

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
2 марта 2020 г. № 13

Об утверждении клинического протокола

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

1. Утвердить клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики» (прилагается).
2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

В.С.Караник

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.03.2020 № 13

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами (далее – пациенты) врачами общей практики, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми.

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством.

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

4. Диагностика состояния психического здоровья пациентов осуществляется на основании Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

5. Настоящий клинический протокол определяет минимальный объем медицинской помощи пациентам, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики, врачами-педиатрами при выявлении расстройств состояния психического здоровья, и включает:

- общую характеристику психического и (или) поведенческого расстройства;
- диагностические критерии психического и (или) поведенческого расстройства;

указание на жалобы, предъявляемые пациентом (или характеристику жалоб, предъявляемых пациентом);
дифференциальный диагноз;
диагностические мероприятия;
условия оказания медицинской помощи;
характеристику лечебных и консультативных мероприятий в отношении пациента и членов его семьи;
показания для консультации врача-специалиста.

6. При наличии медицинских показаний для уточнения диагноза пациент должен быть направлен на консультацию к врачу-специалисту.

ГЛАВА 2

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ДЕМЕНЦИЕЙ

7. Деменция (шифр по МКБ-10 – F00 Деменция при болезни Альцгеймера; F01 Сосудистая деменция; F02 Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках; F03 Деменция неуточненная) представляет собой синдром, обусловленный хроническим или прогрессирующим поражением головного мозга, при котором нарушаются когнитивные (познавательные) способности пациента – память, мышление, речь, способность к счету, письму, ориентировке в окружающем, способность к суждениям и т.д. Это расстройство характерно для пожилого (65 лет и старше) возраста и отмечается примерно у 5 % пожилых людей; у молодых оно встречается очень редко. Течение обычно прогрессирующее, хотя скорость прогрессирования может быть разной. Самые частые формы этого расстройства – деменция при болезни Альцгеймера (50–55 %) и сосудистая, чаще мультиинфарктная, деменция (примерно 20–25 % всех случаев деменции у пожилых).

8. Диагностические критерии деменции:

обнаружение как расстройства памяти, так и других когнитивных функций (хотя бы еще одной из них) до степени, нарушающей способность человека справляться с требованиями повседневной жизни;

присутствие указанных расстройств на протяжении не менее 6 месяцев.

9. Жалобы, предъявляемые пациентом и членами его семьи, объективная характеристика психического и поведенческого состояния пациента:

9.1. пациент на ранних этапах заболевания предъявляет жалобы на забывчивость и бытовые затруднения; по мере прогрессирования деменции критика постепенно исчезает;

9.2. члены семьи пациента (часто раньше, чем сам пациент) обращают внимание на его забывчивость, несобранность, изменения в поведении, несвойственную ему ранее неряшливость, нарушения профессиональных, социальных и бытовых навыков;

9.3. объективно когнитивным нарушениям обычно сопутствуют эмоциональные расстройства – плаксивость, раздражительность, на более поздних этапах – благодушие и безразличие.

10. Дифференциальная диагностика основана на исключении путем осмотра и сбора анамнестических данных ряда состояний, внешне напоминающих деменцию, но требующих других форм помощи и часто являющихся обратимыми, а именно:

ухудшение когнитивных функций вследствие социальной изоляции (проживание в одиночестве, бедность внешних стимулов и т.п.);

ухудшение когнитивных функций вследствие неполноценного и однообразного питания, гипо- и авитаминоза (чаще недостаток витаминов группы В и фолиевой кислоты);

депрессия, картина которой в пожилом возрасте часто напоминает деменцию;

субдуральная гематома;

анемия;

бессистемный и избыточный прием лекарственных средств (особенно снотворных-бензодиазепинов, антигипертензивных, противоаллергических, содержащих в своем составе барбитураты);

злоупотребление алкоголем в пожилом возрасте;

различные инфекционные заболевания;

утяжеление течения ряда хронических соматических заболеваний с нарастанием сердечно-сосудистой, печеночной, почечной недостаточности.

11. Диагностические мероприятия:

11.1. сбор анамнестических сведений у родственников пациента, включая данные о поведении, способности справляться с социальными и бытовыми функциями, лекарственный анамнез, данные о соматических заболеваниях и т.п.;

11.2. тесты для проверки состояния памяти и ориентировки:

способность назвать дни недели в прямом и обратном порядке;

вычитать из 100 по 7, называя результат (достаточно 5 вычитаний);

указать год, время года, месяц, число, день недели, время;

способность запомнить и воспроизвести сразу и спустя 3 минуты названия трех не связанных друг с другом объектов;

способность придумать и написать любое короткое предложение;

11.3. с целью скрининга деменции и примерного определения степени ее тяжести могут быть использованы методика «Краткое исследование психического состояния» (Mini Mental State Examination – MMSE, тест Фольштейна), а также методика «Рисование часов».

12. Условия оказания медицинской помощи:

обследование и лечение проводится в амбулаторных условиях;

госпитализация и лечение в стационарных условиях требуются:

для решения вопросов нозологической принадлежности деменции в диагностически сложных случаях;

при развитии у пациента состояний спутанности, острых психотических и аффективных расстройств, выраженных нарушений поведения;

при необходимости решения социальных вопросов у одиноких пациентов и пациентов без определенного места жительства с деменцией средней и тяжелой степени.

13. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

первичная постановка диагноза;

необходимость дифференциального диагноза между разными видами деменций (деменции при болезни Альцгеймера, сосудистой деменции и др.);

психомоторное возбуждение;

состояния спутанности (делирия);

сопутствующие психотические нарушения (бред, галлюцинации и др.);

грубые нарушения поведения.

ГЛАВА 3 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДЕЛИРИИ

14. Делирий (шифр по МКБ-10 – F05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами) представляет собой этиологически неспецифический синдром, характеризующийся сочетанным расстройством сознания и внимания, восприятия, мышления, памяти, эмоций и ритма сна-бодрствования. Часто наблюдается в соматических стационарах (хирургических, инфекционных, ожоговых, реанимационных, гериатрических). Продолжительность делирия может варьировать от нескольких часов до нескольких месяцев, а интенсивность – от спутанности до тяжелых расстройств сознания. Делирий часто сочетается с деменцией при болезни Альцгеймера, сосудистой деменцией, сопровождается многими инфекциями, интоксикациями, соматическими болезнями, особенно в пожилом возрасте (пневмония, панкреатит, острое нарушение мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма (далее – ЧМТ),

эпилепсия и другие), может представлять собой нежелательную реакцию на нейролептики, антидепрессанты, противосудорожные и антипаркинсонические лекарственные средства, антибиотики, антиаритмические и антигистаминные лекарственные средства, в связи с чем требуется тщательное выявление базовой патологии и адекватное ее лечение или отмена соответствующих препаратов. Как правило, лечебные мероприятия должны осуществляться в неотложном порядке.

15. Диагностические критерии делирия:

измененное сознание и внимание;
искажения восприятия, зрительные иллюзии и галлюцинации;
нарушения абстрактного мышления и понимания;
нарушение памяти на недавние события;
дезориентировка во времени, а в более тяжелых случаях в месте и собственной личности;

психомоторные расстройства (гипо- или гиперактивность и непредсказуемость перехода от одного состояния к другому, повышенный или сниженный поток речи; реакции ужаса);

расстройства ритма сон – бодрствование (бессонница ночью, сонливость днем, беспокойные сны или кошмары, которые при пробуждении могут продолжаться как галлюцинации);

эмоциональные расстройства (например, депрессия, тревога или страхи);
раздражительность, эйфория, апатия или недоумение и растерянность;
начало обычно быстрое, состояние в течение дня колеблющееся, общая продолжительность – до 6 месяцев.

16. Жалобы, предъявляемые пациентом, объективная характеристика психического и поведенческого состояния пациента:

спутанность, нарушение ориентировки в месте и времени, психомоторное возбуждение, суетливость, растерянность, зрительные иллюзии (ложные узнавания) или галлюцинации;

нарушения ритма сна – бодрствования (бессонница ночью и сонливость днем);

вегетативная симптоматика – тахикардия, колебания артериального давления и др.

Симптомы делирия развиваются быстро и могут многократно видоизменяться с течением времени.

17. Дифференциальная диагностика делирия заключается в установлении заболевания или состояния, которое привело к возникновению делирия:

алкогольной зависимости в состоянии отмены – алкогольный делирий;

тяжелых инфекционных заболеваний;

интоксикаций различными ядами либо лекарственными средствами (медикаментозный делирий);

выраженных метаболических нарушений (при болезнях печени, почек, гипогликемии и др.);

гипоксии от различных причин;

травмах головы в остром периоде.

18. Диагностические мероприятия:

18.1. сбор анамнестических сведений, в первую очередь, в отношении приема лекарственных средств (нейролептиков, антидепрессантов, противосудорожных, антипаркинсонических, антибиотиков, антигистаминных, антиаритмических);

18.2. соматическое обследование, направленное на выявление соматического заболевания (пневмония, панкреатит, острое нарушение мозгового кровообращения, ЧМТ, эпилепсия и др.).

19. Условия оказания медицинской помощи:

помощь оказывается в условиях специализированного стационара, в наибольшей степени удовлетворяющего потребностям лечения выявленной у конкретного пациента патологии (терапевтического, неврологического, нейрохирургического профиля);

при состояниях, связанных с экстренной и тяжелой патологией, – в отделениях интенсивной терапии и реанимации (далее – ОИТР) соответствующего профиля;
в случае развернутой картины делирия – в условиях психиатрического стационара или ОИТР соматического стационара;
при сочетании делирия с тяжелой соматической патологией – в соматическом стационаре;
у пожилых пациентов при удовлетворительном соматическом состоянии, отсутствии выраженного психомоторного возбуждения и возможности обеспечения круглосуточного ухода лечение может осуществляться в домашних условиях.

20. Лечение и уход за пациентом:

20.1. для снятия возбуждения используются бензодиазепины – 2–4 мл раствора диазепама 0,5 % внутримышечно;

20.2. для уменьшения психотических симптомов, агрессивного поведения применяются также антипсихотические средства – хлорпротиксен, галоперидол, рисперидон;

20.3. при лечении лиц пожилого возраста важно учитывать их соматическое состояние и назначение антипсихотических препаратов начинать с небольших доз: при назначении галоперидола терапию можно начинать с 2,5 мг/сут, назначение рисперидона следует начинать с 1–2 мг/сут. При хорошей переносимости лечения рекомендовано постепенное увеличение дозы до терапевтической (галоперидол – 5 мг/сут, рисперидон – 4 мг/сут внутрь);

20.4. если пациент остается в домашних условиях, членам семьи необходимо:
обеспечить круглосуточное наблюдение;

предпринять меры к предотвращению опасных действий со стороны пациента – убрать острые и режущие предметы и т.д.;

обеспечить освещение в ночное время и возможность общения, так как сенсорная депривация (изоляция пациента от внешних раздражителей) усиливает делирий;

обеспечить постоянные напоминания пациенту о месте и времени.

21. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

выраженное психомоторное возбуждение;

решение вопроса о необходимости госпитализации в психиатрический стационар;

неэффективность лечения, проводимого врачом общей практики (врачом-терапевтом участковым).

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

22. В группу психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя (шифр по МКБ-10 – F10 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя) входят расстройства, тяжесть которых варьирует от неосложненного опьянения до выраженных психотических расстройств и деменции, но, при этом, причиной их является употребление алкоголя.

К острой интоксикации алкоголем относятся психические и соматические изменения, вызванные алкоголем и исчезающие, как только он выводится из организма. Характер психических изменений зависит от типа личности. Например, некоторые люди под влиянием алкогольной интоксикации становятся агрессивными, другие – сентиментальными.

Термин «употребление с вредными последствиями» означает такое употребление, которое нанесло вред здоровью (со стороны соматической сферы, например, цирроз печени, или привело к психическим нарушениям, например, вторичному депрессивному расстройству после тяжелой алкоголизации).

Термин «синдром зависимости от алкоголя» охватывает некоторые физиологические и психологические признаки, вызванные повторяющимся применением вещества, которые включают состояние абстиненции, а также сильное желание принять алкоголь.

Состояние абстиненции/отмены – группа симптомов и признаков, которые возникают при уменьшении дозы или после полного прекращения приема алкоголя и проявляются в течение ограниченного периода времени.

Другие признаки наличия расстройств вследствие употребления алкоголя предполагают толерантность к воздействию алкоголя, прогрессирующее отрицание альтернативных источников удовлетворения и настойчивое употребление алкоголя, несмотря на наличие очевидных вредных последствий. Толерантность в данном случае – это состояние, при котором после повторяющегося применения алкоголя сила действия его снижается или требуется увеличенная доза, чтобы достичь того же эффекта.

23. Пациенты зачастую не предъявляют жалоб на употребление алкоголя, а наличие алкогольных проблем обычно отрицается или преуменьшается из-за опасения, что врач будет стыдить или осуждать за это. Поэтому при сборе анамнеза вопросы морализирующего или поучающего характера, а также дающие оценку («Давно ли вы злоупотребляете алкоголем?») или сравнивающие с нормой («Не выпиваете ли вы слишком много?») должны изменяться на нейтральные, направленные исключительно на выяснение существенных деталей анамнеза.

24. Жалобы, которые предъявляет сам пациент, обычно включают раздражительность, нарушение сна, травмы, частые обострения хронических соматических болезней (язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, ишемическая болезнь сердца, артериальной гипертензии и др.), которые сам пациент с употреблением алкоголя не связывает.

25. Дифференциальный диагноз следует проводить с употреблением иных психоактивных веществ (далее – ПАВ), перечисленных в МКБ-10 в рубриках F1х. Идентификация употребляемых ПАВ осуществляется на основе заявления самого пациента, токсикологического исследования биологических жидкостей (мочи, крови и др.) и иных данных (клинические признаки и симптомы употребления наркотических средств, сообщения из информированных третьих источников). Желательно получение подобных данных более чем из одного источника.

26. Диагностические мероприятия:

26.1. обследование пациента начинают с оценки соматического и неврологического состояния, что позволяет в привычной для пациента манере начать беседу, выявить последствия употребления алкоголя (интоксикации, отмены), снять опасения и тревоги в связи с наличием алкогольной проблемы и связать наличие соматических нарушений с употреблением алкоголя;

26.2. физикальное обследование пациента включает оценку: внешности и кожных покровов пациента; состояния пищеварительной системы (пальпация печени); состояния сердечно-сосудистой системы (частоты сердечных сокращений, уровня артериального давления);

состояния дыхательной системы;

26.3. неврологическое обследование включает:

выявление возможных повреждений со стороны центральной нервной системы (травмы);

проведение координационных проб;

оценку симптомов нарушений со стороны периферической нервной системы;

26.4. важным этапом диагностики является специфический скрининг характера употребления алкоголя и связанных с ним проблем. Простым в использовании и применимым, в том числе, в неспециализированных организациях здравоохранения является разработанный Всемирной организацией здравоохранения тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, AUDIT (далее – Тест AUDIT), представляющий собой перечень из десяти вопросов, ответы на которые помогают

оценить потенциальный вред, связанный с употреблением алкоголя. Тест AUDIT и интерпретация его результатов приведены в таблицах 1 и 2 приложения;

26.5. сбор алкогольного анамнеза начинают с вопросов о курении, потреблении кофе и чая и приеме медикаментов. Ответы об употреблении будут более достоверными, если пациент не находится в состоянии опьянения или если ему не угрожают постановка на учет и социальные ограничения (лишение права управления транспортным средством, увольнение с работы и др.). Пациентам, которые злоупотребляют алкоголем, свойственно преуменьшать масштабы потребления алкогольных напитков и негативные последствия. В типичном случае это выражается в том, что пациент признает наличие проблем (социальных, семейных, личных), однако считает, что именно эти проблемы провоцируют пьянство, а не наоборот;

26.6. сведения о частоте и количестве употребления алкоголя можно получить как в ходе клинического интервью, так и при проведении скрининга при помощи Теста AUDIT, что предпочтительнее, так как позволит сразу оценить риски, связанные с употреблением алкоголя. Необходимо спрашивать у пациента о частоте приемов алкоголя за последние две недели или месяц и о том, какое количество алкоголя принимается за обычный день. При этом важно оценивать реакцию пациента на эти вопросы: начинает ли он волноваться или отвечать общими фразами;

26.7. другие аспекты, требующие уточнения:

возраст начала регулярного употребления алкоголя;

наличие злоупотребления алкоголем в семейном анамнезе;

влияние изменений жизненных обстоятельств на характер употребления алкоголя, например, отдельное проживание, брак, развод или смерть родителей или супруга – факторы, способствовавшие увеличению/сокращению употребления алкоголя;

каковы привычные стереотипы употребления алкоголя – ситуации, определенные дни и даты, компании, психологическое и физическое состояние;

26.8. при сборе алкогольного анамнеза следует задавать вопросы о возможных физических, психических или социальных причинах и последствиях употребления алкоголя. Важно знать, обращался ли пациент за помощью к врачу, психологу или социальному работнику в связи с этими проблемами. Если пациент ранее лечился от зависимости, важно узнать, где и когда это происходило, что послужило причиной обращения, получить информацию о длительности лечения и проводимых мероприятиях. Если был период трезвости, то важно уточнить, каким образом пациенту удавалось ее поддерживать, как и когда он возобновил употребление алкоголя. Эти данные могут быть важны для предупреждения рецидива. Следует специально опросить пациента на предмет амнестических форм опьянения (провалов памяти на период опьянения), перенесенных психотических состояний и судорожных приступов;

26.9. дополнительные обследования применяются для диагностики соматических и неврологических последствий употребления алкоголя. Для диагностики алкогольной кардиомиопатии делают электрокардиограмму (далее – ЭКГ) и эхокардиограмму. При наличии клинической картины деменции или алкогольного (наркотического) корсаковского синдрома (шифр по МКБ-10 – F10–F19 с общим четвертым знаком XX.6 Амнестический синдром) выполнение компьютерной (далее – КТ) или магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ) для проведения дифференциальной диагностики с другими причинами деменции и амнестического синдрома (опухоль, субдуральная гематома и др.).

27. Условия оказания медицинской помощи:

27.1. выявление пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ осуществляется на уровне районных и городских организаций здравоохранения; основными задачами оказания помощи пациентам на этом уровне также являются своевременное лечение состояния отмены и мотивация пациента на прекращение употребления ПАВ;

27.2. лечение острой алкогольной интоксикации, иная неотложная помощь оказываются врачом скорой медицинской помощи или иным врачом-специалистом, затем рекомендуется госпитализация в отделение токсикологии либо в ОИТР;

27.3. лечение синдрома зависимости от алкоголя проводится в амбулаторных, стационарных условиях и программах реабилитации, выбор наиболее подходящей модальности лечения должен осуществляться врачом-психиатром-наркологом;

27.4. лечение состояния отмены проводится преимущественно в стационарных условиях ввиду риска возникновения таких серьезных осложнений как судорожный синдром, делирий, нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы; основными критериями выбора вида лечения являются тяжесть актуального состояния, наличие осложнений в анамнезе;

27.5. лечение психотических расстройств осуществляется, как правило, в стационарных условиях.

28. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

16 и более баллов по результатам Теста AUDIT;

наличие диагностических критериев синдрома зависимости от алкоголя, иных психических и (или) поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя.

29. Острая интоксикация алкоголем (шифр по МКБ-10 – F10.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя) – состояние, которое характеризуется нарушением сознания, когнитивных функций, эмоций, восприятия и поведения.

30. Диагностические критерии острой интоксикации алкоголем:

общие критерии для острой интоксикации (F1x.0) по МКБ-10;

измененное поведение, о чем свидетельствует, по меньшей мере, один признак из числа следующих: расторможенность; склонность к спорам; агрессивность; лабильность настроения; нарушения внимания; снижение способности рассуждать здраво и критически оценивать свои поступки; нарушение обычного личностного функционирования;

наличие как минимум одного из следующих признаков: шаткость походки; затруднения в сохранении равновесия в положении стоя; смазанная речь; нистагм; сниженный уровень сознания (например, ступор или кома); покраснение кожи лица; инъекцированность склер.

31. Жалобы пациента: пациент может предъявлять жалобы на сопутствующие травматические повреждения вследствие нарушения походки и координации движений.

Чаще всего пациент не предъявляет жалоб ввиду нарушений в эмоционально-поведенческой сфере и личностного функционирования.

32. Дифференциальный диагноз следует проводить с ЧМТ, гипогликемией и коматозными состояниями другого генеза, а также учитывать вероятность интоксикации в результате употребления нескольких ПАВ.

33. Диагностические мероприятия:

33.1. для точного установления факта алкогольной интоксикации проводится определение концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе и/или крови. Подтвердить факт алкогольного опьянения (отравления) врач общей практики может на основании данных Алкотестера в условиях поликлиники;

33.2. при подозрении на смешанное отравление необходимо определение содержания алкоголя в крови и/или моче и определение лекарственных средств, угнетающе действующих на центральную нервную систему в моче (анксиолитики, снотворные средства). Подтвердить смешанное отравление можно в стационаре или специализированных амбулаторно-поликлинических организациях.

34. Условия оказания медицинской помощи и лечение:

34.1. неосложненная алкогольная интоксикация не требует специального лечения. Рекомендуется ввести 10–20 мл раствора глюкозы 40 % внутривенно для предупреждения алкогольной гипогликемии и 100 мг тиамин (витамина В1) внутримышечно. При психомоторном возбуждении рекомендуют введение галоперидола 5–15 мг внутривенно

или внутримышечно. Данный вид помощи может быть оказан врачом общей практики только в условиях поликлиники или амбулатории;

34.2. инфузионная терапия пациентам со средней, тяжелой степенью алкогольной интоксикации должна проводиться в стационарных условиях;

34.3. лечение тяжелой алкогольной интоксикации с нарушением функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем должно проводиться в ОИТР либо в отделении токсикологии.

35. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога: наличие осложненной интоксикации алкоголем, интоксикации тяжелой степени (содержание алкоголя в крови 2,5–4 промилле) или алкогольной комы (содержание алкоголя в крови свыше 4 промилле).

36. Патологическое опьянение (шифр по МКБ-10 – F10.07) развивается очень быстро (через несколько минут) после приема алкоголя в количестве, недостаточном для того, чтобы вызвать острую интоксикацию, может длиться от нескольких минут до нескольких часов и заканчивается внезапно длительным сном, после которого отмечается полная амнезия или смутное воспоминание о пережитом и резкая физическая слабость, утомляемость. У пациента развивается сумеречное состояние сознания с психомоторным возбуждением, агрессивными действиями, галлюцинациями. В некоторых случаях патологическое опьянение проявляется галлюцинаторно-параноидным синдромом, при наличии признаков, характерных для сумеречного расстройства сознания (страха, гнева, автоматизированного поведения, двигательных разрядов). Патологическое опьянение, как правило, развивается 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, ЧМТ в анамнезе, астения, инсомния.

37. Диагностические критерии:

общие критерии для острой интоксикации (F1x. 0), за исключением того, что патологическая интоксикация развивается после приема такого количества алкоголя, которое недостаточно для вызова интоксикации у большинства людей;

вербальная агрессия или физически агрессивное поведение, которые не типичны для данного лица в трезвом состоянии;

очень быстрое развитие интоксикации (обычно через несколько минут) после приема алкоголя; при этом уровень алкоголя в крови может быть ниже 40 мг/100 мл;

отсутствие данных, указывающих на органическое церебральное заболевание или другие психические расстройства.

38. Пациент может предъявлять жалобы, обусловленные галлюцинаторно-параноидным синдромом, возникающим как симптом патологического опьянения.

39. Дифференциальный диагноз: аналогично пунктам 25, 32 настоящего клинического протокола.

40. Диагностические мероприятия:

обязательное определение концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе или крови; определение в моче лекарственных средств (анксиолитики, снотворные средства), психотропных веществ (амфетамины);

иные обследования при наличии показаний (ЭКГ, консультация врача-терапевта и врача-невролога, МРТ или КТ головного мозга).

41. Условия оказания медицинской помощи и лечение:

41.1. для купирования психомоторного возбуждения используют внутривенное или внутримышечное введение диазепама 5–10 мг однократно с последующим вызовом бригады скорой медицинской помощи;

41.2. врач общей практики, врач-терапевт могут оказывать данную помощь только в условиях поликлиники или амбулатории. Следует учитывать угнетающий эффект диазепама и алкоголя на дыхательную функцию; в случае применения диазепама должно быть обеспечено непрерывное наблюдение за пациентом.

42. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога: наличие психотических расстройств, негативных социальных последствий для себя и/или окружающих.

43. Употребление алкоголя с вредными последствиями (шифр по МКБ-10 – F10.1 Пагубное употребление алкоголя) – расстройство, вызывающее вред для здоровья (возникновение соматических или психических расстройств) либо негативные социальные последствия.

44. Диагностические критерии:

четкие данные, свидетельствующие, что употребление алкоголя обусловило проявление (или в значительной мере способствовало) физических или психологических вредных изменений, включая нарушение поведения, а также снижение способности здраво рассуждать и критически оценивать свои поступки;

подтвержденное соответствующими диагнозами наличие соматических и (или) психических расстройств у пациента;

сохранение характера употребления алкоголя на протяжении, по меньшей мере, одного месяца или периодическое повторение пагубного употребления в предыдущие 12 месяцев;

несоответствие расстройства критериям иного психического или поведенческого расстройства, связанного с приемом алкоголя в тот же период времени (за исключением острой интоксикации F1x.0).

45. Пациент может предъявлять жалобы на сопутствующие заболевания внутренних органов либо психические нарушения.

Чаще всего пациент не предъявляет жалоб ввиду нарушений в эмоционально-поведенческой сфере и изменений личностного функционирования.

46. Дифференциальный диагноз: аналогично пункту 25 настоящего клинического протокола.

47. 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 (болевой синдром и др.). В случае необходимости должна быть организована консультация врача-психиатра-нарколога.

48. Условия оказания медицинской помощи и лечение. Показано краткосрочное вмешательство, которое состоит из информирования пациента о последствиях злоупотребления алкоголем, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя. Отдельно рассматриваются доступные варианты помощи: наркологические службы, группы самопомощи и другое. Целью такого вмешательства может быть не только полное воздержание, но и уменьшение количества потребляемого алкоголя (стратегия снижения вреда).

В ходе общения с пациентом необходимо:

проинформировать пациента о том, что при сохранении прежнего способа употребления алкоголя существует значительный риск развития зависимости от алкоголя и ее осложнений;

предложить пациенту принять решение о допустимом уровне употребления алкоголя, например, не более двух стандартных порций в день с наличием двух трезвых дней в неделю (одна стандартная порция – количество алкогольного напитка, содержащее 10 мл этанола 100 %, то есть примерно 25 мл водки или коньяка, 150 мл вина или 300 мл пива; подробная информация указана в приложении);

предложить пациенту перейти на более легкие алкогольные напитки;

выявить и зафиксировать ситуации повышенного риска, где происходит употребление алкоголя (например, праздники, посещение родственников, ситуации стресса и др.), а также ситуации, которые приемом алкоголя никогда не сопровождаются; выработать стратегию по изменению паттерна употребления алкоголя, например, избегать ситуаций, сопряженных с повышенным риском, придумать альтернативные способы поведения в таких ситуациях, направленные на сокращение употребления алкоголя.

При последующих встречах следует объективно оценить, выполнены ли поставленные цели. Проанализировать причины неуспеха, выработать новые способы достижения целей либо переопределить цели, сделав их более достижимыми

и реалистичными. Успехи пациента должны получать позитивную оценку, направленную на закрепление позитивных изменений в поведении. В случае заинтересованности пациента следует организовать консультацию врача-психиатра-нарколога.

49. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога: наличие диагностических критериев F1x.1.

50. Состояние отмены алкоголя (шифр по МКБ-10 – F10.3) развивается при отказе от употребления алкоголя или снижении дозы алкоголя после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления алкоголя.

В МКБ-10 принята следующая классификация состояния отмены:

неосложненное;

с судорогами;

с делирием;

с судорогами и делирием.

Неосложненное состояние отмены алкоголя начинается, как правило, через 4–12 часов после прекращения употребления алкоголя, достигает максимума на второй день воздержания и проходит через 4–5 дней. Состояние отмены алкоголя с делирием возникает у 5 % пациентов. У половины из них перед развитием делирия развиваются судорожные приступы.

Судорожные приступы при состоянии отмены алкоголя (чаще – генерализованные тонико-клонические судороги) возникают через 24–48 часов после последнего приема алкоголя.

Состояние отмены алкоголя с делирием – острое психотическое состояние, протекающее с расстройством сознания, галлюцинациями и сопутствующими соматическими расстройствами. Основными симптомами делирия являются нарушения ориентировки в месте и времени, выраженный тремор и галлюцинации различных модальностей (слуховые, зрительные, тактильные). Также обычно присутствуют бред, возбуждение, бессонница или инверсия цикла сна – бодрствования и вегетативные нарушения.

51. Диагностические критерии состояния отмены алкоголя:

общие критерии состояния отмены алкоголя по МКБ-10;

любые три признака из числа следующих:

тремор языка, век или вытянутых рук;

потливость;

тошнота или рвота;

тахикардия или гипертензия;

психомоторная ажитация;

головная боль;

бессонница;

чувство недомогания или слабости;

транзиторные зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии;

большие судорожные припадки.

52. Жалобы, предъявляемые пациентом, соответствуют диагностическим критериям, указанным в пункте 51 настоящего клинического протокола.

53. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с другими психическими нарушениями, например, тревожными состояниями, депрессивными расстройствами; заболеваниями, сопровождающимися тремором конечностей.

Простое постинтоксикационное состояние («похмелье») не является признаком наличия у пациента состояния отмены.

54. Диагностические мероприятия: аналогично пункту 47 настоящего клинического протокола.

55. Условия оказания медицинской помощи:

55.1. при неосложненном состоянии отмены алкоголя медицинская помощь чаще всего оказывается в амбулаторных условиях;

55.2. лечение в стационарных условиях (в психиатрическом либо соматическом стационаре – в зависимости от того, какие расстройства преобладают) рекомендуется при наличии хотя бы одного из следующих признаков:

- упорная рвота;
- суицидальные тенденции;
- острое соматическое заболевание;
- хроническое соматическое заболевание при его декомпенсации;
- сопутствующие психические расстройства;
- делирии и судорожные приступы в анамнезе;
- отсутствие родственников, которые могут участвовать в уходе за пациентом и отсутствие возможности частого контакта с пациентом;
- тахикардия > 100 уд/мин;
- АД > 180/100 мм рт. ст.;
- травма головы с потерей сознания в анамнезе;
- возраст до 18 лет.

56. Медикаментозное лечение психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя.

Для купирования вегетативной симптоматики (потливость, артериальная гипертензия, тахикардия, тремор) назначаются бета-адреноблокаторы (пропранолол 40–80 мг/сут или атенолол 50–100 мг/сут) или клонидин, обладающий седативным эффектом (75–150 мкг 3 раза в день, затем дозу постепенно понижают). При лечении необходимо предупредить пациента и его родственников о недопустимости сочетания препарата клонидина с алкоголем из-за взаимного усиления токсических эффектов. Ни бета-блокаторы, ни клонидин не предупреждают развития судорог и делирия, поэтому их рекомендуется назначать в комбинации с транквилизаторами или карбамазепином.

Бензодиазепины являются основным средством в лечении состояния отмены алкоголя, они уменьшают вероятность развития судорог и делирия. Бензодиазепины с более коротким периодом полувыведения (оксазепам, лоразепам) необходимо использовать, если у пациента имеются тяжелые заболевания печени. Длительно действующие бензодиазепины более эффективны в предупреждении эпилептических приступов. Их недостатком является возможность кумуляции и развитие избыточного седативного эффекта.

У пациентов с алкогольной зависимостью повышена толерантность к бензодиазепинам, и для достижения эффекта требуется более высокие дозы, чем другим категориям пациентов. Пациентам с тяжелым состоянием отмены необходимо назначение бензодиазепинов в течение 10 дней.

Примерные схемы дозирования бензодиазепинов при состоянии отмены: диазепам – 5–20 мг внутрь (внутримышечно или внутривенно) с интервалом каждые 6–8 часов; лоразепам – 1–2 мг внутрь (внутримышечно или внутривенно) с интервалом каждые 4 часа; оксазепам – 15–30 мг внутрь с интервалом каждые 4 часа. Указанная доза лекарственных средств в последующие дни понижается на 25 % ежедневно.

У некоторых пациентов даже при простом состоянии отмены для достижения терапевтического эффекта требуются большие дозы бензодиазепинов (до 80–100 мг диазепам в сутки).

В связи с риском развития зависимости от бензодиазепинов после купирования состояния отмены рекомендуется немедленно прекратить лечение ими, а пациента следует предупредить о недопустимости самолечения. В амбулаторных условиях рекомендуется пероральное назначение бензодиазепинов, суточную дозу которых необходимо постепенно снижать. Например, при использовании диазепам: 1–2-й день – по 40 мг в сутки; 3-й день – 30 мг в сутки; 4-й день – 20 мг в сутки; 5-й день – 15 мг в сутки; 6-й день – 10 мг в сутки; 7-й день – 5 мг в сутки.

Карбамазепин эффективен в отношении всех симптомов при состоянии отмены алкоголя. Отсутствие взаимодействия с этанолом позволяет применять его даже при наличии алкоголя в крови. Рекомендуется применять в первые два дня

по 800–1200 мг/сут; 3–4-й день – по 600 мг/сут, 5–6-й день – по 400 мг/сут; 7-й день – 200 мг/сут. Монотерапия карбамазепином менее эффективна при тяжелом состоянии отмены, чем терапия бензодиазепинами.

Инфузионная терапия показана лишь при упорной рвоте и выраженной дегидратации; в остальных случаях она нецелесообразна – достаточно оральной регидратации (обильное питье).

При состоянии отмены алкоголя не следует назначать мочегонные средства; коллоидные растворы (полиглюкин, реополиглюкин); ноотропы со стимулирующим эффектом (пирацетам); фенотиазиновые нейролептики (хлорпромазин, левомепромазин, трифлуоперазин).

Инфузионная терапия пациентам со средней, тяжелой степенью синдрома отмены, при развитии алкогольного делирия должна проводиться в стационарных условиях.

При развитии делирия в дополнение к бензодиазепинам назначают 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/сут). Галоперидол обязательно нужно сочетать с бензодиазепинами.

Для профилактики развития энцефалопатии Гайе-Вернике и корсаковского синдрома всем пациентам, которые обращаются по поводу злоупотребления алкоголем, назначается тиамин (витамин В1) в течение первых трех дней внутримышечно по 100–300 мг/сут.

57. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

состояние отмены тяжелой степени;

состояние отмены с делирием;

состояние отмены с судорогами;

неэффективность лечения, проводимого в соматическом стационаре;

детский возраст пациента с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя.

58. Синдром зависимости от алкоголя (шифр по МКБ-10 – F10.2 Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя) – сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление алкоголя начинает занимать ведущее место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять алкоголь.

Для постановки диагноза необходимо наличие трех и более из числа перечисленных ниже признаков, сохраняющихся на протяжении 12 месяцев до обращения:

увеличение толерантности – потребность в значительном увеличении количества выпиваемого алкоголя для достижения интоксикации или желаемого эффекта;

состояние отмены – развитие психофизического дискомфорта при прекращении приема алкоголя;

утрата количественного контроля – прием алкоголя в больших количествах или более продолжительный период времени, чем предполагалось до начала его приема, а также неспособность прекратить прием алкоголя; прием алкоголя в таких ситуациях, когда это неуместно (на работе, при выполнении важных социальных обязанностей);

безуспешные попытки прекратить употребление алкоголя;

синдром физической зависимости, проявлением которого является состояние отмены алкоголя (алкогольный абстинентный синдром) – при состоянии отмены алкоголь или другое вещество принимается с целью облегчения или избегания симптомов отмены;

нарушение социального и профессионального функционирования, связанное с употреблением алкоголя;

продолжение употребления алкоголя, несмотря на явное наличие проблем, связанных с его употреблением.

59. Жалобы, предъявляемые пациентом, дифференциальный диагноз, диагностические мероприятия: аналогично пунктам 25, 32, 47, 51 настоящего клинического протокола.

60. Лечение алкогольной зависимости относится к компетенции врача-психиатра-нарколога и/или врача-психотерапевта. Важную роль играет психообразование пациентов и их семей. Часто полезным бывает участие в работе групп самопомощи («Анонимные алкоголики»). На ранней стадии выздоровления рекомендуется избегать существенных жизненных перемен. Особо подчеркивается роль отрицательных эмоций в срывах, необходимость избегать чувства голода, злости, одиночества и усталости, так как эти состояния побуждают к употреблению алкоголя.

Для фармакологического лечения алкогольной зависимости используют налтрексон, топирамат и карбамазепин. Эти препараты уменьшают влечение к алкоголю и снижают частоту рецидивов при алкогольной зависимости. Для предотвращения рецидивов в некоторых случаях применяется дисульфирам.

61. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

наличие сопутствующих психических расстройств;
злоупотребление седативными препаратами (транквилизаторами, корвалолом и др.);
наличие в анамнезе судорожных приступов, любых форм алкогольных психозов;
психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя в детском возрасте.

Всем пациентам с алкогольной зависимостью следует предлагать лечение у врача-психотерапевта.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

62. Острые психотические расстройства (шифр по МКБ-10 – F23 Острые и проходящие психотические расстройства) представляют собой сборную группу психотических расстройств с полиморфной симптоматикой. Их общие признаки – острое начало, яркость, острота и изменчивость симптомов, связь с психоэмоциональным стрессом (часто возникают после тяжелых жизненных событий) и относительно благоприятный отдаленный исход.

63. Для постановки диагноза необходимо обнаружение перечисленных выше симптомов, а также указания на их острое начало (не более двух недель).

64. Жалобы, предъявляемые пациентом:

психомоторное возбуждение;
обманы восприятия в форме голосов;
несистематизированные бредовые идеи преследования, воздействия, величия и т.д.;
тревога, страх, эмоциональная напряженность;
непоследовательная, дезорганизованная или странная речь;
резкие перепады эмоционального состояния.

65. Для дифференциальной диагностики необходимо исключить психотические состояния, которые могут внешне напоминать эти расстройства, а именно:

алкогольный делирий (часто в состоянии отмены алкоголя) или делирий, вызванный приемом других ПАВ;

делирий при инфекционных или других заболеваниях, сопровождающихся интоксикацией или повышением температуры тела;

аффективные расстройства, когда среди симптомов преобладает значительно сниженное или повышенное настроение, в таких случаях, как правило, отсутствует изменчивость симптоматики.

66. Диагностические мероприятия должны быть направлены на исключение явных соматических причин развившегося состояния.

67. Условия оказания медицинской помощи и лечение:

67.1. лечение острых психотических расстройств всегда относится к компетенции врача-психиатра-нарколога и проводится в условиях психиатрического стационара;

67.2. если неотложная консультация врача-психиатра-нарколога невозможна, необходимо рассмотреть вопрос о нуждаемости пациента в оказании экстренной психиатрической помощи в порядке, установленном законодательством. При этом пациент независимо от его согласия или согласия его законного представителя направляется медицинским работником, оказывающим экстренную психиатрическую помощь, в психиатрический стационар. Для купирования психомоторного возбуждения можно использовать диазепам (4–6 мл внутримышечно или 10–20 мг внутрь однократно), или клоназепам (4–6 мг внутрь однократно). Врач общей практики может оказывать данную медицинскую помощь только в условиях поликлиники или амбулатории. В иных случаях необходимо как можно скорее организовать консультацию пациента врачом-психиатром-наркологом;

67.3. семье необходимо дать следующие рекомендации:

необычное поведение пациента является проявлением серьезного психического расстройства, а не просто его реакцией на психотравмирующую ситуацию;

само по себе состояние психоза не пройдет – необходим как можно более срочный осмотр и лечение врача-психиатра-нарколога;

средства народной медицины и различные «нетрадиционные» методы при этих расстройствах неэффективны и нанесут вред пациенту;

члены семьи должны постоянно находиться рядом с пациентом вплоть до госпитализации;

следует свести к минимуму количество раздражителей, вести себя с пациентом подчеркнуто ровно и спокойно, избегать паники;

не следует критиковать пациента, пытаться его переубедить, оспаривать или высмеивать его ошибочные высказывания или формы поведения.

68. Консультация врача-психиатра-нарколога показана во всех случаях развития у пациента острого психотического расстройства.

ГЛАВА 6 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ДЕПРЕССИЕЙ

69. Депрессия (шифр по МКБ-10 – F32 Депрессивный эпизод) представляет собой часто встречающуюся в популяции (около 5 %) и общей медицинской практике (около 10 %) форму психического расстройства.

Основными проявлениями депрессии являются:

сниженное, подавленное настроение;

утрата прежних интересов и способности получать удовольствие (ангедония);

снижение активности, энергичности, способности к деятельности.

К числу дополнительных симптомов депрессии относятся:

замедленность мышления;

пессимистическая оценка внешнего мира и перспектив на будущее;

чувство вины или сниженная самооценка;

мысли о смерти и нежелании жить;

трудность в принятии решений;

расстройство сна в виде ранних утренних пробуждений;

чувство физической слабости, разбитости;

снижение аппетита, потеря веса;

снижение либидо;

многочисленные неприятные ощущения в теле без видимой соматической причины;

запоры, сухость кожи и слизистых, тахикардия и др.

70. Для постановки диагноза депрессии (депрессивного эпизода) необходимо обнаружить наличие у пациента хотя бы двух из числа основных симптомов плюс еще хотя бы два из числа дополнительных симптомов, перечисленных выше. Необходимо также, чтобы эти симптомы сохранялись у пациента изо дня в день не менее двух недель.

Следует определить тяжесть (глубину) эпизода – легкая, умеренная или тяжелая.

При легком депрессивном эпизоде пациент еще способен, хотя и с видимым затруднением, выполнять привычную работу и социальные функции.

При умеренном депрессивном эпизоде пациент испытывает существенные затруднения в выполнении как производственных и социальных обязанностей, так и в ведении домашних дел.

При тяжелом депрессивном эпизоде пациент полностью или почти полностью теряет способность выполнять не только свою работу, но и простые домашние обязанности.

71. Жалобы, предъявляемые пациентом: в начале болезни пациенты могут предъявлять преимущественно жалобы соматического характера – на утомляемость, слабость, неприятные ощущения в теле, плохой сон, сниженный аппетит и т.д. При целенаправленном расспросе пациента нетрудно выявить у него психические проявления депрессии, перечисленные выше.

72. Дифференциальную диагностику следует проводить с непатологическим снижением настроения у психически здорового человека (грусть, печаль, подавленность), которое отличается от депрессии тем, что оно возникает по психологически понятной причине и длится не столь продолжительное время. При этом, у человека не возникает чувства вины; сохраняется уважение к себе; пессимистическая оценка не распространяется на будущее; в меньшей степени угнетены инстинкты (пищевой, половой, самосохранения); человек, как правило, в состоянии выполнять свои основные производственные и социальные функции. В таких состояниях человеку требуется не психиатрическая, а психологическая помощь и поддержка.

Симптомы депрессии могут быть также вызваны приемом некоторых лекарственных препаратов, содержащих алкалоиды раувольфии, бета-блокаторов и других антигипертензивных средств, антигистаминных и противоопухолевых препаратов, кортикостероидов, пероральных гормональных контрацептивов, некоторых антипсихотических средств (хлорпромазин).

Депрессия может быть следствием злоупотребления алкоголем, психостимуляторами или другими ПАВ.

Если у пациента наряду с симптомами депрессии наблюдаются расстройства в виде бреда (странные, необоснованные и не поддающиеся коррекции убеждения и высказывания, например, о слежке, воздействии, чтении мыслей и т.д.) либо галлюцинаций – следует думать об острых психотических расстройствах и как можно быстрее направить пациента на консультацию к врачу-психиатру-наркологу.

Если выясняется, что у пациента в прошлом возникали маниакальные эпизоды (неадекватно приподнятое настроение, повышенная энергичность и двигательная активность, ускоренная речь и т.д.), следует думать о биполярном аффективном расстройстве (шифр по МКБ-10 – F31 Биполярное аффективное расстройство) и направить пациента на консультацию к врачу-психиатру-наркологу.

73. Диагностические мероприятия:

сбор анамнестических сведений у пациента и его близких и постановка вопросов, направленных на выявление основных и дополнительных симптомов депрессии, перечисленных выше;

целенаправленная постановка вопросов для оценки риска суицида («Приходят ли в голову мысли о смерти?», «Нет ли желания умереть?», «Были ли в прошлом суицидальные попытки?», «Не пытался ли пациент выбрать способ и составить план действий?», «Не начал ли он приготовлений к этому?»).

74. Условия оказания медицинской помощи:

74.1. депрессивные эпизоды легкой степени лечатся в амбулаторных условиях;

74.2. эпизоды умеренной степени в зависимости от конкретных условий могут лечиться как в амбулаторных условиях, так и в условиях психиатрического стационара;

74.3. тяжелые депрессивные эпизоды требуют госпитализации в психиатрический стационар, в том числе, и в порядке принудительной госпитализации;

74.4. необходимо проинформировать пациента и его близких о следующем:

депрессия – широко распространенное расстройство: ей страдает примерно 5 % населения Земли, а риск возникновения депрессивного эпизода в течение жизни составляет примерно 20 % для женщин и 10 % для мужчин;

депрессия – обратимое расстройство, хорошо поддающееся лечению;

свой вклад в лечение должен внести и сам пациент;

74.5. рекомендации для пациента и членов его семьи:

составить перечень занятий, которые приятны пациенту, доставляют удовольствие или повышают уверенность в себе, а затем целенаправленно совершать их по возможности чаще;

планировать по часам каждый день;

не совершать перемен в жизни под влиянием сниженного настроения – таких, например, как оставление работы, прекращение учебы и др.;

быть спокойными и терпеливыми, не критиковать и не иронизировать по поводу состояния пациента, не требовать от него «взять себя в руки» и т.п.;

стараться проводить больше времени рядом с пациентом, вовлекать его в любую полезную деятельность;

предоставлять пациенту возможность выговориться, свободно, не опасаясь критики, рассказать о своих мыслях, переживаниях, опасениях;

не бояться обсуждения с пациентом темы суицидальных мыслей и намерений, если таковые имеются, своевременно информировать об этом врача;

сопровождать пациента при посещениях врача, если возникнет необходимость в приеме лекарств-антидепрессантов – постоянно контролировать их прием.

75. Лечение:

75.1. лечение антидепрессантами относится преимущественно к компетенции врача-психиатра-нарколога или врача-психотерапевта. Однако, в случаях, когда сделать это в ближайшее время по каким-либо причинам не удастся, лечение может быть начато врачом общей практики. При депрессивных эпизодах умеренной и значительной тяжести прием антидепрессантов является обязательным и должен быть начат как можно раньше;

75.2. при выборе антидепрессанта нужно руководствоваться следующими правилами:

если пациент ранее переносил депрессию и какой-либо антидепрессант оказался эффективным – назначить его снова в той же дозе;

лечение следует начинать с минимальной дозы, которую в течение 3–5 дней повышают до средней терапевтической;

желательно не превышать средние терапевтические дозы лекарственного средства;

если депрессия сопровождается тревогой и ажитацией, использовать лекарственное средство с седативным и противотревожным действием (например, флувоксамин 50–150 мг однократно в сутки вечером; пароксетин, начиная с 5–10 мг с последующим повышением дозы один раз в 2–3 дня до 20–40 мг/сут однократно утром или в два приема);

при депрессиях с заторможенностью, вялостью и апатией следует использовать лекарственное средство со стимулирующим действием (например, флуоксетин, начиная с 20 мг/сут однократно утром, при необходимости увеличивая дозу до 40 мг; циталопрам – с 10 мг/сут однократно утром, увеличивая при необходимости дозу до 40 мг/сут);

при наличии в структуре депрессии тревоги и заторможенности рекомендовано использовать антидепрессанты со сбалансированным действием (например, мапротилин – начиная с 50 мг/сут в два приема утром и вечером, при необходимости увеличивая дозу до 75–150 мг/сут; сертралин – начиная с 50 мг однократно в сутки утром, повышая дозу на 0,25 мг каждые 2–3 дня, доведя ее при необходимости до 100 мг однократно; эсциталопрам – начиная с 10 мг/сут однократно, повышая дозу при необходимости до 20 мг; венлафаксин – начиная с 75 мг утром однократно, при необходимости увеличивая дозу на 75 мг каждые три дня до 225 мг/сут);

пациентам пожилого возраста и при наличии сопутствующих соматических заболеваний назначают антидепрессанты с меньшей выраженностью холинолитических побочных эффектов (чаще всего – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина);

лечение антидепрессантом проводится в виде монотерапии, то есть не допускается одновременное использование двух лекарственных средств этой группы у одного пациента;

терапевтический эффект при лечении антидепрессантами возникает не ранее 2–4 недель приема терапевтической дозы; об этом следует проинформировать пациента и его близких.

76. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:
сложности в диагностике;
лечение депрессивного эпизода умеренной или значительной тяжести;
при сопровождении депрессии психотическими нарушениями;
при наличии суицидальных тенденций или попыток;
при отсутствии эффекта лечения, проводимого врачом общей практики, не дало эффекта;
при настоянии самого пациента.

ГЛАВА 7 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

77. Паническое расстройство (шифр по МКБ-10 – F41.0 Паническое расстройство [эпизодическая пароксизмальная тревожность]) представляет собой распространенную форму патологии, которой страдает 1,5–2 % населения, причем женщины болеют примерно в два раза чаще. Характерно начало в молодом возрасте (20–30 лет) и хроническое течение. Пациенты с этой патологией гораздо чаще (особенно на первых этапах заболевания) обращаются за помощью к врачам-терапевтам, чем к врачам-психиатрам-наркологам или врачам-психотерапевтам.

Отдаленный прогноз заболевания в значительной степени зависит от того, как скоро будет установлен правильный диагноз.

78. Основные проявления панического приступа:
сильное сердцебиение, учащенный пульс;
потливость;
озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи;
ощущение нехватки воздуха, одышка;
боль или дискомфорт в грудной клетке;
тошнота или другие жалобы абдоминального характера;
ощущение головокружения, неустойчивости или предобморочного состояния;
ощущение дереализации, деперсонализации;
страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок;
страх смерти;
ощущение онемения или покалывания (парестезии) в конечностях;
ощущение прохождения по телу волн жара или холода.

Во время панического приступа у пациента наблюдаются четыре и более симптомов из вышеперечисленных. В отличие от других пароксизмальных состояний для панического приступа не характерен продромальный период (аура). Послеприступный период характеризуется общей слабостью, разбитостью.

Большинство пациентов говорят о спонтанности приступов. Однако, активный расспрос пациента позволяет выявить наряду со спонтанными атаками и ситуационные приступы, возникающие в потенциально «угрожаемых» ситуациях, которыми могут быть пользование транспортом, пребывание в толпе или замкнутом пространстве, необходимость покинуть собственное жилище и др. При повторении приступов

у пациента может возникать агорафобия и поведение избегания – страх посещения людных мест (кинотеатры, магазины), страх поездок общественным транспортом. В тяжелых случаях пациенты перестают выходить из квартиры из-за страха повторения приступа. Страх возникновения панического приступа обычно уменьшается в присутствии сопровождающего.

79. Пациенты жалуются на приступы сильной тревоги (паники), которые возникают без видимой внешней причины и сопровождаются многочисленными вегетативными симптомами.

Во время приступа возникает страх заболеть тяжелым заболеванием (инфаркт миокарда, инсульт), страх смерти, страх потери контроля над своим поведением. Приступы внешне напоминают состояние, возникающее у здорового человека в ситуациях внезапной угрозы его жизни или благополучию. Обычная продолжительность приступа – от 10 до 30 минут, частота – от нескольких в день до 1–2 приступов в месяц.

80. Дифференциальную диагностику проводят с различными формами патологии, в основе которой лежат соматические заболевания либо органические повреждения головного мозга.

81. Диагностические мероприятия:

81.1. при подозрении, что причиной приступа явилась та или иная соматическая патология, могут быть проведены:

лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка, биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, общий холестерин, липопротеины высокой плотности (далее – ЛПВП), липопротеины низкой плотности (далее – ЛПНП), триглицериды, аспартатаминотрансфераза (далее – АсАТ), аланинаминотрансфераза (далее – АлАТ), креатинин, мочевины, креатинкиназа-МВ (далее – СК-МВ), определение содержания в крови глюкозы, гормонов щитовидной железы;

ЭКГ, при необходимости – суточное мониторирование ЭКГ;

УЗИ сердца или иных органов (в зависимости от преобладающих жалоб); профиль артериального давления;

консультация врачей: невролога, офтальмолога, эндокринолога;

81.2. не следует без достаточных оснований проводить повторные или дополнительные обследования соматической сферы, так как это может усилить ипохондрические опасения пациента.

82. Обследование и лечение чаще проводится в амбулаторных условиях, но при выраженности симптоматики и явных нарушениях функционирования – в стационарных условиях (отделения для пациентов с неврозами психиатрических и соматических стационаров, психосоматические отделения соматических больниц).

Лечение неосложненных случаев панического расстройства, особенно на начальных этапах, может вести врач терапевтического профиля.

83. Важнейшим условием успешного лечения является возможно более раннее информирование пациента и его семьи о природе расстройства, регулярное обучение пациента и его близких (психообразование).

Для лекарственного лечения панического расстройства используются две группы лекарственных средств:

антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС) – флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, эсциталопрам, циталопрам;

транквилизаторы-бензодиазепины – алпразолам и клоназепам.

Начальные дозы СИОЗС обычно минимальны (50 мг флувоксамина однократно вечером, 25 мг сертралина, 20 мг пароксетина однократно утром). В течение 1–2 недель доза постепенно доводится до средней (150 мг флувоксамина однократно вечером, 100 мг сертралина однократно утром, 30 мг пароксетина в два приема), а далее, при необходимости, может быть увеличена выше средней терапевтической. В последующем, даже при длительной терапии, доза не меняется.

Лечение антидепрессантами продолжают 6–12 месяцев после купирования симптомов, затем осуществляется их постепенная отмена.

В первые две – три недели лечения до развития эффекта антидепрессантов возможно назначение транквилизаторов-бензодиазепинов. Затем дозы бензодиазепинов постепенно уменьшаются до полной отмены.

Из числа бензодиазепинов используются алпразолам и клоназепам коротким курсом не более 3–4 недель. Антипанический эффект других бензодиазепинов значительно слабее. Эти лекарственные средства в начале лечения не вызывают, в отличие от антидепрессантов, обострения тревоги. Их антипанический эффект развивается без длительного латентного периода – через 5–7 дней.

Начальные дозы алпразолама – 0,25–0,5 мг/сут в два приема, с повышением на 0,25 мг каждые три дня до полного прекращения приступов паники. Суточные дозы алпразолама составляют в среднем от 1 до 2,5 мг.

Клоназепам также обладает выраженным антипаническим действием, однако нежелательные реакции при его назначении (сонливость, вялость, атаксия) более выражены. В то же время, за счет более длительного периода полувыведения отмечается более мягкий синдром отмены, легче проводить снижение дозы. Начальная доза клоназепама обычно составляет 0,5 мг 2 раза в день; в случае неэффективности дозу постепенно повышают до 2–4 мг/сут.

Сохранение приступов, их рецидивирование указывают на недостаточную дозу лекарственного средства, а нежелательные реакции (седация, вялость, сонливость) – на необходимость снижения дозы.

Недостатком бензодиазепинов является возможность развития зависимости, что требует, по возможности, ограничивать срок их непрерывного приема. Кроме того, при длительном применении транквилизаторов терапевтический эффект в расчете на стандартную дозу снижается, и для его поддержания требуется увеличение доз. С ростом дозы бензодиазепинов возрастает опасность формирования зависимости. Поэтому применение бензодиазепинов в течение более четырех-шести недель требует большой осторожности и контроля эффективности проводимой терапии со стороны врача-психиатра-нарколога. Снижение дозы бензодиазепинов осуществляется в среднем на 0,5 мг в неделю во избежание синдрома отмены.

Пациентам с токсикоманическими тенденциями (даже в анамнезе), включая злоупотребление алкоголем, не следует назначать лечение бензодиазепинами.

Лекарственные средства, содержащие барбитураты (корвалол, валокордин и др.), при панических расстройствах неэффективны и противопоказаны.

84. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

первичная постановка диагноза;

выраженная агорафобия, значительные нарушения социального, семейного и производственного функционирования в связи с заболеванием;

наличие зависимости от алкоголя, транквилизаторов или других седативных препаратов (корвалол и др.);

неэффективность лекарственной терапии, проводимой врачом общей практики, врачом-терапевтом в течение 6 недель;

необходимость более сложных форм психотерапии;

желание самого пациента.

ГЛАВА 8

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

85. Главные признаки генерализованного тревожного расстройства (шифр по МКБ-10 – F41.1 Генерализованное тревожное расстройство) – стойкая монотонная тревога по поводу жизненных событий, вероятность наступления которых в действительности очень мала. Тревога сопровождается значительными

соматовегетативными проявлениями, нарушением социального и профессионального функционирования пациента.

Распространенность генерализованного тревожного расстройства – 2–4 % населения, соотношение женщин и мужчин 2:1.

86. Пациенты жалуются преимущественно на соматические симптомы, которые являются проявлением тревоги – головную боль напряжения, учащенное дыхание, сердцебиение, мышечную скованность и боли в мышцах, боли в спине, озноб, диспепсию, учащенное мочеиспускание, ощущение комка в горле и т.д.

Жалобы со стороны психической сферы включают неусидчивость, невозможность расслабиться, пугливость, беспокойство по поводу возможных в будущем неудач и конфликтов, трудность в сосредоточении, нарушение засыпания при сохранении подобных явлений в течение длительного времени – нескольких недель или месяцев.

87. Дифференциальный диагноз:

тревога при некоторых соматических заболеваниях (тиреотоксикоз, сахарный диабет, феохромоцитома, ревматоидный полиартрит и др.);

тревога у тяжелых курильщиков или лиц, злоупотребляющих кофеином;

тревога как нежелательная реакция при приеме некоторых лекарственных средств – кортикостероидов в высоких дозах, противоастматических средств, средств для лечения заболеваний щитовидной железы;

тревога при алкогольной зависимости и состоянии отмены алкоголя;

если тревога носит характер приступов, необходимо исключить паническое расстройство.

88. Диагностические мероприятия: расспрос пациента, соматический и неврологический осмотр, лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка, биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин, мочевины, СК-МВ, С-реактивный белок), определение содержания в крови глюкозы, гормонов щитовидной железы, кортизола и инструментальные исследования (ЭКГ и др.) с целью исключения явных соматических причин для предъявляемых жалоб.

89. Медицинская помощь чаще оказывается в амбулаторных условиях, при наличии явных нарушений функционирования – в стационарных условиях, в психосоматических отделениях психиатрических или общесоматических больниц.

90. В лечении используются следующие группы лекарственных средств:

антидепрессанты – трициклические (амитриптилин, мапротилин, кломипрамин и др.) и СИОЗС (флувоксамин, сертралин, пароксетин и др.);

транквилизаторы-бензодиазепины – диазепам по 5–10 мг/сут, либо тофизопам 100–250 мг/сут, лоразепам 1–4 мг/сут, алпразолам 0,5–3 мг/сут, клоназепам 0,5–2 мг/сут – назначаются на срок не более 2–3 недель ввиду опасности развития зависимости;

небензодиазепиновый анксиолитик (противотревожное средство) буспирон, не вызывающий привыкания и зависимости, в дозе 30–40 мг/сут;

бета-блокаторы – пропранолол (40–100 мг/сут, атенолол 50–100 мг/сут).

При использовании антидепрессантов лечение начинают с низких доз, медленно повышая дозу до оптимальной (например, для имипрамина, амитриптилина либо кломипрамина начальная доза (25–50 мг/сут) повышается на 25 мг каждые 5–7 дней до средней терапевтической 100–150 мг/сут). Эффект трициклических антидепрессантов развивается относительно медленно – за 3–4 недели при приеме антидепрессанта в терапевтической дозе. В начале лечения трициклические антидепрессанты, как и СИОЗС, могут сочетаться с бензодиазепинами или буспироном. Пациенту назначается один антидепрессант и один бензодиазепин, либо один антидепрессант и буспирон.

Необходимо избегать назначения лекарственных средств, содержащих в своем составе барбитураты (валокордин, корвалол и т.п.), ввиду опасности формирования зависимости.

Пациенту и членам его семьи необходимо дать следующие разъяснения и рекомендации:

имеющиеся у пациента симптомы являются проявлением тревоги, а не какого-либо соматического заболевания;

необходимо выявить события, которые вызывают тревогу, а также связанные с ними иррациональные мысли и опасения, зафиксировать их на бумаге, чтобы затем в спокойном состоянии проверить, насколько они в действительности вероятны;

необходимо освоить простые формы борьбы с тревогой, если она усиливается – медленное дыхание под счет, физические упражнения, аутотренинг и мышечную релаксацию и др.;

прекратить курение;

уменьшить потребление кофеина (с чаем, кофе);

существенно увеличить физическую нагрузку.

91. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

первичная постановка или уточнение диагноза;

значительная тяжесть симптомов;

неэффективность лечения, проводимого врачом общей практики, врачом-терапевтом в течение 3 месяцев;

необходимость проведения сложных форм психотерапии;

желание самого пациента.

ГЛАВА 9

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ СО СМЕШАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ И ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

92. Диагностическую категорию «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (шифр по МКБ-10 – F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство) следует использовать 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 (согласно главе 8 настоящего клинического протокола) или депрессивного эпизода (согласно главе 6 настоящего клинического протокола).

Если из практических соображений желательно ограничиться одним диагнозом, то предпочтение следует отдать депрессии (депрессивному эпизоду).

93. Диагностические критерии смешанного тревожного и депрессивного расстройства:

при отчетливом преобладании симптомов либо депрессии, либо тревоги, следует ставить один из этих диагнозов;

при преобладании жалоб со стороны внутренних органов – подробная информация указана в главе 11 настоящего клинического протокола;

при обнаружении злоупотребления алкоголем – подробная информация указана в главе 4 настоящего клинического протокола.

94. Пациенты предъявляют жалобы на утомляемость и снижение активности, заторможенность, напряжение и беспокойство, снижение аппетита, бессонницу, снижение либидо и другие симптомы как тревоги, так и депрессии в сочетании с вегетативными симптомами (такими как тремор, сердцебиение, сухость во рту, бурление в животе и др.).

95. Дифференциальный диагноз проводится:

с генерализованным тревожным расстройством;

с депрессивным эпизодом.

96. Диагностические мероприятия:

расспрос пациента, соматический и неврологический осмотр, лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка, биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды,

АсАТ, АлАТ, креатинин, мочевины), определение содержания в крови глюкозы, гормонов щитовидной железы, кортизола и инструментальные исследования (ЭКГ и др.) с целью исключения явных соматических причин для предъявляемых жалоб;

постановка вопросов пациенту для выявления степени суицидальной опасности (аналогично пункту 73 настоящего клинического протокола).

97. Условия оказания медицинской помощи: чаще в амбулаторных условиях, при наличии явных нарушений функционирования – в стационарных условиях, в отделениях для пациентов с неврозами или психосоматических отделениях психиатрических или общесоматических больниц.

98. Фармакотерапия:

антидепрессанты с седативным и противотревожным эффектом: мапротилин, amitриптилин, кломипрамин, флувоксамин, сертралин, пароксетин; правила использования антидепрессантов – подробная информация указана в главе 6 настоящего клинического протокола;

транквилизаторы: алпрозолам, клоназепам, тофизопам, лоразепам в виде короткого курса (не более 3–4 недель) – подробная информация указана в главе 8 настоящего клинического протокола;

небензодиазепиновый анксиолитик буспирон – подробная информация указана в главе 8 настоящего клинического протокола.

Лечение проводится, как правило, в виде монотерапии – либо одним антидепрессантом, либо одним транквилизатором. Для достижения более быстрого купирующего эффекта рекомендуется сочетать назначение антидепрессанта и транквилизатора в течение первых 2–3 недель лечения.

99. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

первичная постановка или уточнение диагноза;

повышенный риск суицида;

значительная тяжесть симптомов;

неэффективность лечения, проводимого врачом общей практики, врачом-терапевтом в течение 3 месяцев;

желание самого пациента.

ГЛАВА 10 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С АДАПТАЦИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

100. Адаптационные расстройства (расстройства адаптации, шифр по МКБ-10 – F43.2 Расстройство адаптации) представляют собой обширную группу неглубоких и обратимых психических нарушений, возникающих в ответ на различные психотравмирующие факторы обычной интенсивности, которыми полна жизнь каждого человека (конфликты на работе, в семье, разлука с близким, финансовые трудности, госпитализация в связи с соматическим заболеванием, ожидание диагноза или операции и др.).

Адаптационные расстройства возникают обычно в течение месяца после психотравмирующего события и длятся не более шести месяцев, заканчиваясь, как правило, выздоровлением.

101. Для постановки диагноза необходимо наличие психотравмирующего события и связь по времени между ним и появлением следующих жалоб пациента:

не резко сниженное настроение;

чувство подавленности;

снижение уверенности в себе;

некоторая степень снижения продуктивности в повседневных делах;

проявления тревоги в виде мышечной скованности, двигательного беспокойства, сердцебиения.

Кроме того требуется, чтобы имеющиеся симптомы заметно нарушали социальное и профессиональное функционирование пациента.

102. Дифференциальный диагноз: симптомы не должны быть выражены столь значительно, чтобы удовлетворять критериям более тяжелых психических расстройств – депрессивного эпизода (подробная информация указана в главе 6 настоящего клинического протокола), генерализованного тревожного расстройства (подробная информация указана в главе 8 настоящего клинического протокола) либо смешанного тревожного и депрессивного расстройства (подробная информация указана в главе 9 настоящего клинического протокола).

103. Диагностические мероприятия:

расспрос пациента, соматический и неврологический осмотр, лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка, биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин, определение содержания глюкозы в крови) и инструментальные исследования (ЭКГ и др.) с целью исключения явных соматических причин для предъявляемых жалоб;

постановка вопросов пациенту для выявления степени суицидальной опасности (аналогично пункту 73 настоящего клинического протокола).

104. Условия оказания медицинской помощи: как правило, в амбулаторных условиях; при наличии явных нарушений функционирования – в стационарных условиях, в отделениях для пациентов с неврозами или психосоматических отделениях психиатрических или общесоматических больниц.

105. Лечение:

105.1. в большинстве случаев фармакотерапия не требуется. Лишь иногда при выраженной тревоге могут на 1–2 недели назначаться небензодиазепиновые анксиолитические средства (мебикар 900 мг/сут, афобазол 30 мг/сут, этифоксин 150 мг/сут, буспирон 30–40 мг/сут) либо транквилизаторы–бензодиазепины в малых дозах (тофизолам 100–250 мг/сут, лоразепам 1–4 мг/сут, алпразолам 0,5–3 мг/сут);

105.2. при наличии бессонницы на срок до 3–5 дней можно назначить небензодиазепиновые снотворные (зопиклон 7,5 мг, золпидем 5 мг);

105.3. необходимо обязательное проведение психотерапии и психологической коррекции, в ходе которых требуется помочь пациенту осознать и точно сформулировать свои опасения (например, если ему предстоит хирургическая операция – в чем он видит ее опасность), а также рассмотреть шаги, которые он может предпринять для разрешения проблемы.

106. Консультация врача-психиатра-нарколога показана при неэффективности лечения, проводимого врачом общей практики, врачом-терапевтом в течение одного месяца.

ГЛАВА 11

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

107. Соматоформные расстройства (необъяснимые соматические жалобы, синдром множественных жалоб, шифр по МКБ-10 – F45 Соматоформные расстройства) – расстройства, которые сопровождаются постоянным возникновением у пациента многочисленных соматических жалоб и симптомов, а также настойчивыми требованиями все новых соматических обследований, несмотря на то, что при этом не выявляется никакой соматической патологии, которой можно было бы объяснить предъявляемые жалобы.

Причиной указанных расстройств являются различные психические травмы, неразрешенные конфликты и деформированные межличностные отношения. В то же время, пациент категорически настаивает на телесной природе болезни и часто сопротивляется попыткам обсуждения психологической обусловленности симптомов.

Распространенность соматоформных расстройств среди населения – до 2 %, женщины болеют в 6–8 раз чаще.

108. Для постановки диагноза необходимо наличие разнообразных жалоб, которые нельзя объяснить соматическими причинами, а также частых обращений пациента за медицинской помощью, несмотря на отрицательные результаты обследований.

Такие симптомы должны сохраняться длительное время и вызывать нарушения социального, семейного и профессионального функционирования пациента.

109. Жалобы, предъявляемые пациентом: многочисленные соматические жалобы, которые могут относиться к любой части тела и могут изменяться с течением времени.

Чаще всего встречаются жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (боли, жжение, покальвание, тошнота, рвота и др.), неприятные кожные ощущения (зуд, жжение, покальвание, онемение), а также связанные с сексуальной и менструальной функциями (дисменорея, боли, жжение в половых органах и др.).

110. Дифференциальный диагноз:

с генерализованным тревожным расстройством (F41.1, подробная информация указана в главе 8 настоящего клинического протокола), если соматические жалобы сопровождаются выраженной тревогой;

с депрессией (F32, подробная информация указана в главе 6 настоящего клинического протокола), если на первый план выступают симптомы депрессии;

с острым психотическим расстройством (F23, подробная информация указана в главе 5 настоящего клинического протокола), если соматические жалобы сопровождаются ипохондрическим бредом (например, о том, что внутренние органы разложились, весь организм поражен неизлечимой болезнью и т.п.).

111. Диагностические мероприятия: расспрос пациента, соматический и неврологический осмотр, лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка, биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, креатинин, мочевины, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, амилаза, СК-МВ), определение содержания глюкозы в крови и инструментальные исследования (ЭКГ и др.) с целью исключения явных соматических причин для предъявляемых жалоб. При этом, не следует идти на поводу у пациента, требующего все новых и новых соматических обследований, несмотря на отрицательные результаты предыдущих.

112. Условия оказания медицинской помощи: чаще в амбулаторных условиях, при наличии явных нарушений функционирования – в стационарных условиях, в психосоматических отделениях психиатрических или общесоматических больниц.

113. Лечение:

113.1. для фармакотерапии используются антидепрессанты с противотревожным действием (флувоксамин, пароксетин, amitриптилин, венлафаксин) в невысоких дозах. В зависимости от тяжести состояния длительность лечения антидепрессантами составляет от 3 до 12 месяцев. Транквилизаторы-бензодиазепины нежелательны. Лекарственных средств, содержащих в своем составе барбитураты, анальгетиков (метамизол натрия), нестероидных противовоспалительных и противоревматических средств (кеторолак, нимесулид и т.п.) необходимо избегать ввиду опасности формирования зависимости;

113.2. необходимо постоянно подчеркивать связь симптомов с психологическими проблемами пациента и тренировать его навыки по их разрешению;

113.3. необходимо избегать излишних диагностических обследований и направлений к врачам-специалистам;

113.4. возможно направление пациента к врачу-психотерапевту для проведения когнитивно-поведенческой терапии;

113.5. ожидаемые результаты: стабилизация состояния, восстановление прежнего уровня социальной, трудовой и семейной адаптации.

114. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

первичная постановка или уточнение диагноза;

необходимость проведения более сложных форм психотерапии;

желание самого пациента.

ГЛАВА 12

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

115. Основной контингент пациентов, страдающих расстройствами пищевого поведения (шифр по МКБ-10 – F50 Расстройства приема пищи) – девушки и молодые женщины. Расстройства эти чаще всего возникают в возрасте 13–20 лет и представляют собой спектр отклоняющихся от нормы форм поведения – от ограничительных стратегий в питании (нервная анорексия) до нарушений, проявляющихся чувством утраты контроля над количеством и/или качеством потребляемой пищи (нервная булимия, переедание, сочетающееся с другими психологическими причинами).

Соотношение женщин и мужчин среди пациентов – 10:1–15:1. Распространенность этих расстройств существенно выше среди лиц с более высоким социально-экономическим и образовательным уровнем, а также среди представителей ряда профессий, где формам тела и весу человека придается особое значение – моделей, спортсменов, артистов балета, актеров и т.п.

Расстройства пищевого поведения часто приводят к выраженным соматическим осложнениям, проблемам фертильности, патологии беременности и родов, связаны с высоким суицидальным риском. Летальность при нервной анорексии достигает 10 %. Чем раньше расстройство распознано, тем меньше летальность и лучше прогноз.

116. Для постановки диагноза нервной анорексии необходимо, наряду с наличием описанной выше симптоматики и особенностей поведения, снижение массы тела не менее чем на 15 % по сравнению с нормой или величина индекса массы тела (отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах) (далее – ИМТ) 17,5 и ниже.

Наряду со строгим ограничением приема пищи у этих пациентов обнаруживаются также искажение образа своего тела (бездоказательная убежденность в собственной полноте), обменные и трофические нарушения, аменорея.

117. Жалобы, предъявляемые пациентом и членами его семьи, объективная характеристика психического и поведенческого состояния пациента: пациент ограничивает себя в еде с целью снижения своего веса, несмотря на то, что вес его может вполне соответствовать норме или быть даже существенно ниже нормального.

Особенности пищевого поведения проявляются в отказе от пищи, которая его якобы полнит, а также в вызывании у себя рвоты, употреблении лекарственных средств, уменьшающих аппетит, приеме мочегонных и слабительных, повышенной физической активности.

Сам пациент жалоб обычно не предъявляет и происходящим не обеспокоен. За помощью обращаются, как правило, члены семьи, обеспокоенные происходящим.

118. Дифференциальный диагноз:

118.1. снижение аппетита и потеря массы тела может возникать при депрессии (депрессивном эпизоде), но тогда обнаруживаются и другие ее симптомы (согласно главе 6 настоящего клинического протокола);

118.2. нервную анорексию и булимию необходимо дифференцировать с непатологическим стремлением контролировать свой вес (при наличии соответствующих медицинских показаний);

118.3. нервную анорексию необходимо также дифференцировать от синдрома анорексии, например, при онкологических заболеваниях, а также от некоторых соматических заболеваний, ведущих к снижению массы тела (токсического зоба, инсулинозависимых форм сахарного диабета, опухолей кишечника, энтерита и др.).

119. Диагностические мероприятия:

119.1. сбор анамнестических сведений сначала от родственников, затем от пациента;

119.2. соматическое обследование включает: рост, вес, подсчет и оценку нормативности ИМТ, выраженности кахексии, оценку ортостатических реакций, акроцианоза, отеков, увеличения и болезненности слюнных желез, выпадения волос, ломкости ногтей, желтушности, болезненности живота;

119.3. лабораторное исследование: общий анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка; биохимический анализ крови (электролиты сыворотки крови (калий, натрий, хлор, общий белок сыворотки крови и белковые фракции, АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, билирубин, мочевины, креатинин, СК-МВ, липидный профиль, амилаза), определение содержания в крови глюкозы, гормонов щитовидной железы.

120. Обследование и лечение таких пациентов начинается, как правило, в условиях психиатрического стационара, включая, если это необходимо, принудительную госпитализацию.

Решение о необходимости направления в психиатрический стационар относится, как правило, к компетенции врача-психиатра-нарколога, за исключением случаев, когда у пациента имеется необходимость оказания экстренной психиатрической помощи. Организация лечения вне организаций здравоохранения психиатрического профиля нецелесообразна.

Показаниями для госпитализации являются:

тяжелая или быстрая целенаправленная потеря веса до 85 % от нормального или выраженные соматические, психологические или социальные нарушения;

недостаточная эффективность лечения в амбулаторных условиях (отсутствие нормализации веса или ликвидации симптомов переедания/очистительного поведения);

наличие сопутствующих психических расстройств (психиатрическая коморбидность), включая тяжелый депрессивный эпизод, выраженное обсессивно-компульсивное расстройство, расстройство личности с импульсивным поведением, использование ПАВ или зависимость от них, имеющийся план самоповреждений или активные действия по его реализации;

наличие сопутствующих соматических заболеваний;

недостаток внестационарной помощи и поддержки (проблемное внутрисемейное окружение или психосоциальная среда);

диагностика и лечение потери веса / низкого веса или эпизодов «переедания – очистки» в случаях атипичных клинических проявлений, когда диагноз не определен, но существуют значимые проблемы в пищевом поведении или весе.

121. Необходимо дать пациенту и членам его семьи следующие рекомендации:

происходящее является не просто странным поведением, а представляет собой проявления серьезного хронического психического заболевания;

ограничения в питании могут нанести серьезный, нередко необратимый вред здоровью пациента; в ряде случаев это может угрожать его жизни;

членам семьи не следует верить обещаниям пациента прекратить голодание или бояться его негативной реакции;

сами по себе эти расстройства не проходят – необходимо как можно более срочное обращение за помощью к врачу-психиатру-наркологу, врачу-психотерапевту и начало лечения.

122. Первичная постановка диагноза и лечение таких пациентов относится к компетенции врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта (но не врача-диетолога).

Задача врача общей практики – заподозрить наличие патологии и сориентировать пациента и его близких в отношении скорейшего обращения за специализированной помощью.

ГЛАВА 13

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ СНА

123. В группу расстройств сна (шифр по МКБ-10 – F51 Расстройства сна неорганической природы) включаются диссомнии (нарушение качества и количества сна) и парасомнии (аномальные эпизодические состояния во время сна).

К рубрике F51 относятся расстройства сна неорганической природы, то есть те, основной этиологический фактор которых – эмоциональные и социально-психологические причины. Данные расстройства могут выступать как изолированный

феномен, но могут быть спутниками других психических расстройств (расстройств настроения, тревожного расстройства и других) и соматических заболеваний (астмы, язвы желудка, артериальной гипертензии и других).

124. Основные клинические диагностические признаки:

жалобы на плохое засыпание, трудности сохранения сна или на плохое качество сна; нарушение сна отмечается как минимум три раза в неделю на протяжении, по меньшей мере, одного месяца;

имеет место озабоченность в связи с бессонницей и ее последствиями, как ночью, так и в течение дня;

неудовлетворительная продолжительность и/или качество сна вызывают выраженный дистресс или препятствуют социальному и профессиональному функционированию.

125. Жалобы, предъявляемые пациентом: вследствие плохого (по продолжительности или по качеству) сна у пациента нарушается самочувствие и работоспособность в дневное время.

126. Дифференциальный диагноз:

126.1. исключаются расстройства сна органической природы и специфические расстройства сна как симптом другого заболевания (психического или соматического). Бессонница может сочетаться с другими психическими расстройствами в том случае, если она достаточно выражена и постоянна. Бессонница является частым симптомом других психических расстройств, в частности аффективных, невротических, органических, расстройств приема пищи, употребления ПАВ, шизофрении и других расстройств сна, таких как кошмары. Большинство пациентов, страдающих хронической бессонницей, обычно обеспокоены лишь нарушением своего сна и отрицают существование каких-либо эмоциональных проблем;

126.2. если бессонница развивается как один из многих симптомов психического или соматического заболевания и не доминирует в клинической картине, диагноз должен ограничиваться основным психическим или соматическим расстройством. Диагноз другого расстройства сна (ночные кошмары, расстройство цикла сон – бодрствование, апноэ сна и ночные миоклонусы) должен устанавливаться только в том случае, если оно приводит к снижению продолжительности и качества сна;

126.3. к расстройствам сна не относится так называемая «транзиторная бессонница», которая возникает как острая реакция на стресс или расстройство адаптации.

127. Диагностические мероприятия:

тщательный сбор анамнеза;

клиническое и параклиническое исследование, направленные на исключение органической и медикаментозной причины состояния, другого психического расстройства;

проведение электроэнцефалографии (далее – ЭЭГ), в том числе, суточного мониторинга ЭЭГ, для исключения пароксизмальной активности.

128. Рекомендуется придерживаться следующих принципов лечения расстройств сна:

исключение медикаментозной 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 средства-гипнотики (зопиклон) должны подключаться при наличии показаний на непродолжительный период времени.

В терапии расстройств сна большое значение имеет раннее выявление основного заболевания и его этиотропная терапия. При невозможности установить сопутствующую расстройству сна патологию терапия ограничивается симптоматическими мероприятиями.

129. Показания для консультации врача-специалиста:

длительность симптомов нарушения сна более трех месяцев;

наличие других симптомов психических расстройств, таких как депрессия, тревога или обсессии.

ГЛАВА 14

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

130. Умственная отсталость (шифр по МКБ-10 – F70 Умственная отсталость легкой степени; F71 Умственная отсталость умеренная; F72 Умственная отсталость тяжелая; F73 Умственная отсталость глубокая; F78 Другие формы умственной отсталости; F79 Умственная отсталость неуточненная) – значительное отставание в интеллектуальном развитии, проявляющееся в возрасте до трех лет (в легких случаях – к младшему школьному возрасту) и сопровождающееся нарушением способности к социальной адаптации. Чем тяжелее отставание, тем раньше оно выявляется.

Умственная отсталость проявляется в когнитивной (познавательной) сфере, речи, моторике, социальном функционировании, способности к обучению.

Умственная отсталость носит непрогредиентный характер, однако при отсутствии специального обучения может нарастать. В то же время, при легкой степени умственной отсталости обучение пациента может обеспечить полноценное функционирование в обществе и получение профессии.

В трети случаев умственная отсталость сопровождается широким диапазоном других психических и поведенческих расстройств, которые утяжеляют клиническую картину и нуждаются в специальном лечении.

131. Диагностический критерий умственной отсталости – замедленное или неполное умственное развитие, приводящее к трудностям в обучении или социальной адаптации.

Легкая умственная отсталость обычно обнаруживается в школьном возрасте из-за затруднений при выполнении учебной программы. Однако такие пациенты обучаемы основным социальным навыкам, могут выполнять несложную работу и приобретать не требующую высокой квалификации профессию.

Умеренная умственная отсталость обычно выявляется в возрасте 3–5 лет; такие пациенты нуждаются в руководстве и присмотре в быту, могут выполнять под надзором простую ручную работу.

Тяжелая и глубокая умственная отсталость проявляется в виде задержки в психофизическом развитии с самого рождения, такие пациенты часто не способны к усвоению речи и простых навыков, нуждаются в постороннем уходе и надзоре.

132. Жалобы, предъявляемые пациентом и членами его семьи, объективная характеристика психического и поведенческого состояния пациента:

в детском возрасте – на задержку общего развития (хождение, речь, навыки туалета), трудности в выполнении школьных заданий, в общении с другими детьми, проблемы с поведением, низкую игровую активность;

в подростковом возрасте – на затруднения во взаимоотношениях со сверстниками, неадекватное сексуальное поведение, низкую успеваемость в школе;

для взрослых – затруднения в быту (покупки, уборка, приготовление пищи), затруднение при выполнении обычных социальных функций (общение, трудоустройство, вступление в брак, воспитание детей и др.).

133. Дифференциальный диагноз:

133.1. обратимые задержки интеллектуального развития у детей могут быть вызваны хроническими соматическими заболеваниями и нарушениями питания, которые, в отличие от умственной отсталости, проходят при условии улучшения соматического состояния и нормализации питания;

133.2. на умственное развитие ребенка могут повлиять врожденные глухота и нарушения зрения. Их своевременное выявление и обучение по специализированным программам помогут избежать задержки развития;

133.3. на школьной успеваемости могут сказываться специфические расстройства развития, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (согласно главе 16 настоящего клинического протокола), двигательные нарушения (детский церебральный паралич);

133.4. запаздывание интеллектуального развития ребенка может быть обусловлено тяжелой депривацией (отсутствие ухода, резкое ограничение числа контактов и раздражителей, неблагоприятные социальные условия и т.д.). В отличие от умственной отсталости оно является, как правило, обратимым.

134. Установление диагноза умственной отсталости находится в компетенции врача-психиатра-нарколога, который может направить пациента на экспериментально-психологическое исследование.

У детей до 5 лет – это чаще игровые задания с игрушками, геометрическими фигурами, картинками, ролевые игры, лепка, песок и др.

У детей старше 5 лет и у взрослых интеллект чаще оценивается при помощи методики Векслера (определение коэффициента IQ, показывающего соответствие умственного развития испытуемого возрастной норме).

Чем раньше установлен диагноз и начата коррекционная работа, тем лучше результаты.

В случаях врожденных нарушений метаболизма (например, при фенилкетонурии) своевременная диагностика и лечение могут предотвратить возникновение интеллектуального дефекта.

135. Условия оказания медицинской помощи; лечение и консультирование пациента и членов его семьи:

135.1. умственная отсталость является состоянием мало обратимым. В то же время, при условии правильной помощи и адекватного обучения большинство этих пациентов в состоянии существенно улучшить уровень функционирования, приобрести ряд социальных и бытовых навыков, а в случаях легкой умственной отсталости даже получить несложную профессию и жить независимо;

135.2. умственная отсталость может сочетаться с неврологическими расстройствами, которые требуют лечения (например, эпилептические приступы, параличи, парезы, спазмы мускулатуры и др.), а также со многими психическими расстройствами (нарушения поведения, нарушения инстинктов, депрессия, страхи и др.), что относится к компетенции в первом случае – врача-невролога, а во втором – врача-психиатра-нарколога;

135.3. психические расстройства у пациентов с умственной отсталостью лечатся так же, как и у людей с нормальным интеллектом. При необходимости, такие пациенты могут получать лечение в условиях, как отделения дневного пребывания, так и круглосуточного отделения психиатрического стационара;

135.4. члены семьи пациента часто испытывают глубокое разочарование и печаль, склонны обвинять себя в произошедшем. Им необходимы проявление поддержки со стороны врача. Часто кому-либо из родителей может потребоваться психотерапевтическая помощь.

Необходимо информировать членов семьи пациента о пользе специального обучения, предупредить их о неэффективности разнообразных «нетрадиционных» и «чудодейственных» средств.

Пациентам с умственной отсталостью необходимо предоставить возможность функционировать на максимально возможном уровне в семье, школе, на работе.

136. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

при первичном выявлении умственной отсталости – в обязательном порядке (для уточнения диагноза, получения рекомендаций по планированию обучения);

для решения вопросов трудоустройства и военно-врачебной экспертизы;

при сопутствующих интеллектуальному дефекту психических расстройствах и грубых поведенческих нарушениях.

ГЛАВА 15

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ

137. К расстройствам аутистического спектра (шифр по МКБ-10 – F84 Общие расстройства психологического развития) (далее – РАС) относят общие расстройства психического развития, при которых отмечаются качественные нарушения коммуникации и социального взаимодействия; ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения и активности.

Расстройства манифестируют в возрасте до 2–2,5 лет (реже в 3–5 лет) и проявляются нарушением потребности в общении и способности к социальному взаимодействию.

138. Диагностические критерии РАС:

невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми;
крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей;

недостаточность коммуникативного использования речи;

отсутствие или недостаточность зрительного контакта;

страх изменений в окружающей обстановке;

непосредственные и (или) отставленные эхолалии;

задержка развития «Я»;

стереотипные движения, игры и др.

139. Жалобы, предъявляемые пациентом и членами его семьи, объективная характеристика психического и поведенческого состояния пациента:

нарушения развития речи: от ограниченного запаса слов до полного отсутствия речи, но даже если речь присутствует, она практически не используется ребенком как средство общения;

отгороженность ребенка от внешнего мира, отсутствие стремления контактировать с людьми, однотипность поведения ребенка, ребенок может избегать зрительного контакта;

игры ребенка однотипны и представляют манипуляцию с предметами; по мере взросления, у ребенка так и не появляются разнообразные спонтанные игры, в которых он подражает и имитирует различные социальные роли.

140. Дифференциальную диагностику РАС следует проводить с расстройствами развития речи.

В отличие от РАС ребенок с речевыми нарушениями не уклоняется от контакта и социального взаимодействия.

Вторичная «аутизация» часто встречается у детей с врожденной тугоухостью. Задержка в развитии встречается также при умственной отсталости, однако, существенным отличием от РАС является интерес к социальному взаимодействию и способность устанавливать контакт.

141. Диагностические мероприятия:

141.1. при подозрении на РАС рекомендовано проведение подробного опроса родителей об особенностях эмоционального, речевого и когнитивного развития ребенка, о развитии навыков социализации и поведенческих реакциях. Показана организация серии наблюдений за ребенком в различных ситуациях, в том числе, в привычных для него условиях;

141.2. диагностика слуха (исключение врожденной тугоухости);

141.3. в качестве дополнительных методов диагностики применяют стандартизированные опросы родителей или лиц, осуществляющих уход за ребенком, например, модифицированный скрининговый тест на наличие аутизма у детей раннего возраста (от 16 до 30 мес.) M-CHAT (The Modified Checklist for Autism in Toddlers).

142. Первичная постановка диагноза и организация оказания специализированной помощи относятся к компетенции врача-психиатра-нарколога.

143. Консультация врача-психиатра-нарколога показана во всех случаях при подозрении на наличие расстройств аутистического спектра.

ГЛАВА 16

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ

144. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (шифр по МКБ-10 – F90 Гиперкинетические расстройства) (далее – СДВГ) встречается в детской популяции с частотой 3–8 %. Проявляется тремя группами симптомов: дефицитом внимания, гиперактивностью и импульсивностью, которые могут затруднять процесс обучения ребенка в детском саду и школе, нарушать его отношения со сверстниками, педагогами, родителями.

Большая часть поведенческих проблем гиперактивных детей обусловлена не плохим воспитанием, а особенностями функционирования центральной нервной системы, прежде всего, дефицитом дофаминовых структур мозга.

Определенная слабость нервной системы детей с СДВГ обуславливает большую частоту у них коморбидных психических расстройств: расстройства развития речи, заикания, энуреза и энкопреза, тиков, расстройств тревожно-фобического спектра, расстройств приобретения школьных навыков. Кроме того, дети с СДВГ чаще в 3–5 раз страдают от травматизма.

В силу эмоциональных проблем у них часто наблюдаются психосоматические реакции.

145. Для постановки диагноза необходимо обнаружить как расстройства гиперактивности (непоседливости), импульсивности (нетерпеливости), так и когнитивные нарушения (невнимательность, несобранность, повышенная отвлекаемость), выраженные в такой степени, что затрудняют пребывание ребенка в детском саду, школе и дома. Длительность указанных нарушений должна составлять не менее 6 месяцев.

146. Жалобы, предъявляемые пациентом и членами его семьи, объективная характеристика психического и поведенческого состояния пациента.

Родители и педагоги замечают, что ребенок не слушает, когда к нему обращаются, не собран, не организован, легко отвлекается, реагирует на все, что происходит вокруг, не может долго заниматься одним занятием, если ему не интересно; ерзает на месте, начинает бегать, шуметь, когда это неуместно, не способен играть тихо и спокойно, принимать пищу; не способен ждать в очередях, прерывает других, вмешивается в разговор или игру.

Такие дети страдают от повышенной обидчивости, легко раздражаются, часто спорят, пререкаются с взрослыми, нередко бросают вызов или отказываются выполнять требования взрослых.

147. Состояние ребенка следует дифференцировать со следующей патологией:
эмоциональными расстройствами детского возраста, когда поведенческие нарушения обусловлены тревогой, связаны с психотравмирующей ситуацией и являются обратимыми;

аутизмом, когда наряду с гиперкинетическим синдромом имеются нарушения речи, погруженность в себя, уход от коммуникаций и двигательные стереотипии;

умственной отсталостью легкой степени, которая может сопровождаться гиперкинетическими нарушениями поведения;

органическими поражениями мозга (например, вследствие родовой травмы, при алкогольном синдроме плода и др.);

эпилепсией;

заболеваниями щитовидной железы;

оппозиционным расстройством поведения, когда пациент обнаруживает агрессивное поведение, не сопровождающееся дефицитом внимания.

148. Диагностические мероприятия: сбор анамнестических сведений у родителей, учителей и воспитателей, включая данные о поведении на занятиях, дома, со сверстниками, в магазинах и других общественных местах, выяснение взаимосвязи

между степенью внимательности и мотивацией, установление зависимости выраженности СДВГ от степени утомления ребенка.

149. Условия оказания медицинской помощи: обследование и лечение проводятся чаще в амбулаторных условиях, реже в стационарных или в условиях отделений дневного пребывания.

Госпитализация в психиатрический стационар требуется лишь при наличии выраженных коморбидных психических расстройств и для решения нозологической принадлежности СДВГ.

150. Лечение СДВГ включает в себя психообразование, поведенческую терапию и симптоматическую психофармакотерапию.

Психофармакотерапия СДВГ ноотропными препаратами проводится при наличии сопутствующих психических расстройств.

При наличии СДВГ и специфических расстройств развития речи могут использоваться:

пиритинол – 10–12 мг/кг/сут в 2–3 приема после еды в течение 6–12 недель;
гопатеновая кислота – 20–30 мг/кг/сут в 2 приема длительностью 6–8 недель;
гамма-амино-бета-фенилмасляной кислот гидрохлорид (фенибут, ноофен) – детям в возрасте до 8 лет – 13–15 мг/кг/сут 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).

При наличии СДВГ в сочетании с заиканием, тиками, энурезом и энкопрезом могут использоваться:

гопатеновая кислота – в указанных выше дозах, курсами 6–8 недель;
гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид – в указанных выше дозах, курсами 4–6 недель;
комплексный препарат лактата магния и пиридоксина в дозах, соответствующих возрастной категории, курсами 4–6 недель (наряду с психотерапией указанных невротических расстройств).

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 дозах, курсами 6–8 недель;
гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид – в указанных выше дозах, курсами 3–4 недели.

Указанные ноотропные лекарственные средства, в отличие от других, реже вызывают парадоксальные реакции у детей с СДВГ.

Для симптоматической терапии нарушений адаптивного поведения могут быть использованы антипсихотические средства по назначению врача-психиатра-нарколога.

Необходимо дать родителям следующую информацию:

дети с СДВГ не «невоспитанные» или «распущенные»: они не могут, а не «не хотят» сидеть спокойно;

их нельзя обвинять в «тупости», когнитивные нарушения у них связаны со спецификой работы головного мозга;

они часто ведут себя «как клоуны» в силу эмоциональной несдержанности и несформированности чувства дистанции;

у них много привлекательных качеств: они добрые, отзывчивые, незлопамятные и бесхитростные; агрессивны они тогда, когда агрессивно окружение к ним;

необходимо избегать наказаний; нужна система частых и четких внешних руководств и правил; дисциплинарный контроль, чтобы быть эффективным, должен осуществляться немедленно (в течение секунд);

посоветуйте родителям обсудить проблему со школьным учителем и школьным психологом, чтобы выработать согласованную линию поведения, наказаний и поощрений;

необходимо поощрять занятия ребенка спортом и другими видами физической нагрузки, что способствует снятию излишней активности.

Важно помочь родителям лучше понять ребенка и причины его проблемного поведения, показать важность построения позитивных взаимоотношений с ребенком, основанных на терпении, принятии и любви, развить у таких детей позитивную самооценку, раскрыть их способности.

Поведение детей с СДВГ определяется в большей степени внешним окружением, чем внутренними правилами, потому первоначально важным является организация внешнего окружения (ничто не должно отвлекать во время выполнения уроков и других занятий, требующих сосредоточенности).

151. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

первичная постановка диагноза;

социально неблагоприятные случаи (наличие семейной дисфункции, частые конфликты между родителями и ребенком);

выраженные формы СДВГ;

наличие выраженных коморбидных психических расстройств;

агрессивное поведение.

ГЛАВА 17

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РЕАКЦИИ ГОРЯ

152. Реакция горя (реакция на утрату, реакция на смерть близкого человека, шифр по МКБ-10 – Z63.4 Исчезновение или смерть члена семьи) представляет собой непатологическое состояние, возникающее в ответ на смерть близкого человека. Горе представляет собой процесс, посредством которого человек восстанавливается и возвращается к жизни после тяжелой утраты, часто сопровождающейся чувством вины перед умершим.

153. Диагностические критерии: типичная реакция горя соответствует общепринятым в данной культурной среде нормам и продолжается, как правило, не более 6 месяцев.

154. Жалобы, предъявляемые пациентом и членами его семьи, объективная характеристика психического и поведенческого состояния пациента: человек в состоянии горя испытывает чувство потрясения и подавленности, поглощен мыслями и воспоминаниями об ушедшем, у него нарушен сон, отсутствует аппетит, есть мыслительная и двигательная заторможенность, чувство физической разбитости, слабости.

В части случаев возникают тревога и двигательное беспокойство, что проявляется повторными посещениями кладбища, постоянными уборками в доме и др. Временами могут возникать чувство вины перед умершим и повышенная критичность к себе (не все сделал для спасения близкого), слуховые и зрительные иллюзии и даже галлюцинации (слышит голос умершего, видит его очертания, испытывает ощущение его присутствия в доме).

Если смерть близкого наступила в организации здравоохранения, может возникать чувство обиды, враждебности и озлобленности по отношению к врачам, которые «сделали не все, что должны были сделать». Все эти проявления длятся от 2–3 недель до 6 месяцев и постепенно проходят.

155. В случае пролонгированного течения (более трех месяцев) необходимо также проводить дифференциальную диагностику с депрессией (депрессивным эпизод – согласно главе 6 настоящего клинического протокола).

В пользу депрессии свидетельствуют:

более значительная тяжесть симптомов, когда они сопровождаются явными нарушениями функционирования, избегания социальных контактов и неспособностью вернуться к работе;

более выраженное, чем при непатологической реакции горя, снижение самооценки и чувства вины вплоть до бреда самообвинения;

более значительная выраженность вегетативных (соматических) симптомов.

156. Диагностические мероприятия: направление пациента на психологическое обследование при длительности состояния более 3 месяцев.

157. Условия оказания медицинской помощи, лечение и консультирование пациента и членов его семьи: непатологические формы реакции горя в медикаментозном лечении, как правило, не нуждаются. Лишь при возникновении выраженной бессонницы возможно кратковременное (1–2 недели) назначение снотворных (донормил, зопиклон).

Пациента и его близких необходимо проинформировать о следующем:

наблюдаемое у него состояние является вполне естественным и постепенно пройдет; необходимо давать пациенту возможность выговориться, открыто выразить свои чувства по поводу утраты;

целесообразно уменьшить повседневную нагрузку на период 2–3 недели;

избегать приема алкоголя и других ПАВ, так это может лишь ухудшить состояние.

158. Показания для консультации врача-психиатра-нарколога:

затянувшиеся более 3 месяцев, необычно тяжелые или атипичные реакции горя; необходимость проведения дифференциального диагноза с депрессивным эпизодом, другими формами психической патологии;

высокий суицидальный риск;

желание самого пациента.

Приложение

к клиническому протоколу

«Диагностика и лечение пациентов

с психическими и поведенческими

расстройствами врачами общей практики»

Таблица 1

Тест

для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (Тест AUDIT)

1. Как часто вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 2–4 раза в месяц	(3) 2–3 раза в неделю	(4) 4 или более раз в неделю
2. Сколько стандартных порций алкоголя вы выпиваете за раз?				
(0) 1 или 2	(1) 3 или 4	(2) 5 или 6	(3) От 7 до 9	(4) 10 или более
3. Как часто вы выпиваете 6 или более стандартных порций?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
4. Как часто за последний год вы замечали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
5. Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя вы не смогли сделать чего-то, что от вас ожидалось?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
6. Как часто за последний год вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как вы много выпили накануне?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
7. Как часто за последний год вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
8. Как часто за последний год наутро после употребления алкоголя вы не могли вспомнить происшедшего накануне?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
9. Получали ли вы сами или кто-то другой травмы в результате употребления вами алкоголя?				
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году	
10. Выражал ли кто-либо из родственников, друг, врач или другой медицинский работник озабоченность по поводу вашего употребления алкоголя или советовал его сократить?				
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году	

Примечания:

1. В скобках указано количество баллов, соответствующее наиболее подходящему ответу.
2. Все набранные баллы суммируются.
3. При ответе на вопросы оценивается употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев.
4. Стандартная порция/доза/единица алкоголя означает 10 граммов чистого спирта.
5. Формула для вычисления количества стандартных порций алкоголя:

Объем напитка (л) X крепость напитка (%) X 0,79 (коэффициент преобразования) = количество стандартных порций алкоголя.

Например (приблизительные величины):

1 банка пива (330 мл) крепостью 5 % x 0,79 = 13 г чистого спирта;

1 бокал вина (140 мл) крепостью 12 % x 0,79 = 13,3 г чистого спирта;

1 рюмка крепкого алкоголя (40 мл) крепостью 40 % x 0,79 = 12,6 г чистого спирта.

6. Для удобства может использоваться сокращенный вариант Теста AUDIT, который получил название AUDIT-C и состоит из первых трех вопросов опросника:

Как часто вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?

Сколько стандартных порций алкоголя вы обычно выпиваете за раз?

Как часто вы выпиваете 6 и более стандартных порций алкоголя за раз?

При результатах 5 и более баллов для мужчин и 4 и более баллов для женщин необходимо ответить на остальные вопросы Теста AUDIT.

Таблица 2

Интерпретация результатов Теста AUDIT

Сумма баллов	Риск для здоровья	Рекомендации
Мужчины – 5 баллов или меньше Женщины – 4 балла или меньше	Риск для здоровья, связанный с употреблением алкоголя, минимальный	Придерживаться сложившихся поведенческих стратегий, направленных на минимальное употребление алкоголя
Мужчины – 7 баллов или меньше Женщины – 6 баллов или меньше	Потенциальный риск для здоровья, связанный с употреблением алкоголя	Не увеличивать количество потребляемого алкоголя. Не употреблять алкоголь при планируемой беременности, управлении транспортными средствами или каким-либо механическим оборудованием, а также при наличии медицинских состояний, при которых противопоказано употребление алкоголя и совместно с приемом определенных видов лекарственных средств, вступающих во взаимодействие с алкоголем
Мужчины – 8 баллов или больше Женщины – 7 баллов или больше	Повышенный риск возникновения проблем со здоровьем, высокая вероятность опасного или вредного употребления алкоголя	Необходимо в доступной для пациента форме сообщить результат оценки, описать связь между уровнем употребления алкоголя и имеющимися проблемами со здоровьем, краткосрочные и долгосрочные риски при сохранении употребления алкоголя на текущем уровне, дать совет по сокращению употребления алкоголя. В случае результатов 16–19 баллов, как для мужчин, так и для женщин, – предупредить пациента о том, что такой способ употребления алкоголя с большой вероятностью ведет к формированию зависимости, а также мотивировать на необходимое сокращение употребления алкоголя и обязательное обращение за наркологической помощью
Более 20 баллов (как для мужчин, так и для женщин)	Вероятно развитие синдрома зависимости от алкоголя	Необходимо в доступной для пациента форме сообщить результат оценки, описать связь между уровнем употребления алкоголя и имеющимися проблемами со здоровьем, мотивировать на необходимое сокращение употребления алкоголя и обязательное обращение за наркологической помощью, предупредить о риске развития состояния отмены алкоголя при резком сокращении или прекращении его употребления