

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 невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами, соответствующими шифрам F40-F48 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

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

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

4. Госпитализация пациентов с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

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

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

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

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

8. Фобические тревожные расстройства (F40 по МКБ-10):

группа расстройств, в которой тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными. В результате эти ситуации обычно избегаются или переносятся с чувством страха.

Фобические тревожные расстройства проявляются повышенной тревожностью без видимой внешней причины, достигающей до острой пароксизмальной тревоги (паники). Панические атаки часто приводят к формированию у пациента тревожного ожидания наступления следующего приступа (опережающая тревога, тревога ожидания или страх страха) и, как следствие, избегающего поведения, что со временем ломает весь его жизненный стереотип.

Фобическая тревога часто сосуществует с депрессией. Большинство фобических расстройств, кроме социальных фобий, чаще встречаются у женщин.

Агорафобия (F40.0 по МКБ-10):

группа фобий, включающая боязнь остаться без какой-либо помощи вне дома, в том числе в толпе, общественных местах, в одиночестве, при переездах, в транспорте, на мостах и других местах.

Могут также присутствовать депрессивные и обсессивные симптомы и социальные фобии. При отсутствии эффективного лечения агорафобия часто становится хронической, хотя и течет обычно волнообразно. Панические атаки у пациента могут быть: спонтанными (без какой-либо видимой связи или причины), ситуационными (в каких-то определенных местах или в ситуациях) и приступы страха ожидания, которые возникают в ожидании «угрожающей ситуации».

Социальные фобии (F40.1 по МКБ-10):

стойкий иррациональный страх совершения каких-либо социальных действий – например, сдачи экзаменов, публичных выступлений, страх начальника, страх беседовать с лицами противоположного пола или с незнакомыми людьми и другое.

Социальные фобии сконцентрированы вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих в сравнительно малых группах людей (в противоположность толпе), что приводит к избеганию общественных ситуаций. Социальные фобии обычно сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики.

Специфические (изолированные) фобии (F40.2 по МКБ-10):

фобии, ограниченные строго определенными ситуациями, такими как нахождение рядом с какими-то животными, высота, гроза, темнота, полеты в самолетах, закрытые пространства, мочеиспускание или дефекация в общественных туалетах, прием определенной пищи, лечение у зубного врача, вид крови или повреждений и страх подвергнуться определенным заболеваниям.

Несмотря на то, что пусковая ситуация является изолированной, попадание в нее может вызвать панику как при агорафобии или социальной фобии.

9. Генерализованное тревожное расстройство (F41.1 по МКБ-10):

генерализованное тревожное расстройство (далее – ГТР) – распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно какими-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидальному риску. Длительность ГТР составляет как минимум 6 месяцев, не поддается сознательному контролю, то есть ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями, интенсивность тревожных переживаний несоизмерима актуальной жизненной ситуации пациента.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2 по МКБ-10):

психическое расстройство с симптомами тревоги и депрессии, но при этом ни те, ни другие не достигают степени выраженности ГТР, депрессивного эпизода или дистимии.

Другие смешанные тревожные расстройства (F41.3 по МКБ-10):

расстройства, соответствующих критериям ГТР и имеющих также явные (часто кратковременные) симптомы других расстройств, не удовлетворяя при этом их критериям полностью.

10. Обсессивно-компульсивное расстройство (F42 по МКБ-10):

включает: Преимущественно навязчивые мысли или размышления (F42.0 по МКБ-10), Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы) (F42.1 по МКБ-10), Смешанные навязчивые мысли и действия (F42.2 по МКБ-10), Другие обсессивно-компульсивные расстройства (F42.8 по МКБ-10), Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное (F42.9 по МКБ-10).

Основной чертой обсессивно-компульсивного расстройства являются повторяющиеся обсессивные мысли или компульсивные действия. Они почти всегда тягостны (потому что они имеют агрессивное или непристойное содержание), пациент часто пытается безуспешно сопротивляться им. Компульсивные действия или ритуалы представляют собой повторяющиеся вновь и вновь стереотипные поступки. Они не доставляют внутреннего удовольствия и не приводят к выполнению внутренне полезных задач.

Медицинскими показаниями к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях являются безуспешность предшествовавшего лечения в амбулаторных условиях; необходимость подбора комбинаций ЛС; сопутствующие психические расстройства – депрессия, тикозные гиперкинезы, расстройства личности, зависимости и другие.

11. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43 по МКБ-10):

стрессовые события являются первичным или преобладающим причинным фактором, без которого расстройство не могло бы возникнуть.

Острая реакция на стресс (F43.0 по МКБ-10):

развивается в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение нескольких часов или дней, может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора), или ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства или фуга). Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Обычно симптомы развиваются в течение нескольких минут после воздействия стрессового раздражителя или события и исчезают в течение двух-трех дней (часто часов). Может присутствовать частичная или полная диссоциативная амнезия эпизода.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1 по МКБ-10):

посттравматическое стрессовое расстройство (далее – ПТСР) – психическое расстройство, возникает как отставленная по времени и (или) затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс (например, природные или искусственные катастрофы,

сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления).

Расстройство приспособительных реакций (F43.2 по МКБ-10):

состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезного физического заболевания), развивается обычно в течение месяца после стрессового события или изменения жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев.

12. Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44 по МКБ-10):

общие симптомы, которые характеризуют диссоциативные и конверсионные расстройства, заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознании идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контроле движений тела, с другой.

Диссоциативные расстройства являются «психогенными» по происхождению, будучи тесно связанными по времени с травматическими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями.

Все типы диссоциативных расстройств имеют тенденцию к ремиттированию спустя несколько недель или месяцев, особенно, если их возникновение было связано с травматическим жизненным событием. Пациенты с диссоциативными расстройствами обычно отрицают проблемы и трудности, которые очевидны для других.

Диссоциативная амнезия (F44.0 по МКБ-10):

основной симптом – потеря памяти, обычно на недавние важные события. Она не обусловлена органическим психическим заболеванием и слишком выражена, чтобы быть объясненной обычной забывчивостью или усталостью. Диссоциативная амнезия обычно фокусируется на травматических событиях, таких как несчастные случаи или неожиданная потеря близких родственников, обычно она является парциальной и селективной. Генерализованность и полнота амнезии часто варьируют день ото дня, но постоянным общим признаком является невозможность вспомнить в состоянии бодрствования. Полная и генерализованная амнезия является редкой и обычно представляет собой проявление состояния фуги. В этом случае она должна быть классифицирована как диссоциативная фуга.

Диссоциативная фуга (F44.1 по МКБ-10):

диссоциативная фуга имеет все признаки диссоциативной амнезии в сочетании с внешне целенаправленными путешествиями, во время которых пациент поддерживает уход за собой. В некоторых случаях принимается новая идентичность личности, обычно на несколько дней, но иногда на более длительные периоды. Хотя период фуги амнезируется, поведение пациента в это время для независимых наблюдателей может представляться совершенно нормальным.

Диссоциативный ступор (F44.2 по МКБ-10):

поведение пациента отвечает критериям ступора, но обследование не выявляет его физической обусловленности. Как и при других диссоциативных расстройствах, дополнительно обнаруживаются недавние стрессовые события или выраженные межперсональные или социальные проблемы.

Транс и одержимость (F44.3 по МКБ-10):

расстройства, при которых имеется временная потеря, как чувства личностной идентичности, так и полного осознания окружающего. В некоторых случаях отдельные поступки управляются другой личностью, духом, божеством.

Трансы, которые являются произвольными или нежелательными затрудняют повседневную деятельность за счет того, что возникают или сохраняются и вне рамок религиозных или других культурально приемлемых ситуаций. Сюда не должны включаться трансы, развивающиеся в течение шизофрении или острых психозов с бредом и галлюцинациями, или расстройства множественной личности.

Диссоциативные двигательные расстройства (F44.4 по МКБ-10):

самым частым вариантом диссоциативного двигательного расстройства является утрата способности к движению конечности или ее части или к движению конечностей. Паралич может быть полным или частичным, когда движения слабы или замедлены. Могут проявляться различные формы и степени нарушения координации (атаксия), особенно в ногах, что обуславливает вычурную походку или неспособность стоять без посторонней помощи (астазия-абазия). Может иметь место преувеличенное дрожание одной или более конечностей или всего тела. Сходство может быть близким с почти любым вариантом атаксии, апраксии, акинезии, афонии, дизартрии, дискинезии или паралича.

Диссоциативные конвульсии (F44.5 по МКБ-10):

диссоциативные конвульсии могут очень точно двигательно имитировать эпилептические припадки, но при диссоциативных судорогах нет прикусывания языка, тяжелых кровоподтеков в связи с падениями и испускания мочи, потеря сознания отсутствует или имеют место состояния ступора или транса.

Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия (F44.6 по МКБ-10):

расстройство психогенного происхождения, которое характеризуется нарушением одного из видов чувствительности, но не имеет в своей основе объективно регистрируемых поражений нервной системы. К сенсорным диссоциативным нарушениям относят гиперестезию, парестезию, анестезию, слепоту, глухоту и туннельное зрение. Потеря зрения при диссоциативных расстройствах редко бывает тотальной и при его нарушении чаще речь идет об утрате остроты зрения, его общей неясности или о «сужении поля зрительного восприятия». Вопреки жалобам на потерю зрения у пациента часто хорошо сохраняются общая подвижность и моторная продуктивность. Гораздо реже, чем потеря чувствительности или зрения, встречаются диссоциативная глухота и anosmia.

Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.7 по МКБ-10):

при этих расстройствах имеются потеря или затруднения движений или утрата ощущений (обычно кожной чувствительности). Симптомы часто отражают представления пациента о физическом заболевании, что может находиться в противоречии с физиологическими или анатомическими принципами.

Легкие и транзиторные варианты смешанных диссоциативных (конверсионных) расстройств часто наблюдаются несовершеннолетних пациентов, особенно у девочек, но хронические варианты обычно встречаются у совершеннолетних пациентов. В отдельных случаях устанавливается рецидивирующий тип реакции на стресс в виде этих расстройств, который может проявляться в пожилом возрасте.

Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.8 по МКБ-10):

характерно существование у пациента двух или более разных личностей, проявляющихся одновременно и с проявлениями амнезии оригинальной личности на тот период, когда доминируют другие.

13. Соматоформные расстройства (F45 по МКБ-10):

эта рубрика включает в себя Соматизированное расстройство (F45.0 по МКБ-10), Недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1 по МКБ-10), Ипохондрическое расстройство (F45.2 по МКБ-10), Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3 по МКБ-10), Устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.4 по МКБ-10), Другие соматоформные расстройства (F45.8 по МКБ-10), Соматоформное расстройство неуточненное (F45.9 по МКБ-10).

Соматоформные расстройства проявляются соматическими жалобами, которые не могут быть в полной мере объяснены конкретным соматическим заболеванием или эффектами приема психоактивных веществ или другими психиатрическими синдромами.

Для диагностики ипохондрического расстройства характерно наличие стойкой, сохраняющейся не менее 6 месяцев убежденности в наличии у себя одного или более тяжелого заболевания, одно из которых конкретно обозначено пациентом.

При диагностике соматоформной вегетативной дисфункции следует учитывать, что это широкая группа вегетоневротических расстройств, которая характеризуется субъективными жалобами, обусловленными автономным вегетативным раздражением в той или иной части тела и соотносится пациентом с определенным соматическим заболеванием в одной или нескольких из следующих систем или органов: сердечно-сосудистой системы, верхнего отдела пищеварительного тракта, нижнего отдела пищеварительного тракта, системы мочеполовых органов.

Для диагностики хронического болевого соматоформного расстройства состояние должно соответствовать следующим критериям: длиться не менее 6 месяцев и быть связанным с какой-либо областью тела, при отсутствии какого-либо заболевания, которое позволило бы объяснить причину появления данного симптома; данные симптомы не выступают в рамках заболевания шизофренического или аффективного круга или других соматоформных нарушений.

14. Другие невротические расстройства (F48 по МКБ-10):

Неврастения (F48.0 по МКБ-10):

неврастения (синдром хронической усталости) проявляется многочисленными жалобами астенического характера, а также соматовегетативными нарушениями в виде повышенной утомляемости, эмоциональными колебаниями, преимущественно в сторону понижения настроения, головными болями, нарушениями сна;

Синдром деперсонализации–дереализации (F48.1 по МКБ-10):

в качестве изолированного синдрома встречается крайне редко. Как правило, встречается в структуре других психических заболеваний – органических мозговых поражений, шизофрении и шизоаффективных расстройств.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

15. Перечень обязательного общеклинического обследования в стационарных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

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

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

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

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

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

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

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее при нормальных показателях и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

консультация врача-акушера-гинеколога – однократно (для женщин);

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

16. Перечень обязательного общеклинического обследования в условиях отделения дневного пребывания:

консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

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

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

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

обследование на сифилитическую инфекцию (совершеннолетним пациентам);

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

17. Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

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

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

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

18. Перечень дополнительного общеклинического обследования:

консультация врачей иных специальностей;

ЭКГ;

магнитно-резонансная томография головного мозга – однократно;

компьютерная томография головного мозга – однократно;

электроэнцефалография;

ультразвуковое исследование сердца;

ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;

определение уровня тиреотропного гормона;

определение уровня витамина В12 в крови;

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

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

анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;

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

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

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

20. Фобические тревожные расстройства (F40 по МКБ-10):

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

Медицинские показания для госпитализации:

необходимость проведения дифференциально-диагностических мероприятий невозможных в иных, кроме стационарных условиях, для установления окончательного диагноза.

Лечение:

для фармакотерапии используются следующие ЛС:

селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС):

пароксетин 20–40 мг/сутки;

эсциталопрам 10–20 мг/сутки;

флувоксамин – 100–200 мг/сутки;

сертралин – 50–150 мг/сутки;

флуоксетин – 20–40 мг/сутки.

ЛС назначаются в течение 4–6 месяцев. Вариант лечения следует выбирать индивидуально для каждого пациента с учетом психотропного и соматотропного действия ЛС, возможных нежелательных реакций. Терапия этими ЛС начинается с минимальных дозировок и постепенно повышается до терапевтических, анксиолитический эффект антидепрессантов развивается индивидуально в течение 2–8 недель. Поэтому целесообразно применять комбинацию с производными бензодиазепина, особенно при выраженной интенсивности фобических переживаний.

При недостаточной эффективности антидепрессантов группы СИОЗС рекомендуется назначение антидепрессантов группы ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (далее – СИОЗСН) (венлафаксин, начальная доза – 75 мг, терапевтическая – 150–225 мг/сутки; дулоксетин, начальная доза 30 мг, терапевтическая 60–120 мг/сутки).

При отсутствии эффекта от СИОЗС и антидепрессантов группы СИОЗСН назначаются трициклические антидепрессанты: кломипрамин – 50–250 мг/сутки, amitриптилин – 75–150 мг/сутки.

Для более быстрого достижения эффекта в первые 2–3 недели рекомендуется сочетание антидепрессантов группы СИОЗС с анксиолитическими ЛС (далее – анксиолитиками) – производными бензодиазепина с целью снижения уровня тревоги и интенсивности фобических переживаний.

Анксиолитики группы бензодиазепинов:

клоназепам (начальная доза – 0,5–1 мг/сутки; максимальная доза – 0,5–4 мг/сутки);

алпразолам 0,25–2 мг/сутки;

феназепам, таблетки 1 мг, внутрь, независимо от приема пищи, начальная доза – 0,5–1 мг 2–3 раза в день, максимальная до 4–6 мг/сут.

Бета-адреноблокаторы используются кратковременно, преимущественно для купирования соматических проявлений тревоги. Применяются бисопролол в дозе 2,5–10 мг 1 раз в сутки, пропранолол (10–40 мг за 45–60 минут до попадания в ситуацию психоэмоционального и физического стресса), при генерализации тревоги – атенолол (50–100 мг/сутки).

Пациентам с фобическими расстройствами можно назначать прегабалин 300–600 мг/сутки с целью снижения уровня тревоги и интенсивности фобических переживаний. Имеются исследования, подтверждающие некоторую эффективность габапентина 900–3600 мг/сутки в отношении тревожно-фобических расстройств.

Для пациентов с тревожно-фобическими расстройствами рекомендуемая длительность фармакотерапии – от 6 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов.

Для медицинской профилактики развития зависимости прием анксиолитиков из группы бензодиазепинов не должен превышать 2–4 недель и сопровождаться медицинским наблюдением.

Пациентам с недостаточным ответом на монотерапию рекомендуется назначать антипсихотические ЛС с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации:

хлорпротиксен 15–100 мг/сутки;
сульпирид 200–400 мг/сутки;
оланзапин 2,5–20 мг/сутки;
арипипразол 10–15 мг/сутки;
рисперидон 0,5–6 мг/сутки;
кветиапин – 25–300 мг/сутки.

Учитывая ведущую роль психологических факторов в развитии тревожно-фобических расстройств, психотерапия имеет приоритетное значение для лечения по сравнению с фармакотерапией.

Используются когнитивно-поведенческая терапия, десенсибилизационные стратегии (например, метод градуированной экспозиции пугающей ситуации), когнитивное реконструирование, релаксация, аутотренинг, гипнотерапия и другие.

Пациентам с тревожно-фобическими расстройствами рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, ограничительного поведения, улучшения коммуникативных навыков, проведение групповой краткосрочной интерперсональной психотерапии – 20 сеансов по 1,5 часа – 5 сеансов в неделю.

Использование биообратной связи позволяет пациенту обучиться регуляции своего состояния и возможности его мониторинга.

Агорафобия (F40.0 по МКБ-10):

лечение проводится согласно частям первой–четырнадцатой настоящего пункта.

21. Генерализованное тревожное расстройство (F41.1 по МКБ-10): Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2 по МКБ-10); Другие смешанные тревожные расстройства (F41.3 по МКБ-10); Другие уточненные тревожные расстройства (F41.8 по МКБ-10):

лечение включает фармакотерапию и психотерапию. Выбор стратегии терапии и соотношения фармакотерапии и психотерапии должны оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае.

Применяемые группы ЛС:

антидепрессанты групп СИОЗС и СИОЗСН;
трициклические и гетероциклические психоаналептики;
анксиолитики группы бензодиазепинов;
небензодиазепиновые анксиолитики и снотворные ЛС;
противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием;
бета-адреноблокаторы.

Алгоритм лечения и дозы ЛС указаны в пункте 20 настоящего клинического протокола.

Анксиолитик группы бензодиазепинов показан как наиболее быстродействующее ЛС в виде кратковременного курса (не более 4–6 недель) в связи с опасностью развития зависимости.

Пациентам с ГТР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с производными бензодиазепина с целью снижения тревоги и коррекции ее соматовегетативных проявлений рекомендуется назначение некоторых антипсихотических ЛС в сочетании с антидепрессантами, дозы ЛС указаны в пункте 20 настоящего клинического протокола.

Пациентам с ГТР рекомендуется проводить терапию длительностью не менее 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта применяемой терапии с целью стабилизации эффекта. В большинстве случаев целесообразен более длительный период лечения – 12 месяцев и более, поскольку ГТР имеет высокий риск рецидивирования. Для медицинской профилактики рецидивов при достижении стабилизации на фоне применения антидепрессантов, целесообразно продолжить их применение в той же

дозировке, на которой был достигнут терапевтический эффект еще 6–12 месяцев. При стабильном состоянии отмена терапии осуществляется постепенно под контролем врача-специалиста в течение не менее 3 месяцев. Длительность поддерживающей терапии при ГТР и скорость отмены терапии определяется также исходя из индивидуальных особенностей пациента.

Психотерапия является обязательной частью лечебных мероприятий. В лечении пациентов с ГТР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с фармакотерапией с целью более эффективного и стойкого снижения тревоги, обучению релаксации, коррекции иррациональных установок, осознания глубинных механизмов и противоречий. Психотерапию рекомендуется начинать сразу же после снижения уровня тревоги и достижения состояния, при котором пациент способен конструктивно оценивать свои проблемы.

Применяются:

когнитивно-поведенческая терапия;
стратегии релаксации (дыхательные упражнения, медитация, аутогенная тренировка);

гештальт-терапия;

динамическая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (индивидуальная и/или групповая) с целью снижения тревоги и напряжения, осознания глубинных механизмов заболевания, разрешения внутренних противоречий, реконструкции системы отношений, психодинамическая терапия. Пациентам с ГТР рекомендовано так же использование методики биообратной связи – 10 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения.

22. Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное (F42.9 по МКБ-10):

всем пациентам с установленным диагнозом обсессивно-компульсивное расстройство (далее – ОКР) рекомендуется фармакотерапия и (или) психотерапия (когнитивно-поведенческая терапия), экспозиционная терапия с целью коррекции обсессивных и компульсивных симптомов.

Используются антидепрессанты, с выраженным ингибированием механизма обратного захвата серотонина, в первую очередь, СИОЗС.

Особенности тактики лечения ОКР антидепрессантами:

назначение максимально переносимых дозировок;

длительный латентный период – до развития эффекта может пройти 2–3 месяца.

Антидепрессант применяют в максимально переносимой дозировке 3 месяца, при полной неэффективности его заменяют другим.

Для вывода о резистентности к лечению необходимо испробовать кломипрамин и последовательно два психоаналептика группы СИОЗС, причем каждый из них должен применяться в максимальной дозировке не менее 3 месяцев. При частичном ответе на лечение прием его продолжают, прибавляя к психоаналептику другие ЛС.

Рекомендуется применение венлафаксина в дозе 75–300 мг/сутки.

В качестве альтернативного ЛС рекомендуется применение дулоксетина в дозе 30–120 мг/сутки. Дулоксетин демонстрирует эффективность в отношении симптомов ОКР.

Лечение нужно продолжать не менее 1 года после формирования ремиссии.

Если монотерапия антидепрессантами оказалась малоэффективной или неэффективной, то возможно проведение комбинированной фармакотерапии.

Наиболее часто антидепрессант комбинируют с антипсихотиком или клоназепамом. В самых тяжелых случаях оправдана комбинация психоаналептик, антипсихотик и клоназепам.

При сочетании ОКР с тиками или шизофренией назначают антипсихотики, а при их неэффективности используют сочетание антипсихотика и антидепрессанта. При сочетании ОКР с тиками возможно использование сульпирида в дозе 200–600 мг/сутки.

Психотерапия рекомендуется на любом этапе лечения при любой выраженности симптомов ОКР. Комбинированная терапия (фармакотерапия и психотерапия) демонстрирует лучшие показатели эффективности, чем только фармакотерапия.

Показана когнитивно-поведенческая терапия.

При преобладании компульсий показана поведенческая психотерапия, при преобладании obsessions – когнитивная психотерапия.

Близиких родственников необходимо информировать о природе заболевания и правилах поведения с пациентом, они не должны поддерживать ритуалы пациента. В некоторых случаях для достижения результата может потребоваться проведение семейной психотерапии.

У несовершеннолетних пациентов с хроническим течением заболевания навязчивостей нет сопротивления определенным ритуалам, они интегрируют их в свою повседневную жизнь. Наиболее часто встречающимися у несовершеннолетних пациентов навязчивыми действиями являются ритуал умывания и навязчивый контроль за своими действиями. Содержанием навязчивых мыслей являются опасения испачкаться грязью или выделениями, а также страх перед собственными агрессивными импульсами.

Особенностью лечения несовершеннолетних пациентов с ОКР является активное участие близиких родственников.

При фармакотерапии предпочтение отдается антидепрессантам группы СИОЗС, в частности, сертралину (с 6–12 лет – 25–50 мг/сутки; 13–17 лет – 50–200 мг/сутки) и флувоксамину (с 6 лет – 25–200 мг/сутки). Возможно применение кломипрамина с 6 лет – 3 мг/кг/сутки.

Из антипсихотиков используются: сульпирид несовершеннолетним пациентам до 6 лет – 5–10 мг/кг/сутки, 6–10 лет – 25 мг/сутки, 11–16 лет – 25–50 мг/сутки, рисперидон рекомендуется для несовершеннолетнего пациента весом более 25 кг по 0,25–2 мг/сутки.

Наращивать терапевтическую дозу следует постепенно, 1 раз в неделю. Прекращение лечения или замена психоаналептика не должна происходить ранее, чем через 10–12 недель. При эффективности фармакотерапии терапевтическая доза психоаналептика должна сохраняться в течение 10–12 месяцев.

23. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43 по МКБ-10), включает Острую реакцию на стресс (F43.0 по МКБ-10):

эффективны фармакотерапия (производные бензодиазеина, анксиолитики, бета-адреноблокаторы, антипсихотические ЛС, противоэпилептических ЛС с нормотимическим действием и других), так и психотерапии (кризисное вмешательство, целью которого является быстрое достижение состояния эмоционального спокойствия, различные варианты когнитивно-поведенческой терапии, техники гипнотерапии, семейное консультирование и другие).

Выбор стратегии терапии и соотношение фармакотерапии и психотерапии зависят от проявлений симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожиданий пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей.

Имеются медицинские показания и медицинские противопоказания как для фармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, нежелательными реакциями и организационными условиями.

Используются следующие ЛС:

анксиолитики группы бензодиазепинов: клоназепам (начальная доза – 0,5–1 мг/сутки; максимальная доза – 0,5–4 мг/сутки), алпразолам 0,25–2 мг/сутки.

Не рекомендуется назначать их пациентам пожилого возраста в связи с увеличением риска нарушений координации и падений. ЛС группы производных бензодиазеина могут формировать зависимость и имеют синдром отмены при резком прекращении терапии. Поэтому длительность их применения должна быть ограничена 3–4 неделями.

Бета-адреноблокаторы используются кратковременно, преимущественно для купирования соматических проявлений тревоги. Применяются пропранолол (10–40 мг

за 45–60 минут до попадания в ситуацию психоэмоционального и физического стресса), при генерализации тревоги – атенолол (50–100 мг/сутки).

Пациентам с острой реакцией на стресс можно назначать прегабалин 300–600 мг/сутки с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний. Имеются исследования, подтверждающие некоторую эффективность габапентина 900–3600 мг/сутки в отношении тревожно-фобических расстройств.

Пациентам с острой реакцией на стресс, для более быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику можно применять ЛС из группы анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин).

Пациентам с острой реакцией на стресс рекомендуемая длительность фармакотерапии – от 2 недель до 2 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и медицинской профилактики рецидивов.

Для медицинской профилактики развития зависимости прием анксиолитических ЛС из группы бензодиазепинов не должен превышать 2–4 недель и сопровождаться медицинским наблюдением.

Пациентам с острой реакцией на стресс с недостаточным ответом на монотерапию рекомендуется назначать антипсихотические ЛС с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации:

- хлорпротиксен 15–100 мг/сутки;
- сульпирид 200–400 мг/сутки;
- оланзапин 2,5–20 мг/сутки;
- арипипразол 10–15 мг/сутки;
- рисперидон 0,5–6 мг/сутки;
- кветиапин 25–300 мг/сутки.

Психотерапия, в особенности если психологические механизмы формирования и поддержания тревоги играют существенную роль, дает более качественный эффект и более стойкую ремиссию. В ряде случаев оптимальным является сочетание фармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет повысить эффективность терапевтических вмешательств.

Используются когнитивно-поведенческая терапия, десенсибилизационные стратегии (например, метод градуированной экспозиции пугающей ситуации), когнитивное реконструирование, релаксация, аутотренинг, гипнотерапия.

Пациентам с острой реакцией на стресс рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков проведение групповой краткосрочной интерперсональной психотерапии – 20 сеансов по 1,5 часа – 5 сеансов в неделю, использование релаксационных методов – 10–15 сеансов. Использование биообратной связи позволяет пациенту обучиться регуляции своего состояния и возможности его мониторинга.

ПТСР (F43.1 по МКБ-10):

эффективны СИОЗС:

- пароксетин 20–40 мг/сутки;
- эсциталопрам 10–20 мг/сутки;
- флувоксамин – 100–200 мг/сутки;
- сертралин – 50–150 мг/сутки;
- флуоксетин – 20–40 мг/сутки.

Целесообразно применять комбинацию с производными бензодиазепина, особенно при выраженной интенсивности фобических переживаний. При недостаточной эффективности антидепрессантов группы СИОЗС рекомендуется назначение антидепрессантов группы СИОЗСН (венлафаксин, начальная доза – 75 мг,

терапевтическая – 150–225 мг/сутки; дулоксетин, начальная доза 30 мг, терапевтическая 60–120 мг/сутки).

При отсутствии эффекта от СИОЗС и антидепрессантов группы СИОЗСН назначаются трициклические антидепрессанты: кломипрамин – 50–250 мг/сутки, amitриптилин – 75–150 мг/сутки.

Для более быстрого достижения эффекта в первые 2–3 недели рекомендуется сочетание антидепрессантов группы СИОЗС с анксиолитиками – производными бензодиазепина с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний.

Анксиолитики группы бензодиазепинов: клоназепам (начальная доза – 0,5–1 мг/сутки; максимальная доза – 0,5–4 мг/сутки), алпразолам 0,25–2 мг/сутки.

Бета-адреноблокаторы используются кратковременно, преимущественно для купирования соматических проявлений тревоги. Применяются пропранолол (10–40 мг за 45–60 минут до попадания в ситуацию психоэмоционального и физического стресса), при генерализации тревоги – атенолол (50–100 мг/сутки).

Пациентам с ПТСР можно назначать прегабалин 300–600 мг/сутки с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний. Имеются исследования, подтверждающие некоторую эффективность габапентина 900–3600 мг/сутки в отношении ПТСР.

Пациентам с ПТСР, учитывая отставленный эффект антидепрессантов, для более быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику применять ЛС из группы анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин).

Для пациентов с ПТСР рекомендуемая длительность фармакотерапии – от 6 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и медицинской профилактики рецидивов.

Пациентам с ПТСР с недостаточным ответом на монотерапию рекомендуется назначать антипсихотические ЛС с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации:

- хлорпротиксен 15–100 мг/сутки;
- сульпирид 200–400 мг/сутки;
- оланзапин 2,5–20 мг/сутки;
- арипипразол 10–15 мг/сутки;
- рисперидон 0,5–6 мг/сутки;
- кветиапин 25–300 мг/сутки.

Комбинированная терапия (антипсихотические ЛС и их сочетание с антидепрессантами) рекомендуется при недостаточном ответе на монотерапию антидепрессантами, при высокой представленности сенестопатического компонента, что часто встречается при затяжном течении ПТСР, при наличии сверхценной ипохондрической фиксации, выраженных психовегетативных нарушениях.

В лечении пациентов с ПТСР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с фармакотерапией с целью более эффективного и стойкого снижения тревоги, интенсивности фобических переживаний, обучению релаксации, коррекции иррациональных установок, осознания глубинных механизмов и противоречий, преодоления ограничительного поведения.

Используются когнитивно-поведенческая терапия, десенсибилизационные стратегии (например, метод градуированной экспозиции пугающей ситуации), когнитивное реконструирование, релаксация, аутотренинг, гипнотерапия, проведение метода десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз.

Пациентам с ПТСР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков проведение групповой краткосрочной интерперсональной психотерапии – 20 сеансов по 1,5 часа – 5 сеансов в неделю.

Расстройство приспособительных реакций (F43.2 по МКБ-10):

алгоритм лечения представлен в частях второй–четырнадцатой настоящего пункта.

24. Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44 по МКБ-10):
оказание медицинской помощи осуществляется в стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания, в амбулаторных условиях;
для фармакотерапии используются:
трициклические антидепрессанты:
кломипрамин, amitриптилин и другие при выраженных депрессивных расстройствах, в том числе в сочетании с бензодиазепинами или антипсихотиками;
антидепрессанты групп СИОЗС и СИОЗСН: флуоксетин, эсциталопрам, флувоксамин, сертралин, пароксетин, венлафаксин при тревоге, депрессии, дисфории;
антипсихотики, с преимущественно седативным действием: перициазин, хлорпротиксен, рисперидон, сульпирид, флупентиксол;
небензодиазепиновые снотворные ЛС (зопиклон) при нарушениях сна;
противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием: карбамазепин, вальпроевая кислота, оксакарбамазепин, прегабалин при дисфоричности, аффективной лабильности, агрессивности;
бета-адреноблокаторы для купирования сопутствующей вегетативной симптоматики.

Дозы ЛС указаны в частях второй–четырнадцатой пункта 23 настоящего клинического протокола.

Используемые методы психотерапии:

поддерживающая психодинамическая и личностно-ориентированная терапия;

телесно-ориентированная терапия;

гипнотерапия;

другие суггестивные методы;

когнитивно-поведенческая терапия;

терапия, направленная на формирование адекватной самооценки.

25. Соматоформные расстройства (F45 по МКБ-10):

лечение в стационарных условиях показано при выраженных расстройствах и нарушениях адаптации, для удаления пациента из актуальной психотравмирующей ситуации, в диагностически сложных случаях, а также для подбора необходимого лечения при резистентных случаях.

Основная роль в лечении соматоформных расстройств принадлежит психотерапии, фармакотерапия имеет цель создать возможности психотерапии и проводится при наличии сопутствующих тревожных, депрессивных, болевых и других расстройств. Выбор ЛС в каждом случае определяется особенностями симптоматики и сопутствующих проявлений.

Используются ЛС:

антидепрессанты группы СИОЗС: пароксетин 20–40 мг/сутки, эсциталопрам 10–20 мг/сутки; флувоксамин – 100–200 мг/сутки, сертралин – 50–150 мг/сутки, флуоксетин – 20–40 мг/сутки;

антидепрессанты группы СИОЗСН: венлафаксин, начальная доза – 75 мг, терапевтическая – 150–225 мг/сутки; дулоксетин, начальная доза 30 мг, терапевтическая 60–120 мг/сутки;

трициклические и гетерециклические антидепрессанты: в терапевтических дозах кломипрамин – 50–200 мг/сутки, amitриптилин – 75–150 мг/сутки;

антипсихотики с седативным эффектом: оланзапин, кветиапин, сульпирид, флупентиксол; хлорпротиксен – как резерв при выраженной тревоге;

бета-адреноблокаторы для купирования вегетативной симптоматики: пропранолол – 10–40 мг/сутки или атенолол – 50–100 мг/сутки;

противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием в невысоких дозах (прегабалин – 150–600 мг/сутки, карбамазепин – 400–600 мг/сутки, вальпроевая кислота – 300–900 мг/сутки) показаны при колебаниях аффекта, болевых и вегетативных расстройствах.

Возможно сочетание антидепрессанта с анксиолитиками группы бензодиазепинов. Антипсихотики с седативным эффектом: оланзапин, кветиапин, сульпирид, флупентиксол, хлорпротиксен – как резерв при длительной тревоге, которую не удается купировать бензодиазепинами в рекомендованные сроки. Рекомендуемые ЛС и их дозы указаны в частях второй–четырнадцатой пункта 23 настоящего клинического протокола.

Для медицинской профилактики развития зависимости прием анксиолитических ЛС из группы бензодиазепинов не должен превышать 2–3 недель ввиду опасности формирования зависимости. Необходимо избегать назначения этих ЛС с коротким периодом полувыведения (предпочтительнее диазепам, клоназепам).

Комбинированная терапия (антипсихотические ЛС и их сочетание с антидепрессантами) рекомендуется при недостаточном ответе на монотерапию антидепрессантами, при высокой представленности сенестопатического компонента.

Обязательной частью лечебных мероприятий является психотерапия. Применяются различные методы и техники психотерапии: когнитивно-поведенческая, рациональная терапия, когнитивная терапия, рационально-эмотивная терапия, релаксационные методы, нейролингвистическое программирование, психодрама, эриксоновский гипноз, гештальт-терапия, психодинамическая терапия и другие.

Необходимым является выявление возможных психологических причин и источников симптомов, нивелирование психотравмирующей ситуации или ее дезактуализация. Психотерапия должна быть направлена на осознание пациентом дезадаптивных форм реагирования в кризисной ситуации.

Постоянно включается использование принципов рациональной психотерапии (демонстрация связи симптомов с психологическими проблемами), психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками, супругом, информирование о влиянии психологического состояния на самочувствие пациента, тренировка способностей разрешения межличностных конфликтов.

Несовершеннолетним пациентам рекомендованы:

антидепрессанты: сертралин с 6–12 лет – 25–50 мг/сутки, с 13–17 лет – 50–200 мг/сутки; амитриптилин с 6 лет – 1 мг/кг/сутки; флувоксамин с 6 лет – 25–200 мг/сутки; флуоксетин для ребенка весом более 25 кг, 5–10 мг/сутки; кломипрамин с 6 лет – 3 мг/кг/сутки;

антипсихотики: сульпирид до 6 лет – 5–10 мг/кг/сутки, с 6–10 лет – 25 мг/сутки, с 11–16 лет – 25–50 мг/сутки;

анксиолитики: диазепам, раствор для инъекций 0,2–0,3 мг/кг/сутки, таблетки: 6–12 лет – 2,5–10 мг/сутки, 13–18 лет по 5–20 мг/сутки.

26. Другие невротические расстройства (F48 по МКБ-10):

медицинская помощь, как правило, оказывается в амбулаторных условиях. Медицинским показанием для госпитализации пациентов являются нарушение трудоспособности (невозможность выполнять свои профессиональные обязанности), а также необходимость подбора адекватной терапии при отсутствии эффекта от лечения в амбулаторных условиях.

Лечение:

психосоциальные вмешательства, направленные на изменения режима труда и отдыха;

нормализация режима сна;

фармакотерапия:

антидепрессанты группы СИОЗС, трициклические, гетероциклические в терапевтических дозах и не вызывающие нежелательные реакции – эсциталопрам, сертралин, мапротилин и другие;

анксиолитики группы бензодиазепинов, предпочтительнее «дневные» (тофизопам) короткими (2–3 недели) курсами в невысоких дозах, а также ноотропные ЛС (фенибут); небензодиазепиновые снотворные ЛС – зопиклон;

при выраженных вегетативных симптомах используют бета-адреноблокаторы: пропранолол (10–40 мг/сутки) или атенолол (25–50 мг/сутки);

при наличии выраженной аффективной лабильности – противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием в невысоких дозах (карбамазепин или вальпроевая кислота).

Прием анксиолитиков группы бензодиазепинов не должен превышать 2–3 недель во избежание развития зависимости;

физические методы лечения: рефлексотерапия;

психотерапия: релаксационные методы, аутотренинг; психодрама, когнитивная терапия, гештальт-терапия; тренинг социальных навыков.

Синдром деперсонализации–дереализации (F48.1 по МКБ-10):

в качестве изолированного синдрома встречается крайне редко. Как правило, встречается в структуре других психических заболеваний – органических мозговых поражений, шизофрении и шизоаффективных расстройств.

Лечение проводится согласно пункту 25 настоящего клинического протокола.

Приложение
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с невротическими,
связанными со стрессом,
и соматоформными расстройствами
(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к использованию в диагностике невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств

Стандартный многофакторный личностный опросник Кеттелла;

Самооценка психических состояний Г.Айзенк;

Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ, адаптация ММРІ Ф.Б.Березиным);

Стандартизированное многофакторное исследование личности (СМИЛ, адаптация Л.Н.Собчик);

Опросник К.Леонгарда-Г.Шмишека;

Цветовой тест Люшера;

Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилберга-Ю.Л.Ханина;

Интервью с близкими родственниками;

Опросник Анализ семейных взаимоотношений (АСВ) для близких родственников;

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) (с 12 лет);

Стандартизированное многофакторное исследование личности (СМИЛ, адаптация Л.Н.Собчик) – (с 15 лет);

Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ, адаптация ММРІ Ф.Б.Березиным) – (с 15 лет);

Интервью с пациентом, пережившим психотравму;

Шкала для самооценки тревоги Цунга;

Личностная шкала проявлений тревоги (J.Teulor), адаптирован Т.А.Немчиным;

Опросник исследования тревожности (у старших подростков и юношей, А.Д.Андреева);

Многомерная оценка детской тревожности (у детей и подростков) (Е.Е.Малкова);

Дифференциальная диагностика депрессивных состояний (В.Жмуров);

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга (адаптация Т.И.Балашовой);

Опросник депрессивных состояний (И.Г.Беспалько, Л.И.Вассерман), для дифференциального различия невротической и эндогенной депрессии (мужской и женский варианты);

Методика подростковой депрессивности CDI, адаптация и стандартизация
А.П.Белова, С.Б.Малых, Е.З.Сабирова, М.М.Лобаскова;
Готландская шкала мужской депрессии (В.Рютц, З.Ример);
Шкала депрессии Бека (взрослый и подростковый вариант);
Короткая шкала для определения тревоги Д.Голдберга;
Госпитальная шкала тревоги и депрессии;
Шкала тревоги М. Гамильтона;
Шкала самооценки тревоги Д.Шихана;
Шкала фобий Маркса-Шихана (Marks-Sheehan Phobia Scale);
Шкала obsессий и компульсий Йеле-Брауна (Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale – Y-BOCS).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108