

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

Об утверждении клинических протоколов

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

1. Утвердить:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Признать утратившими силу:

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

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

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

Первый заместитель Министра

Е.Н.Кроткова

СОГЛАСОВАНО

Управление делами Президента
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Государственный комитет
судебных экспертиз
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

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

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с аффективными расстройствами настроения, соответствующими шифрам F30-F39 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

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

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

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

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

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

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

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ

8. Аффективные расстройства настроения – форма психической патологии, основное нарушение при которых заключается в изменении аффекта (настроения) либо в сторону

его снижения (угнетения), либо подъема. Эти изменения, как правило, сопровождаются изменением двигательной и мыслительной активности. Большинство этих расстройств протекает фазно и имеют тенденцию к повторяемости. Степень их выраженности у разных пациентов может существенно отличаться.

9. Маниакальный эпизод (F30 по МКБ-10):

характерны аффективные расстройства настроения: повышенное настроение, чувство благополучия, продуктивность и повышенная активность.

Гипомания (F30.0 по МКБ-10):

легкая степень мании, когда отмечается легкий подъем настроения, повышенная активность, стремление к общению, сниженная потребность в сне и отдыхе, однако это не приводит к серьезным социальным конфликтам. Минимальная продолжительность такого состояния – несколько дней.

Мания без психотических симптомов (F30.1 по МКБ-10):

настроение приподнято неадекватно обстоятельствам, что сопровождается повышенной активностью, социальное торможение утрачивается, значительно повышается самооценка, возникают конфликты с окружающими. Характерно экстравагантное поведение, бездумная трата денег, сексуальная расторможенность.

Мания с психотическими симптомами (F30.2 по МКБ-10):

значительно повышенное настроение и активность сочетаются с бредовыми идеями различного содержания – особых способностей, величия, а также преследования, отношения и другие, а также галлюцинациями в различных сферах. Бредовые и галлюцинаторные переживания классифицируются как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению.

10. Биполярное аффективное расстройство (F31 по МКБ-10) включает:

F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании;

F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов;

F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами;

F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии;

F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психоактивных симптомов;

F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психоактивными симптомами;

F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера;

F31.7 Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия:

расстройство, проявляющееся повторными (по крайней мере двумя) эпизодами, при которых уровень настроения и активности заметно изменены – то есть отмечаются как эпизоды мании (гипомании), так и эпизоды депрессии.

11. Депрессивный эпизод (F32 по МКБ-10):

общими проявлениями эпизода депрессии являются сниженное настроение, утрата интересов и удовольствия, снижение энергичности, двигательная и мыслительная заторможенность. К числу других проявлений относятся также сниженная самооценка, чувство вины, пессимистическое видение будущего, снижение аппетита, нарушения сна, суицидальные мысли и другие. Минимальная продолжительность такого состояния составляет 2 недели.

Депрессивный эпизод легкой степени (F32.0 по МКБ-10):

проявляется не резко выраженным снижением настроения, утратой интересов, уменьшением активности, повышенной утомляемостью и другими симптомами депрессии, при этом ни один из них не должен достигать глубокой степени. Минимальная продолжительность симптомов – 2 недели.

Депрессивный эпизод средней степени (F32.1 по МКБ-10):

проявляется умеренно выраженным снижением настроения, утратой интересов, уменьшением активности, повышенной утомляемостью и другими симптомами депрессии.

Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2 по МКБ-10), Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F32.3 по МКБ-10):

состояние соответствует критериям тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов, в дополнение к чему, при тяжелом депрессивном эпизоде с психотическими симптомами имеются психотические симптомы в форме бреда, галлюцинаций либо ступора. Характерен бред виновности, обнищания, а также преследования и воздействия. Бред и галлюцинации могут определяться как конгруэнтные и неконгруэнтные аффекту.

12. Рекуррентное депрессивное расстройство (F33 по МКБ-10) включает:

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени (F33.0 по МКБ-10);

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени (F33.1 по МКБ-10);

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F33.2 по МКБ-10);

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F33.3 по МКБ-10);

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии (F33.4 по МКБ-10);

Другие рекуррентные депрессивные расстройства (F33.8 по МКБ-10);

Рекуррентное депрессивное расстройство неуточненное (F33.9 по МКБ-10).

Расстройства, указанные в части первой настоящего пункта, характеризуются повторными эпизодами депрессии различной степени тяжести (легкой, умеренной, тяжелой, тяжелой с психотическими симптомами) при отсутствии в анамнезе данных о перенесенных эпизодах мании или гипомании. В межприступном периоде – чаще всего состояние полного здоровья, хотя часть пациентов может обнаруживать остаточную депрессивную симптоматику.

13. Устойчивые расстройства настроения (аффективные расстройства) (F34 по МКБ-10):

Циклотимия (F34.0 по МКБ-10):

расстройство, которое проявляется хронической нестабильностью настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости. При этом ни один из эпизодов повышенного или сниженного настроения не достигает критериев легкого депрессивного эпизода либо гипомании, рекуррентного депрессивного либо биполярного аффективного расстройства.

Дистимия (F34.1 по МКБ-10):

характеризуется хронически сниженным настроением, степень которого по тяжести и длительности не достигает критериев легкого депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства. Продолжается в течение нескольких лет или неопределенно долго.

14. Другие расстройства настроения (аффективные) (F38 по МКБ-10):

расстройство, когда у пациента в одном приступе заболевания одновременно наблюдаются симптомы, характерные как для депрессии, так и симптомы, характерные для мании (гипомании), либо когда симптомы депрессии и мании (гипомании) быстро чередуются в пределах одного приступа, периодически сменяя друг друга каждые несколько дней или даже часов. Такой эпизод должен длиться не менее 2 недель.

Особенности аффективных расстройств настроения у несовершеннолетних пациентов:

наблюдаются депрессивные и маниакальные (гипоманиакальные) эпизоды рекуррентного депрессивного и биполярного аффективного расстройства. Тяжелые, психотические формы у несовершеннолетних пациентов не встречаются.

Особенностями депрессивных состояний у несовершеннолетних пациентов являются:

атипичность симптоматики;

наличие возрастного регресса и выраженной ангедонии;

синдромальная незавершенность, фрагментарность, изменчивость проявлений.

Для маниакальных (гипоманиакальных) состояний у несовершеннолетних пациентов характерно расторможенность влечений, конфликтность, нередко – налет дисфоричности. Для несовершеннолетних пациентов характерна также легкость инверсии аффекта с переходом из депрессии в манию (гипоманию) после начала терапии антидепрессантами.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ

15. Перечень обязательного обследования в стационарных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности аспартатаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам);

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам);

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц.

16. Перечень обязательного обследования в условиях отделения дневного пребывания:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам), далее – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (совершеннолетним пациентам);

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

17. Перечень обязательного обследования в амбулаторных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

18. Перечень дополнительного обследования:

консультация врачей иных специальностей по профилю соматической патологии;

ЭКГ;

магнитно-резонансная томография головного мозга;

компьютерная томография головного мозга;

электроэнцефалография;

эхокардиография;

ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;

определение уровня маркеров нейродегенерации в крови или спинномозговой жидкости (далее – СМЖ): бета-амилоиды 40 и 42, фосфорилированный тау-белок, L-филаменты легких цепей, антитела к миелину;

определение уровня тиреотропного гормона;

определение уровня витамина В12 в крови;

определение уровня церулоплазмينا и меди в крови при подозрении на болезнь Вильсона-Коновалова;

анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол и другие) при подозрении на интоксикацию;

анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;

анализ мочи на дельта-аминолевулиновую кислоту при подозрении на острую перемежающуюся порфирию;

исследование СМЖ или крови на герпесвирусы, антинейрональные антитела – при подозрении на инфекционную этиологию заболевания либо аутоиммунный энцефалит;

медико-генетическое консультирование для исключения наследственных заболеваний.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НАСТРОЕНИЯ

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

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

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в условиях отделения дневного пребывания – затяжные непсихотические аффективные расстройства настроения и психотические аффективные расстройства настроения после лечения в стационарных условиях.

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях – психотические нарушения аффективных расстройств настроения.

Медицинскими показаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются:

значительная глубина эпизодов аффективных расстройств настроения (умеренные, тяжелые и тяжелые с психотическими симптомами депрессивные эпизоды, эпизоды выраженной мании и мании с психотическими симптомами);

наличие суицидальных и социально-опасных тенденций, при отсутствии критики, осознания заболевания, приверженности к лечению, что может потребовать принудительной госпитализации;

неэффективность предшествовавшего лечения в амбулаторных условиях;

необходимость проведения дифференциально-диагностических мероприятий, невозможных в иных, кроме стационарных, условиях.

Лечение состоит из 3 последовательных этапов:

1-й этап – купирующее лечение; его цель – лечение острой аффективной симптоматики. Ориентировочная продолжительность лечения составляет 6–8 недель;

2-й этап – долечивающее и стабилизирующее лечение; его цель – долечивание остаточной аффективной симптоматики и стабилизация состояния, формирование качественной ремиссии. Ориентировочная продолжительность лечения составляет 4–6 месяцев;

3-й этап – профилактическое (поддерживающее, противорецидивное) лечение; его цель – профилактика обострений в будущем. Продолжительность лечения на 3 этапе составляет:

в случае впервые перенесенного эпизода аффективного расстройства с хорошим откликом на проводимую терапию и формированием полной ремиссии – от 6 месяцев до 1 года;

в иных случаях:

при частых эпизодах (один приступ в год и более);

если пациент перенес тяжелый, затяжной либо плохо поддающийся купированию, либо терапевтически резистентный, либо угрожавший жизни пациента и окружающим эпизод аффективного расстройства настроения (с серьезными суицидальными тенденциями, отказом от еды, истощением и другими симптомами) – профилактическое лечение продолжается от 3–4 лет до неопределенно долгого срока и может быть прекращено путем постепенного снижения дозы ЛС, если на протяжении 3–4 лет сохраняется состояние полной ремиссии без остаточных симптомов. Постепенность и осторожность отмены ЛС необходимы, поскольку в ряде случаев прекращение лечения может привести к обострению аффективного расстройства настроения.

20. Маниакальный эпизод (F30 по МКБ-10):

лечение на 1-м этапе проводится следующими ЛС:

ЛС нормотимического действия:

карбонат лития, таблетки по 300 мг, начальная доза 600 мг/сутки (у пациентов пожилого возраста – 300 мг) внутрь, в 1–2 приема, с последующим увеличением суточной дозы до 900–1200 мг/сутки под контролем концентрации лития в плазме крови. Первое определение содержания лития в плазме крови следует сделать при приеме 600 или 900 мг соли лития в 2 приема. Кровь берется натощак через 10–12 часов после последнего приема. Содержание лития в плазме определяют каждые 7 дней с момента назначения и через 7 дней после каждого изменения дозы до достижения эффективной терапевтической дозы лития (уровень лития в плазме крови для взрослых от 0,5 до 1,2 ммоль/л, для несовершеннолетних пациентов, пациентов пожилого возраста – 0,4–0,6 ммоль/л). При подозрении на интоксикацию литием анализ повторяется немедленно.

Медицинская профилактика последующих эпизодов мании литием эффективна при его уровне в плазме у совершеннолетних пациентов 0,5–1,0 ммоль/л, для несовершеннолетних пациентов – 0,4–0,6 ммоль/л.

Прекращение лечения литием при формировании стойкой ремиссии проводится постепенно, в течение 1 месяца.

При отсутствии соблюдения режима приема ЛС или невозможности осуществлять лабораторный контроль уровня лития в плазме крови соли лития не назначают.

Противоэпилептические ЛС нормотимического действия:

вальпроевая кислота, таблетки, покрытые оболочкой по 200, 300, 500 мг. Начальная доза вальпроевой кислоты составляет 600 мг/сутки в два приема, утром и вечером,

с постепенным подбором терапевтической дозы, увеличивая ее при необходимости на 200 мг каждые 3 дня. Максимальная доза вальпроевой кислоты – 1500–2000 мг/сутки в два-три приема. Терапевтически эффективный уровень вальпроевой кислоты в плазме крови 50–100 мг/л. Первое определение уровня вальпроевой кислоты проводится через 2 недели от начала приема. В последующем – через каждые 2 недели после повышения дозы до подбора терапевтически эффективной дозы с учетом уровня в плазме, далее – по медицинским показаниям;

карбамазепин – таблетки 200 мг, лечение начинают с 400–600 мг/сутки в 2 приема с последующим повышением дозы на 200 мг в сутки каждые 2–3 дня. Терапевтическая доза – от 400 до 800 мг/сутки, в некоторых случаях – до 1200 мг/сутки. Содержание карбамазепина в плазме крови должно находиться в пределах 4–12 мкг/мл. Кровь следует брать утром натощак перед утренним приемом ЛС. Первое определение проводится через 2 недели от начала приема, в последующем – по медицинским показаниям;

окскарбазепин – таблетки, покрытые оболочкой по 150, 300, 600 мг, начальная доза составляет 300–600 мг/сутки, с последующим ее повышением до 3000 мг/сутки;

при выраженном маниакальном психомоторном возбуждении, наличии бредовых переживаний, либо отсутствия эффекта от ЛС нормотимического действия к нему следует добавить:

анксиолитическое ЛС группы бензодиазепинов коротким курсом (5–10 дней) в средних или высоких дозах: клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, внутрь до 8 мг/сутки в 2–3 приема, диазепам, таблетки 2 мг, 5 мг, 10 мг, каждые 6–8 часов внутрь или раствор для инъекций 5 мг/мл парентерально в суточной дозе 20–40 мг, либо антипсихотическое ЛС (далее – антипсихотик);

эффект от проводимого лечения должен наступить в течение 1–2 недель от его начала и выразиться в снижении интенсивности возбуждения, выравнивании настроения, нормализации сна, упорядочении поведения.

Действия при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 1–2 недель:

проверить, принимает ли пациент ЛС внутрь. Если в этом есть сомнение – усилить контроль за приемом ЛС или перейти на его парентеральное введение;

проанализировать лекарственные взаимодействия, по возможности отменить ЛС, являющиеся индукторами изоферментов системы цитохрома P450, учитывая их способность усиливать метаболизм карбамазепина и вальпроевой кислоты в печени и соответственно приводить к снижению их концентрации в плазме крови;

повысить дозу ЛС нормотимического действия до максимальной терапевтической;

при отсутствии эффекта следует поменять ЛС нормотимического действия – например, карбонат лития – на карбамазепин, карбамазепин – на вальпроевую кислоту и так далее.

Противорезистентные мероприятия:

к ЛС нормотимического действия следует добавить какой-либо один из антипсихотиков, начиная с минимальной дозы, с постепенным повышением до индивидуально терапевтической;

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

кветиапин, таблетки 25 мг, 100 мг, 200 мг внутрь в 2 приема в суточных дозах 100 мг/сутки (1-й день), 200 мг/сутки (2-й день), 300 мг/сутки (3-й день), 400 мг/сутки (4-й день), дальнейшее повышение дозы не больше 200 мг/сутки, максимальная суточная доза – 800 мг;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, или раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг), внутрь в дозе от 2 до 6 мг/сутки;

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, внутрь или раствор для инъекций 5 мг/мл внутримышечно в дозе от 2 до 10 мг/сутки;

клозапин, таблетки 25 мг, 100 мг, внутрь в дозе от 50 до 400–500 мг/сутки;

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, внутрь в дозе 10–30 мг/сутки;

карипразин, таблетки, капсулы 1,5, 3, 4,5 и 6 мг, внутрь в дозе 1,5–6 мг/сутки.

В случае резистентности можно использовать сочетания ЛС нормотимического действия между собой (литий в сочетании с солями вальпроевой кислоты или литий в сочетании с карбамазепином).

При неэффективности фармакотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний провести курс электросудорожной терапии (далее – ЭСТ).

После завершения ЭСТ продолжают лечение ЛС нормотимического действия, чаще всего в сочетании с антипсихотиком.

21. Гипомания (F30.0 по МКБ-10):

в лечении используются ЛС нормотимического действия. Антипсихотики применяются редко и в небольших дозах. Назначение ЛС проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола;

ЭСТ не используется.

Проводится когнитивно-поведенческая психотерапия, работа с семьей.

22. Мания без психотических симптомов (F30.1 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

23. Мания с психотическими симптомами (F30.2 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола;

при неэффективности фармакотерапии, при отсутствии противопоказаний, необходимо провести курс ЭСТ (5–7 сеансов);

после завершения ЭСТ продолжают лечение ЛС нормотимического действия в сочетании с антипсихотиком;

психотерапия пациента при таком состоянии не проводится.

24. Биполярное аффективное расстройство (F31 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

В схему лечения на этапе купирующего лечения включается ЛС нормотимического действия, прием которого продолжается на последующих этапах лечения.

При проведении профилактического (противорецидивного) лечения карбонатом лития доза его составляет от 600 до 1200 мг/сутки. Содержание лития в плазме нужно вначале определять 1 раз в неделю, при этом необходимо, чтобы оно составляло 0,5–1,2 ммоль/л. После того, как правильная доза подобрана, содержание лития в плазме нужно определять не реже, чем 1 раз в 3 месяца.

Рекомендовано использование противоэпилептических ЛС нормотимического действия – карбамазепин, соли вальпроевой кислоты, ламотриджин, а также некоторые атипичные антипсихотики – оланзапин, кветиапин, рисперидон, арипипразол, карипразин.

Ламотриджин более эффективен для медицинской профилактики эпизодов депрессии, окскарбазепин – для медицинской профилактики мании. Атипичные антипсихотики используются как правило для медицинской профилактики эпизодов мании.

В случаях быстрой цикличности, частой инверсии фаз при отсутствии профилактического эффекта от приема ЛС нормотимического действия показано проведение курса ЭСТ.

Психотерапия:

когнитивно-поведенческая, семейная.

Психообразовательная работа с пациентами наиболее показана в состоянии ремиссии.

25. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании (F31.0 по МКБ-10):

в лечении, как правило, используются литий или противоэпилептические ЛС нормотимического действия. Антипсихотики применяются редко и в небольших дозах. ЭСТ практически не используется. Состояния гипомании нередко возникают сразу вслед за депрессивными эпизодами и могут быть спровоцированы приемом антидепрессантов, особенно трициклических.

Назначение ЛС проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

Психотерапия:

начинается на этапе стабилизирующей и долечивающей терапии и продолжается на этапе профилактического лечения: когнитивно-поведенческая, семейная.

26. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов (F31.1 по МКБ-10):

в лечении используются противоэпилептические ЛС нормотимического действия соли лития и антипсихотики. Частота терапевтически резистентных случаев существенно выше, чем при гипомании. В некоторых случаях возникает необходимость использования ЭСТ.

Лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

27. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами (F31.2 по МКБ-10):

антипсихотики в лечении используются во всех случаях, начиная с первого дня терапии. Значительно чаще, чем при мании без психотических симптомов, возникает необходимость использования ЭСТ.

Назначение ЛС проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

Роль и возможности психотерапии и образования пациента минимальны или отсутствуют.

28. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии (F31.3 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

Важной особенностью лечения на этапе купирования депрессии является необходимость предотвращения инверсии аффекта в манию либо гипоманию. С этой целью необходимо использовать ЛС нормотимического действия. Кроме того, на этапах купирующей и долечивающей и стабилизирующей терапии требуется осторожность при применении антидепрессантов, ЛС выбора при этом являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС). Следует по возможности избегать трициклических антидепрессантов, способствующих инверсии аффекта и с осторожностью использовать антидепрессанты со стимулирующим действием.

На этапе профилактической терапии антидепрессанты не применяются – противорецидивное лечение проводится только ЛС нормотимического действия.

29. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов (F31.4 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

Продолжительность этапа долечивающей и стабилизирующей терапии составляет 1–2 месяца – из-за опасности инверсии фазы.

30. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами (F31.5 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

С первого дня лечения используется комбинация ЛС нормотимического действия с атипичным антипсихотиком.

31. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера (F31.6 по МКБ-10):

лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

32. Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия (F31.7 по МКБ-10): лечение проводится в соответствии с пунктом 20 настоящего клинического протокола.

При лечении недопустима противорецидивная терапия антидепрессантами, поскольку она приводит к учащению фаз и быстрой цикличности.

33. Депрессивный эпизод (F32 по МКБ-10):

основой лечения является использование антидепрессантов, в случаях эпизодов легкой и умеренной тяжести – в сочетании с психотерапией. При легком эпизоде возможно только психотерапевтическое лечение.

Антидепрессантами первой линии при любой тяжести депрессии являются ЛС группы СИОЗС.

Спектр активности ЛС и его примерное соответствие психопатологической структуре депрессивного эпизода:

при депрессиях с тревогой и ажитацией необходимо использовать антидепрессанты с седативным и анксиолитическим действием, при депрессиях с заторможенностью, адинамией и апатией – антидепрессанты со стимулирующим действием;

при наличии в структуре психического состояния пациента, как тревоги, так и заторможенности или их чередовании – антидепрессанты сбалансированного действия.

Антидепрессанты (дозы для совершеннолетних пациентов):

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

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

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, 75 мг и 150 мг, внутрь, одновременно с приемом пищи, рекомендуемая начальная доза 75 мг в 2 приема ежедневно, в зависимости от переносимости и эффективности возможно повышение дозы постепенно до 300–375 мг/сутки;

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

миртазапин, таблетки 30 мг, 15–45 мг/сутки внутрь в 1–2 приема;

флувоксамин, таблетки по 50 и 100 мг, 100–200 мг/сутки в 2–3 приема;

эсциталопрам, таблетки по 5 и 10 мг, 10–20 мг/сутки внутрь, 1 раз в сутки;

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

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

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

мапротилин, таблетки по 25 мг, по 50–100 мг, внутрь в 1–3 приема, при необходимости дозу увеличивают до 150–200 мг;

амитриптилин, таблетки по 10 и 25 мг, по 50–150 мг в сутки в 2–3 приема, максимальная доза – 250 мг, основная часть суточной дозы назначается на ночь;

дулоксетин, капсулы по 30 и 60 мг, начальная доза 60 мг в 1–2 приема, максимальная – 120 мг/сутки в 2 приема;

вортиоксетин, таблетки по 10 мг, начальная доза 10 мг/сутки, максимальная 20 мг/сутки;

агомелатин, таблетки по 25 мг, по 25–50 мг в 1 прием перед сном.

Общее правило лечения:

у одного пациента используется только один антидепрессант. При наличии стойких расстройств сна на непродолжительное время к лечению может быть добавлено снотворное ЛС (например, зопиклон); при сохранении выраженной тревоги и ажитации – анксиолитик группы бензодиазепинов или антипсихотик с седативным действием (хлорпротиксен, кветиапин, оланзапин); однако без явной необходимости делать этого не следует.

При этом признаки улучшения, то есть ослабление хотя бы отдельных симптомов депрессии, должны появляться к концу 2-й недели приема полной дозы ЛС, частичный ответ (то есть ослабление симптомов депрессии хотя бы наполовину) – к концу 4–6-й недели, а полный терапевтический ответ (то есть полное или почти полное исчезновение симптомов) – между 10-й и 12-й неделями лечения.

Действия при отсутствии результата, терапевтической резистентности: лечение считают неэффективным, если не наступает отчетливого улучшения через 4–6 недель приема установленной дозы антидепрессанта.

Причиной неэффективности антидепрессанта может стать нарушение его метаболизма в связи с одновременным приемом пациентом ЛС (карбамазепина, фенобарбитала в форме валокордина и других безрецептурных барбитуратов) или веществ, ускоряющих печеночный метаболизм антидепрессантов (зверобоя, алкоголя). Низкая эффективность антидепрессантов может быть обусловлена также курением – никотин является индуктором изоферментов системы цитохрома P450.

Если результат не достигнут, то следует перейти к лечению антидепрессантом другой химической группы или обладающего другим механизмом действия: например, заменить ЛС группы СИОЗС на антидепрессант группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (далее – СИОЗСН), либо заменить трициклический антидепрессант на ЛС группы СИОЗС или трициклический антидепрессант на СИОЗС, либо заменить антидепрессант, блокирующий обратный захват преимущественно серотонина на антидепрессант, блокирующий обратный захват преимущественно серотонина (например, мапротилин на пароксетин), или наоборот – ЛС серотониновый на норадреналиновый и провести полный курс терапии новым антидепрессантом.

Если три последовательных курса лечения антидепрессантами разных групп или с разным механизмом действия, не дали эффекта, такой случай считается терапевтически резистентным и требует проведения специальных противорезистентных мероприятий:

добавление к антидепрессанту соли лития в невысокой дозе;

добавление к антидепрессанту трийодтиронина в невысокой дозе (50 мкг/сутки);

совместное применение двух антидепрессантов разных групп или с разным механизмом действия (например, антидепрессант – блокатор обратного захвата серотонина плюс антидепрессант – блокатор обратного захвата норадреналина; либо трициклический антидепрессант плюс антидепрессант СИОЗС); подобные сочетания требуют повышенной осторожности;

совместное применение антидепрессанта и атипичного антипсихотика (например, рисперидона, оланзапина, кветиапина или арипипразола);

при отсутствии эффекта или невозможности проведения фармакотерапии – курс ЭСТ с последующим возобновлением терапии антидепрессантом.

Если имеется высокий риск суицида, либо продление лечения по каким-либо иным причинам не представляется возможным, должен быть проведен курс ЭСТ.

При достижении ремиссии или значительной редукции симптомов депрессии дозы ЛС постепенно (1 раз в 3–6 дней) снижают до средне-терапевтических. Чем ближе доза ЛС к средне-терапевтической, тем лучше для достижения результата.

Если на этапе лечения острого состояния депрессии использовался антидепрессант группы СИОЗС или СИОЗСН, и его переносимость была хорошей, то дозу его сохраняют неизменной. Прием ЛС продолжают на протяжении от 4 до 6 месяцев (в зависимости от качества достигнутой ремиссии).

Далее, если симптомы депрессии не возобновляются, лечение медленно прекращают, снижая дозу антидепрессанта постепенно, каждые 1–2 недели. Если при этом симптомы депрессии возобновляются – необходимо вернуться к приему полной дозы того же ЛС. Нельзя прекращать прием ЛС в ответственные периоды жизни (социальные конфликты, переезд и смена обстановки, смена работы и другие факторы).

Психотерапия:

когнитивная, когнитивно-поведенческая терапия, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Психосоциальная реабилитация.

Этап профилактического (противорецидивного) лечения начинается со времени установления стойкой ремиссии и продолжается не менее 1 года, в некоторых случаях – неопределенно долго. Данный этап необходим в следующих случаях:

- частота приступов депрессии – один приступ в год и более;
- невысокое качество ремиссий с сохранением остаточной аффективной симптоматики;
- пациент перенес 3 и более депрессивных эпизода (вероятность следующего 90 %);
- пациент перенес 2 эпизода, но ремиссия длилась менее 1 года после окончания приема ЛС;
- за последние 3 года имели место тяжелые, внезапно начинавшиеся и угрожавшие жизни приступы;
- пациент пожилого возраста и приступ уже не первый.

Продолжительность:

от 3–4 лет до неопределенно долгого срока. Лечение может быть прекращено, если на протяжении 3–4 лет сохраняется состояние полной ремиссии без остаточных симптомов; при этом необходима постепенность и осторожность, так как в ряде случаев прекращение лечения может привести к очередному обострению.

Лечение:

продолжается прием антидепрессанта, который оказался эффективным на предыдущих этапах, иногда возможно сочетание приема антидепрессанта с ЛС нормотимического действия. Доза антидепрессанта должна быть невысокой, чтобы не вызывать нежелательные реакции и не снижать качества жизни.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-поведенческая, семейное консультирование, психосоциальная реабилитация.

34. Депрессивный эпизод легкой степени (F32.0 по МКБ-10):

соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств настроения, а также правила лечения депрессивного эпизода;

психотерапия:

когнитивная, когнитивно-поведенческая, семейное консультирование, психообразовательная работа с пациентом и его семьей. В ряде случаев возможно лечение с применением только психотерапии, без использования антидепрессантов.

35. Депрессивный эпизод средней степени (F32.1 по МКБ-10):

соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств настроения, а также правила лечения депрессивного эпизода. Выбор производится из всего спектра антидепрессантов, назначаются средне-терапевтические и высокие дозы;

психотерапия:

когнитивная, когнитивно-поведенческая, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Психотерапия применяется только в сочетании с биологическим лечением (антидепрессантами). Психосоциальная реабилитация.

36. Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2 по МКБ-10):

выбор ЛС производится из всего спектра антидепрессантов, исходя из клинических проявлений депрессивного эпизода, риска развития нежелательных реакций и возможного лекарственного взаимодействия, если пациент принимает иные ЛС. Лечение начинают со средне-терапевтических доз.

При выраженной тяжести депрессии и при состояниях, угрожающих жизни пациента (выраженные суицидальные тенденции, отказ от приема пищи, лекарств), или каких-либо иных обстоятельств, не позволяющих дожидаться эффекта антидепрессантов в течение обычного срока (3–4 недели) показано проведение ЭСТ.

Длительность лечения после полного исчезновения симптомов депрессии – не менее 6–9 месяцев с последующим медленным снижением дозы антидепрессанта.

При сохранении резидуальной симптоматики противорецидивное лечение проводится постоянно, неопределенно долго.

37. Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F32.3 по МКБ-10):

соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств, настроения лечения депрессивного эпизода.

С первого дня лечения назначают комбинированное лечение антидепрессантами в сочетании с антипсихотиками.

Лечение проводится согласно пункту 20 настоящего клинического протокола.

Длительность лечения после полного исчезновения симптомов депрессии – не менее 9–12 месяцев с последующим медленным снижением дозы ЛС.

При отсутствии эффекта лечения необходимо проведение курса ЭСТ. В случаях, где имеется высокий риск суицида, или есть какие-либо иные обстоятельства (отказ от пищи и приема ЛС, истощение, непереносимость антидепрессантов, грубо неадекватное поведение, некупируемое психомоторное возбуждение и другие), не позволяющих дожидаться эффекта антидепрессантов в течение обычного срока (3–4 недели) показано проведение ЭСТ уже на ранних сроках лечения.

38. При рекуррентных депрессивных расстройствах (F33 по МКБ-10) соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств настроения, а также правила лечения депрессивного эпизода.

На этапе долечивающего и стабилизирующего лечения и этапе профилактического лечения (если в нем есть необходимость) используется ЛС, оказавшееся эффективным на этапе лечения острого состояния, как правило, в виде монотерапии. Доза его должна быть невысокой, чтобы не вызвать нежелательные реакции и не снижать качества жизни пациента.

39. Устойчивые расстройства настроения (аффективные расстройства) (F34 по МКБ-10):

показаны:

антидепрессанты группы СИОЗС – флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, эсциталопрам в обычных дозах. Трициклические и гетероциклические антидепрессанты при данном расстройстве менее эффективны, а если и используются, то в малых и средних дозах, не вызывающих нежелательные реакции;

психоаналептики.

Показана психотерапия: когнитивная, когнитивно-поведенческая, краткосрочная психодинамическая, гештальт-терапия, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками.

В состоянии ремиссии проводится поддерживающее лечение ЛС нормотимического действия продолжительностью не менее 1 года.

40. Другие расстройства настроения (аффективные) (F38 по МКБ-10):

Другие одиночные расстройства настроения (аффективные) (F38.0 по МКБ-10):

условия оказания медицинской помощи:

в амбулаторных условиях, стационарных условиях.

Медицинскими показаниями для лечения в психиатрическом стационаре являются:

депрессия с суицидальными тенденциями, выраженной тревогой, психомоторным возбуждением или обездвиженностью;

мании (гипомании) с дезорганизованным и антисоциальным поведением;

отсутствие эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях.

Лечение проводится ЛС нормотимического действия согласно пункту 20 настоящего клинического протокола.

В наиболее резистентных случаях возможно одновременное применение двух ЛС нормотимического действия – например, солей лития и карбамазепина, либо солей лития и солей вальпроевой кислоты (но не комбинация карбамазепина с ламотриджином). Если в лечении используются антидепрессанты, то дозы их должны быть невысокими, а продолжительность приема минимальна. Их прием необходимо прекращать сразу же, как только купируются симптомы депрессии.

При преобладании симптомов депрессии и быстрой цикличности лечение депрессии может проводиться ламотриджином без добавления антидепрессанта.

Для воздействия на симптомы мании (гипомании) используют антипсихотики в невысоких дозах.

На этапе долечивания используют ЛС нормотимического действия, которые оказались эффективным при лечении острого состояния.

Длительность этапа долечивания должна быть как минимум в 2 раза больше, чем была длительность лечения острого состояния.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-поведенческая, краткосрочная психодинамическая, гештальт-терапия, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками.

Особенности аффективных расстройств настроения у несовершеннолетних пациентов:

при лечении несовершеннолетних пациентов в сравнении с лечением сходных состояний у совершеннолетних пациентов выбор антидепрессантов, ЛС нормотимического действия и антипсихотиков значительно более ограничен. Должны быть исключены ЛС, вызывающие нежелательные реакции.

Фармакотерапия аффективных расстройств настроения у несовершеннолетних пациентов не проводится, медицинская помощь осуществляется в форме психотерапии, семейной терапии и психообразования близких родственников. Из видов психотерапии как правило используют когнитивно-поведенческую, игровую, групповую, индивидуальную, семейную.

Из числа антидепрессантов могут использоваться флуоксетин (с 8 лет), сертралин (с 6 лет), эсциталопрам (с 12 лет). У несовершеннолетних пациентов возраста старше 12 лет могут с осторожностью назначаться пароксетин и венлафаксин, если использованные ранее ЛС группы СИОЗС не дали эффекта.

Правила подбора и использования антидепрессантов указаны в пункте 33 настоящего клинического протокола.

При лечении состояний мании (гипомании) у несовершеннолетних пациентов используются антипсихотики: рисперидон, галоперидол, оланзапин, арипипразол а также ЛС нормотимического действия – вальпроаты, ламотриджин, топирамат, карбамазепин, окскарбазепин, соли лития.

Этап долечивающего и стабилизирующего лечения по своим результатам, условиям проведения и продолжительности существенно не отличается от такового у совершеннолетних пациентов.

На этапе профилактического (противорецидивного) лечения для медицинской профилактики аффективных расстройств настроения у несовершеннолетних пациентов используются такие же, как у совершеннолетних пациентов ЛС нормотимического действия. Правила их использования также сходны.

Обычные дозы соли лития составляют от 300 до 900 мг/сутки, содержание лития в плазме крови должно быть от 0,4 до 0,6 ммоль/л.

Лечение карбамазепином начинают со 100 или 200 мг/сутки, повышая дозу на 100 мг каждую неделю до того, когда наступят нежелательные реакции (обычно седация и сонливость), после чего дозу немного снижают – ее и считают оптимальной.

Лечение ЛС вальпроевой кислоты начинают с дозы 10 мг на 1 кг массы тела при массе тела до 25 кг и 10–50 мг на 1 кг массы тела при массе тела более 25 кг, постепенно повышая дозу на 5–10 мг на 1 кг массы тела 1 раз в неделю до оптимальной.

При использовании ламотриджина лечение начинают с дозы с 25 мг/сутки, повышая ее на 25 мг каждые 2 недели; обычная полная доза составляет 100–200 мг/сутки.

Показана психотерапия, социально психолого-педагогическая реабилитация, семейное консультирование.

Назначение ЛС у несовершеннолетнего пациента с аффективными расстройствами настроения должно быть дополнено психотерапией и работой с близкими родственниками. Основной принцип реабилитации у несовершеннолетних пациентов заключается в сохранении у него способности продолжать обучение в учреждении образования.

Приложение
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с аффективными
расстройствами настроения
(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

**структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики,
используемых в диагностике аффективных расстройств настроения**

Шкала депрессии Т.Бека (взрослый и подростковый вариант);
Гериатрическая шкала депрессии;
Шкала суицидальных намерений SSI (Т.Бек, М.Коувекс) и ее модификация MSSI;
Шкала суицидальных интенций SIS;
Шкала безнадежности Т.Бека.