотри F52.

Обследование: стандартное сексологическое (смотри F52). У женщин с целью исключения органической природы расстройства сбор акушерско-гинекологического анамнеза для выявления гормонального дисбаланса, воспалительных заболеваний репродуктивной сферы. У мужчин с жалобами на слабую выраженность переживания оргазма для исключения колликулита – консультация уролога с проведением задней уретроскопии.

Дополнительные обследования:

экспериментально-психологическое исследование (смотри F52); беседа с постоянным партнером для объективизации полученных сведений и коррекции его сексуального поведения;

осмотр акушера-гинеколога.

Цели и ожидаемый результат: улучшение состояния, которое выражается в повышении интереса к половым контактам и усилении остроты сексуальных переживаний.

Условия лечения: амбулаторно.

Этап восстановительного лечения.

Продолжительность – 4-8 недель.

Характер и алгоритм лечения:

индивидуальная, парная и групповая психотерапия, направленная на выявление и разрешение причин сексуальной аверсии или ангедонии, повышение интереса к сексуальной сфере и активизацию половой жизни;

гипнотические техники, направленные на нейтрализацию негативного сексуального опыта (с использованием возрастной регрессии), а также усиление позитивно окрашенных сексуальных переживаний (сопровождение в приятном воспоминании). С той же целью вместо гипнотерапии может использоваться ДПДГ.

В необходимых случаях психотерапия фокусируется на сопутствующих невротических расстройствах.

Фармакотерапия: по показаниям анксиолитические средства, антидепрессанты, адаптогены.

Этап сексуальной реадaptации: смотри F52.

F52.2

Недостаточность генитальной реакции

Общая характеристика. У мужчин эректильную дисфункцию вызывают:

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 (гипоталамо-гипофизарная патология, тестикулярные нарушения, общие эндокринопатии, сахарный диабет);

патология мочеполовой системы (пороки развития, опухоли, заболевания и травмы);

токсические влияния (зависимость от психоактивных веществ, отравление гербицидами, свинцом и другими);

осложнения фармакотерапии – известны около 250 лекарственных средств, способных вызывать нарушения эрекции. В их числе большинство психотропных и гипотензивных лекарственных средств, антиандрогены,

блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов желудка, ингибиторы синтеза простагландинов, антигистаминные лекарственные средства и другие;

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);

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).

Основная проблема у женщин заключается в сухости влагалища (недостаточной lubricации). Причины: органические – инфекционные, эндокринные расстройства половой сферы (эстрогенная недостаточность в постменопаузе) и психогенные – приводят к отсутствию полового возбуждения при близости.

У лиц обоих полов отсутствие генитальной реакции может наблюдаться при эндогенных и органических психических расстройствах, а также эпилепсии.

Уровни и этапы оказания медицинской помощи: смотри F52.

Обследование: стандартное сексологическое (смотри F52). Особое внимание должно уделяться выявлению различных тенденций сексуального влечения (гомосексуального либо иного аномального влечения), определению эрогенных зон женщины и их реактивности (чувствительности).

Дополнительное обследование: при подозрении на наличие эндокринных расстройств, урологических, хирургических либо гинекологических заболеваний назначается консультация врача-специалиста соответствующего профиля: эндокринолога, гинеколога, уролога, андролога, ангиохирурга. Дальнейшее обследование проводится согласно Протоколам диагностики и лечения выявленного расстройства.

У мужчин – фармакологическое тестирование; ультразвуковая доплерография сосудов полового члена; фаллоартериография; динамическая инфузионная кавернозография; определение тактильной и вибрационной чувствительности гениталий; экспериментально-психологическое обследование, по показаниям – консультации эндокринолога, уролога, невролога.

У женщин – гормональные исследования: определение уровней ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрогенов, прогестерона, тестостерона в крови; определение ДГЭА-S в крови; взятие материала на (бактериологическое исследование отделяемого мочеполовых органов), экспериментально-психологическое обследование.

Цели и ожидаемый результат:

у мужчин – улучшение качества эрекции до степени, достаточной для проведения вагинального полового акта;

у женщин – усиление полового возбуждения и lubricации при сексуальном контакте.

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность: 3-8 недель.

Характер и алгоритм лечения. Этап восстановительного лечения предполагает сочетанное использование фармакотерапии, психотерапии, физиотерапии и рефлексотерапии.

Психотерапия: цель – устранение тревоги и других психологических факторов, подавляющих генитальные реакции. Используются:

техники НЛП («интеграция якорей», «визуально-кинестетическая диссоциация», «взмах»);

гипнотерапия (ресурсные трансы, 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, а так же прочие лекарственные средства улучшающие артериальный кровоток (смотри F52);

при поражении венозного русла – биофлавоноиды;

при поражениях проводящих нервных путей – антихолинэстеразные лекарственные средства;

общетонизирующие лекарственные средства (адаптогены) применяют при снижении потенции на фоне астенического симптомокомплекса;

для получения быстрого эффекта применяют специфические лекарственные средства для лечения нарушений эрекции – блокаторы фосфодиэстеразы 5-го типа: силденафил, варденафил, тадалафил (предварительно проводят психотерапевтическую коррекцию страха перед коитусом, а при снижении либидо – терапию, направленную на повышение полового влечения). Дозировки лекарственных средств: смотри таблицу 14.

Физиотерапия:

локальная декомпрессия полового члена (далее – ЛД), а также рефлексотерапия (акупунктуры);

кремы-любриканы.

Этап сексуальной реадaptации: смотри F52.

F52.3

Оргазмическая дисфункция

Общая характеристика. Встречается преимущественно у женщин и связана с целым рядом психологических факторов подавления оргазма:

ситуационные факторы: боязнь забеременеть;

неблагоприятные условия для сексуального контакта;

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; вытесненный в бессознательное травматический сексуальный опыт;

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 сохранено или незначительно снижено, эрогенные зоны реактивны (чувствительны). Отмечаются эротические сновидения с оргазмом, возможен мастурбационный оргазм. Аноргазмия чаще является вторичной, то есть развивается после периода относительно нормального сексуального функционирования и носит селективный (избирательный) характер, проявляясь с конкретным партнером.

В случаях психогенной аноргазмии, обусловленной неадекватно развитой сексуальностью, женщины изначально не испытывают высокой степени полового возбуждения и оргазма при коитусе (в некоторых случаях оргазм достигается только особым образом, например, при мастурбации струями душа или ритмичным сжатием бедер).

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. Другие факторы торможения оргазма: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, патология иннерваторных структур оргастического рефлекса, гормональная недостаточность, интоксикации (алкоголь, наркотики), прием лекарственных средств (антипсихотики, анксиолитические средства, антидепрессанты, гипотензивные лекарственные средства и другие).

Уровни и этапы оказания медицинской помощи: смотри F52.

Обследование: стандартное сексологическое у лиц обоих полов включает (смотри F52).

Особое внимание уделяют сбору сексологического анамнеза (особенности психосексуального развития, сексуальный дебют, последующий опыт, представления о норме, физиологии и психологии половой жизни, выявление латентных тенденций сексуального влечения,

выяснение наличия оргазма при других видах стимуляции – мастурбации, петтинге, при эротических сновидениях). У женщин собирают подробный акушерско-гинекологический анамнез (для исключения органической природы расстройства – гормонального дисбаланса, воспалительных заболеваний и пр.); определяют эрогенные зоны и их реактивность.

Дополнительное обследование:

парное психологическое тестирование для выяснения взаимоотношений между партнерами, их ценностных ориентаций;

консультация акушера-гинеколога,

консультация невролога.

Цели и ожидаемый результат: восстановление или приобретение способности испытывать оргазм при половом акте.

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность: 3-6 недель.

Характер и алгоритм лечения. Этап восстановительного лечения при аноргазмии на фоне органической патологии или психического расстройства лечение проводится согласно Протоколам диагностики и лечения данного заболевания.

При психогенной (невротической) аноргазмии у женщин – 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).

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»).

Телесно-ориентированная терапия. Применяют общетонизирующие лекарственные средства (адаптогены), 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. Дополнительно могут использоваться антихолинэстеразные лекарственные средства (смотри таблицу 14).

Этап сексуальной реадaptации: смотри F52.

F52.4

Преждевременная эякуляция

Общая характеристика. Неспособность задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения от полового акта у обоих партнеров, причем эта проблема не является результатом длительного полового воздержания, а также не может быть приписана психическому расстройству или лекарственной терапии.

Причины: нерегулярная половая жизнь; беспокойство мужчины во время полового акта (часто на фоне проблем взаимоотношений с партнершей); привычка к быстрому наступлению эякуляции; сильное возбуждающее эротическое влияние партнерши; отсутствие перцептивного осознания мужчиной ощущений, предваряющих 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).

Уровни и этапы оказания медицинской помощи: смотри F52.

Обследование: стандартное сексологическое у лиц обоих полов (смотри F52).

Анамнез подразумевает выявление детского энуреза, поллакиурии, частых поллюций (в том числе дневных) и преждевременной эякуляции с самого начала половой жизни, что характерно для синдрома

парацентральных долек. При неврологическом обследовании акцентируется внимание на асимметрии иннервации и, в особенности, на выявлении инверсии рефлексогенных зон ахилловых рефлексов. Необходимо также исключить острые и хронические воспалительные процессы урогенитального тракта, в том числе простатит.

Дополнительные обследования:

УЗИ простаты,
консультации уролога, невролога,
КТ или МРТ головного мозга (смотри F52).

Цели и ожидаемый результат: восстановление или приобретение способности в достаточной мере контролировать наступление эякуляции в соответствии с партнерской ситуацией.

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность: 4-6 недель.

Характер и алгоритм лечения. Этап восстановительного лечения. Выбор терапии 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:

селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (сертралин, эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин) – курсом от 1 до 4-6 месяцев;

использование местноанестезирующих средств (например, орошение 10% раствором лидокаина в аэрозоле нижней части головки пениса).

Дозировки: смотри таблицу 14.

Физиотерапия:

массаж предстательной железы (6-15 процедур через день);
орошение хлорэтилом ромба Михаэлиса (6-12 процедур);
аурикулотерапия (основные точки 22 и 93) и акупунктуры (точки R3; R26; F8; RP6; V23; V35; VC4; VC5 и другие).

Все терапевтические 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).

Этап сексуальной реадaptации: смотри F52.

F52.5

Вагинизм неорганического происхождения

Общая характеристика. Вагинизм – стойкий спазм окружающих влагалище мышц, при котором интравагинальное введение полового члена невозможно или причиняет боль. Это расстройство считается психогенным. В тех случаях, когда обнаруживается органическая почва для болевых проявлений, 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.

Уровни и этапы оказания медицинской помощи: смотри F52.

Обследование: стандартное сексологическое (смотри F52).

Дополнительное обследование:

консультация акушера-гинеколога;
 ультразвуковое исследование органов малого таза;
 исследование психического статуса пациентки (клинико-психопатологическое исследование);
 психологическое тестирование – тесты Люшера, MMPI, Лири и прочее);

сексологическое и психологическое исследование постоянного партнера пациентки.

Цели и ожидаемый результат: устранение спазма окружающих влагалище мышц, что позволяет женщине вступить в половой акт.

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность: 3-4 недели.

Характер и алгоритм лечения. Терапия вагинизма носит парный и комплексный характер. При наличии у пациенток тех или иных психопатологических расстройств применяют антидепрессанты, анксиолитические средства или антипсихотики.

Психотерапия:

гипносуггестивная терапия либо десенсибилизация и переработка движениями глаз 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-сексолог санкционирует переход к коитальной активности).

Важное место занимает сексуальная реадaptация пары с привлечением на конечных этапах партнера в качестве ко-терапевта. Партнер может активно участвовать и в проведении самой десенсибилизации. В этом случае ему предлагают использовать пальцы собственной руки, которые он вводит во влагалище, начиная с одного и постепенно доводя до трех, после чего становится возможным переход к интравагинальному введению эрегированного полового члена.

Фармакотерапия: смотри таблицу 14 (раздел анксиолитические средства, антидепрессанты-СИОЗС).

Этап сексуальной реадaptации: смотри F52.

F52.6

Диспареуния неорганического происхождения

Общая характеристика. Диспареуния у женщин проявляется болевыми ощущениями во время полового акта и может носить характер органический (например, при различных видах воспалительных заболеваний полового аппарата, эндокринных или неврологических расстройствах) и психогенный. Следует исключить болевые ощущения при неправильной технике коитуса или из-за недостаточной lubricации (например, при редукции предварительных ласк). Расстройство часто сопровождается вторичным снижением сексуального влечения.

Если боли при половом сношении имеют соматическую основу, состояние классифицируется как диспареуния (органическая) у женщин (N94.1 по МКБ-10). Необходимо учитывать, что первично возникший органический симптом может удерживаться по невротическому механизму вторичной выгоды, поскольку позволяет женщине под благовидным предлогом избегать нежелательной половой близости или существенно ее ограничить. В основе диспареунии может лежать сильная неприязнь или физическое отвращение к партнеру, который, тем не менее, настаивает на сексуальных контактах. В этих случаях диспареуния носит вторичный характер, а основным расстройством является сексуальное отвращение (F52.10).

У мужчин случаи диспареунии достаточно редки и обычно имеют органическую основу (воспалительные заболевания полового члена, яичек, уретры или простаты, болезненная, деформация эрегированного полового члена при болезни Пейрони). Изредка встречается вариант мужской диспареунии неорганического происхождения – постэякуляторная боль, которая может возникать во время или сразу же после семяизвержения, и связана с произвольным сокращением соответствующих мышечных групп.

Уровни и этапы оказания медицинской помощи: смотри F52.

Обследование: стандартное сексологическое (смотри F52).

УЗИ органов малого таза;
 определение уровня половых гормонов (смотри F52);
 бактериологическое исследование отделяемого мочеполовых органов (с целью исключить органическую основу болевых ощущений).
 Дополнительное обследование:

урологическое и сексологическое обследование постоянного партнера пациентки;

экспериментально-психологическое исследование с оценкой личностных особенностей и характера межличностного взаимодействия с партнером.

Цели и ожидаемый результат: устранение или максимальное ослабление болезненных ощущений в области гениталий, связанных с сексуальными контактами и повышение удовлетворенности половой жизнью.

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность: 3-6 недель.

Характер и алгоритм лечения. При наличии гениталгий психосоматического генеза проводится фармакотерапия с использованием антидепрессантов (миансерин, эсциталопрам, флувоксамин, кломипрамин), анксиолитических средств (алпразолам, клоназепам), антипсихотиков (сульпирид) (дозировки смотри таблицу 14).

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 и прочее.

Этап сексуальной реадаптации: смотри F52.

F52.7

Повышенное половое влечение

Общая характеристика. Определение сильного сексуального влечения как чрезмерного (патологического) достаточно условно. Если человек ведет интенсивную половую жизнь, но при этом «успевает» проявлять высокую творческую, профессиональную, общественную или иную активность, он не может рассматриваться как человек с патологически усиленным либидо. Патологическую гиперсексуальность

отличают не только количественные показатели, свидетельствующие о чрезвычайно высокой сексуальной активности, но и качественные изменения на когнитивном и поведенческом уровнях: удовлетворение высоких сексуальных потребностей становится сверхценной идеей, которой одержим индивид в ущерб прежним социальным связям и всем другим сторонам жизни.

Может иметь невротический, гиперкомпенсаторный характер, вынуждая неуверенных в себе субъектов стремиться как можно чаще подтверждать свою сексуальную состоятельность со все новыми сексуальными партнерами. Гиперсексуальность иногда наблюдается при эндогенных и органических психических расстройствах, приеме некоторых лекарственных средств (леводопа), гормональных нарушениях, наркотических интоксикациях (кокаин, героин, мескалин) и отравлениях угарным газом.

Пароксизмальное повышение либидо с приступами сильнейшего полового возбуждения и повышением чувствительности гениталий к тактильной стимуляции, чувством жара, болями внизу живота и тому подобному весьма характерно для синдрома гипоталамической гиперсексуальности, который относится к рубрике F07.8. При данной патологии женщины мультиоргастичны, сексуально расторможены, склонны к промискуитету. При шизофрении половое возбуждение может возникать только на психическом уровне, не сопровождаясь соответствующими изменениями в гениталиях. Оргазм затруднен или невозможен. Влечение носит компульсивный характер и толкает женщин на беспорядочные половые связи, которые не дают сексуальной разрядки.

Уровни и этапы оказания медицинской помощи: смотри F52.

Обследование стандартное сексологическое (смотри F52).

Дополнительное обследование: при подозрении на синдром гипоталамической гиперсексуальности – консультации невролога, эндокринолога, определение уровня гонадотропинов и половых гормонов в сыворотке крови (смотри F52), ЭЭГ исследование. Дальнейшее обследование проводится указанными выше врачами-специалистами согласно Протоколам диагностики и лечения данного расстройства.

Цели и ожидаемый результат: улучшение общего состояния и снижение до приемлемого уровня патологически повышенного влечения.

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность: 4-6 недель.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия: психотропные лекарственные средства (преимущественно антипсихотики пролонгированного действия), нормотимики, антиандрогены. У женщин также могут применяться гестоген-эстрогенные лекарственные средства, эстроген-андрогенные лекарственные средства, медроксипрогестерон. Дозировки: смотри таблицу 14 в разделе F52.

Психотерапия направлена на коррекцию самооценки, выработку более адекватного отношения к своему состоянию, формирование лечебной перспективы и повышение способности контролировать собственное сексуальное поведение.

Психосоциальная реабилитация.

Этап сексуальной реадaptации: смотри F52.

F52.8

Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью

Общая характеристика. К данной группе относят другие сексуальные дисфункции, обусловленные психическими расстройствами или психогенными факторами. Например, 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.

Уровни и этапы оказания медицинской помощи: смотри F52.

Обследование: стандартное сексологическое (смотри F52).

Дополнительное обследование: экспериментально-психологическое обследование (смотри F52).

Цели и ожидаемый результат: ослабление или полное устранение симптомов сексуальной дисфункции и повышение удовлетворенности половой жизнью.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: 3-6 недель.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия проводится с учетом характера сексуальных нарушений (смотри F52) и выраженности психопатологической симптоматики (смотри F30-39).

Психотерапия направлена на коррекцию основных психологических механизмов, участвующих в формировании половых дисфункций, а также их отдельных проявлений.

Психосоциальная реабилитация.

Этап сексуальной реадaptации: смотри F52.

F52.9

Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью неуточненная

К данной рубрике относят сексуальные расстройства неуточненного характера предположительно психогенного генеза.

Уровни оказания медицинской помощи, обследование, цели и ожидаемый результат лечения, условия лечения, продолжительность, характер и алгоритм лечения: смотри F52.8.

F53.0

Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом (послеродовая депрессия)

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

- 1-й – обследование (психиатрическое, соматическое) и постановка диагноза;
- 2-й – купирующая терапия;
- 3-й – стабилизирующая терапия;
- 4-й – профилактическая терапия.

Уровни оказания медицинской помощи

- 1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;
- 2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;
- 3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

Обследование и его кратность: такое же, как при F 30–F39.

Необходимые обязательные обследования:

- общий анализ крови, общий анализ мочи;
- биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, натрия, хлора, глюкозы, общего белка, белковых фракций, определение активности АсАТ, АлАТ;
- ЭКГ;
- рентгенография органов грудной полости;
- динамическое наблюдение акушера-гинеколога;
- консультация терапевта;
- консультация невролога.

Этап купирующей терапии. Ожидаемый результат: купирование депрессивной и тревожной симптоматики

Продолжительность лечения: 30 дней.

Условия лечения зависят от степени тяжести депрессивного эпизода:

- при легкой степени – амбулаторное,
- при средней степени тяжести – амбулаторное или стационарное;
- при тяжелом расстройстве – только стационарное, так как часто имеют место суицидальные тенденции, агрессия к ребенку.

Характер и алгоритм лечения. Применяются фармакотерапия (антидепрессанты, анксиолитики) и психотерапия (таблица 15).

Психофармакотерапия послеродовой депрессии. Целью психотерапии является нормализация и выработка адекватного взаимодействия в системе «мать-ребенок».

Применяются:

недирективное психологическое консультирование;
краткосрочное психологическое консультирование;
когнитивно-бихевиоральная психотерапия (далее – КБТ).

Выбор терапии (либо только фармакотерапия, либо только психотерапия) зависит от степени тяжести выявленного расстройства, а также определяется выбором самой женщины.

Лечение легких депрессивных расстройств послеродового периода требует прежде всего психотерапевтического вмешательства (краткосрочная разъяснительная, образовательная психотерапия), направленного на повышение уровня информированности о механизмах формирования типичных проблем этого периода и организацию адекватных поведенческих паттернов.

Терапия средних и тяжелых расстройств требует обязательного назначения антидепрессантов, среди которых предпочтение отдается препаратам, обладающим анксиолитической активностью, так как в 50% случаев послеродовая депрессия сопровождается тревожной симптоматикой.

Наиболее эффективно сочетание антидепрессантов и когнитивно-бихевиоральной психотерапии.

Дополнительные трудности: если на время приема антидепрессантов женщина желает продолжить кормление грудью, то преимущество принадлежит группе СИОЗС, признанной наиболее безопасной для ребенка. Прием лекарственных средств должен приходиться на время самого длительного периода сна ребенка.

Назначать бензодиазепины в период кормления грудью не рекомендуется.

Если женщина пожелала прервать лактацию из-за приема психотропных средств, то назначается бромокриптин по 2,5 мг 2 раза/сутки 5-10-12 дней.

Этап стабилизирующей терапии.

Продолжительность: 2-3 месяца.

Условия лечения: амбулаторно.

Ожидаемый результат: купирование остаточной тревожно-депрессивной симптоматики и достижение эффективного бытового и социального функционирования.

Характер и алгоритм лечения. Продолжение приема эффективных лекарственных средств, но в сниженных дозировках, в сочетании с когнитивно-бихевиоральной психотерапией. Возвращение к предыдущей суточной дозе при усилении симптомов.

Этап профилактической терапии.

Продолжительность: 3 месяца.

Условия лечения: амбулаторно.

Ожидаемый результат: полное восстановление бытовой и социальной адаптации и предотвращение развития рецидивов.

Характер и алгоритм лечения. Проведение когнитивно-бихевиоральной психотерапии. Продолжение приема эффективных лекарственных средств в поддерживающих дозах с постепенной отменой, которую необходимо проводить после 6 месяцев приема.

Необходим контроль стабильности ремиссии после отмены фармакотерапии.

F53.1

Тяжелые психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом (послеродовой психоз)

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – обследование (психиатрическое, соматическое) и постановка диагноза;

2-й – купирующей терапии;

3-й – стабилизирующей терапии;

4-й – профилактической терапии.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

Обследование и его кратность. Необходимые обязательные обследования:

общий анализ крови, общий анализ мочи (каждые 10 дней);

биохимическое исследование крови: определение концентрации калия, натрия, хлора, глюкозы, общего белка, белковых фракций; определение активности АсАТ, АлАТ;

ЭКГ;

рентгенография органов грудной полости;

динамическое наблюдение акушера-гинеколога;

консультация терапевта;

консультация невролога (2-кратно);

консультация психолога (мышление, эмоции, воля).

Этап купирующей терапии. Ожидаемый результат: купирование острой психотической симптоматики, установление ведущего психопатологического синдрома и его терапия.

Продолжительность: 14-60 дней

Условия лечения: в стационаре.

Характер и алгоритм лечения. Лечение послеродового психоза мало отличается от лечения других психотических состояний, но имеет несколько особенностей.

Прекращение лактации.

Применяется бромокриптин по 2,5 мг 2 раза/сутки 5-10-12 дней.

При определении основного психопатологического синдрома и оценке состояния аффекта применяются следующие группы психотропных средств:

антипсихотики (галоперидол, трифлуоперазин, флупентиксол, зуклопентиксол, рисперидон, клозапин, хлорпротиксен);

антидепрессанты (мапротилин, кломипрамин, имипрамин, амитриптилин);

нормотимики (соли лития, карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты);

анксиолитические средства из группы бензодиазепинов (диазепам, клоназепам).

На данном этапе рекомендуется использовать инъекционные формы лекарственных средств, так как имеют место отказы от приема таблетированных форм.

Прием корректоров (антипаркинсонические лекарственные средства) назначается только после появления явлений нейролепсии.

Дополнительные трудности. Для психотических состояний в послеродовом периоде характерна волнообразность течения, что проявляется в спонтанных ухудшениях состояния на фоне успешной терапии. Необходимо повышение дозы или перевод на парентеральное введение лекарственных средств в течение нескольких дней до улучшения состояния.

Действия, если результат не достигнут: если в течение 2-3-х недель отсутствует какая-либо положительная динамика, рекомендована ЭСТ.

Этап стабилизирующей терапии.

Продолжительность: 3-6 месяцев.

Условия лечения: начинается в стационаре, продолжается в отделении дневного пребывания или амбулаторных условиях.

Ожидаемый результат: купирование остаточной психотической симптоматики.

Характер и алгоритм лечения. Продолжение приема эффективных лекарственных средств, но в сниженных дозировках. Рекомендуется когнитивно-бихевиоральная психотерапия, а также психобразовательная работа с семьями.

Дополнительные трудности. Возможно развитие постпсихотической депрессии с суицидальными тенденциями. Необходимо дифференцировать от возможного обострения. Рекомендовано назначение антидепрессантов.

Этап профилактической терапии.

Продолжительность: 3-6 месяцев.

Условия лечения: амбулаторно.

Ожидаемый результат: полное восстановление бытовой и социальной адаптации и предотвращение развития рецидивов.

Характер и алгоритм лечения. Продолжение приема эффективных лекарственных средств, но в поддерживающих дозах с постепенной отменой, которую необходимо проводить к концу года приема. Рекомендуется когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

Таблица 13

Снотворные и седативные лекарственные средства

Наименования лекарственных средств	Дозы (мг/на ночь)	Период полувыведения (часы)	
Триазолам	0,25-0,5	2-5	Короткий
Зопиклон	3,75-15	4,5-7	
Золпидем	5-15	0,7-3,5	
Залеплон	5-10	1	
Лоразепам	2,5-5	9-12	
Алпразолам	0,25-0,5	12-15	
Тофизопам	50-100	10-12	
Хлордиазепоксид	5-10	8-10	
Диазепам	5-10	3-46	Большой
Нитразепам	5-10; не более 20	18-34	
Клоназепам	1-4	18-20	

Таблица 14

Основные группы лекарственных средств, которые применяются в терапии сексуальных дисфункций различного генеза

Группы лекарственных средств	Международное непатентованное наименование лекарственных средств	Дозы лекарственных средств
Витамины	Токоферол	100-300 мг/сутки
	Тиамин	10-50 мг/сутки
	Пиридоксин	50-100 мг/сутки
	Цианкобаламин	60-100 мкг/сутки
	Кислота никотиновая	100-500 мг/сутки
Лекарственные средства мужских половых гормонов (андрогены) и их синтетические аналоги	Тестостерон	25-50 мг/сутки в/м
	Тестостерона ундеканат	40-160 мг/сутки
	Тестостерона ундеканат	внутримышечно 4 мл (1000 мг) 1 раз в 3 месяца
	Эстрадиол	Гель трансдермальный (0,6 мг/г); 2 дозы аппликатора/сутки
	Медروксипрогестерон	депонированная форма 150-400 мг внутримышечно 1 раз в 10-90 дней
Простагландины	Алпростадил	5-30 мкг в растворе (интракавернозные инъекции)
Антиэстрогены	Кломифена цитрат	курсами 5-10 дней по 50 мг/сутки (у женщин); 50-100 мг/сутки 8-12 недель (у мужчин)
Гонадотропины	Хорионический гонадотропин	от 1000 до 3000 МЕ в растворе внутримышечно 2-3 раза в неделю
Ингибиторы секреции пролактина	Бромокриптин	1,25-3,75 мг/сутки
	Каберголин	0,5-2 мг/неделю

Блокаторы фосфодиэстеразы 5- го типа	Силденафил	25-100 мг/сутки
	Варденафил	10-20 мг /сутки
	Тадалафил	20 мг в 36 часов
Антихолинэстераз- ные лекарственные средства	Дистигмин	2,5-10 мг/сутки
Блокаторы альфа 2 - адренорецепторов	Йохимбина гидрохлорид	10-30 мг/сутки
	Ницерголин	30-90 мг/сутки
Вазорегуляторы	Стандартизованный экстракт гинкго билоба	80-160 мг/сутки
	Пентоксифиллин	400-800 мг/сутки
Гиполипидемичес- кие лекарственные средства	Фенофибрат	145 мг/сутки
Венотонизирующие лекарственные средства	Диосмин	1200-1800 мг мг/ сутки
Анксиолитики	Алпразолам	0,5-2 мг/сутки
	Тофизопам	100-300 мг/сутки
	Медазепам	10-30 мг/сутки
Антипсихотики	Сульпирид	50-300 мг/сутки
Антидепрессанты	Флуоксетин	5-40мг мг/сутки
	Сертралин	25-100 мг/сутки
	Пароксетин	10-40 мг /сутки
	Флувоксамин	50-200 мг/сутки
	Эсциталопрам	10-40 мг/сутки
	Кломипрамин	25-75 мг/сутки
	Тианептин	25-37,5 мг/сутки
Гепатопротекторы	Силимарин	70-420 мг/сутки
Местноанестезирую- щие средства	Лидокаина гидрохлорид	10% дозированный аэрозоль – 1-2 дозы (4-8 мг) местно перед коитусом

Таблица 15

Антидепрессанты и анксиолитические лекарственные средства

Лекарственное средство	Класс антидепрессанта (анксиолитика)	Рекомендуемая суточная доза, мг/сут	Возможные осложнения при грудном вскармливании
Сертралин	СИОЗС	50-200	Уровни препарата и его активных метаболитов у ребенка не определяются. Данные о негативном воздействии на ребенка отсутствуют.
Пароксетин	СИОЗС	20-60	
Флювоксамин	СИОЗС	50-200	
Эсциталопрам	СИОЗС	10-20	Уровни препарата в крови ребенка не определяются. Активных метаболитов нет.
Флюоксетин	СИОЗС	20-60	Препарат и его активные метаболиты имеют относительно большой период полувыведения: уровни препарата в плазме крови ребенка схожи с таковыми у взрослых.
Венлафаксин	ИОЗНС	75-300	Уровень препарата в материнском молоке выше, чем в плазме крови матери. Уровни препарата в плазме крови у части детей не определяются, у части детей сходны с таковыми у взрослых.
Мапротилин	ТЦА	50-200	Данных нет
Имипрамин	ТЦА	100-300	Данных нет
Амитриптилин	ТЦА	50-150	Данных нет
Клоназепам	БДТ	2-4	Не рекомендуется назначать в период кормления грудью.
Алпрозолам	БДТ	0,5-2	

F60 – F69

Общая характеристика. В данном разделе рассматриваются длительно существующие глубокие и стойкие расстройства характера. Эти расстройства либо причиняют серьезный дискомфорт пациенту, либо приводят 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 личности широко распространены среди населения. Они часто являются преморбидным фоном для других психических расстройств (расстройств настроения, зависимостей от ПАВ, шизофрении и близких к ней расстройств и других), как правило, утяжеляя течение последних.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследования и их кратность. Проводятся как в амбулаторных условиях, так и в режиме отделений дневного пребывания (при тяжелых декомпенсациях с нарушением трудоспособности).

При установлении диагноза расстройств личности впервые как в амбулаторных, так и в стационарных условиях:

обследования: смотри перечень обязательного общеклинического обследования раздела «Общие положения».

ЭКГ;

профиль артериального давления;

консультации терапевта, невролога для исключения соматической и неврологической патологии;

экспериментально-психологическое обследование – смотри приложение, раздел F40 – F48.

получение сведений о личностных и поведенческих особенностях пациента из нескольких независимых источников (от членов семьи, с места работы или учебы и других);

неврологическое обследование в целях исключения заболевания мозга, ставшего причиной стойких изменений характера и поведения.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Общие принципы лечения. Основным методом лечения расстройств личности является длительная психотерапия. Однако фармакотерапия помогает уменьшить симптомы декомпенсации, улучшает контакт, облегчает проведение психотерапии.

В зависимости от симптомов, превалирующих в клинической картине, выделяют следующие группы расстройств личности:

расстройства 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).

Выбор лекарственных средств и доз будет зависеть от симптомов, преобладающих в клинической картине. При преобладании в клинической картине декомпенсации симптомов нарушения восприятия и оценки

окружающей действительности эффективны малые дозы антипсихотиков: галоперидола, трифлуоперазина, флупентиксола, рисперидона, оланзапина, сертиндола и других.

При преобладании в клинической картине агрессивности и импульсивности рекомендуются к применению антидепрессанты из группы СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, эсциталопрам, сертралин), нормотимики (карбамазепин, соли лития, препараты вальпроевой кислоты). Трициклические антидепрессанты к применению не рекомендованы в связи с низкой эффективностью и способностью усиливать импульсивность и агрессию.

При преобладании в клинической картине эмоциональной лабильности препаратами первого выбора являются нормотимики (соли лития, препараты вальпроевой кислоты, карбамазепин). В случае их неэффективности возможно применение малых доз антипсихотиков (галоперидол, трифлуоперазин, перициазин, хлорпротиксен, оланзапин).

При преобладании в клинической картине тревожности эффективны бензодиазепины, антипсихотики, антидепрессанты, нормотимики. Поскольку пациенты с расстройствами личности склонны к формированию зависимостей, бензодиазепины не являются препаратами первого выбора и если назначаются, то только короткими курсами (до 3-4 недель). Нейролептики также должны применяться с большой осторожностью из-за вероятности побочных эффектов, что может отрицательно повлиять на комплаенс.

Препаратами первого выбора являются антидепрессанты из группы СИОЗС (эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин, сертралин). Из трициклических антидепрессантов допустимо назначение тианептина, миансерина, мапротилина.

Среди нормотимиков эффективны карбамазепин и препараты вальпроевой кислоты.

Следует избегать применения нескольких лекарственных средств (полипрагмазии), безопаснее использовать один препарат.

Необходимо помнить, что пациенты с расстройствами личности, особенно с сопутствующими расстройствами настроения, относятся к группе высокого суицидального риска.

Цель лечения и ожидаемые результаты. Коррекция выраженных нарушений поведения, восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации. Отдаленный ожидаемый результат: преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения.

Характер и алгоритм лечения. На этапе купирующей терапии при тяжелых декомпенсациях лечение рекомендуется начинать с фармакотерапии, которая облегчит начало работы с психотерапевтом. При

менее выраженных состояниях и фармакотерапию, и психотерапию рекомендуется начинать одновременно. Выбор лекарственных средств и доз будет зависеть от симптомов, преобладающих в клинической картине, в соответствии с общими принципами, изложенными выше.

Побочные эффекты. Максимальным количеством побочных эффектов среди лекарственных средств, применяемых для лечения расстройств личности, обладают антипсихотики. Поэтому они являются препаратами первого выбора только при преобладании в клинической картине декомпенсации симптомов нарушения восприятия и оценки окружающей действительности.

Несмотря на то, что предлагаемые к использованию при данной патологии антипсихотики применяются в малых дозах, развитие нежелательных побочных эффектов возможно с высокой долей вероятности. При возникновении такого рода ситуаций рекомендовано понижение дозы препарата, при сохранении побочных эффектов – переход на другой типичный или атипичный антипсихотик. Если побочные эффекты сохраняются и после этого, назначать корректор нецелесообразно, лучше перейти на анксиолитическое средство из группы бензодиазепинов.

Психотерапия:

поддерживающая психотерапия;

терапия средой;

терапия, направленная на формирование адекватной самооценки;

психодинамическая терапия;

групповая терапия;

обучение социальным навыкам.

Условия лечения: чаще всего амбулаторно; в отделении дневного пребывания психоневрологического диспансера – при декомпенсациях, приведших к временной нетрудоспособности, незначительных нарушениях поведения; в стационаре – при тяжелых декомпенсациях сопровождающихся социальной дезадаптацией, нарушением трудоспособности, выраженными нарушениями поведения или коморбидной психиатрической патологией.

Продолжительность: в амбулаторных условиях – до 2 месяцев; в стационарных и полустационарных условиях – до 30 дней.

Ожидаемый результат: купирование основных проявлений дезадаптации и обострения симптомов, коррекция выраженных нарушений поведения, восстановление прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации.

Этап начинается с момента, когда симптомы декомпенсации значительно редуцированы, устранены выраженные нарушения поведения.

Цель: изменение патологических защитных механизмов и поведенческих реакций, предупреждение очередной декомпенсации.

Характер и алгоритм лечения: долгосрочные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов. При необходимости на данном этапе можно возобновлять фармакотерапию ранее подобранным лекарственным средством.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Ожидаемый результат: повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Действия при отсутствии результата. Если предпринятая на этапе купирующей терапии попытка лечения в амбулаторных условиях не удалась, целесообразно продолжить лечение в стационарных условиях.

Если назначенный препарат не уменьшил симптомы, на которые была ориентирована терапия, необходимо увеличить дозу, а при отсутствии эффекта – перейти на другой препарат из данной группы. Если и это не принесло результата – перейти на препарат из другой группы.

Повторные курсы психотерапии.

Дополнительные трудности. Многие пациенты с расстройствами личности уже проходили курсы безуспешного медикаментозного лечения и разочарованы в нем. Большая часть пациентов отказывается от психотерапевтического лечения после того, как при помощи фармакотерапии были устранены симптомы, доставлявшие особый дискомфорт. Лишь малая часть этих пациентов мотивирована на долгосрочную психотерапию.

Расстройства личности часто служат преморбидным фоном для расстройств настроения, психозов и зависимостей, утяжеляя их течение и ухудшая прогноз, поэтому важным является выявление этой патологии, когда она сопутствует другим – «большим» психическим расстройствам. Как правило, среди таких пациентов повышен риск суицида.

Значительная часть пациентов с эмоционально неустойчивым, диссоциальным, тревожным, зависимым и гистрионным расстройствами личности страдают зависимостью от бензодиазепинов.

Пациенты с параноидным расстройством личности нередко развивают кверулянтскую деятельность по отношению к медицинскому персоналу, оказывавшему им помощь.

Пациенты с эмоционально неустойчивым расстройством личности склонны обесценивать личность психотерапевта (психиатра) и оказанную им помощь, что приводит к серьезным межличностным конфликтам, которые могут повредить как репутации врача, так и его самооценке.

Перечисленные сложности можно предупредить, если уделять данной категории пациентов большое внимание на первых интервью, предупреждать о длительности лечения и об усилиях, которые необходимо приложить самому пациенту для достижения успеха.

Для устранения этих сложностей необходимо:

тщательно выяснить, какой психотропный препарат и насколько успешно применялся ранее;

выделить какой-то один преобладающий в клинической картине симптом, на который стоит направить медикаментозное лечение и тактично рассказать об этом пациенту;

сразу предупредить пациента и его родственников, что основное место в общем плане лечения займет психотерапия, а фармакотерапия будет лишь временно облегчать работу с психотерапевтом;

в процессе общения избегать стигматизирующих терминов и выражений («психопатия», «психопат», «незрелая личность», «неадекватная личность» и прочее).

Психотерапия. Длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая психотерапия, направленная на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

Показания к госпитализации в психиатрический стационар. Госпитализация в психиатрический стационар допустима лишь в случаях тяжелых декомпенсаций, повлекших временную нетрудоспособность. Осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследования и их кратность: смотри уровень 1.

Условия лечения: проводится как амбулаторно, так и в режиме отделений дневного пребывания (при тяжелых декомпенсациях с нарушением трудоспособности).

Дополнительно – применение структурированного клинического интервью «Исследование расстройств личности по международной схеме» (International Personality Diagnostic Examination – IPDE) из совокупности диагностических инструментов раздела F МКБ-10.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Общие принципы лечения. Основным методом лечения расстройств личности является длительная психотерапия. Однако фармакотерапия помогает уменьшить симптомы декомпенсации, улучшает контакт, облегчает проведение психотерапии.

Выбор лекарственных средств и доз будет зависеть от симптомов, преобладающих в клинической картине – смотри уровень 1.

Характер и алгоритм лечения: на этапе купирующей терапии при тяжелых декомпенсациях лечение рекомендуется начинать с фармакотерапии, которая облегчит начало работы с психотерапевтом. При менее выраженных состояниях и фармакотерапию, и психотерапию рекомендуется начинать одновременно.

Психотерапия: смотри уровень 1 этап 2.

Условия лечения: чаще всего амбулаторно; в отделении дневного пребывания психоневрологического диспансера – при декомпенсациях, приведших к временной нетрудоспособности, незначительных нарушениях поведения; в стационаре – при тяжелых декомпенсациях, сопровождающихся социальной дезадаптацией, нарушением трудоспособности, выраженными нарушениями поведения или коморбидной психиатрической патологией.

Продолжительность: амбулаторно – до 2 месяцев; в стационарных и полустационарных условиях – до 30 дней.

Ожидаемый результат: купирование основных проявлений дезадаптации и обострения симптомов, коррекция выраженных нарушений поведения, восстановление прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации – смотри уровень 1.

Характер и алгоритм лечения: долгосрочные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов. При необходимости на данном этапе можно возобновлять фармакотерапию ранее подобранным лекарственным средством.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Ожидаемый результат: повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Действия при отсутствии результата. Если предпринятая на этапе купирующей терапии попытка лечения в амбулаторных условиях не удалась, целесообразно продолжить лечение в стационарных условиях.

Повторные курсы психотерапии: длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

Показания к госпитализации в психиатрический стационар: смотри уровень 1.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследования и их кратность: смотри уровень 2.

Условия лечения: как амбулаторно, так и в режиме отделений дневного пребывания (при тяжелых декомпенсациях с нарушением трудоспособности).

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Основной метод лечения расстройств личности – длительная психотерапия. Однако фармакотерапия помогает уменьшить симптомы декомпенсации, улучшает контакт, облегчает проведение психотерапии.

Выбор лекарственных средств и доз будет зависеть от симптомов, преобладающих в клинической картине.

Следует избегать применения нескольких лекарственных средств (полипрагмазии), безопаснее использовать один препарат – смотри уровень 1.

Характер и алгоритм лечения: смотри уровень 2.

Психотерапия: смотри уровень 1 этап 2.

Условия лечения: чаще всего – амбулаторные; в отделении дневного пребывания психоневрологического диспансера – при декомпенсациях, приведших к временной нетрудоспособности, незначительных нарушениях поведения; в стационаре – при тяжелых декомпенсациях, сопровождающихся социальной дезадаптацией, нарушением трудоспособности, выраженными нарушениями поведения или коморбидной психиатрической патологией.

Продолжительность лечения: амбулаторно – до 2 месяцев; в стационарных и полустационарных условиях – до 30 дней.

Ожидаемый результат: купирование основных проявлений дезадаптации и обострения симптомов, коррекция выраженных нарушений поведения, восстановление прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации – смотри уровень 2.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Ожидаемый результат: повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Психотерапия: длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

F60.0

Параноидное расстройство личности

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследования и их кратность: смотри F60 уровень 1.

Условия лечения: как амбулаторно, так и в режиме отделений дневного пребывания (при тяжелых декомпенсациях с нарушением трудоспособности).

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Цели лечения: уменьшение подозрительности, параноидных симптомов, конфликтности и нарушений поведения.

Характер и алгоритм лечения: смотри F60 уровень 1.

Фармакотерапия направлена на коррекцию расстройств восприятия и оценки действительности (смотри F60 и таблицу 16).

Психотерапия: эффективна долгосрочная когнитивная психотерапия с акцентом на реальности. Психотерапевт должен быть открытым и постоянным, избегать юмора и иронии в общении. Групповые формы работы нежелательны.

Условия лечения. Данная категория пациентов крайне редко соглашается на лечение. Амбулаторное лечение и лечение в отделении дневного пребывания определяется терапевтической динамикой параноидных симптомов, ажитации и/или агрессии. Стационарное лечение – при выраженной ажитации или агрессии.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации – смотри уровень 2 F60.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Ожидаемый результат: повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Психотерапия: длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

Сроки, ожидаемые результаты: смотри F60.

F60.1

Шизоидное расстройство личности

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследования и их кратность: смотри F60. уровень 1. Проводится как в амбулаторных условиях, так и в режиме отделений дневного пребывания (при тяжелых декомпенсациях с нарушением трудоспособности).

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений.

Цели лечения – уменьшение тягостных переживаний, нарушений поведения, дисфории и тревоги, преодоление социальной изоляции и апатии.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия направлена на коррекцию расстройств восприятия и оценки действительности (смотри F60 и таблицу 16). Психотерапия: долгосрочная психодинамическая, тренинг социальных навыков, возможна групповая терапия.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации – смотри уровень 2 F60.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Ожидаемый результат: повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Психотерапия: длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

Сроки, ожидаемые результаты: смотри F60.

F60.2

Диссоциальное расстройство личности

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследования и их кратность: смотри F60 уровень 1. Проводится как в амбулаторных условиях, так и в режиме отделений дневного пребывания (при тяжелых декомпенсациях с нарушением трудоспособности).

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений, коррекция тягостных переживаний, нарушений поведения, дисфории и агрессии.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия направлена в большей степени на коррекцию импульсивности и агрессии, и лишь в незначительной степени – на коррекцию расстройств восприятия и оценки действительности (смотри F60 и таблицу 16). Психотерапия обычно малоэффективна, но приемлемы групповые формы работы, социотерапия. Поведенческая терапия может быть эффективной – поведение пациента может меняться в положительную сторону под угрозой наказания и других юридических санкций.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации – смотри уровень 2 F60.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Ожидаемый результат: повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Психотерапия: длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

Сроки, ожидаемые результаты: смотри F60.

F60.3

Эмоционально неустойчивое расстройство личности

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследования и их кратность: смотри F60. уровень 1. Проводится как в амбулаторных условиях, так и в режиме отделений

дневного пребывания (при тяжелых декомпенсациях с нарушением трудоспособности).

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений.

Цели лечения – уменьшение нарушений поведения, аффективных вспышек, агрессии и аутоагрессии.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия направлена в большей степени на снижение эмоциональной лабильности и дисфории, в меньшей степени – на коррекцию импульсивности и агрессии (смотри F60 и таблицу 16). Психотерапия – долгосрочная психодинамическая, поведенческая с целью контроля за импульсивностью и вспышками гнева.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации – смотри уровень 2 F60.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Ожидаемый результат: повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Психотерапия: длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

Сроки, ожидаемые результаты: смотри F60.

F60.4

Истерическое (гистрионное) расстройство личности

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследования и их кратность: смотри F60 уровень 1. Проводится как в амбулаторных условиях, так и в режиме отделений дневного пребывания (при тяжелых декомпенсациях с нарушением трудоспособности).

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений.

Цели лечения: уменьшение эмоциональной лабильности, страхов, вторичных диссоциативных расстройств.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия направлена на коррекцию эмоциональной лабильности (смотри F60 и таблицу 16). Психотерапия – долгосрочная психодинамическая, групповая, индивидуальная, ориентированная на создание адекватной самооценки.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации – смотри уровень 2 F60.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Ожидаемый результат: повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Психотерапия: длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

Сроки, ожидаемые результаты: смотри F60.

F60.5

Ананкастное расстройство личности

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследования и их кратность: смотри F60 уровень 1. Проводится как в амбулаторных условиях, так и в режиме отделений дневного пребывания (при тяжелых декомпенсациях с нарушением трудоспособности).

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений.

Цели лечения: уменьшение симптомов тревоги, депрессии, фобических расстройств, нарушений сна.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия направлена в большей степени на коррекцию тревожности (смотри F60 и таблицу 16). Психотерапия – поведенческая, индивидуальная, ориентированная на создание адекватной самооценки, групповые формы.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации – смотри уровень 2 F60.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Ожидаемый результат: повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Психотерапия: длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

Сроки, ожидаемые результаты: смотри F60.

F60.6

Тревожное расстройство личности

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследования и их кратность: смотри F60 уровень 1. Проводится как в амбулаторных условиях, так и в режиме отделений дневного пребывания (при тяжелых декомпенсациях с нарушением трудоспособности).

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений.

Цели лечения: уменьшение симптомов тревоги и субдепрессии, преодоление социальной изоляции.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия направлена в большей степени на коррекцию тревожности (смотри F60 и таблицу 16). Психотерапия – психодинамическая, когнитивная, групповая, обучение социальным навыкам и формирование уверенности в себе.

Условия лечения, сроки, ожидаемые результаты: смотри F60.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации – смотри уровень 2 F60.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Ожидаемый результат: повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Психотерапия: длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

Сроки, ожидаемые результаты: смотри F60.

F60.7

Зависимое расстройство личности

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследования и их кратность: смотри F60. уровень 1. Проводится как в амбулаторных условиях, так и в режиме отделений дневного пребывания (при тяжелых декомпенсациях с нарушением трудоспособности).

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений.

Цели лечения – уменьшение симптомов тревоги и субдепрессии, зависимого поведения.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия направлена на снижение тревоги и депрессии (смотри F60 и таблицу 16). Психотерапия – психодинамическая, когнитивная, особенно эффективны семейные формы работы, выработка уверенности в себе.

Условия лечения, сроки, ожидаемые результаты: смотри F60.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и восстановление уровня социальной адаптации – смотри уровень 2 F60.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 6 месяцев до неопределенно длительного срока.

Ожидаемый результат: повышение уровня социальной и трудовой адаптации.

Психотерапия: длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

Сроки, ожидаемые результаты: смотри F60.

F63

Расстройства привычек и влечений

F63.0

Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг)

F63.1

Патологическое стремление к поджогам (пиромания)

F63.2

Патологическое влечение к воровству (клептомания)

F63.3

Трихотилломания

F63.8

Другие расстройства привычек и влечений

F63.9

Расстройство привычек и влечений неуточненное

Общая характеристика. Данные расстройства являются, как правило, симптомами других психических заболеваний – органических, аффективных, расстройств личности и других – и в изолированном виде почти не встречаются, за исключением патологического пристрастия к азартным играм (гемблинга). Поэтому необходимо подробное обследование для установления природы основного заболевания при его наличии и его лечение.

Многие расстройства привычек и влечений проявляются в детском или подростковом возрасте.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое);

2-й – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов;

3-й – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и восстановление уровня социальной адаптации.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения.

1-й уровень –

районные, городские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F60 – F69. При установлении диагноза такого расстройства впервые в жизни, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях:

обязательное обследование: смотри перечень обязательного общеклинического обследования раздела «Общие положения»;

ЭКГ;

профиль артериального давления;

неврологическое обследование;

консультации терапевта, невролога для исключения соматической и неврологической патологии;

экспериментально-психологическое обследование – смотри приложение.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Лечение состояния декомпенсации начинается с момента постановки диагноза и заканчивается, когда симптомы декомпенсации купированы или значительно уменьшились.

Ожидаемый результат: купирование основных проявлений декомпенсации и ее симптомов, упорядочивание поведения, существенное

снижение интенсивности патологического влечения, улучшение социальной и школьной адаптации.

Условия лечения. В стационаре – при антисоциальном поведении, большой интенсивности патологического влечения, невозможности проведения амбулаторного лечения из-за нежелания пациента, низком комплаенсе, при первичной постановке или уточнения диагноза, а также при необходимости в стационарном лечении основного (сопутствующего) психического расстройства. В более легких случаях – амбулаторное или в отделении дневного пребывания.

Продолжительность: в стационаре – от 4 до 10 недель, амбулаторно – до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Основным методом лечения патологических привычных действий является психотерапия, которая включает поведенческую, игровую и семейную.

Фармакотерапия показана в случаях упорного и затяжного течения и может включать:

антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, сертралин);

трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин);

анксиолитические средства из группы бензодиазепинов (клоназепам, алпразолам, медазепам) у пациентов, испытывающих значительную тревогу; продолжительность их приема – до 4 недель;

в резистентных случаях – антипсихотики в малых и средних дозах (хлорпротиксен, сульпирид, галоперидол, флупентиксол, рисперидон).

Фармакотерапия зависит от наблюдаемых симптомов и характера основного (сопутствующего) расстройства.

Антипсихотики, преимущественно «мягкие», с седативным действием: перициазин, хлорпромазин, хлорпротиксен, сульпирид и другие.

Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов: короткими курсами диазепам, клоназепам и другие.

Антидепрессанты: трициклические: тианептин, мапротилин, кломипрамин, амитриптилин и другие; группы СИОЗС: флувоксамин, сертралин, эсциталопрам.

Нормотимики: карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты, топирамат, ламотриджин.

Психотерапия: когнитивно-бихевиоральная, групповая, семейная.

Психообразовательная работа с семьей. Лечебно-педагогические мероприятия. Терапия занятостью и трудовая терапия.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и восстановление уровня социальной адаптации. Начинается с момента, когда проявления (симптомы) декомпенсации значительно уменьшились, устранены выраженные нарушения поведения и интенсивность патологического влечения существенно снизилась.

Ожидаемый результат: предупреждение рецидива, сохранение упорядоченного поведения, достигнутого ранее уровня семейной, социальной и школьной адаптации.

Продолжительность: от 1 года и более, в зависимости от тяжести расстройства и частоты декомпенсаций.

Характер и алгоритм лечения. В части случаев – продолжение, постоянный или периодический прием лекарственных средств – антидепрессантов, нормотимиков и других, лечение сопутствующего (основного) психического расстройства при его наличии.

Долгосрочная когнитивно-бихевиоральная, групповая, семейная терапия, психообразовательная работа с семьей. Лечебно-педагогические мероприятия.

Дополнительные трудности. Указанные выше расстройства склонны к рецидивированию. Высока частота нон-комплаенса. Часты семейные, школьные и социальные конфликты.

2-й уровень –

межрайонные, областные организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри F60. ЭЭГ.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов. Начинается с момента постановки диагноза и заканчивается, когда симптомы декомпенсации купированы или значительно уменьшились – смотри уровень 1.

Условия лечения: смотри уровень 1.

Продолжительность: в стационаре – от 4 до 10 недель, амбулаторно – до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия – в зависимости от наблюдаемых симптомов и характера основного (сопутствующего) расстройства при его наличии – смотри уровень 1.

Психотерапия – когнитивно-бихевиоральная, групповая, семейная.

Психообразовательная работа с семьей. Лечебно-педагогические мероприятия. Терапия занятостью и трудовая терапия.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и восстановление уровня социальной адаптации. Начинается с момента, когда проявления (симптомы) декомпенсации значительно уменьшились, устранены выраженные нарушения поведения и интенсивность патологического влечения существенно снизилась – смотри уровень 1.

Продолжительность: от 1 года и более, в зависимости от тяжести расстройства и частоты декомпенсаций.

Характер и алгоритм лечения: смотри уровень 1.

Психотерапия – долгосрочная когнитивно-бихевиоральная, групповая, семейная. Психообразовательная работа с семьей. Лечебно-педагогические мероприятия.

3-й уровень –

республиканские организации здравоохранения.

1-й этап – диагностика расстройства, включающая обследование (психиатрическое, экспериментально-психологическое, соматическое, неврологическое).

Обследование и его кратность: смотри уровень 2.

2-й этап – лечебные мероприятия, направленные на купирование острых проявлений; долечивающая (стабилизирующая) терапия для закрепления результатов.

Лечение состояния декомпенсации: смотри уровень 2.

Условия лечения: смотри уровень 2.

Продолжительность: в стационаре – от 4 до 10 недель, амбулаторно – до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения: смотри уровень 2.

Психотерапия – когнитивно-бихевиоральная, групповая, семейная.

Психообразовательная работа с семьей. Лечебно-педагогические мероприятия. Терапия занятостью и трудовая терапия.

3-й этап – реабилитация, включающая профилактическую терапию, направленную на предотвращение рецидивов и восстановление уровня социальной адаптации. Начинается с момента, когда проявления (симптомы) декомпенсации значительно уменьшились, устранены выраженные нарушения поведения и интенсивность патологического влечения существенно снизилась – смотри уровень 2.

Продолжительность: от 1 года и более, в зависимости от тяжести расстройства и частоты декомпенсаций.

Характер и алгоритм лечения: смотри уровень 2. Основным методом лечения патологических привычных действий является психотерапия, которая включает поведенческую, игровую и семейную.

Фармакотерапия показана в случаях упорного и затяжного течения.

В части случаев – продолжение, постоянный или периодический прием лекарственных средств – антидепрессантов, нормотимиков и других, лечение сопутствующего (основного) психического расстройства при его наличии.

Долгосрочная когнитивно-бихевиоральная, групповая, семейная терапия, психообразовательная работа с семьей. Лечебно-педагогические мероприятия.

Особенности детского возраста. В изолированном виде пиромания и клептомания практически не встречаются. Трихотилломания встречается у 2-5% детей в возрасте от 7 до 11 лет, но может сохраняться и в старшем возрасте; наблюдается у детей как с нормальным развитием, так и при задержках развития и умственно отсталых. С течением времени возможно спонтанное излечение, чаще всего после завершения пубертатного периода.

При проведении обследования дополнительно необходимы в качестве обязательных обследований консультации педиатра и психолога на всех уровнях оказания помощи.

F64

Расстройства половой идентификации

F64.0

Транссексуализм

Общая характеристика. Диагноз транссексуализма основывается на следующих критериях:

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 признаки путем хирургического и гормонального лечения;

существование стойкой транссексуальной идентификации не менее 2 лет.

Дополнительными диагностическими признаками являются развитие данных нарушений в раннем детском возрасте (расстройство половой идентификации в детском возрасте – F64.21), отсутствие симптомов другого психического заболевания и врожденных аномалий развития половых органов.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – обследование и постановка диагноза;

2-й – психокорректирующая терапия;

3-й – психосоциальная адаптация.

Обследование: стандартное обязательное сексологическое обследование проводится согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2010 г. № 163 «О некоторых вопросах изменения и коррекции половой принадлежности»;

психиатрическое обследование и экспериментально-психологическое исследование (с обязательной госпитализацией в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»), заключительный диагноз оформляется ВКК с участием или по решению консилиума с участием профессора (доцента) кафедры психиатрии и наркологии БелМАПО – однократно.

Психологическое обследование: Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРІ), тест половой (гендерной) идентичности, опросник Кеттела, Шмишека, методика измерения степени андрогинности С. Бэм, методика полового дифференциала В. Кагана, составление автобиографии.

Дополнительно при наличии депрессивной и/или тревожной симптоматики (опросники Бека, Шихана и другие).

Обследование также включает амбулаторное динамическое наблюдение психолога и сексолога сексологического отделения в течение 1-2 лет не реже 1 раза в 3 месяца.

Генетическое обследование (определение кариотипа) – однократно проводится в генетической лаборатории ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»».

Консультация эндокринолога – однократно.

Консультация гинеколога (для женщин) – однократно.

Консультация уролога – однократно.

Консультация детского психолога – однократно.

Консультация терапевта – однократно.

Стандартное сексологическое обследование проводится по специально адаптированной карте с обязательной оценкой психического статуса (для исключения психопатологических расстройств). По возможности врач проводит беседу с постоянным партнером и родителями пациента для объективизации полученных сведений.

Обследование также включает динамическое наблюдение сексолога в течение одного-двух лет, всестороннее психиатрическое (с обязательным стационарным психолого-психиатрическим обследованием в условиях ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»), психологическое, соматическое, генетическое, инструментальное обследование, дифференциальную диагностику со сходной патологией, установление показаний и противопоказаний для смены пола.

Показания для перемены пола:

грубое нарушение половой аутоидентификации, которое 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;

невозможность психосоциальной адаптации пациента в его нынешнем поле;

высокая суицидоопасность;

отсутствие гомосексуальной ориентации как ведущего мотива для смены пола;

формирование полового самосознания, присущего противоположному полу с 3-5 лет;

завершение полового развития (возраст старше 21 года);

достаточная социальная зрелость.

Противопоказания для перемены пола:

асоциальное, делинквентное поведение;

наличие психических заболеваний (прежде всего шизофрении);

наличие зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ;

наличие тяжелого соматического, эндокринного заболевания, препятствующего проведению эндокринной или хирургической коррекции;

наличие собственных детей;

нахождение в браке на момент рассмотрения Комиссией заявления пациента;

низкий интеллект, затрудняющий адекватную оценку социально-психологических последствий перемены пола и возможных осложнений.

Лечение: корригирующая хирургическая и гормональная терапия.

Психосоциальная адаптация предполагает проведение психотерапевтических мероприятий, направленных на социализацию в новом поле, работу с семьей, партнером, и стабилизацию психоэмоционального состояния (при его нарушении) – смотри соответствующие рубрики.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: по показаниям.

Принципы терапии. Психотерапия:

психокоррекционные мероприятия половой реконсилиации (попытка примирения с врожденным гендерным статусом), когнитивная, психодинамическая психотерапия;

психотерапия в подготовительный период перед половой переориентацией, включающая информационно-разъяснительную, рациональную методики, а также семейную терапию с родственниками и/или партнерами индивидуально и путем групповых бесед;

поддерживающая психотерапевтическая помощь в процессе и после перемены пола, в том числе перед этапом гормональной и хирургической коррекции пола.

Фармакотерапия: при имеющихся коморбидных психических (аффективных и/или личностных) расстройствах назначаются анксиолитические средства и антидепрессанты. В зависимости от характера психических расстройств лечение проводится согласно соответствующему разделу Протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств.

Диагностика и лечение эндокринных расстройств, гинекологической и урогенитальной патологии проводится эндокринологом, гинекологом, урологом, андрологом, согласно протоколам диагностики и лечения выявленного сопутствующего заболевания.

Гормональная заместительная терапия проводится с целью подавления врожденных и стимулирования развития желаемых вторичных половых признаков: смотри таблицу 14:

при женском/мужском транссексуализме используются половые гормоны и модуляторы половой системы – андрогены (производные 3 – оксоандростена, тестостерон);

при мужском/женском транссексуализме используются половые гормоны и модуляторы половой системы – природные и полусинтетические эстрогены.

Хирургическая коррекция анатомических половых признаков; маскулинизирующая маммо- и фаллопластика, экстирпация матки с придатками у женщин-транссексуалов, феминизирующая маммо- и вагинопластика с кастрацией у мужчин-транссексуалов.

В комплекс медико-социальных мероприятий входит постхирургическое диспансерное наблюдение, соматическое обследование, поддерживающая психотерапия, психообразование.

При наличии противопоказаний к перемене пола – коррекция возможных расстройств адаптации; лечение психического заболевания, приведшего к возникновению синдрома отрицания пола.

Правовые ситуации. Потенциальная возможность смены гражданского (паспортного) пола исключает анонимность в оказании специализированной помощи транссексуалам в отличие от других пациентов сексологического профиля.

Врачи любых специальностей (в том числе сексологи), встречаясь в своей практике с пациентами с синдромом отрицания пола, свои диагностические заключения могут выносить только предположительно. Такие предварительные заключения не могут быть представлены по запросам организаций и учреждений, за исключением запросов судебно-следственных органов и органов здравоохранения. При этом указывается на предварительный характер заключения. Предварительное заключение не может служить основанием для решения вопросов о смене гражданского пола, каких-либо медико-социальных ограничений или льгот.

Порядок изменения и коррекции половой принадлежности определен постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2010 г. № 163 «О некоторых вопросах изменения и коррекции половой принадлежности». Установление транссексуализма у пациента, настаивающего на смене гражданского и акушерского пола, решение о смене пола и объеме корректирующего лечения являются исключительной компетенцией Межведомственной комиссии по оказанию медико-психологической и социальной реабилитации лиц с синдромом отрицания пола при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь (далее – Комиссия). Комиссия выносит одно из следующих решений:

изменить гражданский пол;

отказать в смене гражданского пола;
отложить решение до получения дополнительных сведений о пациенте;
провести хирургическую и гормональную коррекцию пола.

F64.1

Трансвестизм двойной роли

Общая характеристика. Трансвестизм двойной роли – ношение одежды противоположного пола как часть 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 (смотри F65.1).

Дифференциально-диагностическими критериями трансвестизма двойной роли являются:

желание выглядеть подобно лицу противоположного пола и реализация этого желания посредством использования атрибутов соответствующей одежды;

периодичность возникновения данного желания;

парциальность, избирательность переодевания (осуществляется в одиночестве, в незнакомой обстановке и т. п.);

социальная половая роль соответствует биологическому полу;

гетеросексуальная направленность полового влечения.

Дифференциальная диагностика проводится с психическими расстройствами (шизофрения, органические поражения мозга), в рамках которых могут присутствовать явления трансвестизма.

Включаются:

нарушение половой идентификации нетранссексуального типа в подростковом возрасте;

нарушение половой идентификации нетранссексуального типа в зрелом возрасте.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F 64.0

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обязательное обследование включает стандартное сексологическое обследование и экспериментально-психологическое обследование (смотри F64.0).

Цели лечения: коррекция искажений сексуальной идентификации и повышение удовлетворенности половой жизнью.

Ожидаемый результат: улучшение психоэмоционального состояния пациента и уровня его социальной, семейной адаптации.

Условия лечения: как правило, амбулаторное; стационарное лечение проводится при наличии других выраженных психических расстройств.

Продолжительность: при амбулаторном лечении – 1-2 года.

Характер и алгоритм лечения. Психотерапия: используются релаксационный тренинг, когнитивная; психодинамическая; семейная и супружеская, когнитивно-бихевиоральная и другие методы психотерапии. Фармакотерапия: анксиолитические средства, антидепрессанты при имеющихся коморбидных психогенных (аффективных и/или личностных) расстройствах назначаются согласно соответствующему разделу клинического протокола диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств.

Психообразование. Психосоциальная реабилитация направлена на устранение имеющихся межличностных и внутриличностных конфликтов, повышение самооценки, расширения коммуникативных навыков, улучшение адаптации в микро- и макросоциуме.

F64.2

Расстройство половой идентификации в детском возрасте

Общая характеристика. Расстройство, обычно проявляется в раннем детстве (всегда 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. Диагноз предполагает наличие глубокого

нарушения чувства принадлежности к мужскому или женскому полу; явно маскулинного поведения у девочек или феминного поведения у мальчиков для этого недостаточно. Диагноз не может быть установлен, если к моменту появления признаков нарушения половой идентификации индивид уже достиг пубертатного возраста.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий – смотри F64.0.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й – УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й – УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;

3-й – УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: подробный сбор сведений у родителей и членов семьи о психосексуальном развитии, полоролевом поведении ребенка.

Корригирующая терапия. Ожидаемый результат: стабилизация психического состояния пациента, улучшение уровня семейной, социальной и школьной адаптации.

Условия лечения: чаще всего амбулаторные.

Продолжительность: до полового созревания (10-13 лет).

Характер и алгоритм лечения. Психотерапия – проводится длительно, до периода полового созревания:

когнитивно-бихевиоральная;

игровая психотерапия в группах;

семейная терапия, психообразовательная работа с семьей.

Психосоциальная реабилитация направлена на устранение имеющихся межличностных и внутриличностных конфликтов, повышение самооценки, расширения коммуникативных навыков, улучшение социальной адаптации.

F64.8

Другие расстройства половой идентификации

Общая характеристика. К данной диагностической рубрике отнесены расстройства половой идентификации, при которых у пациента отсутствует постоянное стремление изменить свой пол или приобрести

особенности другого пола с помощью хирургического метода или гормонального лечения.

К ним относятся:

дети (до 10 лет) с устойчивым желанием переодеваться в одежды противоположного пола, без других критериев для детского расстройства идентификации пола, перечисленных в рубрике F64.2;

взрослые с кратковременным переодеванием в одежды противоположного пола, связанным со стрессом;

взрослые с клиническими признаками транссексуализма продолжительностью менее чем два года;

лица, которые постоянно одержимы идеей кастрации или ампутации полового члена без желания приобрести сексуальные характеристики другого пола.

По степени тяжести расстройства идентификации пола в данной рубрике располагаются в виде континуума: в наиболее легких случаях субъекты осознают свою принадлежность к истинному полу, но это вызывает у них дискомфорт, не приводящий однако к заметной дезадаптации в жизни в целом. В тяжелых случаях дискомфорт по поводу собственного пола столь велик, что вызывает стойкую, тотальную дезадаптацию во всех сферах жизни личности.

Дифференциальная диагностика состояния должна быть проведена как внутри диагностической рубрики – с транссексуализмом, транссвестизмом двойной роли, расстройствами половой идентификации у детей, так и с другими диагностическими рубриками (шизофрения, хронические бредовые расстройства, органические психические расстройства, расстройства личности и другие). Необходимо исключить также группу интерсексуальных расстройств – синдром Турнера, синдром Клайнфельтера, врожденную вирилизацию, псевдогермафродитизм, синдром андрогенной нечувствительности.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F64.0.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап– УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап– УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: сексологическое и экспериментально-психологическое обследование – смотри F64.0.

Необходим подробный сбор анамнестических данных в отношении психопатологии и особенностей сексуального развития.

Дополнительно: изучение гормонального статуса: уровни тестостерона, эстрадиола, прогестерона, пролактина, ФСГ, ЛГ, а также нейрофизиологическое обследование (ЭЭГ), КТ гипоталамо-гипофизарной области; при подозрении на хромосомную патологию – исследование половых хромосом.

Условия лечения: чаще всего амбулаторные, при стойкой и выраженной социальной дезадаптации – стационарные.

Продолжительность: в стационаре – 4-6 недель, амбулаторно – определяется индивидуально, в зависимости от тяжести основной и сопутствующей патологии, уровня комплайенса, (неопределенно долго, до достижения ожидаемого результата лечения).

Характер и алгоритм лечения. Психотерапия: основной целью психотерапевтического лечения является максимально возможное ослабление психического дискомфорта, связанного с принятием себя как носителя определенного пола, формирование у пациента когнитивных и поведенческих паттернов, способствующих улучшению его психосоциальной адаптации и расширяющих возможности для установления полноценных партнерских/супружеских отношений. Используют методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии, гипносуггестию, семейную и групповую психотерапию, психодинамические подходы.

Фармакотерапия: при наличии психических расстройств, классифицируемых в других рубриках, проводится терапия коморбидного расстройства согласно алгоритмам лечения, описанного в соответствующих рубриках Протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. По показаниям используют психотропные лекарственные средства (антипсихотики, анксиолитические средства, антидепрессанты, нормотимики и противоэпилептические средства с нормотимическим действием).

Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

Ожидаемый результат: повышение уровня психосоциальной адаптации пациента, включая формирование более адекватного отношения к себе и своему полу и выработку сексуальных предпочтений, позволяющих устанавливать партнерские отношения.

Отсутствие достаточного эффекта предполагает интенсификацию лечения, включая повторные курсы психотерапии.

F64.9**Расстройство половой идентификации неуточненное**

Общая характеристика. К данной рубрике отнесены наиболее легкие нарушения половой идентификации, затрагивающие полоролевые характеристики индивида – трансформация полоролевого поведения и гиперролевое поведение.

Трансформация полоролевого поведения – формирование полового поведения, свойственного другому полу, при правильном половом самосознании.

Легкие нарушения половой дифференцировки структур мозга в пренатальном онтогенезе являются фоном для основного фактора патогенеза полоролевых нарушений – микросоциальных влияний в раннем детском возрасте. К ним относятся: попытки родителей воспитывать ребенка в «другом поле»; нарушения половых ролей в семье (маскулинное поведение у матери и фемининное у отца); неполные семьи, в которых мать воспитывает сына «по своему образу и подобию»; изоляция девочек от матери или недостаточная материнская любовь и отсутствие ласки в детстве.

Полоролевые нарушения проявляются уже с 3-6 лет: девочки играют в мальчишеские игры, дерутся, охотно надевают мальчишескую одежду, а мальчики растут мягкими, ласковыми, послушными, избегают конфликтов, любят помогать дома по хозяйству, опекают малышей, с удовольствием занимаются музыкой, танцами.

Взрослым женщинам с трансформацией половой роли свойственны негативное отношение к представительницам своего пола, строгая одежда, безразличие к украшениям и косметике, короткая стрижка, выбор мужских профессий, товарищеское отношение к мужчинам. Характерно запаздывание интереса к половой жизни, причем влюбленность чаще носит платонический характер, а попытки партнера перейти к интимным ласкам воспринимаются ими как оскорбление (сексуальная адаптация протекает легче со старшими по возрасту и социальному положению мужчинами). Реже у них наблюдается раннее начало половой жизни с беспорядочными связями, которые долго не приносят сексуального удовлетворения. Женщины с трансформацией полоролевого поведения обнаруживают садистические наклонности, которые обычно реализуются ими через моральное унижение партнера.

Феминизированные мужчины достаточно хорошо социально адаптируются. В силу своей мягкости, конформности, домовитости они находят себя в кулинарном искусстве, моделировании и пошиве одежды и

т.п. В браке избавляют жену от домашних забот. Однако их пассивность в половой близости может приводить к супружеским конфликтам и даже разрыву отношений.

Мужчины и женщины с трансформацией полоролевого поведения обычно обращаются с жалобами на трудности в сексуальных отношениях с противоположным полом. Кроме того, полоролевая трансформация нередко сочетается с гомосексуальной ориентацией, которая может послужить поводом для консультации у специалиста.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F64.0.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: сексологическое, экспериментально-психологическое. Необходимо собрать сведения о психосексуальном развитии индивида, взаимоотношениях в родительской семье, особенностях поведения в детском и подростковом возрасте.

Цели и ожидаемый результат: у детей – формирование ролевого поведения более свойственного их полу (маскулинного – у мальчиков, фемининного – у девочек); у взрослых – повышение уровня психосоциальной адаптации и улучшение сексуального функционирования.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность определяется индивидуально и зависит от мотивации и установок пациента, обратившегося за помощью (от единичных консультаций до 1 года и более).

Характер и алгоритм лечения. При выявлении признаков формирования полоролевых нарушений у детей коррекционные мероприятия направлены на акцентирование половой роли, адекватной генетическому полу и половому самосознанию. Широко используется позитивное подкрепление любых действий ребенка, которые соответствуют его полу.

В случаях семейно-сексуальных дисгармоний либо при неудачных попытках наладить удовлетворяющие партнерские отношения проводится корректирующее лечение, которое предусматривает проведение

реконструктивной психотерапии с акцентом на исправлении искажений этапа формирования полоролевого поведения.

Дополнительные трудности: у детей – игнорирование терапевтических рекомендаций родителями ребенка; у взрослых – отсутствие постоянного партнера или отсутствие у обратившегося за помощью установки на формирование устойчивых партнерских отношений.

Общая характеристика. Гиперролевое (гиперфемининное либо гипермаскулинное) поведение характеризуется чрезмерным усилением некоторых особенностей половой роли. Гипермаскулинное поведение у детей (с 10 лет) может встречаться как компенсаторное, связанное со стремлением к лидерству, которое они поддерживают в группе сверстников крайней жестокостью. В большинстве случаев подобное поведение является транзиторным и с возрастом сглаживается. Гипермаскулинное поведение у мужчин выражается в повышенной агрессивности, жестокости, пренебрежении к домашней работе и «женским» чертам характера, стремлении к получению сугубо «мужских» профессий, игнорировании сексуальных потребностей женщины, подчас грубом принуждении ее к половой близости и причинении ей боли (элементы садизма).

Гиперфемининное поведение характеризуется подчеркнутой пассивностью, подчиняемостью, полной самоотдачей, материнским заботливым отношением не только к детям, но и ко всем окружающим, домовитостью. Таким женщинам свойственны конформность, умение приспособиться к любым требованиям партнера, женственность, кокетство, увлечение косметикой, нарядами. В половой жизни все их усилия сосредоточены на удовлетворении мужчины, порой даже в ущерб себе. Для них характерны некоторые мазохистские наклонности.

Гиперролевое поведение (обычно у мужчин) может существенно затруднять взаимную адаптацию партнеров. Но все же в большинстве случаев его относят к крайним вариантам нормы, за исключением патологического гиперролевого поведения, которое предполагает выраженные проявления садизма и/или мазохизма (смотри F65). Важным фактором формирования патологических форм гипермаскулинного поведения является отсутствие у маленького ребенка (в возрасте до 3 лет) тактильного и эмоционального контакта с матерью или другим ухаживающим за ним лицом, к которому в норме должна возникать первая привязанность. Это способствует развитию у детей агрессивного поведения, причем садистические элементы (систематическое издевательство над животными, младшими детьми или более слабыми

сверстниками), которые возникают достаточно рано, в последующем обычно сохраняются и создают основу для развития садизма. Гиперролевое поведение на фоне трансформации половой роли часто ведет к возникновению инвертированных патологических гиперролевых установок: у женщин – проявлений садизма, у мужчин – мазохизма.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F64.8.

Обследование: смотри «Трансформация полоролевого поведения».

Лечение. Цель и ожидаемый результат: коррекция семейно-сексуальной дисгармонии в паре и агрессивных проявлений гиперролевого поведения у мужчин, повышение уровня социально-психологической адаптации.

Условия лечения: чаще всего амбулаторное; в отдельных случаях при наличии расстройств личности либо другой психической патологии – стационарное. Длительность лечения в стационаре – 3-4 недели, амбулаторно – определяется индивидуально, в зависимости от выраженности гиперролевых нарушений, сопутствующих личностных аномалий или других психических и поведенческих расстройств.

Характер и алгоритм лечения. Фармакотерапия – при наличии психических расстройств, классифицируемых в других рубриках – терапия основного заболевания.

Психотерапия: в случае несовпадения в паре ролевых установок показана их психотерапевтическая коррекция. Обычно не удается существенно изменить поведение партнера с гиперролевым поведением. Поэтому, если второй партнер стремится к сохранению брака, то основные усилия должны быть направлены на его адаптацию в супружестве. Используют методы когнитивно-бихевиоральной терапии, гипносуггестивную терапию, ДПДГ и техники НЛП, супружескую и семейную терапию.

Дополнительные трудности: у детей – игнорирование родителями ребенка терапевтических рекомендаций; у взрослых – отсутствие постоянного партнера или отсутствие у обратившегося за помощью установки на формирование устойчивых партнерских отношений.

F65

Расстройства сексуального предпочтения

Общая характеристика. Критериями сексуальной нормы в целом являются следующие признаки:

- парность;
- гетеросексуальность (имеет относительный характер);
- половозрелость партнеров;
- добровольность связи;
- стремление к обоюдному наслаждению;
- отсутствие физического и морального ущерба здоровью партнера и другим лицам.

Включаются: сексуальная девиация; парафилии.

Исключаются проблемы, связанные с ориентацией по полу (F66).

Общие критерии расстройства полового предпочтения:

- индивидууму свойственны периодически возникающие сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы и поступки;

- индивидуум поступает в соответствии с этими влечениями или испытывает значительный дистресс из-за них;

- это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев.

Тяжесть расстройств сексуального предпочтения определяется в первую очередь степенью дезадаптирующего влияния девиантной сексуальности на жизнь пациента.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий смотри F64.0.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обязательное обследование: диагностика расстройства полового предпочтения включает обнаружение патогномичной сексуальной фантазии и ее поведенческой разработки.

Перечень необходимых обследований:

- подробное анамнестическое обследование, по возможности с получением данных объективного анамнеза, что позволяет проследить динамику психосексуального развития;

- клинико-психопатологическое обследование для выявления либо исключения иной психической патологии у пациента;

- сексологическое обследование: смотри F52.0;

экспериментально-психологическое исследование с применением традиционных и специфических (для определения особенностей сексуальных предпочтений) методик.

Дополнительное обследование: при необходимости дифференциальной диагностики с органической патологией головного мозга – нейрофизиологическое обследование (ЭЭГ, РЭГ, Эхо-ЭГ).

Дифференциальная диагностика проводится среди всей группы расстройств полового предпочтения, она направлена на выявление психопатологической отягощенности и социальной опасности пациентов. Диагностика проводится в первую очередь с шизофренией, эпилепсией, аффективными расстройствами, расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте, а также органическими психическими расстройствами и умственной отсталостью.

Корригирующее лечение. Цели и ожидаемый результат: ослабление аномального полового влечения и повышение социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации.

Условия лечения: наиболее адекватным следует считать амбулаторное лечение, не нарушающее привычный ритм жизни больных. При выраженной тяжести состояния, грубой социальной дезадаптации – недобровольная госпитализация в психиатрический стационар.

Продолжительность варьирует в зависимости от тяжести состояния, индивидуальных особенностей пациента – от 2 и более лет.

Характер и алгоритм лечения. Лечебно-реабилитационная программа строится с учетом выявленной психической патологии, личностных особенностей больных, их социальной адаптации.

Выделяют следующие противопоказания к сексологическому лечению:

- психические заболевания,
- зависимости от психоактивных веществ;
- расстройства личности, приводящие к грубым нарушениям социальных связей;
- интеллектуальная недостаточность;
- безволие и пассивность пациента, а также личностная и эмоциональная незрелость с нечетким осознанием своих мотивов и побуждений.

Терапия должна быть комплексной, сочетанной, последовательной. Комплексное корригирующее лечение включает ряд последовательных этапов, каждый из которых решает свои задачи.

I этап – коррекция эмоционального фона и закрепление установки на лечение. Важное место при этом занимает нормализация соматических функций, оптимизация режима сна-бодрствования. При

астенических явлениях используются ноотропы, адаптогены. Наличие в структуре расстройства сексуального предпочтения психопатологических образований служит основанием для проведения психофармакотерапии. Так, для коррекции аффективных нарушений депрессивного круга применяют амитриптилин, мапротилин, кломипрамин, флувоксамин, сертралин, эсциталопрам. По показаниям применяют анксиолитические средства – клоназепам, алпразолам, или антипсихотики – перициазин, сульпирид, хлорпротиксен, галоперидол, флупентиксол (смотри таблицу 14).

Психотерапевтическое лечение включает рациональную психотерапию, гипносуггестию, элементы аутотренинга с использованием модифицированных методик самовнушения.

II этап – ослабление, а затем и устранение патологического сексуального влечения и связанных с ним переживаний. При лечении парафилий с обсессивно-компульсивным характером аномального полового влечения (случаи фетишизма, вуайеризма) применяются флуоксетин, кломипрамин (смотри таблицу 14). Связь парафильных реализаций с психомоторными пароксизмами при височной эпилепсии определяет показания к назначению противоэпилептических средств, в частности, карбамазепина. Медикаментозная терапия – по степени выраженности симптоматики (дозировки лекарственных средств: смотри таблицу 14).

Психотерапия направлена на последовательное разрушение паттерна аномального сексуального поведения, который состоит из трех компонентов – мышечного (двигательного), эмоционального и сенсорного. На мышечный компонент воздействуют с помощью телесно-ориентированных техник (например, больному предлагают представить в воображении привычное для него парафильное поведение, но при этом его телу придается неестественная для данной ситуации поза, что влечет развал всего поведенческого паттерна). Приемы гештальт-терапии направлены, прежде всего, на отщепление эмоционального компонента. Техники НЛП и эриксоновского гипноза применяются для трансформации всех модальностей сенсорного компонента парафильного акта. Также проводится психотерапевтическая коррекция личностных нарушений в виде чувства неполноценности, страха перед общением, трудностей социальных контактов.

III этап – создание своеобразного «социально-психологический вакуума», при котором происходит регресс психического «Я», выражающийся в ощущении собственной бесполости с дезактуализацией половой жизни в рамках снижения актуальности настоящего. Для этой цели чаще всего используются трансовые техники. Затем постепенно

формируется адекватное эстетическое восприятие лиц противоположного пола, этически правильное отношение к ним. Пациентам рекомендуют занятия силовыми видами спорта, бальными танцами, с ними проводят тренинги по полоролевому поведению. В состоянии релаксации или гипнотического транса в воображении пациента формируются и закрепляются навыки естественного и непринужденного общения с лицами противоположного пола, которые в дальнейшем отрабатываются в ситуациях реального взаимодействия с ними.

IV этап – формирование и закрепление адекватного эротического отношения к лицам противоположного пола с последующей выработкой и реализацией соответствующих форм сексуального поведения. Используются приемы когнитивной терапии, техники визуализации, гипносуггестия, секс-терапия (чувственное фокусирование). Поощряется постепенный переход к нормативной сексуальной активности (от эротических ласк и петтинга к половым актам).

У пациентов, не имеющих установки на сексологическое лечение и представляющих социальную опасность, для снижения либидо парафилической направленности и упорядочивания их поведения (в том числе и сексуального) используются антипсихотики пролонгированного действия – галоперидол, деканоат и антиандрогены (смотри таблицу 14).

Проведение повторных курсов терапии. При сохранении расстройств сексуального предпочтения, не представляющих какой-либо социальной опасности, психотерапевтические мероприятия могут быть сфокусированы на устранении внутреннего конфликта, принятии пациентом собственной девиантной сексуальности и улучшение его социально-психологической адаптации.

Дополнительные трудности в лечении: неискренность пациентов, их нежелание раскрывать все детали своих сексуальных предпочтений, особенно представляющие социальную опасность, отсутствие установки на лечение.

Психосоциальная адаптация. Разрушение паттерна аномального сексуального поведения. Психокоррекция расстройств сексуального предпочтения. Выработка и реализация поведения, замещающего парафильное. Адаптация в микро-, макросоциуме. Обучение навыкам нормативного поведения. Семейная психотерапия. Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

F65.0

Фетишизм

Общая характеристика. Использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве важного источника сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F64.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование стандартное обязательное сексологическое. Проводится по специально адаптированной карте (смотри F52).

F65.1

Фетишистский трансвестизм

Общая характеристика. Надевание одежды противоположного пола главным образом для достижения сексуального возбуждения. При достижении оргазма и снижении полового возбуждения возникает сильное желание снять одежду и предметы туалета, свойственные противоположному полу.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: – смотри F64.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: стандартное обязательное сексологическое. Проводится по специально адаптированной карте (смотри F52).

F65.2

Эксгибиционизм

Общая характеристика. Периодически возникающая или постоянная склонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) без намерений вступить с ними в сексуальную близость. Обычно демонстрация гениталий сопровождается половым возбуждением и мастурбацией.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F64.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: стандартное обязательное сексологическое. Проводится по специально адаптированной карте (смотри F52).

F65.3

Вуайеризм

Общая характеристика. Периодически возникающее или постоянное стремление тайно подглядывать за людьми во время половой близости или других интимных действий (во время переодевания), что обычно сочетается с половым возбуждением и мастурбацией.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F64.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: стандартное обязательное сексологическое. Проводится по специально адаптированной карте (смотри F52).

F65.4 Педофилия

Общая характеристика. Постоянное или преобладающее предпочтение половой активности с детьми препубертатного или раннего пубертатного возраста. При этом субъекту не менее 16 лет и он минимум на 5 лет старше ребенка.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F64.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: стандартное обязательное сексологическое. Проводится по специально адаптированной карте (смотри F52).

F65.5

Садомазохизм

Общая характеристика. Предпочтение половой активности в качестве реципиента (мазохизм) или наоборот (садизм), или того и другого с включением минимум одного из следующих переживаний: боли, унижения, установления зависимости. При этом садомазохистская активность является основным источником сексуальной стимуляции или необходима для полового удовлетворения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F64.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: стандартное обязательное сексологическое. Проводится по специально адаптированной карте (смотри F52).

F65.6

Множественные расстройства сексуального предпочтения

Общая характеристика. Сочетание у одного индивидуума нескольких аномальных сексуальных предпочтений без четкого преобладания одного из них.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F64.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: стандартное сексологическое. Проводится по специально адаптированной карте (смотри F52).

F65.8

Другие расстройства сексуального предпочтения

Общая характеристика. Множество других вариантов нарушений полового предпочтения и сексуальной активности, каждое из которых является относительно редким. К ним относятся: непристойные телефонные звонки, прикосновения к незнакомым людям и трение о них в многолюдных общественных местах (фроттеризм), сексуальные действия с животными (зоофилия), трупами (некрофилия), использование удушения для усиления возбуждения, предпочтение партнеров с особыми анатомическими дефектами, например, ампутированной конечностью (апотемнофилия) и прочее.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F64.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: стандартное сексологическое. Проводится по специально адаптированной карте (смотри F52).

F65.9 Расстройство сексуального предпочтения, неуточненное

Общая характеристика. Неуточненные девиации полового влечения или сексуального поведения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F64.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;

2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;

3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: стандартное сексологическое. Проводится по специально адаптированной карте (смотри F52).

F66

Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией

F66.0

Расстройство полового (психосексуального) созревания

Общая характеристика. К данной группе относят нарушение психосексуального развития, проявляющееся в сомнениях молодых людей в собственной половой принадлежности или сексуальной ориентации.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

- 1-й – диагностическое обследование;
- 2-й – психокорректирующее лечение;
- 3-й – психосоциальная адаптация.

Уровни оказания медицинской помощи

- 1-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные, республиканские организации здравоохранения;
- 2-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения;
- 3-й этап – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, областные организации здравоохранения.

Обследование: стандартное сексологическое. Проводится по специальной карте, согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2010 г. № 163 «О некоторых вопросах изменения и коррекции половой принадлежности»;

Дополнительное:

- исследование половой идентификации: тест Махвера (рисунок человека);
- рисунок семьи, ММРІ;
- определение личностных акцентуаций (опросник Шмишека, ПДО);
- клинико-психопатологическое исследование для выявления возможных расстройств тревожного и депрессивного круга.

Цели и ожидаемый результат: разрешение сомнений пациентов в своей половой принадлежности либо сексуальной ориентации, повышение их психосексуальной и социальной адаптации.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: 6-8 недель.

Характер и алгоритм лечения. Психокорректирующее лечение включает применение небольших доз анксиолитических средств и антидепрессантов с седативным действием. На этом фоне проводится рациональная психотерапия, направленная на разъяснение особенностей психосексуального развития и ослабление навязчивых сомнений по поводу собственной сексуальности. Обучение навыкам нормативного поведения. Семейная психотерапия.

Действия при отсутствии результата: изменение дозировок лекарственных средств, добавление «малых» антипсихотиков; повторные курсы индивидуальной и семейной психотерапии. Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

F66.1

Эго-дистоническая сексуальная ориентация по полу

Общая характеристика. К данной группе относятся случаи, когда половая принадлежность или сексуальное предпочтение не вызывают сомнений, однако индивидум хочет, чтобы они были другими по причине дополнительно имеющих психологических или поведенческих расстройств, и может искать лечение с целью их изменения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий: смотри F66.0.

Уровни оказания медицинской помощи: смотри F66.0.

Обследование: стандартное сексологическое. Проводится по специальной карте, согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2010 г. № 163 «О некоторых вопросах изменения и коррекции половой принадлежности»; Дополнительное обследование:

исследование половой идентификации (тест К. Маховер – рисунок человека, рисунок семьи, MMPI);

исследование особенностей эмоционально-личностной сферы и межличностного взаимодействия (опросники MMPI, Кеттелла, Лири, «семантический дифференциал»);

клинико-психопатологическое исследование для исключения шизофрении, шизотипических и шизоаффективных расстройств.

Цели и ожидаемый результат: адаптация, выработка и реализация паттернов поведения свойственных своему биологическому полу повышение социально-психологической и сексуальной адаптации пациентов.

Условия лечения: преимущественно амбулаторные.

Продолжительность: от нескольких месяцев до нескольких лет.

Характер и алгоритм лечения. Психокорригирующее лечение включает психотерапию в индивидуальном, парном, семейном и групповом форматах. Если эго-дистоническая сексуальная ориентация по полу возникла как одно из проявлений психического расстройства, то

терапия данного расстройства проводится согласно соответствующего раздела протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств (F20 – F29).

Дополнительные трудности: неадекватные представления пациента о возможностях коррекции полового самосознания или сексуальных предпочтений.

Психосоциальная адаптация, психообразование. Адаптация в микро-, макросоциуме. Обучение нормативному сексуальному поведению.

F66.2

Расстройство сексуальных отношений

Общая характеристика. К данной группе относятся случаи, где нарушения половой принадлежности или сексуального предпочтения вызывают трудности в формировании или обеспечении отношений с сексуальным партнером.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F66.0.

Обследование: стандартное сексологическое. Проводится по специальной карте, согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2010 г. № 163 «О некоторых вопросах изменения и коррекции половой принадлежности»;

Дополнительное обследование:

выявление аномалий половой идентификации, исследование характера сексуального влечения (тест МахOVERA, секс-тест, MMPI);

исследование эмоционально-личностных особенностей и особенностей межличностных отношений (MMPI, опросники Кеттелла, Лири, рисунок семьи, «семантический дифференциал»);

клинико-психопатологическое исследование для исключения шизофрении, шизотипических, шизоаффективных расстройств и расстройств личности.

Цели и ожидаемый результат: улучшение межличностного и сексуального взаимодействия с партнером. Повышение социально-психологической адаптации пациентов. Выработка и практическая реализация паттернов сексуального поведения, свойственных своему биологическому полу, и формирование адекватных половых предпочтений в партнерских отношениях.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от 1 до 2-3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Психокорригирующее лечение включает различные формы психотерапии в индивидуальном, парном, семейном и групповом форматах.

Психообразование. Психосоциальная реабилитация.

Дополнительные трудности: отсутствие мотивации к лечению, нежелание пациента или его партнера идти на компромисс в тех или иных формах сексуального взаимодействия.

F66.8

Другие расстройства психосексуального развития

К данной группе относятся преждевременное психосексуальное развитие и его задержки (ретардации).

Общая характеристика. Преждевременное психосексуальное развитие – раннее становление сексуальности, опережающее средние возрастные нормы и половое созревание. Причины: врожденное или раннее поражение глубоких структур мозга, проявляющееся снижением порогов оргастического рефлекса, которое способствует закреплению патогенных влияний социальных факторов (растление и совращение ребенка подростками или взрослыми), а также психических расстройств, приводящих к трудностям коммуникации и ранней фиксации интереса детей на сексуальной сфере (шизофрения, начавшаяся в раннем возрасте, олигофрения, расстройства поведения). Реализация различных, часто девиантных форм половой активности в возрасте до 10 лет приводит к их прочной фиксации с формированием выходящего за рамки нормы сексуального стереотипа, который в дальнейшем практически не поддается терапевтической коррекции.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F66.0.

Обследование:

клинико-психопатологическое обследование амбулаторно, а в сложных случаях для исключения психической патологии – стационарно однократно;

беседа с родителями, родственниками ребенка и воспитателями о поведении ребенка в микро- и макросоциальной среде, экспериментально-психологическое обследование – в динамике;

консультация невролога – однократно;

консультация детского психиатра – однократно.

Дополнительно при наличии показаний:

МРТ или КТ головного мозга (гипоталамо-гипофизарная область) – однократно;

ЭЭГ, М-ЭХО, РЭГ (при подозрении на нарушения мозговой гемодинамики и при наличии гипертензионно-гидроцефального синдрома);

консультация акушера-гинеколога.

Цели и ожидаемый результат: повышение социально-психологической и поведенческой адаптации детей и подростков до 17 лет включительно, снижение вероятности ранних сексуальных контактов и промискуитета.

Условия лечения: амбулаторное, лишь при грубых расстройствах эмоций и поведения показано лечение в условиях психиатрического стационара.

Продолжительность: от 2-3 до 10-12 лет.

Характер и алгоритм лечения. Во всех случаях одновременно с терапией требуется постоянное индивидуальное наблюдение взрослых за ребенком. Семейная психотерапия направлена на выработку у родителей адекватного отношения к ребенку и поведения с ним, обеспечение деликатного, но эффективного контроля его контактов со сверстниками.

Фармакотерапия включает использование антипсихотических средств антипсихотиков: (перициазин, рисперидон), антидепрессантов группы СИОЗС (сертралин, пароксетин, флувоксамин, флуоксетин, циталопрам, эсциталопрам) – смотри таблицу 14. Дозы лекарственных средств подбираются индивидуально. Используются рефлексорные методы воздействия (хлорэтиловые блокады ромба Михаэлиса, акупунктура, аурикулотерапия).

При наличии сопутствующих психических или неврологических расстройств – обследование и лечение согласно соответствующему разделу Протоколов диагностики и лечения данного заболевания.

Дополнительные трудности: отсутствие возможностей для постоянного и эффективного контроля над поведением ребенка.

Общая характеристика. Задержки психосексуального развития (далее – ЗПР) – отставание сроков становления сексуальности от возрастной нормы пациента.

Причины: соматогенные (эндокринная патология); психогенные (общее отставание психического развития, чаще – изолированные формы задержек, обусловленные шизоидным, истерическим, тревожным расстройствами личности либо шизофренией); социогенные (родительская гиперопека детей вплоть до 18 лет, их изоляция от сверстников,

неправильное воспитание с акцентом на постыдном характере всего, что связано с сексуальностью).

ЗПР у детей не привлекают внимания их родителей, проявляясь отсутствием полового любопытства, игнорированием полоролевых игр или их смещением на школьный возраст. У взрослых становление зрелой сексуальности задерживается на платонической или эротической стадиях. Это приводит к значительным затруднениям (часто неудачам) при попытках половых контактов, поскольку у таких пациентов не сформированы навыки адекватного платонического и эротического общения с лицом противоположного пола, обеспечивающие гармоничный переход к коитусу.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания помощи: смотри F66.0.

Обследование: стандартное сексологическое (смотри F52). Дополнительно проводится экспериментально-психологическое исследование.

Цели и ожидаемый результат: повышение социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации пациентов. Формирование и достижение завершенности этапов и стадий психосексуального развития.

Условия лечения: амбулаторные.

Продолжительность: от одного до нескольких месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Корректирующее лечение предусматривает проведение реконструктивной психотерапии, которая включает ряд последовательных мероприятий по формированию у пациентов адекватных представлений об интимных отношениях и выборе потенциального сексуального партнера, выработки оптимальной модели поведения на всех этапах сближения (от первого знакомства и платонического ухаживания до эротических ласк и полового акта). Адаптивная поведенческая роль закрепляется вначале в воображении (на фоне мышечной релаксации или в гипнотическом состоянии), а затем последовательно реализуется в реальных партнерских отношениях. С целью глубинной коррекции задержек становления либидо и устранения мало осознаваемых страхов перед проявлениями сексуальности могут использоваться приемы символ-драмы и, в частности, мотивы «куст розы», «автостоп». При неудачном сексуальном дебюте для нейтрализации негативного сексуального опыта пациентов и устранения у них тревожных опасений перед новыми половыми контактами

применяются эриксоновский гипноз, техники НЛП и другие методы психотерапии.

Дополнительные трудности: отсутствие постоянного партнера.

F66.9

Расстройство психосексуального развития неуточненное

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование, цели и ожидаемый результат лечения, условия лечения, продолжительность, характер и алгоритм лечения: смотри F66.0.

Таблица 16

**Фармакотерапия расстройств личности:
симптомы, лекарственные средства, дозы**

Симптомы	Лекарственное средство	Дозы (мг/сут)
Расстройства восприятия и оценки действительности	Нейролептики: галоперидол трифлуоперазин флупентиксол рисперидон оланзапин сертиндол	2-6 4-12 0,5-3 2-3 2-5 4-6
Импульсивность и агрессия	Антидепрессанты из группы СИОЗС: сертралин флуоксетин флувоксамин эсциталопрам	25-150 5-40 100-150 10-20
	Нормотимики: карбамазепин соли лития (рекомендуемая концентрация в крови – 0,5-1 мэкв/л) препараты вальпроевой кислоты	400-600 600-900 300-600

	Нейролептики: галоперидол трифлуоперазин перициазин хлорпротиксен оланзапин	2-6 4-12 20-50 30-100 2-5
Эмоциональная лабильность, дисфория	Нормотимики: соли лития (до концентрации в крови 0,5-1 мэкв/л) карбамазепин препараты вальпроевой кислоты Нейролептики: галоперидол трифлуоперазин перициазин хлорпротиксен оланзапин	600-900 400 300-600 2-6 4-12 20-50 15-50 2-5
Тревожность	Антидепрессанты из группы СИОЗС: эсциталопрам сертралин флувоксамин пароксетин	10-20 25-150 50-200 20-40
	Антидепрессанты трициклические: миансерин тианептин мапротилин	20-60 25-75 25-75
	Нормотимики: карбамазепин препараты вальпроевой кислоты	400-600 300-600
	Нейролептики: хлорпротиксен флупентиксол	15-30 0,5-3
	Анксиолитические средства: альпразолам клоназепам	0,5-2 1-4

Умственная отсталость

F70 – F73

Общая характеристика. Умственная отсталость – значительное отставание интеллектуального развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет (в более легких случаях – лишь к школьному возрасту) и сопровождается нарушением адаптивного поведения. Чем тяжелее отставание, тем раньше оно обнаруживается.

Проявляется в когнитивной сфере, речи, моторике, социальном функционировании, способности к обучению. Носит непрогредиентный характер, однако при отсутствии специального обучения может нарастать. В то же время при легкой степени умственной отсталости обучение по специальной программе может обеспечить полноценное функционирование в обществе и получение профессии.

В одной трети случаев на фоне умственной отсталости может наблюдаться широкий диапазон сопутствующих психических и поведенческих расстройств, которые утяжеляют клиническую картину и нуждаются в специальном лечении. Эти сопутствующие расстройства должны указываться в диагнозе.

Наиболее характерным проявлением умственной отсталости в ходе обследования является равномерно низкий уровень результатов по всем видам тестов для оценки интеллекта, включая усвоение новой информации, краткосрочную память, использование понятий и решение проблем.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – обследование (психиатрическое и экспериментально-психологическое), постановка диагноза;

2-й – стабилизирующая терапия;

3-й – лечение сопутствующих психических расстройств и нарушений поведения;

4-й – амбулаторное наблюдение до достижения стойкой социальной адаптации.

Уровни оказания медицинской помощи

1-й этап – районные, городские организации здравоохранения;

2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й этап – республиканские организации здравоохранения, ГУ «РНПЦ психического здоровья», ГУ «РНПЦ "Мать и дитя"» (медико-генетические консультации).

Обследования и их кратность. Проводятся в амбулаторных условиях, в случаях выраженных нарушений поведения или при сопутствующих психических расстройствах – в стационарных или полустационарных (отделение дневного пребывания) условиях.

При установлении диагноза необходимо:

подробное интервью с родителями пациента, исключение наследственного фактора;

исключить грубые дефекты слуха и зрения;

экспериментально-психологическое исследование (при установке диагноза впервые, затем – не реже 1 раза в три года до достижения 18 лет);

невролог (при первичном установлении диагноза, затем – по показаниям);

офтальмолог (по показаниям);

логопед (по показаниям);

оториноларинголог (по показаниям);

ЭЭГ, эхоЭЭГ (по показаниям).

Экспериментально-психологическое исследование включает следующие тесты:

до 5 лет:

игровые задания с игрушками, геометрическими фигурами, картинками, ролевые игры, лепка, песок и другое;

старше 5 лет:

качественная и количественная оценка интеллекта при помощи адаптированной методики Векслера (детский/взрослый вариант);

качественная оценка – сюжетные и последовательные картинки, простые и сложные аналогии, исключение предметов, понятий, классификация;

для изучения недоразвития мнестических функций – запоминание 10 слов, текстов;

для оценки недоразвития моторики – рисуночные тесты (человека, семьи, несуществующего животного, «Дом-дерево-человек»).

Для установления этиологии:

цитогенетическое обследование (по показаниям);

исключение наследственного дефекта обмена;

КТ или МРТ головного мозга (по показаниям).

Общие принципы лечения. Терапия умственной отсталости включает медико-педагогическую работу с ребенком, образовательную и психотерапевтическую работу с родителями, медикаментозное лечение.

Важно своевременно определить образовательный маршрут ребенка (направление в специализированные детские сады, школы, классы, центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (далее – ЦКРОиР)).

Медикаментозное лечение направлено на повышение предпосылок интеллекта. Назначаются ноотропные лекарственные средства (курсами 2-3 раза в год до 10-летнего возраста, в дальнейшем – при наличии церебрастенического синдрома). При возникновении эмоциональных и поведенческих нарушений назначение симптоматического лечения (смотри F90.1; F92).

При выявлении нарушений обменного характера (фенилкетонурия, гипотиреоз, галактоземия, гомоцистинурия) лечение должно быть согласованно с эндокринологом, при необходимости устанавливается диета.

Цель лечения и ожидаемые результаты. Адаптация ребенка в условиях семьи и специализированного учреждения (детский сад, специализированная школа) на максимально возможном уровне, редукция осложняющей психопатологической симптоматики, упорядочивание поведения, обучение социальным, трудовым навыкам и умениям. В подростковом возрасте – решение вопросов профессиональной пригодности, получение профессии (при легких степенях задержки).

Сроки амбулаторного наблюдения определяются уровнем социальной адаптации: при легкой умственной отсталости – до получения профессии и трудоустройства, при умеренной, тяжелой и глубокой – постоянно.

Этапы лечения. Стабилизирующая терапия. Назначаются стимуляторы нейрональных процессов, к которым относятся большие дозы витаминов группы В (тиамина бромид, пиридоксин, цианокобаламин), ноотропные лекарственные средства.

Побочные эффекты при терапии пациентов с умственной отсталостью такие же, как и у людей с нормальным интеллектом.

Психотерапия. Работа с семьей.

Врач и педагог не должны поддерживать в родителях нереалистических иллюзий о терапевтических возможностях медикаментозного лечения. Родителей необходимо подготовить к признанию факта умственной отсталости ребенка и необходимости совместной работы по его социальной адаптации. Нередко возникает необходимость в психотерапевтической работе с членами семьи.

Социально-трудовая реабилитация. 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 в перспективе достигнут.

В подростковом возрасте пациенты с легкими формами задержки должны получить консультирование по вопросам профессиональной пригодности. В случаях умственной отсталости, не позволяющей освоить элементарную профессию, решается вопрос направления на МРЭК.

Показания для госпитализации в психиатрический стационар:

выраженные нарушения поведения;

сопутствующие тяжелые психические расстройства.

За исключением случаев, установленных законодательством Республики Беларусь, госпитализация в психиатрический стационар осуществляется с согласия пациента или его законного представителя.

F70

Легкая умственная отсталость

Общая характеристика. Уровень когнитивных способностей находится в диапазоне IQ 50-69 по тесту Векслера, что условно соответствует умственному возрасту 9-12 лет.

Социальное функционирование ограничено, но возможно в любой общественной группе. Возможно достижение полной независимости в уходе за собой, в домашних навыках.

Основные затруднения – в школьной успеваемости, задержке обучения чтению, письму, социальной и эмоциональной незрелости.

Возможно обучение как неквалифицированному ручному труду, так и профессии, не требующей высокой квалификации.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, перечень обследований и их кратность, общие принципы и этапы лечения: смотри общую часть F70 – F73.

Цель лечения и ожидаемые результаты. Адаптация ребенка в условиях семьи и специализированного учреждения (детский сад, специализированная школа) на максимально возможном для него уровне, приобретение широкого спектра бытовых навыков и простых социальных навыков, освоение несложных профессий с последующим трудоустройством, ориентация на независимое функционирование.

F71

Умеренная умственная отсталость

Общая характеристика. Уровень когнитивных способностей находится в диапазоне IQ 35-49 по тесту Векслера, что условно соответствует умственному возрасту 6-9 лет.

Уровень социального функционирования ограничен пределами семьи и специальной группы. Отставание заметно с раннего детства и проявляется в развитии понимания и использования речи, навыков самообслуживания и моторики. В специальной школе развиваются только базисные навыки. Пациенты нуждаются в постороннем надзоре, независимое функционирование практически недостижимо. Часто сочетается с аутизмом, эпилептическим синдромом или другой неврологической патологией.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, перечень обследований и их кратность, общие принципы и этапы лечения: смотри F70 – F73.

Лечение и адаптация проводится в специализированных дошкольных учреждениях, во многих случаях доступно обучение в специализированной школе-интернате (специализированной школе).

Цель лечения и ожидаемые результаты. Адаптация ребенка в условиях семьи и/или специализированного учреждения. Приобретение набора простых бытовых и элементарных социальных навыков, навыков самообслуживания, редукция сопутствующей психопатологической симптоматики.

Условия и продолжительность лечения. Амбулаторное диспансерное лечение и наблюдение в течение всей жизни при содержании в семье, либо в учреждениях дневного пребывания, либо в учреждениях социального обеспечения.

При наличии осложняющей симптоматики или состояниях декомпенсации – лечение в отделении дневного пребывания или психиатрическом стационаре.

F72

Тяжелая умственная отсталость

Общая характеристика. Уровень когнитивных способностей – в диапазоне IQ 20-34 по тесту Векслера, что условно соответствует умственному возрасту 3-6 лет.

Как правило, сочетается с выраженными моторными нарушениями, недоразвитием речи, вплоть до ее полного отсутствия, часты эпилептиформный синдром и психомоторное возбуждение. Пациенты нуждаются в постороннем надзоре и уходе.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, перечень обследований и их кратность, общие принципы лечения, этапы лечения: смотри F70 – F73.

Амбулаторное диспансерное наблюдение в течение всей жизни при содержании в семье, либо в учреждениях социального обеспечения при постоянном врачебном контроле.

Цель лечения и ожидаемые результаты. Адаптация ребенка в условиях семьи и/или специализированного учреждения, редукция сопутствующей психопатологической симптоматики.

F73

Глубокая умственная отсталость

Общая характеристика. Уровень когнитивных способностей IQ ниже 20 по тесту Векслера, что условно соответствует умственному возрасту до 3 лет, часто не определяется.

Пациенты не способны к пониманию и выполнению требований или простых инструкций. Большинство таких пациентов неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала. Моторика грубо нарушена, имеются тяжелые неврологические нарушения. Нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, перечень обследований и их кратность, общие принципы и этапы лечения: смотри F70 – F73.

Амбулаторное диспансерное наблюдение в течение всей жизни при содержании в семье, либо в учреждениях социального обеспечения при постоянном врачебном контроле.

Цель лечения и ожидаемые результаты. В некоторых случаях возможно усвоение элементарных навыков самообслуживания, упорядочение поведения.

Расстройства психологического (психического) развития

F80 – F89

F80

Специфические расстройства развития речи и языка.

Общая характеристика. К данной группе относятся расстройства, при которых нормальное речевое развитие нарушено на ранних этапах онтогенеза. Состояние нельзя объяснить неврологическим или речевым механизмом патологии, сенсорными повреждениями, умственной отсталостью или средовыми факторами.

Специфические расстройства развития речи часто приводят к таким вторичным последствиям, как трудности при чтении и письме, нарушения межличностных отношений, нарушения в эмоциональной и поведенческой сферах.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

1-й – обследование и постановка диагноза;

2-й – лечение, коррекция.

Обследование и постановка диагноза. Перечень необходимых обследований включает однократные консультации логопеда и невролога.

Дополнительные исследования (при наличии показаний) психолога (по методике Векслера), психотерапевта, стоматолога-ортодонта; ЭЭГ.

F80.0

Специфическое расстройство речевой артикуляции (дислалия)

Общая характеристика. Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохраненной иннервации речевого аппарата.

Проявляется в неправильном звуковом оформлении речи: в искаженном произнесении звуков, в их заменах, смешении, пропусках.

Формирование нормального звукопроизношения у детей происходит до 4-5 лет.

Распространенность расстройства составляет 10% у детей младше 8 лет и 5% у детей старше 8 лет. У мальчиков встречается в 2-3 раза чаще, чем у девочек.

Различают:

парциальную (простую) дислалию, проявляющуюся выпадением одного или двух звуков, речь остается понятной;

множественную дислалию, которая касается более чем двух звуков, понимание речи затруднено;

универсальную дислалию, которая касается множества звуков; речь при этом непонятна.

Физиологическая дислалия является нормальной переходной стадией в процессе развития речи, заканчивается на четвертом году жизни. Если нарушения звукопроизношения сохраняются, можно говорить либо об органической, либо о функциональной дислалии.

Органическая дислалия обусловлена анатомическими дефектами артикуляционного аппарата (неправильный прикус, деформация верхнего неба, языка, короткая уздечка и другие).

Функциональная дислалия характеризуется дефектами звукопроизношения при отсутствии органических нарушений в строении артикуляционного аппарата, аналогичные нарушения часто встречаются у родственников ребенка. Причинами возникновения функциональной дислалии могут быть неправильное речевое воспитание, иноязычное речевое окружение, отсутствие разумного контроля за развитием речи, нарушения фонематического слуха, минимальная мозговая дисфункция, соматическая ослабленность ребенка.

Дети с расстройством развития артикуляции могут иметь сопутствующие нарушения социального, эмоционального и поведенческого характера.

Условия лечения: амбулаторно-поликлинические или специализированное детское учреждение (логопедические занятия).

Продолжительность лечения: до достижения результата.

Характер и алгоритм лечения. Коррекционные логопедические занятия. Необходимо раннее начало лечения. Количество занятий зависит от формы дислалии.

Основные принципы коррекционных занятий:

упражнения должны продолжаться недолго;

занятия должны проводиться под контролем слуха;

для постановки нарушенных звуков нужно использовать вспомогательные звуки;

необходимо избегать избыточной артикуляции или чрезмерного напряжения;

логоритмика (по показаниям);

массаж, ЛФК (по показаниям);

психотерапия (семейная, игровая);

медикаментозное лечение показано при наличии сопутствующих проблем эмоционального и поведенческого характера.

Ожидаемый результат: коррекция звукопроизношения, автоматизация звуков, расширение словарного запаса.

F80.1

Расстройство экспрессивной речи

Общая характеристика. Специфическое нарушение развития речи, при котором отсутствует или ограничено пользование речью при относительно сохранном понимании речи. Нарушение речи нельзя объяснить за счет умственной отсталости, неадекватного обучения.

Недоразвитие обусловлено поражением речевых зон доминантного полушария.

Основными проявлениями моторной алалии являются:

задержка темпа нормального усвоения языка (первые слова появляются в 2-3 года, отсутствие лепета, поздно формируется фразовая речь – после 4 лет, возможно, к 5-6 годам;

наличие в той или иной степени выраженности нарушений формирования грамматической, лексической и фонематической сторон речи;

удовлетворительное понимание обращенной речи (в случае грубого недоразвития речи могут наблюдаться трудности в понимании сложных речевых конструкций, но при этом понимание обиходно-бытовой речи всегда сохранено).

Фонематические нарушения проявляются в дефектах звукопроизношения.

Лексические нарушения характеризуются бедностью словарного запаса, низким уровнем словесного обобщения, сложностями формирования речевого высказывания.

Грамматические нарушения проявляются ошибками в употреблении словесных окончаний, нарушений словообразования, неправильное использование предлогов, местоимений, спряжений, склонений глаголов, существительных.

Характерно адекватное использование невербальных реплик, жестов, стремление к общению.

По степени тяжести речевые расстройства могут быть различными: от легких форм до тяжелых, при которых практически имеет место анатрия.

Речевые нарушения часто сочетаются с эмоционально-волевыми, церебрастеническими, поведенческими нарушениями, имеет место общая моторная неловкость, дискоординация движения, двигательная замедленность или гиперактивность.

При малой речевой активности страдает общая познавательная деятельность ребенка.

В данную группу включаются:

задержки (нарушения) речевого развития, проявляющиеся в общем недоразвитии речи (далее – ОНР) I-III уровней;

моторная алалия;

моторная афазия.

ОНР I-й уровень: характеризуется отсутствием речевых средств общения или лепетным состоянием;

ОНР II-й уровень: характеризуется осуществлением общения посредством использования постоянного, хотя искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов;

ОНР III-й уровень: характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование: смотри F80.0.

Дополнительно – консультация оториноларинголога (слух).

Ожидаемый результат: максимально возможное восстановление речевой функции и компенсация психических нарушений.

Условия лечения: смотри F 80.0.

Продолжительность лечения зависит от тяжести речевых нарушений.

Характер и алгоритм лечения. Используются следующие методы: логопедическая помощь, которая носит дифференцированный характер, зависит от тяжести речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей ребенка;

психолого-педагогические коррекционные мероприятия:

дети с легкими речевыми нарушениями могут заниматься в общеобразовательной школе;

детей со средней и тяжелой степенью рекомендуется направлять в специализированные дошкольные учреждения и школы (интегрированные классы);

психотерапия;

медикаментозное лечение проводится курсами (1,5-2 месяца), основное место занимают ноотропные средства (смотри таблицу 17).

При легких нарушениях речи и сопутствующих невыраженных поведенческих и эмоциональных расстройствах достаточно назначения минимальных доз ноотропных средств курсами 2 раза в год.

Детям со средней и тяжелой степенью нарушений требуется не менее 3 курсов в год, лекарственные средства назначаются в максимальных возрастных дозировках.

Если в клинической картине превалирует задержка речевой функции без выраженного церебрастенического синдрома, то предпочтительнее принимать пирацетам или гамма-аминомасляную кислоту.

При наличии судорожного синдрома все ноотропные средства назначаются с осторожностью.

Лечение сопутствующих поведенческих нарушений: смотри F90. Кроме того, используются физиотерапевтические методы, ЛФК, иглорефлексотерапия, массаж.

F80.2

Расстройство рецептивной речи

Общая характеристика. Специфическое нарушение развития речи, при котором понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его умственному развитию, при сохранном элементарном слухе.

Ранние признаки – неспособность реагировать на знакомые названия с раннего детства, неспособность идентифицировать несколько предметов к 18 месяцам, неспособность следовать простым инструкциям в возрасте 2 лет.

Поздние нарушения – неспособность к пониманию грамматических структур – отрицаний, сравнений, вопросов.

При сенсорной алалии не формируется связь между словом и предметом, словом и действием. Страдают все компоненты речи, что приводит к задержке интеллектуального развития.

Характерно нормальное использование жестов, нормальные ролевые игры, отношение к родителям.

Часты эмоциональные компенсаторные реакции, гиперактивность, невнимательность, социальная неприспособленность, тревога, чувствительность, изоляция от сверстников.

В данную группу включаются:

сенсорные агнозии (словесная глухота);

сенсорная алалия;

сенсорная афазия.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование: смотри F80.0. Дополнительно – КТ головного мозга.

Ожидаемый результат, условия, продолжительность, характер и алгоритм лечения: смотри F80.1

F80.3

Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау – Клеффнера)

Общая характеристика. Синдром Ландау – Клеффнера (далее – СЛК) включает в себя приобретенную афазию, наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ и эпилептических припадков, нарушения поведения в виде гиперактивности, агрессивности, аутичности.

Развивается у здоровых детей в возрасте 3-8 лет на фоне нормально сформированной речи. Однако наличие у ребенка таких речевых нарушений как заикание, дизартрия, общее недоразвитие речи до манифеста заболевания не могут служить критериями исключения СЛК. Мальчики болеют несколько чаще девочек, соотношение 1,7:1. Встречается редко, ежегодно в мире регистрируется около 50 новых случаев.

Начало заболевания проявляется утратой в распознавании и дифференцировке устной речи и знакомых звуков (вербальная агнозия), при этом контакт с ребенком на невербальном уровне с помощью жестов или письма, особенно на ранних этапах болезни, сохранен. Крайне редко синдром Ландау – Клеффнера может начинаться с утраты навыков экспрессивной речи без вербальной агнозии.

От начала заболевания до полной потери речи проходят недели, реже – месяцы. Могут отмечаться кратковременные ремиссии, с частичным или полным восстановлением речи. В некоторых случаях, особенно когда речевым нарушениям предшествовал эпилептический припадок, возможно острое развитие симптомов (в течение нескольких дней).

Эпилептические припадки наблюдаются у 70-80% пациентов. Приступы могут как предшествовать афазии, так и появляться на фоне речевых нарушений. Наиболее часто это простые парциальные моторные приступы, сложные парциальные припадки, генерализованные тонико-клонические приступы, атонические, атипичные абсансы, реже – миоклонические приступы, вовлекающие лицо и глаза. Приблизительно 1/3 пациентов имеют только один припадок за всю историю болезни.

Корреляций между частотой припадков и степенью речевых нарушений не прослеживается.

Изменения на ЭЭГ служат одним из основных критериев в постановке диагноза. На «рутиной» ЭЭГ во время бодрствования выявляются разряды «острых» волн, комплексов «острая-медленная волна» в височных, задне-височных, теменно-затылочных отведениях. Во время сна отмечается нарастание индекса эпилептиформной активности вплоть до электрического эпилептического статуса. Характерно наличие выраженной эпилептиформной активности в фазу быстрого сна.

Лечебно-диагностические мероприятия. Учитывая непредсказуемость течения СЛК и тяжесть последствий при несвоевременной или неадекватной терапии, необходимо всех детей с подозрением на приобретенную эпилептическую афазию госпитализировать в неврологические или психоневрологические отделения, где есть возможность для всесторонней квалифицированной лечебно-диагностической помощи.

План обследования:

консультация невролога;

консультация психиатра;

консультация сурдолога;

консультация логопеда;

консультация психолога,

МРТ головного мозга;

ЭЭГ;

ЭЭГ с ночным мониторингом.

Первая ЭЭГ проводится до назначения антиконвульсантов или не ранее чем через 3 дня после инъекции бензодиазепиновых анксиолитических средств. Повторная ЭЭГ проводится через 3 недели от начала терапии. Далее – через три недели после каждой коррекции лечения до исчезновения эпилептиформной активности (если такое возможно). При достижении клинико-электроэнцефалографической ремиссии ЭЭГ следует проводить раз в 3 месяца на первом году и раз в 6 месяцев в последующие годы.

Длительность пребывания в стационаре и выбор тактики лечения определяется тяжестью речевых нарушений и реакцией больного на медикаментозную терапию.

После стационара дальнейшее наблюдение и коррекцию лечения можно проводить в амбулаторных условиях.

Характер и алгоритм лечения. В легких и среднетяжелых случаях лечение начинают с лекарственных средств вальпроевой кислоты в дозе 30-40 мг/кг/сутки, с титрацией дозы в течение 2 недель.

Если через три недели от начала лечения не отмечается положительная динамика в речи, а на ЭЭГ сохраняется выраженная эпилептиформная активность, то к лечению следует добавить глюкокортикоидные гормоны (преднизолон, дексаметазон), возможно назначение АКТГ. Длительность гормональной терапии – 2-3 месяца.

В тяжелых случаях или при прогрессировании речевых нарушений гормональная терапия назначается одновременно с препаратами вальпроевой кислоты.

Как правило, препараты вальпроевой кислоты остаются базовым препаратом. При недостаточной эффективности дозу можно увеличить до 50-60 мг/кг/сутки.

При отсутствии эффекта добавляется клоназепам – 0,03-0,1 мг/кг/сут. Возможно назначение топирамата – 5-7 мг/кг/сутки, но из-за риска утяжеления речевых нарушений требуется более частый мониторинг за состоянием пациента.

В резистентных случаях в качестве второго противосудорожного препарата может применяться ацетазоламид. Стартовая доза – 5 мг/кг/сутки. Поддерживающая доза – 10-20 мг/кг/сутки в 1-2 приема.

Следует избегать назначения карбамазепина, фенитоина и барбитуратов, так как эти лекарственные средства усугубляют эпилептиформную активность, аггавируют речевые нарушения и могут стать причиной резистентного течения синдрома Ландау-Клеффнера.

На всех этапах лечения требуются занятия с логопедом.

Прогноз зависит от своевременности и адекватности проводимой терапии.

Приступы хорошо поддаются лечению антиконвульсантами, даже в медикаментозно-резистентных случаях, практически у всех пациентов припадки исчезают к пубертатному периоду (12-15 лет).

Более раннее назначение гормонов способствует более полному восстановлению речевых навыков. Однако даже при самых благоприятных факторах у 50% пациентов речевые нарушения различной степени выраженности сохраняются на протяжении жизни.

F81

Специфические расстройства развития школьных навыков

Приобретение школьных навыков нарушено с ранних стадий развития. Они не являются следствием неблагоприятных условий обучения и не связаны с умственной отсталостью, получением мозговой травмы или психическим заболеванием.

Нарушение должно присутствовать с первых лет обучения, а не приобретаться в ходе образования.

Нарушения не должны быть обусловлены некорригированными зрительными или слуховыми расстройствами.

F81.0

Специфическое расстройство чтения (дислексия)

Общая характеристика. Представляет собой расстройство развития способности к чтению, включающее задержку и нарушение этой способности, которое нельзя объяснить умственной отсталостью или неадекватным обучением и которое не является результатом дефекта зрения, слуха или неврологического расстройства.

Диагностируется в возрасте 7-8 лет.

Дислексия – 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.

Характерны сопутствующие эмоциональные и поведенческие расстройства.

Распространенность расстройства достигает 4-8% у детей школьного возраста.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F80.0.

Обследование проводится в амбулаторных и полустационарных (отделение дневного пребывания) условиях.

Перечень необходимых обязательных обследований:

консультация невролога;
консультация логопеда;
консультация офтальмолога;
консультация психолога.

Дополнительно при наличии показаний:

консультация сурдолога;
консультация психотерапевта;
ЭЭГ.

Ожидаемый результат: улучшение навыков чтения, коррекция сопутствующих эмоциональных и поведенческих расстройств.

Условия лечения: амбулаторно, в полустационарных (отделение дневного пребывания) условиях, детских специализированных учреждениях.

Продолжительность лечения зависит от степени тяжести дислексии – смотри F80.1.

Характер и алгоритм лечения: смотри F80.1.

F81.1

Специфическое расстройство спеллингования (дисграфия)

Общая характеристика. Дисграфия – 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 зрительных, слуховых, неврологических заболеваний.

Трудности в освоении навыков чтения и письма могут отрицательно влиять на формирование личности ребенка. Постоянные неудачи в учебе способны сформировать и закрепить такие черты, как неуверенность, тревожность, замкнутость, заниженная самооценка. У детей развиваются невротические, депрессивные состояния либо оппозиционное и агрессивное поведение.

Распространенность – 4-8% у детей школьного возраста.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследования основные и дополнительные, условия и продолжительность лечения: смотри F81.0

Характер и алгоритм лечения: смотри F80.1.

Ожидаемый результат: устранение ошибок при письме, улучшение навыков письма под диктовку и самостоятельного письма.

F81.2

Специфическое расстройство арифметических навыков (дискалькулия).

Общая характеристика. Дискалькулия – специфическое расстройство навыков счета, которое нельзя объяснить общим недоразвитием или неадекватным обучением.

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: арабская цифра не может быть переведена в аналогичное количество;

нарушения внимания: цифры списываются с ошибками, число, удерживаемое в памяти, при вычислениях переносится с ошибками, арифметические знаки остаются без внимания или списываются неправильно.

Характерны сопутствующие эмоциональные и поведенческие нарушения.

Распространенность данного расстройства – от 4 до 6% у детей школьного возраста, у девочек встречается чаще.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследования, условия и продолжительность лечения: смотри F81.0.

Дополнительные обследования: оценка проводится на основании стандартизированных тестов на счет.

Характер и алгоритм лечения: смотри F80.1

Ожидаемый результат: улучшение навыков счетных операций.

F81.3

Смешанное расстройство учебных навыков

Общая характеристика. Сочетанные специфические расстройства школьных навыков включают нарушения чтения, письма, счета.

Расстройство школьных навыков специфично для детей младшего школьного возраста и тесно связано с нарушениями речи в дошкольном возрасте – дислалией, алалией и задержками темпа формирования речи. Нередко рассматривается как парциальная задержка психического развития и существует как особая проблема обучения, не связанная с умственной отсталостью, дефектами воспитания, мозговой травмой или психическим заболеванием.

Школьная неуспеваемость при этом носит более тяжелый характер из-за патологического влияния одного дефекта на другой.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F81.0

Перечень необходимых обследований: консультации невролога, логопеда, оториноларинголога, психолога, офтальмолога.

Дополнительно, при наличии показаний – консультация сурдолога.

Ожидаемый результат: улучшение школьной успеваемости, устранение проявлений школьной дезадаптации.

Условия лечения: амбулаторно, в полустационарных (отделение дневного пребывания) условиях, детских специализированных учреждениях.

Продолжительность лечения зависит от степени нарушений учебных навыков, вплоть до возможной коррекции.

Характер и алгоритм лечения: смотри F81.0, F81.1, F81.2.

F82

Специфическое расстройство развития двигательных функций

Общая характеристика. Расстройство включает специфические нарушения развития моторики, которые характеризуются выраженным нарушением двигательной координации, моторика не соответствует возрасту и общему уровню интеллектуального развития, при этом расстройство не обусловлено неврологическим заболеванием. Чаще всего замедлено развитие статической моторики.

Нарушен темп, гармоничность, уверенность произвольных движений. Дети часто натыкаются на предметы, падают. Обнаруживают неловкость в обращении с ножницами, плохо рисуют. В школьном возрасте нарушена координация при письме: плохой почерк, несоблюдение строки, замедленный темп работы. Нарушено восприятие формы, размера, различения фигуры и фона, пространственной ориентации.

Моторная неловкость может сочетаться с нарушениями развития речи, в школьном возрасте – с нарушениями чтения, письма, расстройством счета. Дети поздно обучаются плаванию, умению ездить на велосипеде, спортивным навыкам.

Характерны сопутствующие эмоциональные или поведенческие нарушения.

Распространенность составляет 6% у детей в возрасте от 5 до 11 лет.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, перечень необходимых и дополнительных обследований: смотри F81.3.

Условия лечения: смотри F81.3.

Продолжительность: до достижения возможного результата.

Характер и алгоритм лечения: смотри F81.3.

Основные коррекционные мероприятия направлены на развитие и формирование двигательных навыков, специфических организаций движений кисти руки.

Ожидаемый результат: улучшение двигательных функций, координации, развитие графомоторной функции, что приводит к улучшению школьной успеваемости.

F84

Общие расстройства развития

Включают группу расстройств, характеризующихся качественными аномалиями в социальном общении и ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и действий. В большинстве случаев развитие нарушено с младенчества, всегда – в первые 5 лет жизни ребенка.

F84.0

Детский аутизм

Общая характеристика. Распространенность составляет 4-5 случаев на 10 000 детей. Преобладают перворожденные мальчики (в 3-5 раз чаще, чем девочки), но у девочек аутизм имеет более тяжелое течение.

Начало расстройства – в возрасте до 2-3 лет, редко бывает период нормального развития.

Всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия. Такие дети неспособны устанавливать теплые эмоциональные взаимоотношения с людьми, одинаково ведут себя с людьми и неодушевленными предметами. Типичным является отсутствие глазного контакта.

Характерны качественные нарушения коммуникации, недостаточное использование речи для установления социальных контактов.

Деятельность и игра аутичных детей характеризуется ригидностью, повторяемостью, монотонностью. Типично причудливое поведение и манерность.

Дополнительные симптомы: внезапные вспышки гнева, раздражения, страхи; поведение с аутоагрессией (удары головой, кусания,

царапания, выдергивания волос), агрессией; нарушения сна, энурез, энкопрез, проблемы с питанием. Могут быть судорожные припадки.

Интеллект чаще всего нарушен – примерно 70% детей имеют умственную отсталость (40% детей имеют IQ ниже 55; 30% – от 50 до 70, 30% – IQ выше 70).

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F81.0.

Обследование и его кратность. Проводится чаще в амбулаторных и полустационарных (отделение дневного пребывания) условиях. Стационарное лечение показано при грубых нарушениях поведения с агрессией, аутоагрессией.

Перечень обязательных обследований: консультации педиатра, невролога, логопеда, психолога.

Дополнительно при наличии показаний: консультация сурдолога; ЭЭГ; КТ головного мозга.

Ожидаемый результат: улучшение социальной адаптации. Если до 6 лет развилась коммуникативная речь, то можно говорить об относительно благоприятном прогнозе.

Условия лечения: чаще амбулаторно и в полустационарных (отделение дневного пребывания) условиях. Стационарное лечение необходимо при наличии выраженных нарушений поведения.

Продолжительность: неопределенно длительный срок, в зависимости от психопатологической картины. После 6 лет многие черты аутизма сглаживаются, особенно в тех случаях, когда у детей наблюдаются незначительные расстройства.

Характер и алгоритм лечения. В лечении выделяют три направления:

- лечение нарушений поведения;
- медико-психолого-педагогическая коррекция;
- семейная терапия.

Медикаментозная терапия при данном расстройстве представляет собой вспомогательный метод, она наиболее эффективна в возрасте до 7-8 лет и направлена на купирование ведущего психопатологического расстройства.

Для купирования аффективных расстройств и на период адаптации детей к новым условиям используют антидепрессанты: амитриптилин, кломипрамин, мапротилин, сертралин, флуоксетин курсами по 4-5 месяцев с интервалом в 1-3 месяца.

Для профилактики и лечения фазных аффективных расстройств, коррекции поведенческих нарушений применяют лекарственные средства вальпроевой кислоты, карбамазепин.

Нейролептики применяются весьма избирательно, по показаниям, в небольших дозах, преимущественно в активном периоде болезни (3-10 лет). Предпочтение отдается атипичным антипсихотикам – рисперидону (0,5-2 мг/сутки). Традиционные антипсихотики существенного и стойкого улучшения не обеспечивают.

Анксиолитические средства: диазепам, алпразолам применяются крайне редко, короткими курсами в 2-3 недели при невротической симптоматике, нарушениях сна, для купирования состояний острой ажитации.

Ноотропы назначаются повторными курсами (по 2-3 месяца) 2-3 раза в год.

Основным в лечении является психолого-педагогическая коррекция, работа с семьей. Большинство аутичных детей не в состоянии обучаться в обычной школе и нуждается в специальном обучении.

Психологическая коррекция строится по следующим направлениям:
установление эмоционального контакта;

смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, страхов;

стимуляция психической активности;

формирование целенаправленного поведения;

работа с нежелательными формами поведения: агрессия и аутоагрессия, негативизм, расторможенность влечений, страхи и другие.

Логопедические занятия. Развитие общей и мелкой моторики. Массаж.

Психотерапия: поведенческая, игровая, семейная. Семейное консультирование.

F84.1

Атипичный аутизм

Общая характеристика. Данное расстройство характеризуется наличием атипичной, не соответствующей завершенной картине раннего детского аутизма симптоматикой. Как правило, проявляется после 3-летнего возраста. Наиболее часто встречается у детей с глубокой умственной отсталостью, низким уровнем функционирования и у лиц с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F84.0.

Условия лечения, продолжительность: смотри F84.0.

Характер и алгоритм лечения: смотри F84.0.

Ожидаемый результат: улучшение социальной адаптации.

F84.2**Синдром Ретта**

Общая характеристика. Прогрессирующее дегенеративное заболевание, предположительно генетического происхождения (связывают с нарушениями в X-хромосоме). Всегда предшествует период нормального развития. Характерна стадийность течения.

I стадия – аутистическая (возраст ребенка – 6-12 месяцев) – замедляется психическое развитие, снижается интерес к игровой деятельности, появляется мышечная дистония, замедление роста головы.

II стадия (возраст – 12-24 месяца) – быстрый распад ранее приобретенных навыков, речи. Поведение становится беспокойным. В кистях рук появляются движения «моющего» характера, сжимания рук. Походка приобретает атактический характер. У детей меняется дыхание, на фоне обычного ритма возникают периоды учащенного дыхания, сменяющиеся апноэ. В 50-80% случаев возникают эпилептические припадки.

III стадия – псевдостационарная (от нескольких лет до 10 лет) – на первый план выступают глубокая умственная отсталость, судорожные приступы. Появляется крупно-размашистый тремор рук, головы.

IV стадия – тотальная деменция (обычно к 10 годам) – прогрессируют двигательные нарушения, больные становятся обездвиженными, нарастают спастичность, мышечные атрофии, вторичные деформации – сколиоз.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F84.0.

Обследование и его кратность. Диагноз, даже при наличии всех обязательных критериев, считается предварительным до достижения ребенком возраста 2-5 лет.

Обследование проводится в амбулаторных, полустационарных (отделение дневного пребывания) условиях. Стационарно – при наличии эпилептических приступов, прогрессирующих двигательных нарушениях.

Перечень обязательных обследований: консультации педиатра, невролога, логопеда, психолога, генетика.

Дополнительно при наличии показаний: ЭЭГ; КТ головного мозга; консультация ортопеда.

Ожидаемый результат: болезнь прогрессирует, течение ее невозможно приостановить. Купирование эпилептических припадков, возможное улучшение адаптации ребенка.

Условия лечения: амбулаторное или помещение в интернат.

Продолжительность: неопределенно длительно.

Характер и алгоритм лечения. Лечение носит симптоматический характер и зависит от стадии заболевания. При наличии судорожных приступов – назначение антиконвульсантов. Оказание психологической помощи семье.

F84.3

Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

Общая характеристика. Быстро прогрессирующее слабоумие у детей раннего возраста с потерей ранее приобретенных навыков, с появлением аномалий социального, коммуникативного или поведенческого функционирования.

После периода нормального развития до 2-3 лет в течение 6-12 месяцев формируется тотальное слабоумие. Ребенок становится своенравным, раздражительным, гиперактивным. Речь обедняется, затем распадается. Утрачиваются ранее приобретенные поведенческие, игровые и социальные навыки. Теряется контроль над функцией кишечника и мочевого пузыря. Затем может наступить незначительное улучшение. Расстройство часто сочетается с прогрессирующим неврологическим заболеванием.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F 84.0.

Обследование и его кратность: смотри F84.0.

Условия и продолжительность лечения: смотри F84.0.

Характер и алгоритм лечения: лечение симптоматическое. Семейное консультирование.

Ожидаемый результат: возможное улучшение адаптации.

F84.4

Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

Общая характеристика. Наличие умеренной, глубокой и тяжелой умственной отсталости, сочетающейся с выраженной гиперактивностью и стереотипным поведением.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F84.0.

Обследование и его кратность: смотри F84.0.

Условия лечения, продолжительность: смотри F84.0.

Ожидаемый результат: возможное улучшение адаптации.

Характер и алгоритм лечения. Лечение симптоматическое: антипсихотики с преимущественно седативным действием: хлорпротиксен, хлорпромазин, перициазин, зуклопентиксол, а также атипичные антипсихотики – рисперидон, клозапин;

антидепрессанты: имипрамин, кломипрамин, флувоксамин, сертралин;

нормотимики: лекарственные средства вальпроевой кислоты, карбамазепин.

Поведенческая психотерапия, консультирование близких и лиц социального окружения.

F84.5

Синдром Аспергера

Общая характеристика. Характерно наличие качественных нарушений в социальном взаимодействии, сочетающееся со стереотипными, повторяющимися моделями поведения, интересов и видов деятельности.

Расстройство не сопровождается клинически значимой задержкой интеллектуального и речевого развития. Степень выраженности расстройств различна. Речь развивается рано, она разнообразна, с богатым словарным запасом, оригинальными словосочетаниями.

Отличие речи у этих пациентов состоит в том, что они говорят, когда хотят, не обращаясь к слушателям (спонтанная речь), часто ведут разговоры с самими собой.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F84.0

Обследование и его кратность: смотри F84.0.

Условия лечения, продолжительность: смотри F84.0.

Характер и алгоритм лечения: смотри F84.0.

Ожидаемый результат: улучшение адаптации.

Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

F90 – F98

F90

Гиперкинетические расстройства

Общая характеристика. Гиперкинетическое расстройство (синоним – синдром дефицита внимания и гиперактивности (далее – СДВГ)) встречается с частотой 3-8% в детской популяции.

Проявляется тремя группами симптомов: дефицитом внимания, гиперактивностью и импульсивностью, которые затрудняют социальное функционирование ребенка в детском саду, школе, дома, развлекательных центрах и других общественных местах. Для постановки диагноза необходимо, чтобы указанные нарушения сохранялись на протяжении 6 месяцев и более.

Большая часть поведенческих проблем гиперактивных детей обусловлена не «плохим воспитанием», а особенностями функционирования ЦНС, прежде всего – дефицитом дофаминовых структур мозга.

СДВГ не ограничивается детским возрастом: если симптомы гиперактивности (непоседливости) уходят с периодом полового созревания (12-14 лет), то импульсивность (нетерпеливость) и когнитивные нарушения, связанные с дефицитом внимания, сохраняются в большей или меньшей степени на протяжении всей жизни.

Определенная слабость нервной системы ребенка с СДВГ обуславливает большую частоту коморбидных психических расстройств детского возраста: специфического расстройства развития речи, заикания, энуреза, энкопреза, тиков, расстройств тревожно-фобического спектра, расстройств приобретения школьных навыков.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий

- 1-й – обследование и постановка диагноза;
- 2-й – стабилизирующая терапия;
- 3-й – лечение сопутствующих психических расстройств;
- 4-й – амбулаторное наблюдение до достижения стойкой социальной адаптации и профилактика сопутствующих психических и поведенческих расстройств.

Уровни оказания медицинской помощи

- 1-й – районные, городские организации здравоохранения;
- 2-й – межрайонные, областные организации здравоохранения;
- 3-й – республиканские организации здравоохранения.

Обследования и их кратность. Осуществляется в амбулаторных, полустационарных (отделение дневного пребывания) и стационарных условиях.

При установлении диагноза необходимо:

подробное интервью с родителями пациента с подробным описанием проблемного поведения в семье, детском саду, школе и других общественных местах;

консультация невролога – однократно;

консультация педиатра с проведением антропометрического исследования, измерением пульса и артериального давления – при постановке диагноза и в дальнейшем при назначении терапии психостимуляторами;

консультация логопеда – однократно, в дальнейшем – при наличии показаний.

Дополнительно при наличии показаний:

ЭЭГ (при сопутствующих пароксизмальных расстройствах);

экспериментально-психологическое исследование интеллектуального развития – шкала Векслера;

ЭКГ – при назначении терапии психостимуляторами;

обследование социальных условий проживания семьи ребенка.

Полезным в диагностическом плане является заполнение опросников родителями и учителем/воспитателем. Используются на выбор:

шкала Вандербилта (Vanderbilt Scale) – модифицированный вариант DSM-IV, дополненный психометрической шкалой и шкалой школьной дезадаптации; может заполняться как родителями, так и учителем/воспитателем;

опросники Коннора для учителей и для родителей (Connors Teacher's List и Connors Parent's Checklist) – помимо шкал дефицита внимания и гиперактивности содержит шкалу оппозиционного поведения, обработка результатов шкал проводится с учетом возраста ребенка.

Заполнение указанных шкал родителями и учителем/воспитателем позволяет:

объективизировать клинические данные, так как поведение ребенка в кабинете врача может быть более спокойным или более гиперактивным, чем в привычной обстановке;

уточнить форму расстройства и тяжесть расстройства, что определяет прогноз и выбор стратегии оказания помощи;

объективно оценить эффективность оказания помощи ребенку с СДВГ.

Общие принципы лечения. Модель оказания помощи ребенку с СДВГ включает в себя психообразование родителей, поведенческую терапию и психофармакотерапию. Объем оказания помощи в каждом конкретном случае определяется тяжестью расстройства, родительским комплайнсом, наличием коморбидных психических расстройств и возрастом ребенка.

В социально благоприятных случаях (при отсутствии значимой семейной дисфункции) и невыраженных сопутствующих расстройствах рекомендуется начинать с психообразования, которого при легких формах СДВГ, как правило, бывает достаточно.

В социально неблагоприятных случаях (при наличии семейной дисфункции), при тяжелых формах СДВГ и наличии выраженных или длительных сопутствующих расстройств психообразование следует дополнять поведенческой и медикаментозной терапией.

Этапы лечения и ожидаемые результаты. На этапе стабилизирующей терапии СДВГ основной целью является уменьшение проблем обучения ребенка в школе и улучшение его социальной адаптации, поэтому лечение осуществляется преимущественно в амбулаторных условиях.

Работа с родителями – первая линия оказания помощи ребенку с СДВГ.

Психообразовательная программа для родителей включает в себя информационную работу и психологическую поддержку, позволяет родителям лучше понять причины проблемного поведения ребенка с СДВГ и иметь от него адекватные ожидания, делает родителей более терпимыми, позволяет преодолеть ощущение социальной изоляции и уменьшает стресс. Эффективность психообразовательных программ для родителей определяется тем, что, изменяя окружение ребенка, мы меняем поведение самого ребенка.

Психообразование родителей лучше осуществлять в режиме группового формата.

Поведенческая терапия начинается уже на этапе психообразовательной программы для родителей. Психиатр (или медицинский психолог) обучает эффективным стратегиям управления проблемным поведением ребенка, в дальнейшем координирует их осуществление и контролирует эффективность.

Длительность поведенческой терапии составляет 6-12 месяцев.

Ожидаемые результаты: уменьшение конфликтов ребенка с родителями, братьями/сестрами, учителями, ровесниками; улучшение результатов успеваемости в школе; развитие навыков самоорганизации в выполнении домашних заданий и других обязанностей.

Психофармакотерапия СДВГ ноотропными препаратами проводится при наличии сопутствующих психических расстройств.

При наличии СДВГ и специфических расстройств развития речи:

пиритинол – 10-12 мг/кг/сутки в 2-3 приема после еды в течение 6-12 недель,

гопатеновая кислота – 20-30 мг/кг/сутки в 2 приема, длительностью 6-8 недель;

гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид (фенибут, ноофен) – детям в возрасте до 8 лет – 13-15 мг/кг/сутки в 2-3 приема, детям в возрасте 8-14 лет – по 250 мг 2-3 раза в сутки, курсом 4-6 недель (наряду с коррекционными логопедическими занятиями, смотри F80);

При наличии СДВГ в сочетании с заиканием, тиками, энурезом и энкопрезом:

гопатеновая кислота – в указанных выше дозировках, курсами 6-8 недель;

гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид – в указанных выше дозировках, курсами 4-6 недель;

комплексный препарат лактата магния и пиридоксина в возрастных дозировках, курсами 4-6 недель (наряду с психотерапией указанных невротических расстройств, смотри F95, F98.0, F98.1, F98.5).

При наличии СДВГ и церебрастенического синдрома (после перенесенного гриппа, ЧМТ и прочего):

ипидакрин – 1-1,5 мг/кг в 2-3 приема, курсами 4-6 недель;

гопатеновая кислота – в указанных выше дозировках, курсами 6-8 недель;

гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид – в указанных выше дозировках, курсами 3-4 недели.

Указанные ноотропные лекарственные средства, в отличие от других, реже вызывают парадоксальные реакции у детей с СДВГ.

Психофармакотерапия СДВГ должна осуществляться в сочетании с психообразованием родителей, поведенческой терапией и социальными мероприятиями под строгим контролем психиатров.

Для симптоматической терапии агрессивного поведения могут быть использованы антипсихотические средства:

хлорпротиксен внутрь – 12,5-25 мг/сут в течение 6-8 недель;

перициазин внутрь – 1-5 мг/сут в течение 6-8 недель;

рисперидон внутрь – 0,5-2 мг/сут в течение 6-8 недель;

кломидин внутрь – 12,5- 25 мг/сут в течение 6-8 недель.

На этапе лечения коморбидных психических и поведенческих расстройств лечение осуществляется в амбулаторных, полустационарных (отделение дневного пребывания) и стационарных условиях.

На этапе реабилитационных мероприятий с целью достижения длительной социальной адаптации и профилактики сопутствующих психических и поведенческих расстройств в амбулаторных условиях проводится игровая терапия, тренинги коммуникативных навыков и контроля импульсивного поведения, музыкотерапия.

Спорт: полезны длительное пребывание на свежем воздухе, прогулки, бег, любые спортивные занятия, кроме травматичных (бокса, силовой борьбы). Маленьким детям рекомендуют ритмику, более старшим – хореографию, танцы, плавание. Важно оберегать от переутомления.

Диетотерапия эффективна, если гиперкинетическое расстройство сочетается с пищевой аллергией. Рекомендуется устранение химических добавок из рациона, исключение шоколада, какао, кофе, кока-колы, пепси-колы, избытка жиров, жареных, острых блюд, наваристых бульонов. Рекомендуется диета, богатая солями цинка и магния, включение необходимого количества белков.

Условия обучения: лучше, если ребенок с СДВГ обучается в классе с небольшим количеством учеников, сидит на первой парте, подальше от отвлекающих предметов и рядом со спокойным ребенком. При необходимости может быть рекомендовано интегрированное обучение, коррекционные классы (по направлению медико-педагогических комиссий). Важен комплайнс родителей с учителями и психологами в школе. Эффективны психообразовательные программы для педагогов.

Рекомендации психиатров по обучению ребенка с тяжелой формой СДВГ на дому следует давать только в том случае, когда это единственная возможность продолжить образование.

F90.0

Нарушение активности и внимания

Общая характеристика. Клинический вариант СДВГ без явных оппозиционных нарушений поведения (смотри F90.1).

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F90.

Этап стабилизирующей терапии и ожидаемый результат. Усилия направлены на адаптацию ребенка к среде обучения и воспитания. Важными моментами являются адекватная оценка возможностей ребенка

его родителями и педагогами, развитие мотивационной сферы ребенка, развитие навыков самоорганизации в выполнении домашних заданий и других обязанностей, улучшение результатов успеваемости в школе, выработка адекватной самооценки.

Соблюдаются все принципы оказания помощи ребенку, описанные в общей части F90. Для детей дошкольного возраста важными являются рекомендации идти в школу не раньше 7-летнего возраста и регулярные занятия спортом/танцами с целью реализации двигательной активности, развития мотивационной сферы и самоорганизации.

Объем оказания помощи и ее длительность определяются тяжестью расстройства, комплайнсом с родителями, наличием и тяжестью коморбидных психических расстройств: смотри F90.

F90.1

Гиперкинетические расстройства поведения

Общая характеристика. Клинический вариант СДВГ с явными оппозиционными нарушениями поведения в виде повышенной обидчивости, сердитости, раздражительности, когда ребенок часто спорит, пререкается со взрослыми, нередко бросает вызов или отказывается выполнять требования взрослых, преднамеренно выполняет действия, раздражающие других людей.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри общую часть F90.

Этап стабилизирующей терапии. Усилия направлены прежде всего на улучшение социального функционирования ребенка: на уменьшение конфликтов ребенка с окружением и улучшение школьной успеваемости.

Соблюдаются все принципы оказания помощи ребенку, описанные в общей части F90. Как правило, оказание помощи ребенку с гиперкинетическим расстройством поведения не ограничивается психообразованием родителей и всегда включает в себя поведенческую терапию.

Объем оказания помощи и ее длительность определяются тяжестью расстройства, комплайнсом с родителями, наличием и тяжестью коморбидных психических расстройств: смотри F90.

F90.8

Другие гиперкинетические расстройства

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F90.

Характер и алгоритм лечения смотри F90.1.

Длительность лечения: смотри F90.1.

Ожидаемые результаты: смотри F90.1.

F90.9

Гиперкинетическое расстройство неуточненное

Имеются в виду клинические случаи, когда нельзя дифференцировать между F90.0 и F90.1.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F90.1.

Длительность лечения: смотри F90.1.

Ожидаемые результаты: смотри F90.1.

F91

Расстройства поведения

Общая характеристика. Сборная группа расстройств, в которую включены различные типы диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения, явно выходящие за рамки соответствующих возрасту социальных норм. Такие расстройства требуют проведения индивидуального обследования для установления причин (биологических, социальных, индивидуально-психологических и других) нарушенного поведения.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F90.

Обследование и его кратность:

консультация невролога – однократно;

консультация логопеда – однократно, при наличии показаний – в динамике;

психолого-экспериментальное обследование – в динамике.

Дополнительно при наличии показаний: ЭЭГ, РЭГ (при подозрении на нарушения мозговой гемодинамики и при наличии гипертензионно-гидроцефального синдрома).

Условия лечения: амбулаторно; при выраженных поведенческих нарушениях – полустационарное (отделение дневного пребывания) или стационарное лечение.

Лечение: используются антипсихотики – корректоры поведения – хлорпротиксен, перициазин, рисперидон; нормотимики – карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты, ламотриджин; антидепрессанты – амитриптилин, флувоксамин, сертралин.

Ожидаемый результат: уменьшение степени выраженности поведенческих расстройств, улучшение социальной, семейной и школьной адаптации.

F91.0

Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи

Общая характеристика, этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, условия лечения: смотри F91.

Характер и алгоритм лечения. Основная роль в лечении принадлежит психотерапии и социально-педагогическим мерам воздействия. Используются приемы поведенческой, рациональной психотерапии, аутотренинг, семейная психотерапия, консультирование родителей относительно воспитания ребенка.

Роль медикаментозного лечения ограничена. Для снятия аффективной неустойчивости в случае выраженности поведенческих расстройств, при наличии сопутствующих сомато-вегетативных нарушений применяют анксиолитические средства, антипсихотики-корректоры поведения, седативные фитолечебные средства.

Предпочтительно использование наиболее мягко действующих седативных лекарственных средств из растительного сырья: настойка валерьяны, настойка пустырника.

Могут быть использованы анксиолитические средства бензодиазепинового ряда: тофизолам, медазепам, диазепам.

При неэффективности вышеперечисленных средств в течение двух-трех недель показаны мягко действующие антипсихотики в небольших дозировках: перициазин.

Продолжительность лечения: амбулаторно, первый курс – от 4 недель до 6 месяцев, далее – по показаниям; стационарно и полустационарно (отделение дневного пребывания) – 4-6 недель.

Ожидаемый результат лечения: редукция поведенческих расстройств.

Прогноз в основном благоприятный.

F91.1

Несоциализированное расстройство поведения

Общая характеристика, этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F91.

Характер и алгоритм лечения. Медико-педагогические мероприятия: оздоровление микросреды, исправление недостатков воспитания.

Психотерапия.

Медикаментозное лечение играет вспомогательную роль, показано для временного облегчения тяжелых нарушений поведения.

Возраст начала лечения очень важен для его успеха, так как с внешней агрессивностью легче справиться у детей до 10 лет.

Чрезвычайно важна в проведении лечебных мероприятий роль семьи. Требуются семейная терапия с рекомендациями в отношении семейно-бытовых условий, режима и системы воспитания.

Необходимо удовлетворение потребностей ребенка в развитии внутреннего контроля, восстановление у него положительного самоощущения, выработка новых адаптивных навыков. Для этого используются социализация детей и подростков с формированием положительных интересов (учебных, профессиональных, спортивных и других), организация досуга, профориентация.

Центральное звено лечебного воздействия – психотерапевтический комплекс, включающий разнообразные методы и приемы: рациональная, семейная, личностно-реконструктивная психотерапия, аутогенная тренировка, психотерапия творческим выражением и другие.

Для снятия аффективной напряженности и сопутствующих сомато-вегетативных расстройств используется перициазин в невысоких дозах.

В отдельных случаях показано комбинирование антипсихотических средств с бензодиазепиновыми анксиолитическими средствами (медазепам, диазепам, тофизолам).

При эксплозивных аффективных реакциях и их повторяемости – добавление карбамазепина. В случае резидуально-органической недостаточности ЦНС – назначение ноотропных средств, витаминных комплексов.

Длительность лечения: стационарно и в отделении дневного пребывания – 4-6 недель, амбулаторно – до достижения компенсации.

Ожидаемые результаты лечения. **Дополнительные трудности:** редукция поведенческих расстройств. Прогноз менее благоприятен по сравнению с F91.0. Психиатр часто испытывает враждебность со стороны членов семьи, сталкивается с препятствием из обвинений и манипуляций, с помощью которых его пытаются заставить объединиться с одним из членов семьи против других.

Ожидания улучшения социальной адаптации со стороны такого ребенка минимальны, они повышаются лишь постепенно.

Имеется большая вероятность перехода в диссоциальное расстройство личности F60.2.

F91.2

Социализированное расстройство поведения

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F91.

Характер лечения. Рекомендуются таких детей разлучить с прежней группой сверстников и перевести в новое окружение. Помощь оказывается в учреждениях непсихиатрического профиля, занимающихся коррекционно-воспитательной работой с детьми и подростками.

Основу реадaptационных мероприятий составляют различные методы коррекционной педагогики при консультативной помощи психиатра.

Хороший эффект вызывает когнитивный подход при групповых занятиях и любой подход, который разрушает установки группы правонарушителей и разлучает с ней ребенка, предлагает ему контакт с сильным взрослым лидером и другими сверстниками, не склонными к правонарушениям.

Длительность лечения не определена, диктуется временем, необходимым для достижения результата.

Ожидаемые результаты: позитивная коррекция поведения.

F91.3

Вызывающее оппозиционное расстройство

Общая характеристика, этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, характер лечения: смотри F91.0.

Длительность лечения: стационарно – 3-4 недели, амбулаторно – до достижения результата.

Ожидаемые результаты. Редукция поведенческих расстройств. Прогноз не всегда благоприятен, возможен переход в диссоциальное расстройство личности F60.2.

F92

Смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.0

Депрессивное расстройство поведения

F92.8

Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.9

Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненное

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F91.

Условия лечения:

амбулаторное – при легких депрессивных расстройствах, отсутствии социальной и школьной дезадаптации, отказе родителей от стационарного лечения;

полустационарное (отделение дневного пребывания) – при долечивании после стационарного лечения;

стационарное – при выраженных аффективных нарушениях, наличии социальной и школьной дезадаптации, суицидальных тенденциях, а также отсутствии эффекта от амбулаторного лечения и при неблагоприятных социально-бытовых условиях.

Характер и алгоритм лечения. Необходимо сочетание медикаментозного лечения с различными видами психотерапии и рекомендациями по школьному обучению.

Медикаментозное лечение:

допустимые в детской психиатрической клинике антидепрессанты седативного или сбалансированного действия (амитриптилин, кломипрамин, мапротилин, сертралин) в возрастных дозах;

анксиолитические средства;

антипсихотические средства: перициазин, хлорпротиксен; при выраженной тревоге – клозапин;

ноотропные средства, не обладающие стимулирующим действием – фенибут, гопатеновая кислота.

Длительность лечения: стационарное – от 4 до 6 недель, полустационарное (отделение дневного пребывания) – до 4 недель, амбулаторное – до достижения результатов.

Ожидаемые результаты: купирование депрессивной симптоматики, агрессии, антисоциальных форм поведения, предотвращение социальной и школьной дезадаптации.

F93

Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F90.0

Обследование и его кратность: смотри F90.0; психологическое обследование.

Условия лечения: как правило, амбулаторные или в отделении дневного пребывания.

Характер и алгоритм лечения:

создание психотерапевтической атмосферы, включая ребенка, родителей, сверстников ребенка, школу;

психотерапию: семейную, игровую, рациональную, поведенческую, суггестивную, тренинги общения;

физиотерапевтическое лечение: успокаивающие ванны, электросон, массаж и другие;

медикаментозное лечение:

седативные фитосборы, фитобиостимуляторы, фитоадаптогены;

небольшие дозы антидепрессантов (при психической тревоге и тревоге изоляции): амитриптилин, кломипрамин. Назначают в малых дозах, с постепенным увеличением дозы на j суточной дозы 1 раз в 5-7 дней, длительность – 1-1,5 месяца;

анксиолитические средства в небольших дозах коротким курсом: медазепам, тофизолам, оксазепам;

антипсихотические средства (при поведенческих расстройствах): сульпирид, флупентиксол, хлорпротиксен;

ноотропные средства: пирацетам, циннаризин, фенибут, гопатеновая кислота.

Длительность лечения: по показаниям, с частотой осмотра 1 раз в месяц. **Ожидаемые результаты:** купирование тревожно-фобического

состояния, улучшение межличностных контактов в семье и детских учреждениях. При большинстве форм эмоциональных расстройств – прогноз благоприятный.

F93.0

Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование: смотри F93.

Условия лечения: смотри F93.

Семейная и индивидуальная психотерапия с модификацией поведения ребенка и родителей. При выраженной тревоге – три- и гетероциклические антидепрессанты (кломипрамин и другие). Для купирования ночных страхов и нарушений сна – анксиолитические средства коротким курсом.

F93.1

Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование: смотри F93.

Условия лечения: смотри F 93.

Эффективна простая поведенческая психотерапия с десенсибилизацией ситуаций, вызывающих страх.

F93.2

Социальное тревожное расстройство в детском возрасте

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование: смотри F93.

Условия лечения: смотри F 93.

Семейная психотерапия, повышение самооценки и независимой активности ребенка (развитие навыков общения в танцах, музыке, пении, письме). Короткие курсы анксиолитических средств, чтобы преодолеть поведение избегания.

F93.3

Расстройство сиблингового соперничества

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование: смотри F93.

Условия лечения: смотри F 93.

Индивидуальная рациональная и семейная психотерапия.

Для лечения эмоциональных нарушений – антидепрессанты в минимальных дозировках, анксиолитические средства короткими курсами.

F93.8

Другие эмоциональные расстройства в детском возрасте

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование: смотри F93.

Условия лечения: смотри F93.

В острых ситуациях – анксиолитические средства коротким курсом (диазепам). Более длительными курсами – мебикар, фенибут.

Индивидуальная и групповая психотерапия.

F94

Расстройства социального функционирования, начало которых специфично для детского возраста

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование: смотри F93.

Условия лечения: смотри F 93.

F94.0

Элективный мутизм

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F93.

Условия лечения: преимущественно амбулаторное; при необходимости изъятия из сложной ситуации – стационарное в детских отделениях для лечения пограничных психических расстройств.

Длительность лечения: амбулаторно – по показаниям, стационарно – 4-6 недель.

Ожидаемые результаты: ликвидация симптоматики или значительное улучшение состояния, повышение уровня социальной и школьной адаптации.

Характер лечения. Используется мультимодальный подход с применением индивидуальной, поведенческой и семейной терапии. Основные терапевтические усилия должны быть направлены на изменение ситуации в семье и школе.

При наличии тревожного компонента – анксиолитические средства.

При преобладании оппозиционных форм поведения – антипсихотические средства – корректоры поведения: перициазин, хлорпротиксен; антидепрессанты группы СИОЗС: сертралин, флувоксамин; трициклические антидепрессанты.

F94.1

Реактивное расстройство привязанности детского возраста

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F93.

Обследование и его кратность: смотри F93.

Условия лечения. Стратегия лечения определяется тяжестью физических и эмоциональных нарушений у ребенка и степенью нарушения ухода. Возможны следующие варианты и пути оказания помощи:

госпитализация ребенка с оказанием необходимой психологической и педиатрической помощи;

оздоровление ситуации с помощью служб социально-психологической поддержки (улучшение условий ухода за ребенком);

индивидуальная психотерапия матери; лечение матери в психиатрическом стационаре;

семейная и супружеская терапия;

воспитательно-образовательная помощь лицам, ухаживающим за ребенком (разъяснение потребностей ребенка, обучение навыкам ухода за ним);

обеспечение внимательного контроля за ходом улучшения эмоционального состояния и физического благополучия ребенка.

Длительность лечения: амбулаторно – по показаниям, стационарно – 4-6 недель.

Ожидаемые результаты: оздоровление взаимоотношений с окружением, снятие дополнительной симптоматики, улучшение социальной адаптации.

Характер лечения. Основным принципом лечения является оздоровление ситуации.

Медикаментозное лечение:

при выраженности тревоги и страха – анксиолитические средства;

при выраженном негативизме – антипсихотические средства в небольших дозировках.

F94.2

Расстройство привязанности в детском возрасте по расторможенному типу

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F93.

Обследование и его кратность: смотри F93.

Условия лечения: как правило, амбулаторное; при необходимости изменить ситуацию – стационарное.

Длительность лечения: амбулаторно – до достижения стабилизации ситуации и снятия сопутствующих эмоциональных и поведенческих расстройств; стационарно – 4-6 недель.

Ожидаемые результаты: оздоровление ситуации, социальная адаптация.

Характер лечения. Лечение требует обширной, интенсивной и длительной психотерапии. Медикаментозное лечение применяется для купирования сопутствующих поведенческих и эмоциональных расстройств – анксиолитики, антипсихотические средства в небольших дозировках.

F95

Тики

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F93.

Диагностика. Обследование и его кратность:

консультация педиатра – однократно;

консультация невролога – в динамике;

экспериментально-психологическое обследование – в динамике.

Дополнительно при наличии необходимости: ЭКГ; консультация кардиолога.

Общее и неврологическое обследование.

Подробно описывают патологические движения. У детей для количественной оценки тика можно использовать адаптированную шкалу аномальных непроизвольных движений (далее – AIMS).

При психиатрическом обследовании особое внимание обращают на расстройства, сочетающиеся с синдромом Жилия де ла Туретта – F42, F90, F81, F40.

Условия лечения: как правило, амбулаторное; при его неэффективности, при выраженной школьной дезадаптации – стационарное лечение.

Длительность лечения: амбулаторно один курс – 8-12 недель, далее – по показаниям; стационарно – 2-3 недели.

Ожидаемые результаты: выздоровление, либо значительное уменьшение выраженности симптоматики, повышение уровня школьной и социальной адаптации.

Характер и алгоритм лечения. Цель лечения – не только уменьшить или ликвидировать тики, но и улучшить социальную адаптацию и способствовать правильному развитию ребенка.

Общие психологические принципы:

на всем протяжении лечения необходимо ободрять пациента, внушать ему веру в себя и формировать и поддерживать его чувства собственной полноценности;

психообразовательная работа, начиная со стадии диагностики;

пациент и члены его семьи должны знать, что тики непроизвольны. Это очень важно психологически, так как родные пациента замечают, что иногда он может сдерживать тик;

очень важна тренировка сдерживания. Даже когда медикаментозное лечение эффективно, тик все равно редко ликвидируется полностью.

Медикаментозное лечение включает назначение анксиолитических средств – клоназепам, диазепам; ноотропных средств; при отсутствии эффекта – антипсихотические средства: галоперидол, перициазин, сульпирид (смотри таблицу 17).

F95.0

Транзиторные тики

F95.1

Хронические моторные тики или вокализмы

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри F 95.

Характер лечения. Поскольку привлечение внимания к тикам может их усиливать, часто семье дается рекомендация игнорировать их. Если тики сильные и сопровождаются значительным эмоциональным расстройством, рекомендуется тщательное психиатрическое, педиатрическое и неврологическое обследование. Лечение зависит от результатов исследования.

Рекомендуется:

психотерапия: поведенческая, индивидуальная, семейная, групповая;

медикаментозное лечение: короткий курс анксиолитических средств преимущественно «дневного» действия: медазепам, тофизопам, оксазепам, мебикар, длительностью 3-4 недели, в дозировках, соответствующих возрасту ребенка. Можно включать в схему лечения ноотропные лекарственные средства: фенибут, гопатеновая кислота, глицин;

физиотерапевтическое лечение.

Условия и длительность лечения, ожидаемые результаты: смотри F95.

F95.2

Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром де ла Туретта)

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, условия, длительность лечения, ожидаемые результаты: смотри F95.

Характер и алгоритм лечения. Медикаментозное лечение – основной метод терапии. Используют следующие группы лекарственных средств:

антипсихотические средства: сульпирид, метоклопрамид, галоперидол.

Сульпирид применяют в дозе 5 мг/кг/сут в 2 приема (утром и днем), метоклопрамид – 0,3 мг/кг/сут в 2 приема утром и днем. Доза наращивается быстро, в течение 5-7 дней. Галоперидол начинают с минимальных доз и повышают их очень медленно, до появления клинического эффекта. Детям назначают в дозе 0,25 мг/сут внутрь, затем

добавляют по 0,25 мг/сут 1 раз в 1-2 недели. Подросткам и взрослым назначают 0,5 мг/сут, добавляют по 0,5 мг 1 раз в 1-2 недели.

Может использоваться клонидин. Начальная доза для детей – 0,025 мг/сут внутрь с последующим увеличением на 0,025 мг/сут каждые 1-2 недели. Поддерживающая доза – 0,05-0,45 мг/сутки (до 8 мкг/кг/сут). Гипотензивное действие в таких дозах минимально, но необходимо следить за АД и частотой сердечных сокращений;

при сопутствующих обсессивно-компульсивных нарушениях или при сложных тиках с выраженным обсессивным компонентом назначают антидепрессанты; применяются флувоксамин, сертралин, кломипрамин и флуоксетин в возрастных дозах.

Психотерапия поведенческая: методы психической релаксации, напряжение мышц при позыве к тiku и замещение социально неприемлемых тиков более безобидными, метод утомления тика.

Индивидуальная: позволяет восстановить или повысить уверенность пациента в себе, его самооценку, улучшить взаимоотношения со сверстниками, семьей.

Семейная психотерапия.

Групповая психотерапия.

Психообразовательная работа.

Учебная и профессиональная реабилитация.

Рекомендации по формам и программам обучения.

Специальная и лечебная физкультура, ритмическая гимнастика.

Трудовые рекомендации (четкий план работы, гибкий временной график, достаточное рабочее пространство и прочее).

F98

Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F98.0

Энурез неорганической природы

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F95.

Условия лечения: при легких формах – амбулаторное; при стойком и выраженном энурезе, нарушающем школьную и социальную адаптацию ребенка, а также при неэффективности амбулаторного лечения – в стационаре.

Продолжительность: курс – 4-6 недель, далее – по необходимости.

Ожидаемые результаты: исчезновение или значительное редуцирование симптоматики, школьная и социальная адаптация.

Обследование, диагностика: консультации педиатра, невролога, уролога.

Дополнительно при наличии показаний: рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника для исключения *spina bifida*.

Обследование также включает подробное изучение анамнеза, истории развития, исследование соматического и психического статуса, выявление наличия связи с острой или хронической психотравмой или перенесенными заболеваниями, наличие светлых промежутков.

Характер лечения. Лечение должно быть комплексным и включать следующие составные части:

соблюдение режима гигиенических мероприятий, соблюдение пищевого и питьевого режима, ограничение употребления жидкости во второй половине дня, диета Красногорского;

организация сна: рекомендуют засыпать и просыпаться в одно и то же время, исключить эмоциональное возбуждение за два часа перед сном, спать в полужесткой постели с приподнятым ножным концом и в теплой комнате, сходить в туалет перед сном три раза;

психотерапия поведенческая: тренировка мочевого пузыря (похвала или вознаграждение за более длительный период воздержания от мочеиспускания во время бодрствования), дробное мочеиспускание (тренировка сфинктера), ведение дневника, «жетонная система», «звездная карта»;

гипносуггестия, игровая психотерапия с элементами суггестии, сказкотерапия, самовнушение перед сном;

физиотерапевтическое лечение: электрофорез с атропином на область проекции мочевого пузыря, иглорефлексотерапия, электросон и другие.

Медикаментозное лечение – при неэффективности других мероприятий. Назначение ноотропов в течение 3-4 недель: смотри таблицу 17.

При неэффективности – назначение антидепрессантов: амитриптилин, имипрамин за 30 минут до сна в возрастной дозировке курсом 1-1,5 месяца; ноотропные средства (пирацетам, глицин) в возрастных дозировках перед сном длительностью 4-6 недель.

При неэффективности неоднократных курсов лечения возможно применение десмопрессина (капли в нос).

Лечебная физкультура и общеоздоровительные воздействия.

F98.1**Энкопрез неорганической природы**

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, условия лечения, продолжительность, ожидаемые результаты, обследование: смотри F98.0.

Дополнительно по показаниям – ректороманоскопия.

Характер лечения:

общегигиенические меры: регуляция питания, обучение правилам гигиены, меры к ослаблению боли при дефекации;

психотерапия является основным методом лечения:

семейная;

индивидуальная (преодоление низкой самооценки и социальной изоляции, лечение случаев вторичного энкопреза, являющихся реакцией на психологический стресс);

суггестивная;

игровая;

поведенческая – тренировка функции контроля за стулом (через определенные интервалы времени посылают опорожнить кишечник на 5 минут, успешное опорожнение поощряется);

«звездные карты», когда ребенок наносит на карту «сухие дни» и другие методы поведенческого подкрепления.

Медикаментозное лечение: для купирования сопутствующих эмоциональных расстройств назначают короткие курсы анксиолитических средств, фенибут, мебекар.

При недостаточном опорожнении кишечника – слабительные средства для стимуляции моторики толстой кишки: бисакодил (для детей до 7 лет – 5 мг, 7-14 лет – 5-10 мг); лактулоза (для детей 3-6 лет – 5-10 мл, для детей 7-14 лет начальная доза – 15 мл, поддерживающая – 10 мл; использование клизм, размягчающих средств (минеральные масла).

Физиотерапевтическое лечение: ИРТ.

F98.4**Стереотипные двигательные расстройства**

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование и его кратность, условия и длительность лечения, ожидаемые результаты, характер лечения: смотри F93.

F98.5**Заикание (запинание)**

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи: смотри F93.

Обследование и его кратность:

расширенное логопедическое обследование – в динамике;
психолого-экспериментальное обследование – однократно, при необходимости – в динамике;
консультация невролога – однократно.

Диагностика также включает выявления заикания при чтении и пересказе текста (стихи не предлагать).

Дополнительно при наличии необходимости: консультации педиатра, сурдолога; ЭГ.

Цель лечения, ожидаемые результаты: улучшение речевого статуса, расширение коммуникативных и адаптационных возможностей.

Длительность лечения. Срок ведения больного варьируется. Целесообразно после основного курса амбулаторного или стационарного лечения продолжительностью 4-8 недель проведение поддерживающего курса или амбулаторное (катамнестическое) наблюдение 3 раза в год, которое включает осмотр логопеда, психолога, психиатра, чаще – при самостоятельном к ним обращении.

Характер и алгоритм лечения. Лечебные мероприятия зависят от степени тяжести дефекта и наличия логофобии, продолжительности заболевания, причины (невротическое заикание или неврозоподобное). Успешнее всего лечится невротическое заикание в остром периоде.

Лечение:

общегигиенические мероприятия и работа с родителями: правильный режим дня, нормализация дневного и ночного сна, организация охранительного режима, специальный речевой режим;

медикаментозное лечение проводится дифференцированно и включает общеукрепляющую, седативную и посиндромную терапию;

физиотерапевтическое лечение: электрофорез, электросон, парафин-озокерит на шейно-воротниковую область, иглорефлексотерапию и другие;

массаж, ЛФК, музыкально-ритмические занятия;

логопедические занятия;

психотерапия – семейная, индивидуальная, групповая, гипносуггестивная, аутотренинг.

Характер лечения в значительной степени зависит от продолжительности заболевания и его периода.

В течение болезни можно выделить 4 периода:

1-й период: острейший – 1-й месяц;

2-й период: острый – 1-3 месяца;

3-й период: подострый – 3-12 месяцев;

4-й период: хронический – более 1 года.

Подходы к лечению в острый и острейший периоды включает следующие мероприятия:

режим молчания, то есть рекомендуют как можно меньше разговаривать с ребенком, по возможности на 2-3 недели оставить его дома, отвечать кратко, не требовать повторения, игнорировать запинки, использовать игры на развитие мелкой моторики;

сразу назначить:

анксиолитики (тазепам, диазепам, тофизолам) в возрастной дозировке длительностью 3 недели;

ноотропные средства в возрастной дозировке (пирацетам – 30-40 мг/кг/сут, фенибут, глицин) длительностью 1-1,5 месяца;

после окончания курса ноотропных средств можно еще на 1-1,5 месяца продолжить прием седативных лекарственных средств растительного происхождения.

Хроническое заикание требует курсового лечения 2 раза в год. При наличии спастических форм используют спазмолитические средства: толперизон, баклофен. Анксиолитические средства применяют с осторожностью.

При клонической форме заикания используется карбамазепин – 100-400 мг/сут в течение 3-4 недель с постепенным снижением дозы до 100 мг/сут в качестве поддерживающего лечения длительностью до 1,5-2 месяцев.

Комплексное лечение также включает физиотерапевтические процедуры, курсы общего и специализированного логопедического массажа, логопедические занятия, психотерапию.

Логопедические занятия могут быть индивидуальными и групповыми. Показаниями к индивидуальным логопедическим занятиям являются:

заикание у детей до 4 лет;

заикание средней и высокой степени тяжести;

заикание любой степени, но с выраженной логофобией и фиксацией на дефекте.

Индивидуальный логопедический курс рассчитан ориентировочно на 45 занятий. В последующем возможен поддерживающий курс до 30 индивидуальных занятий или курс групповых логопедических занятий.

Рекомендован курс логоритмических занятий. Индивидуальные логопедические занятия предполагают обязательное медицинское наблюдение (1-5 раз за курс), психотерапевтические занятия с родителями (1-5 за курс).

Наряду с индивидуальным методом лечения эффективен групповой метод. Показаниями к групповым занятиям являются:

частичная компенсация речевого дефекта на индивидуальных занятиях;

заикание средней, легкой степени у детей старше 4 лет, не имеющих противопоказаний для занятий в группе.

F98.8

Другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровни оказания медицинской помощи, обследование, условия лечения, длительность, цели и ожидаемый результат, характер лечения: смотри F93.

F20.8xx3

Детский тип шизофрении

Общая характеристика. Особенности шизофрении детского возраста определяются возрастными критериями и, исходя из этого, выделяют шизофрению детского возраста до 10 лет, шизофрению препубертатного и пубертатного возраста – от 10 до 17 лет. В группе шизофрении детского возраста выделяют шизофрению раннего и дошкольного возраста, а также шизофрению младшего школьного возраста.

Течение заболевания преимущественно непрерывное; приступообразно-прогредиентное (шубообразное, смешанное). В дошкольном возрасте преобладают непрерывно текущие формы, в пубертатном – приступообразные.

Степень прогредиентности процесса определяется возрастом, в котором начинается заболевание. При начале заболевания в дошкольном возрасте степень прогредиентности значительно больше, чем в школьном.

Продуктивные симптомы у детей и подростков полиморфны, реже – мономорфны. Преобладают неврозоподобные и психопатоподобные

расстройства, относительно реже – рудиментарные бредовые, аффективно-бредовые, галлюцинаторно-бредовые и кататонические синдромы. Преимущественными для раннего и дошкольного возраста являются соматовегетативные, двигательные и речевые расстройства. Дети мало пользуются речью, иногда возникает элективный мутизм, распад речи, эхолалии. Типичны неврозоподобные нарушения (немотивированные, аморфные, бессодержательные страхи и бредоподобные страхи). Содержание страхов часто носит фантастический вычурный характер и не связано с внешней причиной. Навязчивости в дошкольном возрасте проявляются в форме элементарных двигательных актов, тиков или рудиментарных двигательных ритуалов. Наблюдается трансформация навязчивостей в рудиментарные бредовые расстройства. В дошкольном возрасте иногда на первый план выступают явления деперсонализации в виде своеобразных игровых фантазий перевоплощения, сочетающихся с аутистическим фантазированием. В младшем школьном возрасте значительно чаще наблюдаются навязчивые страхи и опасения ипохондрического содержания, нередко также трансформирующиеся в бред. Преимущественным для этого возраста является и образное патологическое фантазирование с рудиментарными псевдогаллюцинациями.

В старшем школьном возрасте также наблюдается полиморфизм продуктивных симптомов, однако на первых этапах заболевания нередко выступают психопатоподобные расстройства по типу болезненно утрированных черт пубертатной психики (повышенной аффективной возбудимости, реакции оппозиции, эмансипации, протеста). У школьников мужского пола психопатоподобные нарушения могут проявляться в гебоидных поступках.

Характерны для пубертатного возраста астенические и астеноподобные состояния. Навязчивые состояния у подростков крайне полиморфны по содержанию и часто сочетаются с аффективными (преимущественно депрессивными) расстройствами.

В подростковом возрасте в связи с повышением внимания к своему физическому и психическому «Я» часто формируются сенесто-ипохондрические и дисморфофобические состояния.

Ведущее место в клинической картине шизофрении у детей и подростков занимают негативные симптомы. У всех пациентов в той или иной мере (в зависимости от возраста и степени прогрессивности заболевания) отчетливо выражены снижение психической активности, эмоциональное оскудение, неадекватность поведения. У детей раннего возраста наиболее часто выявляется аутизм, которому могут предшествовать соматовегетативные, двигательные расстройства, регресс

ранее приобретенных навыков, расстройства речи. В подростковом возрасте отмечается быстрое снижение психической активности, побуждений к деятельности и учебе, снижение интереса к играм, пассивность, отгороженность от сверстников.

Условия лечения. С учетом сомато-физиологических особенностей детского возраста и незрелости иммунной системы целесообразно впервые начинать терапию антипсихотиками в стационарных условиях. В амбулаторных условиях проводится поддерживающая терапия.

Обследования (смотри общую часть): общий анализ крови (1 раз в 10 дней, далее – по показаниям).

Принципы терапии. Шизофрения предусматривает комплексное использование различных методов биологической терапии и лекарственных средств, психотерапии, лечебной педагогики и мероприятий социально-реабилитационного характера.

Основными принципами проведения психофармакотерапии у детей являются: постепенное повышение дозировок до выяснения особенностей индивидуальной и возрастной реактивности каждого конкретного больного, широкое применение при необходимости корректоров, осторожность при назначении депонированных лекарственных средств в связи с трудностями терапевтического маневрирования.

Лекарственные средства выбора в первую очередь диктуются наличием тех или других психопатологических синдромов и симптомов.

Нейролептики употребляются в зависимости от преобладания неврозоподобных или бредовых расстройств с учетом возраста пациента, глубины и тяжести психических расстройств: перициазин, трифлуоперазин, флуфеназин деканоат, галоперидол, хлорпротиксен, клозапин, рисперидон, флупентиксол, хлорпромазин.

При неврозоподобных и аффективных расстройствах (страхи, тревога, колебания настроения, преимущественно астенические, астено-депрессивные, астено-адинамические нарушения, а также сочетания психопатоподобных расстройств с гипоманиакальными состояниями) целесообразно использовать сочетание антипсихотиков с антидепрессантами и анксиолитическими средствами. Возрастные дозировки и применяемые у детей и подростков лекарственные средства: смотри в таблице 17.

Психотерапия:

игровая;

поведенческая;

семейное консультирование;

семейная психотерапия.

Длительность лечения: стационарный курс лечения – от 4 до 12 недель, далее – по показаниям; амбулаторное лечение – поддерживающая терапия – от 3 до 12 месяцев в зависимости от психопатологических проявлений.

Ожидаемые результаты: редуцирование симптоматики, социальное восстановление.

Действия при отсутствии результата: при отсутствии эффекта от проводимой терапии, нарастания дефицитарных проявлений и стойкости продуктивной симптоматики целесообразно оформление инвалидности (с последующим пересмотром ее необходимости).

Таблица 17

Возрастные дозы основных психотропных и ноотропных лекарственных средств, применяемых у детей и подростков с психическими заболеваниями (мг/сут)

Название лекарственного средства	Интервал возрастных доз в мг (средние – максимальные)		
	3-6 лет	7-14 лет	15-18 лет
Антипсихотики			
Зуклопентиксол	-	1-5	5-10
Галоперидол	0,1-0,3	0,75-4,5	1,5-9
Клозапин	6,25-37,5	12,5-75	25-200
Перициазин	1-3	2-20	5-40
Сульпирид	25-50	50-200	200-400
Оланзапин	-	0,5	0,5-2
Рisperидон	0,25-0,75	2-4	2-6
Трифлуоперазин	0,25-5	1-15	5-40
Флупентиксол	-	0,25-0,5	0,5-5
Флуфеназин деканоат	-	1 мл (25 мг) 1 раз в 14-30 дней	1-2мл (25-50 мг) 1 раз в 14-30 дней
Хлорпромазин	6-25	12,5-100	25-200
Хлорпротиксен	3,75-7,5	7,5-45	15-100
Антидепрессанты			
Амитриптилин	6,25-12,5	12,5-75	25-125

Кломипрамин	-	12,5-75	25-125
Мапротилин	-	12,5-50	25-100
Сертралин	с 6 лет – 25	25-50	50-200
Флуоксетин	-	с 8 лет – 10	20-40
Флувоксамин	-	с 8 лет – 20	25-100
Анксиолитические и снотворные средства			
Алпразолам	-	-	0,125-1,5
Диазепам	1-5	2,5-10	5-10
Зопиклон	-	С 15 лет	7,5-15
Медазепам	-	5-20	20-40
Нитразепам	1,25-2,5	2,5-5	2,5-7,5
Тофизопам	-	25-50	50-100
Хлордiazепоксид	5-10	10-20	10-50
Ноотропы и гамкергические вещества			
Гамма-аминомасляная к-та	250-500	500-1000	1000-1750
Глицин	100-200	100-300	200-400
Ацетиламиноянтарная кислота	5-10 мл	10-20 мл	20-30 мл
Никотиноил-гаммааминомасляная кислота	10-20	20-40	40-100
Гопатеновая кислота	250-500	500-1000	750-1500
Пирацетам	200-400	500-1200	1000-2000
Пиритинол	25-100	100-300	300-500
Гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид (фенибут)	62,5-125	125-500	500-1000
Гидролизат пептидов головного мозга	1 мл (40 мг активного вещества) на 10 кг массы тела		
Пропанолол	—	1 мг на 1 кг массы тела	

Приложение 1

Примерные модели экспериментально-психологических и психометрических исследований в диагностике и лечении психических и поведенческих расстройств

Общие положения

Экспериментально-психологическое обследование проводится психологом на этапе постановки или уточнения диагноза лечащим врачом, для оценки эффективности терапии (по показаниям), а также при выборе методов психотерапии, психологической коррекции и психосоциальной реабилитации.

В зависимости от цели обследования из ниже перечисленных психологом выбираются 8-10 методик, направленных на исследование познавательных процессов, и/или 1-2 методики для исследования личности.

Перечень методик, используемых в экспериментально-психологическом обследовании.

Исследование памяти:

запоминание и воспроизведение различного стимульного материала: слова, цифры, тексты, несмысловые словосочетания, предметы; тест зрительной ретенции Бентона.

Исследование внимания, сенсомоторной сферы:

отыскивание чисел по таблицам Шульте;
проба на переключение внимания Шульте-Горбова;
отсчитывание (от 100 по 7, от 200 по 13);
счет по Крепелину;
корректирующая проба.

Исследование мышления:

классификация;
исключение;
методика Леонтьева;
пиктограммы;
ассоциативный эксперимент;
называние 60 слов;
интерпретация пословиц, метафор, поговорок;
сравнение понятий;
существенные признаки;

простые аналогии, сложные аналогии;
 установление последовательности событий;
 проба Эббингауза;
 понимание рассказов, понимание сюжетных картин.

Исследование интеллекта:
 тест Векслера (взрослый и детский);
 таблицы Равенна (шкала прогрессивных матриц);
 MMSE (Mini Mental State Examination – тест Фольштейна для экспресс-диагностики деменции).

Нейропсихологическое исследование:
 экспрессивная речь (спонтанная и диалогическая речь, автоматизированная речь, повествовательная речь, отраженная речь, называние);
 понимание речи и словесных значений (различение гласных звуков, дифференцирование слогов, слов и звукосочетаний, понимание слов, удержание речевого ряда, понимание команд и предложений, понимание отношений между предметами, понимание проб Хеда);
 письмо (письмо под диктовку букв, слов, фраз, самостоятельное письмо, составление слов из букв);
 чтение (чтение вслух букв, «зашумленных» букв, слов, текстов);
 счет (запись и чтение чисел, устный и письменный счет, решение задач);
 праксис (идеаторный, идеомоторный, конструктивный, динамический, оральный);
 неречевой слуховой гнозис (узнавание и воспроизведение звуков и ритмических последовательностей);
 схема тела (право-левая ориентировка, пальцевой гнозис, воспроизведение положения пальцев и кистей рук);
 ориентировка в пространстве (схема пространственных отношений, проба «географическая карта»);
 стереогнозис (узнавание реальных предметов с помощью осязания);
 высшие зрительные функции (предметный зрительный, цветовой, лицевой гнозис, идентификация объектов и другие).

Исследование личности:
 составление автобиографии;
 MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (СМИЛ – Стандартизированный многофакторный метода исследования личности);

опросники для исследования акцентуаций характера (патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков Личко, Шмишека, Леонгарда);

УНП (уровень невротизации и психопатизации);

методика диагностики показателей и форм агрессии А.Басса и А.Дарки;

цветовой тест Люшера;

незаконченные предложения;

проективные рисуночные тесты («дом, дерево, человек», «несуществующее животное», «рисунок семьи», «рисунок человека» и другие);

шкала самооценки Дембо-Рубинштейн;

тест руки Вагнера (hand-test);

ТАТ (тематический апперцепционный тест).

Оценка эмоциональных расстройств:

шкалы тревоги (Гамильтона, Цунга) и депрессии (Гамильтона, Бека, Цунга);

шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина).

Специфические методы исследования половой идентификации и полоролевого поведения:

составление автобиографии (этапы сексуального развития);

методика измерения степени андрогинности С.Бэм;

методика полового дифференциала В.Кагана

и другие.

Специфические методы исследования детей:

интервью с родителями и другими родственниками или воспитателями;

изучение документации (медицинская карта, дневники родителей);

изучение продуктов творчества ребенка (рисунки, поделки и прописи и другое);

наблюдение за поведением ребенка в ситуации спонтанной и экспериментальной игровой деятельности;

проективные методы: рисунки, лепка, песок, тест детской апперцепции (САТ);

тест Кеттелла (фолрмы: взрослый – 16PF, подростковый – HSPQ и детский – CPQ);

опросник АСВ (анализ семейных взаимоотношений);

опросник детско-родительских отношений Столина.

F00 – F09**Органические, включая симптоматические, психические расстройства**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке или уточнении диагноза, а также при выборе методов психотерапии, реабилитации.

Обследование направлено на изучение динамики (темпа, подвижность, истощаемость) психических процессов, выявление их изменений по органическому типу и включает в себя 7-8 из нижеследующих методик:

для экспресс-диагностики деменции и уточнения степени ее тяжести – тест Фольштейна и тест рисования часов;

Ньюкаслская шкала для оценки повреждения мозговых функций у пожилых людей;

запоминание и воспроизведение различного стимульного материала: слова, цифры, тексты, несмысловые сочетания, предметы, сюжетные картинки и прочее;

таблицы Шульте, Горбова, счет по Крепелину, корректурная проба; классификация, исключение предметов, последовательные картинки, интерпретация пословиц, текстов;

устный счет, чтение, письмо;

рисование, конструирование фигур по образцу;

личностные опросники: ММРІ (СМИЛ), ПДО А. Е. Личко, опросник Кеттелла, шкалы депрессии, тревоги и прочее.

При необходимости количественной оценки уровня интеллектуального снижения проводится психометрический тест Векслера или Равена.

F00 – F03**Деменции**

Для выявления и оценки степени выраженности нарушений психических процессов используются методы исследования памяти, внимания, мышления. Для оценки глубины деменции используется тест Фольштейна.

Дополнительно: для выявления локально-органических нарушений – нейропсихологическое исследование (соответствующие симптоматике нейропсихологические пробы).

F04**Органический амнестический синдром,
не обусловленный алкоголем
или другими психоактивными веществами**

Для выявления и оценки степени выраженности нарушений психических процессов и личностных особенностей по органическому типу используются методы исследования памяти, внимания, мышления, личности.

Дополнительно:

для диагностики интеллектуального снижения – один из методов исследования интеллекта;

для выявления локально-органических нарушений – нейропсихологическое исследование (соответствующие симптоматике нейропсихологические пробы).

F05**Делирий, не обусловленный алкоголем и другими
психоактивными веществами**

Для выявления и оценки степени выраженности нарушений психических процессов и личностных особенностей по органическому типу используются методы исследования памяти, внимания, мышления, личности.

Дополнительно: для диагностики интеллектуального снижения – один из методов исследования интеллекта.

F06**Органический галлюциноз**

Для выявления и оценки степени выраженности нарушений психических процессов и личностных особенностей по органическому типу используются методы исследования памяти, внимания, мышления, личности.

Дополнительно:

для дифференциальной диагностики с шизофренией – методы исследования мышления;

для диагностики интеллектуального снижения – один из методов исследования интеллекта.

F07**Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга**

Для выявления и оценки степени выраженности нарушений психических процессов и личностных особенностей по органическому типу используются методы исследования памяти, внимания, мышления, личности.

Дополнительно:

для диагностики интеллектуального снижения – один из методов исследования интеллекта;

для выявления локально-органических нарушений – нейропсихологическое исследование (соответствующие симптоматике нейропсихологические пробы).

F10 – F19**Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ**

Для скрининга алкогольной зависимости: опросник БРВП (УРВО, CAGE). Для оценки тяжести зависимости – индекс тяжести зависимости (ИТЗ). Для деменции, амнестического синдрома, когнитивного расстройства, аффективного расстройства и расстройства личности вследствие употребления психоактивных веществ смотри психологические методики в соответствующих разделах (F0 – F6).

F20 – F29**Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке или уточнении диагноза, а также для оценки эффективности терапии и выявлении скрытых в острый период специфических нарушений психических процессов.

Исследование направлено на выявление диагностически значимых изменений восприятия, мышления, аффективно-личностных свойств и включает в себя 7-8 из ниже перечисленных методик:

понимание текстов, сюжетных картинок, интерпретация пословиц; методика пиктограмм;

классификация, исключение предметов или понятий, сравнение понятий;

ассоциативный эксперимент;

личностные опросники: MMPI (СМИЛ), опросник Кеттелла;

проективные методики: ТАТ, тест Розенцвейга, рисуночные тесты, цветовой тест Люшера;

для оценки тяжести состояния пациента, выраженности продуктивных и негативных симптомов болезни и их динамике в ходе лечения – Шкала позитивных и негативных симптомов (PANSS).

F20 – F29

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

Для выявления нарушений психических процессов и личностных особенностей, характерных для шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств, используются методы исследования мышления, личности.

Дополнительно:

для дифференциальной диагностики с органическими психическими расстройствами – методы исследования памяти, внимания, мышления;

для диагностики интеллектуального снижения – один из методов исследования интеллекта.

F20.8xx3

Детский тип шизофрении

Для исследования нарушений мышления, эмоций и поведения используются специфические методы исследования детей, а также соответствующие возрасту тесты на мышление.

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке или уточнении диагноза, в дальнейшем – при необходимости.

Исследование направлено на выявление специфических нарушений мышления, эмоций и поведения и включает 7-8 из следующих методик:

дети до 10 лет:

интервью с родителями ребенка с целью сбора психологического анамнеза;

наблюдение за поведением ребенка в ситуации спонтанной и экспериментальной игровой деятельности;

проективные методы: рисунки, лепка, песок, САТ;

соответствующие возрасту тесты на мышление: интерпретация текстов, пословиц, сюжетных картинок; исключение предметов, классификация, методика пиктограмм,

сравнение понятий и прочее;

личный опросник Кеттелла (с 8 лет);

дети старше 10 лет:

исследование мышления: методика пиктограмм, классификация, исключение понятий или предметов, сравнение понятий, интерпретация пословиц, текстов, шуток;

личные методики (использовать одну из них): MMPI (СМИЛ) – (с 14 лет), ПДО (с 12 лет), опросник Кеттелла;

проективные методы: рисунки, цветовой тест Люшера, ТАТ, тест Розенцвейга и другие;

шкалы тревоги, депрессии, самооценки, ценностных ориентаций и прочее;

для оценки тяжести состояния пациента, выраженности продуктивных и негативных симптомов болезни и их динамике в ходе лечения – Шкала позитивных и негативных симптомов (PANSS).

Дополнительно:

для дифференциальной диагностики с органическими психическими расстройствами – методы исследования памяти, внимания и мышления;

для диагностики интеллектуального снижения – детский вариант теста Веркслера.

F30 – F39

Расстройства настроения (аффективные расстройства)

При состояниях депрессии – при скрининге, постановке диагноза и в качестве контроля за ходом лечения:

опросник депрессии А.Бека;

шкала депрессии Монтгомери – Асберга (MADRS);

шкала депрессии М.Гамильтона;

шкала Готланда для оценки депрессии;

шкала Цунга для самооценки депрессии.

При состояниях мании и гипомании – при скрининге, постановке диагноза и в качестве контроля за ходом лечения:

градурованная оценочная шкала мании Ю.Л.Нуллера;

опросник расстройств настроения (MDQ);

32-пунктный опросник гипомании (HCL-32);

диагностическая шкала биполярного спектра (BSDS).

Дополнительно:

для дифференциальной диагностики расстройств настроения с органическими психическими расстройствами – методы исследования памяти, внимания и мышления;

для дифференциальной диагностики расстройств настроения с шизофренией – методы исследования мышления;

для дифференциальной диагностики расстройств настроения с расстройствами личности – методы исследования личности.

Расстройства настроения у детей

При состояниях мании и гипомании – при скрининге, опросник расстройств настроения – MDQ для подростков.

Смотри F3 и F90.

F40 – F49

Невротические, связанные со стрессом, тревожно-фобические расстройства

При скрининге, постановке диагноза и в качестве контроля за ходом лечения:

короткая шкала для определения тревоги Д.Голдберга;

госпитальная шкала тревоги и депрессии;

шкала тревоги М.Гамильтона;

шкала уровней реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина;

шкала самооценки тревоги Шихана.

Фобические тревожные расстройства у детей

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза, при выборе методов психотерапии.

Исследование направлено на выявление личностных особенностей ребенка, выраженности эмоционально-волевых нарушений, степени социальной дезадаптации и включает следующие методы:

дети до 10 лет:

интервью с родителями с целью сбора семейного анамнеза; опросник АСВ для родителей;

проективные методы: рисунки, лепка, песок, тест САТ и прочее;

дети старше 10 лет:

личностные опросники (один из перечисленных): опросник Кеттелла (с 8 лет), ПДО (с 12 лет);
 ММРІ (СМИЛ) – (с 14 лет);
 шкалы тревоги, депрессии, самооценки и другие;
 проективные методы: цветовой тест Люшера, ТАТ, рисунки;
 таблицы Шульте, Горбова, корректурная проба, счет по Крепелину;
 пиктограмма, классификация, сравнение понятий, исключение 4-го и прочее.
 Прочее: смотри F90.

F42

Обсессивно-компульсивное расстройство у детей: смотри F40 и F90.

F43

Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство у детей

Экспериментально – психологическое обследование проводится при постановке диагноза, составлении программы реабилитации, а также после проведенного лечения для оценки его эффективности.

Исследование направлено на выявление психопатологических изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфере:

интервью с родителями;
 интервью с пациентом, пережившим психотравму;
 личностные опросники (один): опросник Кеттелла, ММРІ (СМИЛ);
 шкалы тревоги, депрессии, самооценки и прочее;
 шкала последствий событий Horowitz;
 проективные методы: цветовой тест Люшера, методики САТ и ТАТ.

F48

Неврастения в детском возрасте

Для оценки характера и степени выраженности расстройств эмоционального состояния используются специфические методы исследования детей, а также соответствующие возрасту методы исследования личности.

Дополнительно: для дифференциальной диагностики с органическими психическими расстройствами – соответствующие возрасту методы исследования памяти, внимания и мышления.

Исследование направлено на изучение личностных характеристик, особенностей эмоционально-волевой регуляции поведения, умственной работоспособности, степени истощаемости психических процессов и включает в себя 7-8 из ниже перечисленных методик:

- дети до 10 лет:
- интервью с родителями;
- наблюдение за ребенком в процессе спонтанной или организованной игровой деятельности;
- рисунки, песок, лепка, другие виды творчества;
- запоминание различного стимульного материала;
- таблицы Шульте, корректурная проба, счет, кубики Кооса;
- тест САТ (с 3 лет), опросник Кеттелла (с 8 лет);
- дети старше 10 лет:
- личностные опросники (один): ПДО (с 12 лет), ММРІ (СМИЛ) (с 14 лет);
- шкалы тревоги, депрессии, самооценки;
- проективные методики (одну из перечисленных): ТАТ, тест Розенцвейга, цветовой тест Люшера, рисунки и прочее;
- заучивание 10 слов, таблицы Шульте, Горбова; корректурная проба, кубики Кооса.

F50 – F59

Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

Для оценки личностных особенностей, а также характера и степени выраженности расстройств эмоционального состояния используются методы исследования личности.

Дополнительно:

для дифференциальной диагностики с органическими психическими расстройствами – методы исследования памяти, внимания и мышления;

для дифференциальной диагностики с шизофренией – методы исследования мышления.

F50**Расстройство приема пищи**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза, с целью дифференциальной диагностики (с шизофренией, органическим поражением ЦНС), а также при выборе методов психотерапии и реабилитации.

Исследование направлено на получение объективных данных о поведении пациента, выявление характеристик его личности, особенностей его познавательных процессов и включает в себя методы:

личностные методики (1-2 из них): ММРІ (СМИЛ), ПДО, опросник Кеттелла, ТАТ, тест Люшера, рисуночные тесты;

методика пиктограмм, таблицы Шульте, Горбова; исключение предметов и понятий, классификация, сравнение понятий и прочее.

F51**Расстройства сна неорганической этиологии**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза, выявления коморбидной патологии и для оценки эффективности терапии (по показаниям):

шкалы депрессии, тревоги, самооценки, цветовой тест Люшера;

методика пиктограмм, классификация, сравнение понятий.

F60 – F62**Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза, перед началом психотерапии, а также при проведении экспертизы (трудовой, судебной, военной).

Исследование направлено на выявление личностных особенностей пациента, системы его ценностных ориентаций и включает следующие методики:

исследование личности по международной схеме (International Personality Diagnostic Examination – IPDE) – методика из числа инструментов раздела психических и поведенческих расстройств МКБ-10;

другие личностные опросники: ММРІ (СМИЛ), Кеттелла, Шмишека, ПДО – только для подростков (использовать 1 из методик);

шкалы тревоги, депрессии, самооценки;

методика пиктограмм, классификация, ассоциативный эксперимент;
шкала последствий событий Horowitz – для F62.0.

F60

Специфические расстройства личности

Для оценки личностных особенностей и степени их выраженности используются методы исследования личности.

Дополнительно:

для дифференциальной диагностики с органическими психическими расстройствами – методы исследования памяти, внимания, мышления и личности;

для дифференциальной диагностики с шизофренией – методы исследования мышления.

F61

Смешанные и другие расстройства личности

Смотри F60.

F62

Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга
Смотри F60.

F63

Расстройство привычек и влечений

Экспериментально-психологическое обследование проводится с целью дифференциальной диагностики основного заболевания, симптомами которого являются, как правило, расстройства привычек и влечений.

Методики: смотри F20.8

F64**Расстройство половой идентификации**

Для оценки личностных особенностей, полоролевого поведения, сексуальной ориентации используются методы исследования личности, специфические методы исследования половой идентификации и полоролевого поведения.

Дополнительно:

для дифференциальной диагностики с органическими психическими расстройствами – исследование памяти, внимания и мышления;

для дифференциальной диагностики с шизофренией – исследование особенностей мышления.

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза с целью дифференциальной диагностики (с шизофренией, органическим поражением ЦНС), для оценки эффективности психокоррекционных мероприятий.

Исследование направлено на выявление инверсии полового самосознания, полоролевого поведения, сексуальной ориентации; а также – на выявление личностных характеристик и особенностей познавательных процессов и включает в себя следующие методы:

составление автобиографии;

методика измерения степени андрогинности С. Бэм, методика полового дифференциала В.Кагана.

F64.2**Расстройство половой идентификации в детском возрасте**

Смотри F64, F20.8.

F65**Расстройство сексуального предпочтения**

Смотри F64.

F66

Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым (психосексуальным) развитием

и ориентацией по полу

Смотри F64.

F68

**Другие расстройства личности и поведения
в зрелом возрасте**
Смотри F64.

F70 – 73

Умственная отсталость

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке или уточнении диагноза, затем каждые 3-4 года (у детей) с целью определения структуры и уровня развития интеллектуальных функций, проведения дифференциальной диагностики с социально-педагогической запущенностью, нарушениями личности.

Для определения структуры и уровня развития интеллектуальных функций используются методы исследования интеллекта и специфические методы исследования детей.

Дополнительно: для выявления степени выраженности сопутствующих расстройств – методы исследования личности.

Исследование направлено на изучение когнитивной, эмоционально-волевой, коммуникативной сфер. Используются следующие методы:

дети до 5 лет (предварительно исключить грубые дефекты зрения и слуха):

интервью с родителями ребенка;

наблюдение за ребенком в процессе установления контакта;

игровые задания с игрушками, геометрическими фигурами, картинками;

рисунки, лепка, песок и прочее;

ролевые игры;

дети старше 10 лет:

интервью с родителями ребенка, методика тест-опросник «Анализ семейных взаимоотношений», тест родительских отношений;

психометрическая методика Векслера, тест Равена (при необходимости количественной оценки);

10 слов, тексты, сюжетные и последовательные картинки, простые и сложные аналогии, исключение предметов или понятий, классификация, конструирование или рисование по образцу (использовать 7-8 методик);

рисуночные тесты: рисунок человека, семьи, несуществующего животного, тест «Дом, дерево, человек» и прочее.

F80**Специфические расстройства развития речи и языка**

Для выявления индивидуальных особенностей развития, оценки актуального состояния и степени выраженности нарушений речевого развития используются специфические методы исследования детей и методы нейропсихологического исследования (экспрессивная речь, понимание речи и словесных значений).

Дополнительно: для диагностики уровня интеллектуального развития – методы исследования интеллекта.

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза, для составления программы реабилитации, в дальнейшем – по показаниям.

Дополнительно: для диагностики уровня интеллектуального развития – методы исследования интеллекта в детском возрасте.

F81**Специфические расстройства развития школьных навыков**

Смотри F80

F82**Специфическое расстройство двигательных функций**

Для выявления индивидуальных особенностей развития и степени выраженности нарушений развития моторики используются специфические методы исследования детей и методы нейропсихологического исследования (праксис, схема тела, ориентировка в пространстве, стереогнозис, высшие зрительные функции).

Дополнительно: для диагностики уровня интеллектуального развития – методы исследования интеллекта.

F84**Общие расстройства психологического (психического) развития****F84.0**

Детский аутизм

Для выявления индивидуальных особенностей развития, оценки актуального состояния, структуры дефекта используются специфические методы исследования детей и методы исследования интеллекта.

Дополнительно: для дифференциальной диагностики детского аутизма с шизофренией – методы исследования мышления.

Исследование направлено на выявление индивидуальных особенностей развития ребенка, актуального состояния его психики, структуры дефекта и включает в себя следующие методы:

- интервью с родителями (воспитателями) ребенка;
- изучение документации (медицинская карта, дневники родителей, рисунки, поделки и прописи ребенка и другое);
- наблюдение за ребенком в процессе его спонтанной активности и организованной деятельности.

F90 – 98

Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

Исследование проводится с целью определения уровня психического развития ребенка, выявления его личностных особенностей, нарушений эмоционально-волевой регуляции поведения и включает в себя следующие методы:

- дети до 10 лет:
 - интервью с родителями ребенка;
 - психометрический тест Векслера, тест Равена (при необходимости количественного анализа);
 - игровые задания с игрушками, геометрическими фигурами, картинками, конструкторами и прочее;
 - запоминание различного стимульного материала, таблицы Шульте, сюжетные и последовательные картинки, классификация, конструирование по образцу и прочее;
- дети старше 10 лет:
 - психометрический тест Векслера, тест Равена (при необходимости количественного анализа);
 - 10 слов, тексты, таблицы Шульте, Горбова; исключение предметов, понятий; простые и сложные аналогии, сравнение понятий, интерпретация пословиц, конструирование по образцу и прочее (использовать 5-7 методик);
 - рисунки, цветовой тест Люшера;

личностные опросники: ПДО Личко, Кеттелла, ММРІ (СМИЛ) – подростковый вариант (с 14 лет) и прочее (использовать один из них).

F90

Гиперкинетические расстройства

Экспериментально-психологическое исследование интеллектуального развития – психометрический тест Векслера.

Полезным в диагностическом плане является заполнение опросников родителями и учителем/воспитателем. Используются на выбор:

шкала Вандербильта – модифицированный вариант DSM-IV, дополненный психометрической шкалой и шкалой школьной дезадаптации; может заполняться как родителями, так и учителем/воспитателем;

опросники Коннора для учителей и для родителей – помимо шкал дефицита внимания и гиперактивности содержит шкалу оппозиционного поведения, обработка результатов шкал проводится с учетом возраста ребенка.

F91

Расстройства поведения

Для выявления личностных особенностей, нарушений эмоционально-волевой регуляции поведения, оценки уровня социальной дезадаптации используются специфические методы исследования детей и методы исследования личности.

Дополнительно:

для диагностики уровня интеллектуального развития – методы исследования интеллекта;

для выявления сопутствующих симптомов, связанных с дисфункцией и повреждением головного мозга – методы исследования памяти, внимания.

F92 – F94

Смотри F90.

F95

Тики

Для выявления особенностей психических процессов используются методы исследования памяти, внимания.

Дополнительно:

для дифференциальной диагностики с аутизмом и умственной отсталостью – методы исследования интеллекта и личности;

для дифференциальной диагностики с обсессивно-компульсивными расстройствами – методы исследования личности.

F98

Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

Смотри F90.

Приложение 2

Физиотерапевтические мероприятия, проводимые в стационарных и амбулаторных условиях*

F00-09

Физические методы лечения проводятся для улучшения мозговой гемодинамики и микроциркуляции, стимуляции биоэлектрической активности мозга, активации его трофики и метаболизма, корковых функций, снижения гиперкоагуляции.

Гальванизация или лекарственный электрофорез по выбору: 0,5-1% раствор бензадола, 2% раствор папаверина, 5% раствор пирацетама, 2% раствор аминофиллина, 2% раствор фенибута, 5% раствор оксибутирата натрия по транскраниальным методикам или по методике Щербака; курс 12-15 процедур ежедневно.

Неселективная хромотерапия (Биоптрон).

Циркулярный душ, ароматические (хвойные) ванны, воздушные ванны, лечебный массаж, ЛФК.

Трансцеребральная ультравысокочастотная (УВЧ) – терапия (27,12 МГц) курс 10 процедур ежедневно или через день.

Инфракрасная лазеротерапия курс 6-10 процедур ежедневно, низкочастотная магнитотерапия; курс 12-15 процедур ежедневно.

F10-19

Физические методы лечения проводятся для уменьшения интоксикации, восстановления электролитного баланса, стимуляции биоэлектрической активности мозга, активации его трофики и метаболизма, корковых функций, улучшения микроциркуляции.

Трансцеребральная электрокротерапия (электросон, транскраниальная электростимуляция, мезодиэнцефальная модуляция).

Чрезкожное лазерное облучение крови курс 5-7 процедур ежедневно или через день, низкочастотная магнитотерапия или гальванизация области печени, питьевые минеральные воды.

Оксигенобаротерапия курс 10 процедур ежедневно.

Лекарственный электрофорез по выбору: 5% раствор пирацетама, 2% раствор фенибута, 5% раствор оксибутирата натрия, 1% раствор тиамин, 1% раствор кофеина, 0,5% раствор глютаминовой кислоты по транскраниальным методикам или по методике Щербака; курс 12-15 процедур ежедневно.

Неселективная хромотерапия, аудиовизуальная релаксация.

Души (горизонтальный, циркулярный, контрастный); ванны (азотные, жемчужные, хвойные, иодо-бромные, хлоридно-натриевые); сауна лечебная; бассейн лечебный.

Воздушные ванны, лечебный массаж. ЛФК (дыхательная гимнастика, игры).

Рефлексотерапия, электрорефлексотерапия.

F20-29

Физические методы лечения проводятся для восстановления корковых функций, процессов торможения и возбуждения, улучшения микроциркуляции, стимуляции биоэлектрической активности мозга, активации его трофики и метаболизма.

Гальванизация или лекарственный электрофорез по выбору: 5% раствор пирасетама, 2% раствор фенибута, 5% раствор оксибутирата натрия, 0,5% раствор хлорпролазина, 0,5% диазепам, галоперидол, 0,5% раствор глютаминовой кислоты по транскраниальным методикам или по методике Щербака; курс 12-15 процедур ежедневно.

Трансцеребральная УВЧ – терапия (27,12 МГц) курс 10 процедур ежедневно или через день.

Низкочастотная магнитотерапия; курс 12-15 процедур ежедневно.

Неселективная хромотерапия.

Циркулярный душ, ароматические (хвойные) ванны, воздушные ванны, лечебный массаж, ЛФК.

F30-39

Физические методы лечения проводятся для восстановления корковых функций, процессов торможения и возбуждения, улучшения мозговой гемодинамики и микроциркуляции, стимуляции биоэлектрической активности мозга, активации его трофики и метаболизма.

Гальванизация и лекарственный электрофорез.

0,5-1% раствора дибазола, 2% раствор папаверина, 5% раствор пирасетама, 2% раствор аминафиллина, 2% раствор фенибута, 1% раствор тиамин, 1% раствор кофеина н/б, 0,5% раствор глютаминовой кислоты по транскраниальным методикам или по методике Щербака; 3% раствор натрия (калия) бромида, 5% раствор магния сульфата, 5% раствор лития карбоната, 5% раствор кальция глюконата (хлорида) по методике Вермея на курс 12-15 процедур ежедневно.

Франклинизация, дарсонвализация воротниковой зоны и (или) волосистой части головы, ультратонотерапия, СМТ на воротниковую или синокаротидную зону, низкочастотная магнитотерапия на воротниковую, синокаротидную зону или область головы, курс 10-12 процедур ежедневно.

Неселективная хромотерапия (Биоптрон), аудиовизуальная релаксация.

Души (горизонтальный, циркулярный, струевой, контрастный); ванны (азотные, жемчужные, хвойные, иодо-бромные, хлоридно-натриевые), сауна лечебная, бассейн лечебный в зависимости от текущего эпизода.

Воздушные ванны, лечебный массаж. ЛФК.

Рефлексотерапия, электрорефлексотерапия.

F40-49

Физические методы лечения проводятся для восстановления корковых функций, процессов торможения и возбуждения, улучшения мозговой гемодинамики и микроциркуляции, стимуляции биоэлектрической активности мозга, активации его трофики и метаболизма: – смотри F30-39.

F50

Физические методы лечения проводятся для восстановления корковых функций с учетом вегетативных реакций и носят общеукрепляющий характер.

Душ горизонтальный, неселективная хромотерапия, аудиовизуальная релаксация, воздушные ванны.

ЛФК (дыхательная гимнастика по щадящему режиму).

F51:

смотри F30-39.

F52

Физические методы лечения проводятся для восстановления корковых функций, процессов торможения и возбуждения, улучшения микроциркуляции, стимуляции биоэлектрической активности мозга, коррекции гормональной дисфункции, а также для улучшения трофики области половых органов и пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Гальванизация и лекарственный электрофорез по выбору 0,5-1% раствора дибазола, 2% раствор папаверина, 5% раствор пирацетама, 2% раствор фенибута, 1% раствор тиамина, 1% раствор кофеина, 0,5% раствор глютаминовой кислоты по транскраниальным методикам или по методике Щербака; 3% раствор натрия (калия) бромиды, 5% раствор магния сульфата, 5% раствор кальция глюконата (хлорида) по методике Вермея или на таликовую зону; на курс 12-15 процедур ежедневно.

Франклинизация местная, дарсонвализация воротниковой зоны или таликовой зоны, ультратонотерапия, синусоидальные модулированные токи (далее-СМТ) на воротниковую или таликовую зоны, низкочастотная магнитотерапия на воротниковую, синокаротидную зону или область поясницы, локальная вакуум- магнитотерапия; курс 10-12 процедур ежедневно.

Трансцеребральная электрокротерапия (электросон, транскраниальная электростимуляция, мезодиэнцефальная модуляция).

Трансцеребральная УВЧ – терапия (27,12 МГц) курс 10 процедур ежедневно или через день

Неселективная хромотерапия, общее ультрафиолетовое (УФО) облучение, аудиовизуальная релаксация.

Души (восходящий, горизонтальный, циркулярный, струевой, контрастный); ванны (азотные, жемчужные, хвойные, иодо-бромные, хлоридно-натриевые, скипидарные), сауна лечебная, бассейн лечебный.

Воздушные ванны, лечебный массаж. ЛФК.

Рефлексотерапия, электрорефлексотерапии.

F53, 55

Физические методы лечения проводятся для восстановления корковых функций, процессов торможения и возбуждения, улучшения мозговой гемодинамики и микроциркуляции, стимуляции биоэлектрической активности мозга, активации его трофики и метаболизма, коррекции гормональной дисфункции

Смотри F30-39.

Трансцеребральная УВЧ-терапия (27,12 МГц) курс – 10 процедур ежедневно или через день.

Трансцеребральная электрокротерапия (электросон, транскраниальная электростимуляция, мезодиэнцефальная модуляция).

F60-62:

смотри F20-29 и F30-39/F64-66; смотри F52

F70-73

Физические методы лечения проводятся для улучшения мозговой гемодинамики, стимуляции биоэлектрической активности мозга, активации его трофики и метаболизма, корковых функций.

Гальванизация и лекарственный электрофорез по выбору: 5% раствор пирацетама, 2% раствор аминофиллина, 2% раствор фенибута, 5% раствор оксибутирата натрия по транскраниальным методикам или по методике Щербака; курс 12-15 процедур ежедневно.

Неселективная хромотерапия.

Циркулярный душ, ванны (азотные, жемчужные, хвойные, иодобромные, хлоридно-натриевые) ванны, воздушные ванны, ЛФК-игры.

Трансцеребральная УВЧ-терапия (27,12 МГц): курс – 10 процедур ежедневно или через день.

Низкочастотная магнитотерапия; курс – 12-15 процедур ежедневно.

F8- F9

В соответствии с возрастными показаниями.

* Перечисленный объем мероприятий проводится при наличии условий и показаний в стационарных и амбулаторных условиях.