

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30 » октября 2015 года
Протокол №14

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1. Название протокола: Гиперкинетические расстройства.

2. Код протокола:

3. Код МКБ-10:

F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения.

F90.0 Нарушение активности и внимания.

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АЛТ –	аланинаминотрансфераза
АСТ –	аспартатаминотрансфераза
ВВК –	военно-врачебная комиссия
В\м –	внутримышечно
В\в –	внутриенно
КТ –	компьютерная томография
ЛС –	лекарственные средства
МЗСР –	Министерство здравоохранения и социального развития
МНН –	международное непатентованное название (генерическое название)
МРТ –	магнитно-резонансная томография
МСЭК –	медицинско-социальная экспертина комиссия
ОАК –	общий анализ крови
ОАМ –	общий анализ мочи
ПЭТ –	позитронно-эмиссионная томография
РЭГ –	реоэнцефалография
РК –	Республика Казахстан
Р-р –	раствор
СИОЗС –	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СПЭК –	судебно-психиатрическая экспертная комиссия
ЭКГ –	электрокардиограмма
ЭПО –	экспериментально-психологическое обследование

ЭЭГ – электроэнцефалограмма
ЭхоЭГ – эхоэлектроэнцефалограмма

5. Дата разработки протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: дети.

7. Пользователи протокола: врачи-детские психиатры (детские наркологи, психотерапевты), врачи ПМСП, детские невропатологи.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с не высоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

8. Определение: Гиперкинетические расстройства поведения – группа расстройств, характеризующихся ранним началом (обычно в первые пять лет жизни), отсутствием упорства в деятельности, требующей умственной сосредоточенности, и склонностью к перескакиванию с одних дел на другие без доведения их до конца. Одновременно с этим отмечается неорганизованная, нерегулируемая и чрезмерная активность. Могут присоединяться и некоторые другие нарушения. Дети с гиперкинетическими расстройствами часто бывают отчаянными и импульсивными, подвержены несчастным случаям и дисциплинарным взысканиям вследствие необдуманных нарушений правил, прежде чем осознают свое вызывающее поведение. Их взаимоотношения со

взрослыми часто социально расторможены, без обычной предусмотрительности и сдержанности. Они не пользуются любовью других детей и могут оказаться в изоляции. Недостаточность познавательных функций является распространенным явлением, и специфические задержки моторного и языкового развития несоразмерно часты. Вторичные осложнения включают диссоциальное поведение и низкую самооценку [1,8].

9. Клиническая классификация: нет.

10. Показания для госпитализации: уточнение диагноза.

11. Диагностические исследования:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- экспериментально-психологическое обследование.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (печеночные пробы);
- ЭКГ – проводятся с целью мониторинга изменений соматического состояния на фоне основной терапии;
- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах.

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию, согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ОАМ – не реже 1 раза в месяц;
- ОАК – не реже 1 раза в месяц;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин (прямой и непрямой, уровень глюкозы в крови) – не реже 1 раза в месяц;
- ЭКГ – не реже 1 раза в месяц;
- ЭПО (для поступивших впервые в жизни или впервые в текущем году). ЭПО для иных категорий пациентов – по решению лечащего врача.

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах.

12. Диагностические критерии [1,8-10]:

12.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы (со стороны родителей) – неусидчивость, чрезмерная подвижность, слабая концентрация внимания.

Анамнез:

Невнимательность. По меньшей мере 6 симптомов невнимательности из числа следующих сохраняются на протяжении минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:

- часто проявляющаяся неспособность внимательно следить за деталями или совершение беспечных ошибок в школьной программе, работе или другой деятельности;
- часто не удается поддерживать внимание на заданиях или игровой деятельности;
- часто заметно, что ребенок не слушает того, что ему говорится;
- ребенок часто неспособен следовать инструкциям или завершать школьную работу, повседневные дела и обязанности на рабочем месте (не из-за оппозиционного поведения или неспособности понять инструкции);
- часто нарушена организация заданий и деятельности;
- часто избегает или очень не любит заданий, таких как домашняя работа, требующая постоянных умственных усилий;
- часто теряет вещи, необходимые для выполнения определенных заданий или деятельности, таких как школьные вещи, карандаши, книги, игрушки или инструменты;
- часто легко отвлекается на внешние стимулы;
- часто забывчив в ходе повседневной деятельности.

Гиперактивность. По меньшей мере три симптома гиперактивности из числа нижеперечисленных сохраняются на протяжении минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:

- часто беспокойно двигает руками или ногами или ерзает на месте;
- покидает свое место в классной комнате или в другой ситуации, когда требуется оставаться сидеть;
- часто начинает бегать или куда-то карабкаться, когда это является неуместным (в подростковом или зрелом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);
- часто неадекватно шумен в играх или испытывает затруднения в тихом проведении досуга;
- обнаруживается стойкий характер чрезмерной моторной активности, на которую существенно не влияют социальные ситуации и требования.

Импульсивность. На протяжении минимум 6 месяцев сохранялся по меньшей мере один из следующих симптомов импульсивности в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:

- часто выпаливает ответы до того, как завершены вопросы;
- часто неспособен ждать в очередях, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;
- часто прерывает других или вмешивается (например, в разговоры или игры других людей);
- часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальные ограничения.

Начало расстройства не позднее 7-летнего возраста.

Общий характер расстройства. Приведенные критерии должны выявляться не в единственной ситуации, например, сочетание невнимательности и гиперактивности должны отмечаться как дома, так и в школе или в школе и другом учреждении, в котором наблюдается ребенок, в частности в клинике. (Для выявления кросс-ситуационного характера расстройства обычно требуется информация не только из одного источника; сообщения родителей о поведении в классе, например, вряд ли будут достаточны.)

Симптомы вызывают клинически значимый дистресс или нарушение в социальном, образовательном или профессиональном функционировании.

Расстройство не отвечает критериям общих расстройств развития (F84.), маниакального эпизода (F30.), депрессивного эпизода (F32.) или тревожных расстройств (F41).

12.2 Физикальное обследование: диагностически значимых изменений со стороны кожных покровов и внутренних органов (включая центральной и периферическую нервную систему) нет.

12.3 Лабораторное обследование: специфичных диагностических признаков нет.

12.4 Инструментальное обследование: специфичных диагностических признаков нет.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта (педиатра) – исключение соматических заболеваний;
- консультация невропатолога – исключение текущих неврологических расстройств;
- консультация гинеколога (для женщин) – исключение гинекологических

расстройств;

- консультации иных узких специалистов – сопутствующие соматические заболевания и\или патологические состояния.

12.6 Дифференциальный диагноз [8-10]:

Параметры	Гиперактивное расстройство	Расстройства поведения
Клиническая картина	Стабильность основных симптомов в любой социальной ситуации	Асоциальная направленность и нередко ситуационная зависимость клинических проявлений.
Инструментальное обследование	Не информативно	

13. Цели лечения: достижение медикаментозной ремиссии, стабилизация состояния пациента.

14. Тактика лечения:

При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и\или нетяжелом уровне расстройства рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. В случае усложненной клинической картины (за счет коморбидных состояний) и\или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о госпитализации.

14.1 Немедикаментозное лечение:

Комплаенс - терапия, различные виды психотерапии, арттерапия, психологическая коррекция.

Режимы наблюдения (в зависимости от состояния пациента):

- общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении.
- режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях.
- режим лечебных отпусков – возможность нахождения, по решению ВКК вне отделения от нескольких часов до нескольких суток, с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта.
- усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения.
- строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами.

14.2 Медикаментозное лечение:

Основные ЛС:

Препаратов, имеющих 100% вероятность применения, нет.

Дополнительная терапия (таблица 2,3):

«Малые» нейролептики (хлорпротиксен, тиоридазин) – предназначены для коррекции поведенческих нарушений

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Таблица 2 – Дополнительные препараты:

Рекомендуется монотерапия: одно из нижеперечисленных препаратов.

Генерическое название	Средняя терапевтическая дозировка	Курс лечения
Хлорпротиксен (УД – В)	50- 150 мг\сутки	До купирования поведенческих расстройств
Тиоридазин (УД – В)	50- 100мг\сутки	

14.2.2. Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне

Таблица 3 – Дополнительные препараты:

Рекомендуется монотерапия: одно из нижеперечисленных препаратов.

Генерическое название	Средняя терапевтическая дозировка	Курс лечения
Хлорпротиксен (УД – В)	50- 150 мг\сутки	До купирования поведенческих расстройств
Тиоридазин (УД – В)	50- 100мг\сутки	

14.3 Другие виды лечения: нет.

14.4 Хирургическое лечение: нет.

14.5. Профилактические мероприятия [8-10]:

Первичная профилактика – психологическая коррекция.

Вторичная профилактика – обоснованное назначение психофармакопрепаратов.

Третичная профилактика – комплаенс-терапия, психосоциальная реабилитация, реализация психообразовательных программ для членов семей пациентов.

14.6 Дальнейшее ведение (после стационара) – формирование и укрепление комплаенса.

15. Индикаторы эффективности лечения: управляемость поведения ребенка вербальными инструкциями, внутренний контроль (ребенком) своих поступков, продуктивность и результативность деятельности (включая учебную).

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Разработчики:

- 1) Алтынбеков С.А. – доктор медицинских наук, профессор, директор Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии, главный внештатный психиатр МЗСР РК.
- 2) Павленко В.П. – доктор медицинских наук, доцент РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова», ответственный по курсу психиатрии и наркологии.
- 3) Мукушев М.Х. – «Восточно – Казахстанский психоневрологический диспансер», заместитель главного врача.
- 4) Мажитов Т.М. – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии АО «Медицинский университет Астана», клинический фармаколог.

17. Конфликта интересов нет.

18. Рецензенты:

- 1) Толстикова А.Ю. – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова.
- 2) Семке А.В. – доктор медицинских наук, профессор Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательского института психического здоровья», заместитель директора по научной и лечебной работе, РФ г. Томск.

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1. Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
2. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 г. № 193-IV.
3. Приказ и.о. Министра Здравоохранения РК № 15 от 06.01.2011 «Об утверждении положения о деятельности психиатрических организаций в РК».
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.
5. Арана Дж., Розенбаум Дж. Руководство по психофармакотерапии.-4-е изд. – 2001.
6. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М. «Восток» 1996г- 288 с.
7. Яничак и соавт Принципы и практика психофармакотерапии. Киев.-1999.-728 с.

8. Блейхер В.М., Крук И.В.. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
9. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.Тиганова Т 1-2 – Москва «Медицина»,1999.
10. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежневского. – Москва «Медицина»,1985.
11. Приказ МЗ РК от 20 декабря 2010 года №986 «Об утверждении Правил оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи».
12. Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б. Дмитриевой- Москва, 2009.- 993с.
13. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред.Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснечова В.В.-Москва.-2009.-896с.
14. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) А.Хасан, П.Фалкаи, Т.Воброк, Д.Либерман, Б.Глентой, В.Ф.Гаттаз, Х.Ю.Меллер, С.Н.Мосолов и др.\ [Электронный ресурс] http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr_2014-02_sch.pdf.pdf
15. [Электронный ресурс]www.fda.gov (официальный сайт Управления по пищевым продуктам и лекарственным препаратам США).
16. [Электронный ресурс] www.ema.europa.eu (официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств).
17. American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.
18. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:553–564.