

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 органическими, включая симптоматические, психическими 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 органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами, соответствующими шифрам F00-F09 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-XII «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-XII «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с органическими, включая симптоматические, психическими 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 ОРГАНИЧЕСКИХ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

8. Органические, включая симптоматические, психические расстройства – разнородные по своей тяжести и проявлениям заболевания, которые объединяет ключевой признак: четкая причинно-следственная и временная связь с установленным поражением или дисфункцией головного мозга. Органические, включая симптоматические, психические расстройства могут быть обусловлены установленным первичным или системным заболеванием:

первичным, когда головной мозг поражается непосредственно (травмы, мозговые опухоли, воспаления, атрофические процессы, патология мозговых сосудов и другое);

вторичным (симптоматическим), когда причиной заболевания является поражение других органов и систем (например, при эндокринных заболеваниях, нарушениях электролитного баланса, инфекциях, внемозговых опухолях, аутоиммунных заболеваниях).

Оказание медицинской помощи пациентам с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами в условиях стационара определяется клинической целесообразностью (продолжительность и тяжесть симптоматики: выраженные нарушения поведения, эмоциональной, когнитивной сферы, значительное ослабление критических функций, делающее невозможным самостоятельный прием необходимых ЛС в иных условиях, галлюцинаторные переживания, состояния измененного сознания, острый либо хронический бред, обуславливающие поведение пациента, для проведения дифференциально-диагностических мероприятий, для установления окончательного диагноза, при наличии суицидальных намерений на фоне депрессивной симптоматики).

9. Деменции (F00-F03 по МКБ-10) включают:

Деменцию при болезни Альцгеймера (F00 по МКБ-10);

Сосудистую деменцию (F01 по МКБ-10);

Деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках (F02 по МКБ-10);

Деменцию неуточненную (F03 по МКБ-10).

Деменция при болезни Альцгеймера (F00 по МКБ-10):

установление диагноза проводится методом исключения других причин деменции, а также сходных с деменцией состояний.

Сосудистая деменция (F01 по МКБ-10):

при постановке диагноза сосудистой деменции особое значение имеет обследование пациента в отношении факторов риска ее развития – липидный спектр, ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) сердца, электрокардиография (далее – ЭКГ), по медицинским показаниям магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) головного мозга и (или) компьютерная томография головного мозга (далее – КТ).

Деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках (F02 по МКБ-10):

Синдром деменции, возникающий при болезни Пика, Крейтцфельда-Якоба, Гентингтона, Паркинсона, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), при других уточненных болезнях, классифицируемых в других разделах.

Деменция при болезни Пика (F02.0 по МКБ-10):

эта форма деменции с прогрессирующим течением характеризуется возникающими уже на ранних стадиях изменениями характера и социальной деградацией, грубыми нарушениями поведения, поэтому пациенты нуждаются в уходе и надзоре на самых ранних стадиях деменции.

Деменция при болезни Крейтцфельда-Якоба (F02.1 по МКБ-10):

этот вид деменции отличается от других деменций катастрофической скоростью прогрессирования – тотальное слабоумие наступает уже через несколько месяцев после

начала заболевания. Рано наступает потребность в постороннем уходе. В большинстве случаев заболевание приводит к летальному исходу в течение 6 месяцев;

для дифференциальной диагностики используют: электроэнцефалографию (далее – ЭЭГ), МРТ головного мозга, анализ крови, спинномозговой жидкости (далее – СМЖ) на наличие прионового протеина.

Деменция при болезни Гентингтона (F02.2 по МКБ-10):

диагноз устанавливается на основании данных молекулярно-генетического исследования.

Деменция при болезни Паркинсона (F02.3 по МКБ-10):

деменция присоединяется на поздних стадиях болезни Паркинсона. Среди сопутствующих деменции психических и поведенческих расстройств часто встречается депрессия.

Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других разделах (F02.8 по МКБ-10):

развивается как следствие разнообразных состояний и заболеваний (болезнь Вильсона, гиперкальциемия, приобретенный гипотиреоз, дефицит витамина В12, пеллагра, нейросифилис, интоксикации, трипаносомозы, эпилепсия и другие).

Деменция неуточненная (F03 по МКБ-10):

заболевание, манифестирующее преимущественно в старческом возрасте и характеризующихся неуклонно прогрессирующим, постепенно возникающим и протекающим без остановок и ремиссий (но и без обострений) процессом утраты когнитивных функций. Морфологический субстрат пресенильных деменций – первично атрофический процесс;

включает сенильную и пресенильную деменцию, первичную дегенеративную деменцию депрессивного или параноидного типа;

характеризуется расстройством умственной деятельности – памяти, интеллекта, абстрактного мышления и эмоциональной сферы. Симптомы и признаки развиваются постепенно, в течение нескольких лет.

10. Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем и другими психоактивными веществами (F04 по МКБ-10):

амнестический синдром – нарушения памяти на недавние и отдаленные события при сохранении непосредственного воспроизведения; снижение способности к усвоению нового материала, дезориентировка во времени, наличие конфабуляций. Интеллект обычно сохранен;

синдром обусловлен заболеваниями мозга различной этиологии, преимущественно с билатеральным поражением диэнцефальных и срединных височных структур. Наиболее частые причинные факторы: сосудистая патология головного мозга, черепно-мозговая травма (далее – ЧМТ), церебральные опухоли, интоксикации (часто угарным газом), гипоксия вследствие остановки сердца, наркоза, утопления, суицидальных попыток и другие;

в случаях, когда состояние вызвано кратковременной гипоксией, интоксикацией или травмой, амнестические нарушения могут быть обратимы. В неблагоприятных случаях амнестические нарушения переходят в деменцию.

11. Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05 по МКБ-10):

этиологически неспецифический синдром, который характеризуется сочетанным расстройством сознания и внимания, восприятия, мышления, памяти, психомоторного поведения, эмоций и ритма сна-бодрствования;

продолжительность делирия может варьировать от нескольких часов до нескольких месяцев, интенсивность – от спутанности до тяжелых аментивных расстройств сознания. Является частым спутником деменции при болезни Альцгеймера, сосудистой деменции, сопровождается многие инфекционные заболевания, интоксикации, соматические заболевания;

в его основе могут лежать соматические заболевания (пневмония, панкреатит, ЧМТ, эпилепсия и другие), интоксикация, нежелательные реакции ЛС. Требуется тщательное выявление базовой патологии и адекватного ее лечения или отмена соответствующих ЛС в неотложном порядке.

12. Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06 по МКБ-10):

клинически разнородные состояния, причинно связанные с дисфункцией мозга вследствие первичного мозгового заболевания (ЧМТ, инсульт, эпилепсия и другие), с соматическим заболеванием, вторично поражающим головной мозг (эндокринные заболевания, системная красная волчанка и другие), с экзогенной интоксикацией (исключая психоактивные вещества).

Критерии постановки диагноза:

доказанное наличие основного заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга (клинические проявления, анамнестические данные и другие);

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

редукция симптомов психического расстройства при излечении основного заболевания;

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

Органический галлюциноз (F06.0 по МКБ-10):

характерны обманы восприятия, преимущественно в форме зрительного, слухового галлюциноза (реже – тактильного и других), при ясном сознании и относительно сохранной критике, отсутствии выраженного интеллектуального снижения, расстройства настроения и доминирующих бредовых идей.

Органическое кататоническое состояние (F06.1 по МКБ-10):

кататонические симптомы считаются этиологически неспецифичными. Кататоническое возбуждение, ступор, а также изолированные симптомы кататонии (мутизм, негативизм, персеверативная деятельность, гипокинезия, мышечная ригидность) могут возникать как следствие церебральной патологии (сосудистая патология, эпилепсия и другие), инфекционных заболеваний (энцефалит), соматических заболеваний (тиреотоксикоз и других), отравлений (угарный газ, ингаляционные анестетики и другие). Важно установление причин расстройства в каждом отдельном случае для его адекватного лечения.

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2 по МКБ-10):

характерны стойкие или рецидивирующие бредовые идеи (преследования, ревности, воздействия, изобретательства, реформаторства и другие), которые могут сопровождаться галлюцинациями, синдромом психического автоматизма, расстройствами мышления шизофреноподобного типа, изолированными кататоническими симптомами при ясном сознании и сохранности мнестических и когнитивных функций. Примером могут служить иктальные, постиктальные и интериктальные психозы при эпилепсии.

Органические расстройства настроения (аффективные) (F06.3 по МКБ-10):

широкий спектр расстройств настроения, имеющий четкую причинную и временную связь с установленной органической причиной. Характерный пример – постинфекционная (постгриппозная) депрессия;

симптомы могут изменяться от гипоманиакального состояния до мании с психотическими симптомами.

Органическое тревожное расстройство (F06.4 по МКБ-10):

развивается вследствие органической патологии (эпилепсия, тиреотоксикоз, феохромоцитомы).

Органическое диссоциативное расстройство (F06.5 по МКБ-10):

расстройство характеризуется частичной или полной потерей нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознанием себя как личности,

непосредственными ощущениями и контролем за движением тела, возникшее как следствие органического нарушения.

Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6 по МКБ-10):

состояние, характеризующееся выраженной и постоянной эмоциональной несдержанностью или лабильностью, утомляемостью, разнообразными неприятными физическими ощущениями и болями, предположительно возникающими вследствие органического поражения мозга. Характерны головные боли, головокружения, плаксивость, вегетативная неустойчивость, гиперестезии. Чаще возникает в связи с цереброваскулярными заболеваниями или артериальной гипертензией.

Легкое когнитивное расстройство (F06.7 по МКБ-10):

возникает как следствие перенесенного органического заболевания (дисфункции) головного мозга, так и другого соматического или инфекционного заболевания. Характеризуется снижением умственной продуктивности, легкими нарушениями памяти, снижением способности к длительной концентрации внимания, снижением работоспособности, не столь значительными, чтобы пациенту мог быть установлен диагноз деменции или органического амнестического синдрома. Могут отмечаться также утомляемость, головные боли, несдержанность и эмоциональная лабильность. Данное психическое расстройство в большинстве случаев обратимо, длительность его совпадает (или несколько превышает) длительность основного заболевания, которым оно было вызвано.

Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8 по МКБ-10) включают расстройства, обусловленные органическими факторами, но не отвечающие критериям расстройств рубрики F06 по МКБ-10.

Примерами могут служить патологические аффективные состояния, возникающие в процессе лечения стероидами или психотропными ЛС, или психозы при эпилепсии.

13. Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07 по МКБ-10):

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

Расстройство личности органической этиологии (F07.0 по МКБ-10):

органическое расстройство личности характеризуется выраженными нарушениями в поведении, сфере эмоций и влечений, снижением способности справляться с целенаправленной деятельностью, когнитивными нарушениями (не достигающими степени деменции), подозрительностью, вязкостью мышления, излишне детализированным мышлением и речью. Страдает способность предвидеть и планировать последствия своих действий, контролировать с точки зрения социальных норм свое поведение. Возможно формирование психопатоподобного поведения и антисоциальных тенденций. При значительных локальных повреждениях могут обнаруживаться симптомы выпадения функций, соответствующих локализации поражения – нарушения речи, счета, чтения, восприятия пространственных отношений и другие.

Постэнцефалитный синдром (F07.1 по МКБ-10):

включает резидуальные изменения после перенесенного вирусного или бактериального энцефалита. Симптомы: астения, раздражительность и эмоциональная лабильность, нетерпеливость и склонность к конфликтам, повышенная истощаемость, нарушения сна и аппетита, нарушения в сексуальной сфере, негрубое снижение когнитивных функций. Реже встречается резидуальный неврологический дефицит – параличи, парезы, афазия, апраксия, акалькулия, снижение слуха, зрения. Расстройства обычно обратимы.

Постконтузионный синдром (F07.2 по МКБ-10):

относится к резидуальным проявлениям перенесенной ЧМТ и включает головную боль, головокружение, утомляемость, раздражительность, эмоциональную лабильность, трудности в концентрации внимания, нарушения сна, снижение памяти и другие.

Характерно снижение толерантности к стрессу, эмоциональным нагрузкам и алкоголю. Возможно формирование на указанном фоне депрессии, тревоги, ипохондричности, фобий с опасениями неблагоприятного исхода заболевания.

Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные заболеванием, травмой и дисфункцией головного мозга (F07.8 по МКБ-10), не отвечающие критериям рубрик F01-F06 по МКБ-10, например, правополушарные органические аффективные расстройства; когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции при прогрессирующих неврологических расстройствах (болезнь Альцгеймера, Паркинсона, Пика и другие).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ОРГАНИЧЕСКИХ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

14. Перечень обязательного обследования в стационарных условиях:
консультация психолога с целью психологической диагностики;
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;
консультация врача-невролога;
консультация врача-детского невролога;
общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматического заболевания – 1 раз в месяц;
общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматического заболевания – 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 – по медицинским показаниям;
обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (пациентам старше 18 лет);
флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (пациентам старше 18 лет);
ЭКГ – однократно при поступлении, далее при нормальных показателях и отсутствии симптомов соматических заболеваний – по медицинским показаниям;
консультация врача-акушера-гинеколога – однократно при поступлении (для пациентов женского пола);
мазок на кишечно-патогенную флору – однократно при поступлении.

15. 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;
консультация врача-невролога;
консультация врача-детского невролога;
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 (пациентам старше 18 лет), далее – по медицинским показаниям;
обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (пациентам старше 18 лет);
флюорография ОГК – 1 раз в год (пациентам старше 18 лет).

16. Перечень обязательного обследования в амбулаторных условиях:
- консультация психолога с целью психологической диагностики;
 - использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;
 - консультация врача-невролога;
 - консультация врача-детского невролога;
 - 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 (пациентам старше 18 лет).
17. Перечень дополнительного обследования:
- консультация врачей иных специальностей по профилю соматической патологии;
 - ЭКГ;
 - МРТ головного мозга;
 - КТ головного мозга;
 - ЭЭГ;
 - УЗИ сердца;
 - ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;
 - исследование СМЖ, крови на антинейрональные антитела при подозрении на аутоиммунный энцефалит;
 - исследование СМЖ, крови на герпесвирусные инфекции при подозрении на нейроинфекционное заболевание;
 - определение уровня маркеров нейродегенерации в крови, 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, крови при подозрении на инфекционную этиологию заболевания либо аутоиммунный энцефалит;
 - консультация врача-генетика для исключения наследственных заболеваний.
18. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами указанных в пунктах 14–17 настоящего клинического протокола обследований, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ОРГАНИЧЕСКИМИ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

19. Медицинские показания для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – непсихотические психические расстройства органической природы, 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 психические расстройства органической природы и психотические психические расстройства органической природы после стационарного лечения.

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях – психотические нарушения органической природы.

Медицинские показания для госпитализации:

органические, включая симптоматические, психические расстройства, обуславливающие непосредственную опасность для пациента себя и (или) иных лиц, его беспомощность, либо возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи.

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.

20. Лечение органических, включая симптоматические, психических расстройств включает:

купирование аффективных, психотических, выраженных поведенческих и других сопутствующих психических расстройств;

мероприятия, направленные на улучшение и сохранение когнитивных функций;

этиотропное лечение – мероприятия, направленные на устранение причины заболевания в тех случаях, когда это возможно.

21. Деменции (F00-F03 по МКБ-10):

лечение поведенческих и других нарушений, которые могут сопутствовать деменции, зависит от психопатологического синдрома и нозологической принадлежности деменции. Предпочтительна монотерапия. В зависимости от преобладающих симптомов (психомоторное возбуждение, параноидные симптомы, нарушения восприятия, беспокойство, агрессивность, тревога, депрессия) назначаются следующие ЛС:

антипсихотические ЛС (далее – антипсихотики):

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, по 5–20 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, по 1,5–5 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

зуклопентиксол, таблетки 2 мг, 10 мг, по 2–50 мг/сутки внутрь, начальная доза 20 мг/сутки может при необходимости увеличиваться на 10–20 мг/сутки через 2–3 дня, поддерживающая доза 20–40 мг/сутки, пациентам пожилого возраста рекомендована доза 2–6 мг/сутки, при необходимости доза может увеличиваться до 10–20 мг/сутки;

кветиапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 50–600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, начальная доза пациентам пожилого возраста составляет 25 мг/сут, дозу следует увеличивать ежедневно на 25–50 мг до достижения эффективной;

клозапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 12,5–100 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема;

оланзапин, таблетки 2,5 мг, 5 мг, по 2,5–15 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема;

перидазин, капсулы 10 мг, внутрь по 30–100 мг в 2 или 3 приема, большая часть дозы должна приниматься вечером, максимальная суточная доза 200 мг, для лечения пациентов пожилого возраста дозы снижаются в 2–4 раза;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, по 0,5–3 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема; раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг);

трифлуоперазин, таблетки 5 мг, по 5 мг 2 раза в сутки внутрь, при необходимости в течение 2–3 недель дозу повышают до 15–20 мг в сутки;

хлорпротиксен, таблетки 15 мг, 25 мг, 50 мг, по 25–100 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, пациентам пожилого возраста – с осторожностью 15–150 мг/сутки;

антидепрессанты:

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 в течение 4–6 месяцев;

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 150–225 мг/сутки;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 50–150 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев;

при выраженности тревожных компонентов депрессии – антидепрессантам с седативным действием:

миртазапин, таблетки 30 мг, 15–45 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, флувоксамин 100–200 мг/сутки, в течение 4–6 месяцев;

эсциталопрам, таблетки 10 мг, от 5–10 мг до 40 мг/сутки внутрь, 1 раз в сутки, в течение 4–6 месяцев;

пароксетин, таблетки 20 мг, 30 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев;

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, максимальная суточная доза 250 мг;

мапротилин, таблетки 25 мг, по 25–75 мг, внутрь в 1–3 приема, пациентам пожилого возраста – 10 мг 3 раза/сут; при необходимости разовую дозу постепенно увеличивают до 25 мг/сутки;

анксиолитики:

тофизопам, таблетки 50 мг, по 50–100 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, 7–14 дней;

буспирон, таблетки 5 мг, 10 мг, по 5 мг внутрь 3 раза в сутки, при необходимости ее можно увеличивать на 5 мг каждые 2–3 дня, средняя суточная доза составляет 20–30 мг, максимальная разовая доза – 30 мг;

феназепам, таблетки 1 мг, внутрь, независимо от приема пищи, начальная доза составляет 0,5–1 мг 2–3 раза в день, через 2–4 дня с учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 4–6 мг/сут;

оксазепам, таблетки 10 мг, внутрь независимо от приема пищи, по 10–20 мг 2–3 раза в день, пациентам пожилого возраста: 10 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза при стационарном лечении – 120 мг;

диазепам, таблетки 2 мг, 5 мг, 10 мг, по 2,5–10 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема до 10–14 дней, отмена постепенная, ампулы, раствор для инъекций 10 мг/2 мл, парентерально до 10 мг 3 раз в сутки, рекомендованная продолжительность 3–10 дней;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, по 4–8 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, первоначальная суточная доза не более 1,5 мг, для пациентов пожилого возраста рекомендуется начальная доза не более 0,5 мг, дозу следует увеличивать постепенно на 0,5–1 мг каждые 3 дня, в зависимости от реакции пациента на данное ЛС, до достижения поддерживающей дозы, достижение поддерживающей суточной дозы – в течение 2–4 недель лечения;

небензодиазепиновые снотворные:

зопиклон, таблетки 3,75 мг, 7,5 мг, внутрь, по 3,75–7,5 мг, на ночь однократно, не более 4 недель;

ЛС с нормотимическим эффектом:

карбамазепин, таблетки 200 мг, по 400–600 мг/сутки внутрь, в 2 приема, 2–6 месяцев;

соли вальпроевой кислоты, таблетки 300 мг, 500 мг, по 300–1000 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, 2–6 месяцев;

ламотриджин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 25–150 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема, 2–6 месяцев;

лития карбонат, таблетки 300 мг, начальная доза 600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, с последующим увеличением суточной дозы до 1200 мг/сутки;

прегабалин, капсулы 75 мг, 150 мг, 300 мг, по 150–600 мг/сут в 2–3 приема, максимальная суточная доза 600 мг.

Следует избегать назначения ЛС с выраженными антихолинэргическими (холинолитическими) эффектами из-за опасности развития психотических расстройств, например, антихолинэргические антидепрессанты, антипсихотики, ЛС против болезни Паркинсона, заболеваний мочевого пузыря и эпилепсии. Антихолинэргические ЛС могут повышать риск развития деменции, особенно у пациентов пожилого возраста.

Тренинг когнитивных функций, тренировка бытовых и социальных навыков пациента, стимуляция физической активности, информирование о формировании адекватной среды по месту его проживания. Семейное консультирование, психологическая поддержка членов семьи, осуществляющих уход, медицинская профилактика у них психологического «выгорания».

Деменция при болезни Альцгеймера (F00 по МКБ-10): специфическими ЛС для лечения болезни Альцгеймера являются холиномиметические ЛС – ингибиторы ацетилхолинэстеразы – донепезил, галантамин, а также антагонист рецепторов N-метил-D-аспартата (NMDA-глутаматных рецепторов) – мемантин.

Холиномиметические ЛС показаны при деменции легкой и средней степени, то есть на начальных и средних этапах заболевания.

Донепезил (таблетки для приема внутрь, 5 мг и 10 мг) назначают в суточной дозе 5 мг однократно на ночь, через 4–6 недель дозу повышают до 10 мг.

Галантамин (таблетки для приема внутрь, 4 мг, 8 мг, 12 мг, капсулы пролонгированного действия 8 мг, 16 мг, 24 мг) рекомендовано начинать с дозы 8 мг в сутки: 4 мг 2 раза в сутки, через 4 недели переходят на поддерживающую дозу 16 мг (по 8 мг 2 раза в сутки), которую принимают не менее 4 недель. Максимальная доза (24 мг в сутки) может быть назначена с учетом клинической ситуации (достигнутого эффекта и переносимости).

При использовании ЛС холиномиметического действия эффект развивается не ранее, чем через несколько недель приема и он тем выше, чем раньше начато лечение и чем выше доза ЛС. Для оценки эффективности ЛС, минимальный курс лечения должен составлять 2–3 месяца. Холиномиметики назначают на неопределенно долгий срок.

Холина альфосцерат (капсулы по 400 мг для приема внутрь, назначается в дозах от 1200 мг/сут, капсулы принимают 3 раза в день до еды; раствор для инъекций 250 мг, 4,0 мл вводят внутримышечно или внутривенно медленно) 1 раз в сутки. Холина альфосцерат показан при деменции легкой степени, минимальная длительность терапии 3 месяца.

Применение холина альфосцерата совместно с ЛС холиномиметического действия оказывает нейропротекторное действие, превосходящее результаты монотерапии данными ЛС.

Мемантин показан для использования при умеренной и тяжелой степени деменции при болезни Альцгеймера. Мемантин, таблетки для приема внутрь сразу после еды, 10 мг и 20 мг, максимальная суточная доза 20 мг. Для снижения риска нежелательных реакций, поддерживающая доза достигается подбором по 5 мг в неделю в течение первых трех недель по схеме: 1-я неделя – 5 мг (1/2 таблетки с дозировкой 10 мг) в сутки; 2-я неделя – 10 мг (1 таблетка с дозировкой 10 мг) в сутки; 3-я неделя – 15 мг (1,5 таблетки с дозировкой 10 мг) в сутки; начиная с 4-й недели: рекомендуемая поддерживающая доза – 20 мг в сутки.

При слабо и умеренно выраженной деменции при болезни Альцгеймера положительное влияние на когнитивные функции оказывает селективный ингибитор ацетилхолинэстеразы ривастигмин (раствор для приема внутрь 2 мг/1 мл, флакон 50 мл). Назначается внутрь, во время еды, 2 раза в сутки. В первые 2 недели – по 1,5 мг на прием. При хорошей переносимости (не ранее чем через 2 недели лечения) доза может быть увеличена до 3 мг и далее до 4,5–6 мг 2 раза в сутки. Поддерживающая доза – от 1,5 до 6 мг 2 раза в сутки.

Церебролизин, раствор, вводить 10 мл – 30 мл посредством медленных внутривенных инфузий после разведения стандартными растворами для инфузий в течение 15–60 мин. Рекомендуемый курс лечения 10–20 дней.

Цитиколин раствор, ампулы 4 мл, 125 мг действующего вещества в 1 мл, вводить 500–2000 мг в день медленно внутривенно (в течение 3–5 минут, в зависимости от назначенной дозы) или внутривенно капельно (40–60 капель в минуту), длительность лечения до 6 недель.

Лечение психических и поведенческих нарушений сопутствующих деменции проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Рекомендован тренинг когнитивных функций.

Сосудистая деменция (F01 по МКБ-10):

при постановке диагноза сосудистой деменции особое значение имеет обследование пациента в отношении факторов риска ее развития – липидный спектр, УЗИ сердца, ЭКГ, по медицинским показаниям – КТ и (или) МРТ головного мозга.

лечение сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Использование анксиолитиков группы бензодиазепинов должно быть сведено к минимуму, в связи с возможным развитием спутанности, атаксии и риском ухудшения когнитивных функций.

Рекомендован тренинг когнитивных функций.

Деменция при болезни Пика (F02.0 по МКБ-10):

лечение сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом;

Рекомендован тренинг когнитивных функций.

Деменция при болезни Крейтцфельда-Якоба (F02.1 по МКБ-10):

для дифференциальной диагностики используют: ЭЭГ, МРТ головного мозга, анализ крови/СМЖ на наличие прионового протеина;

лечение сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом. Для купирования миоклоний назначают клоназепам, соли вальпроевой кислоты.

Деменция при болезни Гентингтона (F02.2 по МКБ-10):

диагноз устанавливается на основании данных молекулярно-генетического исследования.

Лечение сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Для купирования психотических расстройств предпочтительнее назначать галоперидол, так как он одновременно уменьшает гиперкинезы.

При плохой переносимости типичных антипсихотиков рекомендуются атипичные антипсихотики: рисперидон, клозапин, оланзапин.

Для лечения депрессивных состояний используют антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС). Применения трициклических антидепрессантов следует избегать, так как они усиливают гиперкинезы и способствуют ухудшению когнитивных функций.

При отсутствии эффекта лечения антипсихотиками возможно назначение карбамазепина, вальпроевой кислоты, СИОЗС, низкие дозы бензодиазепинов.

Пациентам пожилого возраста предпочтительно назначение бензодиазепинов короткими курсами из-за выработки толерантности, дневной сонливости, бессонницы после прекращения приема, ухудшения когнитивных функций, падений, потери самоконтроля, угнетения дыхания у пациентов с апноэ во сне и делирия. С целью минимизации нежелательных реакций рекомендовано назначение анксиолитиков группы бензодиазепинов короткого действия, не оказывающих снотворного, миорелаксирующего и противосудорожного действия.

При нарушениях сна предпочтительно использовать небензодиазепиновые снотворные.

Применение противосудорожных ЛС у пациентов пожилого возраста с деменцией необходимо ограничить следующими ЛС:

карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин.

Деменция при болезни Паркинсона (F02.3 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений сопутствующих деменции проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Рекомендуется отмена ЛС, которые могут ухудшить когнитивные функции, либо способствовать развитию психотических расстройств (холинолитики, амантадин, агонисты дофаминовых рецепторов).

Противопаркинсонические ЛС назначаются врачом-неврологом.

Для улучшения когнитивных функций и купирования психотических расстройств рекомендуют ЛС холиномиметического действия.

Следует избегать применения типичных антипсихотиков (вызывают развитие нейролептического паркинсонизма) и трициклических психоаналептиков (холинолитические нежелательные реакции).

При лечении психотических расстройств показано назначение кветиапина, клозапина, применение других антипсихотиков противопоказано.

Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других разделах (F02.8 по МКБ-10):

лечение сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Деменция неуточненная (F03 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений сопутствующих деменции проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Рекомендован тренинг когнитивных функций.

22. Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем и другими психоактивными веществами (F04 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Симптоматическое лечение начинается от момента выявления расстройства и продолжается до полного купирования нарушений когнитивных функций, упорядочивания поведения, восстановления ориентировки.

Психотерапия: поддерживающая; семейное консультирование; упражнения по тренировке памяти и улучшению ориентировки.

23. Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05 по МКБ-10):

лечение проводится в условиях психиатрического стационара или отделения интенсивной терапии и реанимации организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь пациентам с соматической патологией, и продолжается до редукции симптомов делирия, купирования острой психотической симптоматики, упорядочивания поведения, восстановления нарушенного сознания и ориентировки. При сочетании делирия с тяжелой соматической патологией лечение проводится в соматическом стационаре.

ЛС выбора являются бензодиазепиновые анксиолитики и антипсихотики. Предпочтение отдается ЛС с наименее выраженными холинолитическими свойствами. Купирование делирия следует начинать с применения бензодиазепиновых анксиолитиков, подключая антипсихотики в случае отсутствия эффекта бензодиазепиновых анксиолитиков.

Чаще всего с целью купирования делирия используются диазепам, галоперидол, рисперидон, оланзапин.

24. Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06 по МКБ-10):

симптоматическое лечение начинается от момента выявления и продолжается до редукции или полного купирования симптомов психического расстройства, упорядочивания поведения.

Медикаментозное лечение: антидепрессанты, антипсихотики, анксиолитики. При необходимости к лечению добавляют также ноотропные, противосудорожные ЛС с нормотимическим действием, антигипертензивные и другие ЛС.

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

Этиотропное лечение применяется при верифицированном диагнозе органического заболевания мозга (нейроинфекция, новообразования мозга, сосудистая патология, ЧМТ, эпилепсия) или интоксикации. При необходимости, этиотропное лечение может проводиться в условиях другой организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь пациентам с соматической патологией, в наибольшей степени удовлетворяющей потребностям лечения данной конкретной патологии.

Органический галлюциноз (F06.0 по МКБ-10):

для купирования галлюцинаций применяются антипсихотики: галоперидол, рисперидон, оланзапин, кветиапин, арипипразол. Их доза должна быть минимально эффективной. Эффективное ЛС подбирается последовательной монотерапией. При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения – проведение электросудорожной терапии (далее – ЭСТ).

Органическое кататоническое состояние (F06.1 по МКБ-10):

в качестве ЛС первого выбора используют бензодиазепиновые анксиолитики: диазепам, клоназепам.

Из антипсихотиков показаны атипичные ЛС (рисперидон, клозапин, оланзапин, кветиапин). Антипсихотики применяются с осторожностью в связи с их способностью ухудшать течение кататонической симптоматики.

В случае отсутствия эффекта от медикаментозного лечения – проведение ЭСТ.

При лечении кататонических проявлений обязательно проведение медицинской профилактики венозной тромбоэмболии, пролежней, контрактур, а также обеспечение достаточной гидратации и питания.

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2 по МКБ-10):

для купирования бреда и галлюцинаций применяют антипсихотики. Эффективное ЛС подбирается последовательной монотерапией. Рекомендуются ЛС с низким уровнем экстрапирамидных нежелательных реакций (клозапин, оланзапин, кветиапин, рисперидон).

В случае отсутствия эффекта от медикаментозного лечения – проведение ЭСТ.

Органические расстройства настроения (аффективные) (F06.3 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

для купирования маниакальной (гипоманиакальной) симптоматики показаны ЛС обладающие нормотимическим эффектом, антипсихотики, анксиолитики:

карбамазепин, таблетки 200 мг, по 600–1200 мг/сутки внутрь, в 2 приема, 1–6 месяцев;

соли вальпроевой кислоты, таблетки 300 мг, 500 мг, по 500–1800 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, 1–6 месяцев;

ламотриджин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 100–200 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема, 1–6 месяцев;

лития карбонат, таблетки 300 мг, начальная доза 600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, с последующим увеличением суточной дозы, максимальная дозировка – 1500 мг/сутки (под контролем содержания лития в плазме крови);

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, по 5–30 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, раствор для инъекций 5 мг/1 мл, 5–20 мг/сутки внутрь в 1–3 приема, внутримышечно 1–3 раза в сутки;

зуклопентиксол, таблетки 2 мг, 10 мг, раствор для внутримышечного введения масляный 50 мг/1 мл, по 20–75 мг/сутки внутрь в 1–3 приема, либо внутримышечно в дозе 50–150 мг каждые трое суток не более трех инъекций;

кветиапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 100–700 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, начальная доза пациентам пожилого возраста составляет 25 мг/сут, дозу следует увеличивать ежедневно на 25–50 мг до достижения эффективной;

клозапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 100–400 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема;

оланзапин, таблетки 2,5 мг, 5 мг, по 5–20 мг/сутки, внутрь, в 1–3 приема;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг), по 2–6 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема;

диазепам, таблетки 2 мг, 5 мг, 10 мг, по 2,5–10 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема до 10–14 дней, отмена постепенная, ампулы, раствор для инъекций 10 мг/2 мл, парентерально 10 мг до 3 раз в сутки, рекомендованная продолжительность 3–10 дней;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, по 4–8 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, первоначальная суточная доза не более 1,5 мг, для пациентов пожилого возраста рекомендуется начальная доза не более 0,5 мг, дозу следует увеличивать постепенно на 0,5–1 мг каждые 3 дня, в зависимости от реакции пациента на данное ЛС, до достижения поддерживающей дозы, достижение поддерживающей суточной дозы – в течение 2–4 недель лечения.

Возможно комбинированное лечение: ЛС, обладающие нормотимическим действием, антипсихотики, анксиолитики.

При выраженных симптомах депрессии в выборе антидепрессанта предпочтение отдается ЛС с наименее выраженными холинолитическими нежелательными реакциями: сертралин (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 50–150 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев), эсциталопрам (таблетки 10 мг, от 5–10 мг до 30 мг/сутки внутрь, 1 раз в сутки, в течение 4–6 месяцев), и другие.

При выраженных тревожных симптомах сопровождающих депрессию рекомендованы антидепрессанты с седативным действием: мirtазапин (таблетки 30 мг, 15–45 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема), 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).

При выраженных симптомах апатической депрессии более эффективны антидепрессанты, обладающие стимулирующим действием:

флуоксетин (капсулы 10 мг, 20 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема в течение 4–6 месяцев);

эсциталопрам (таблетки 10 мг, от 5–10 мг до 30 мг/сутки внутрь, 1 раз в сутки, в течение 4–6 месяцев);

пароксетин (таблетки 20 мг, 30 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев);

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 150–225 мг/сутки).

У пациентов пожилого возраста с большим количеством соматических жалоб может использоваться тианептин, таблетки 12,5 мг, внутрь, перед приемом пищи, по 12,5 мг 2–3 раза в сутки.

При тяжелых и умеренно тяжелых депрессиях, при сомнительной приверженности лечению возможно применение инъекционных и пероральных форм следующих ЛС:

кломипрамина раствор для внутривенного, внутримышечного применения 12,5 мг/мл, ампула 2 мл, таблетки 25 мг, лечение начинают с 25 мг 2–3 раза в день, дозу постепенно повышают на 25 мг через каждые несколько дней до достижения суточной дозы 100–150 мг, максимальная суточная доза 250 мг;

мапротилин, таблетки 25 мг, драже 10, 25, 50 мг, внутрь в 1–3 приема 25–75 мг/сутки, раствор для инъекций 1,25 % 2 мл, внутривенно капельно/струйно,

25–75 мг/сутки, максимальная дозировка 150 мг, пациентам пожилого возраста – 10 мг 3 раза/сутки, при необходимости разовую дозу постепенно увеличивают до 25 мг/сутки.

При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения показано проведение ЭСТ.

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

Органическое тревожное расстройство (F06.4 по МКБ-10):

основные группы ЛС: анксиолитики (клоназепам, буспирон), антидепрессанты (флувоксамин, сертралин), противоэпилептические ЛС (соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, прегабалин). Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в частях первой–четвертой пункта 21 настоящего клинического протокола.

При неэффективности монотерапии: комбинированное лечение ЛС разных групп (например, анксиолитик и противоэпилептическое ЛС, анксиолитик и антидепрессант).

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

Органическое диссоциативное расстройство (F06.5 по МКБ-10):

основное лечение – психотерапия: когнитивно-поведенческая, личностно-ориентированная, групповая, семейное консультирование.

Лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6 по МКБ-10):

лечение:

анксиолитики (клоназепам, тофизопам) следует назначать с осторожностью, избегая длительных сроков приема с целью медицинской профилактики зависимости;

антидепрессанты: флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам;

противоэпилептические ЛС: соли вальпроевой кислоты, карбамазепин;

антипсихотики (перициазин, сульпирид, кветиапин, арипипразол) при выраженной эмоциональной неустойчивости, вспыльчивости, дисфорических реакциях. Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в части четырнадцатой настоящего пункта.

При неэффективности монотерапии: комбинированное лечение ЛС разных групп (например, анксиолитик и противоэпилептическое ЛС, анксиолитик и антидепрессант).

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

Легкое когнитивное расстройство (F06.7 по МКБ-10):

лечение симптоматическое.

Рекомендована психотерапия: тренинг когнитивных функций, семейная терапия.

Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

25. Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07 по МКБ-10):

Расстройство личности органической этиологии (F07.0 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

При преобладании эмоциональной лабильности назначаются противоэпилептические ЛС с нормотимическим эффектом (карбамазепин, вальпроевая кислота).

При выраженных нарушениях поведения, дисфориях, эксплозивности, склонности к импульсивным агрессивным действиям используются антипсихотики (перициазин, оланзапин, кветиапин, хлорпротиксен, галоперидол).

При депрессивных симптомах рекомендованы антидепрессанты со сбалансированным действием (мапротилин, кломипрамин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин).

При симптомах тревоги, а также с целью неотложной терапии психомоторного возбуждения, возможно назначение анксиолитиков с осторожностью, избегая длительного приема из-за риска формирования зависимости (диазепам, тофизопам, клоназепам).

Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в части четырнадцатой настоящего пункта.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций, семейное консультирование.

Постэнцефалитический синдром (F07.1 по МКБ-10):

лечение:

фармакотерапия осуществляется в соответствии с частями первой–четвертой пункта 21 настоящего клинического протокола;

психотерапия, тренинг когнитивных функций.

Постконтузионный синдром (F07.2 по МКБ-10):

лечение:

при преобладании эмоциональной лабильности:

противоэпилептические ЛС с нормотимическим эффектом (карбамазепин, соли вальпроевой кислоты, ламотриджин);

при депрессивных симптомах:

антидепрессанты со сбалансированным действием (мапротилин, кломипрамин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин);

при симптомах тревоги:

анксиолитики с осторожностью, избегая длительного приема из-за риска формирования зависимости и влияния на когнитивные функции (диазепам, тофизопам, клоназепам).

Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в частях первой–четвертой пункта 21 настоящего клинического протокола.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций, семейное консультирование.

Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга (F07.8 по МКБ-10):

лечение психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций.

Приложение

к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с органическими,
включая симптоматические,
психическими расстройствами
(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, используемых в диагностике органических, включая симптоматические, психических расстройств

1. Краткая оценка когнитивных функций

Пробы	Оценка (баллы)
1. Ориентировка в личности: пациента просят назвать фамилию, собственное имя, отчество (если таковое имеется), возраст, дату рождения	0 1 2 3 4 5

2. Ориентировка во времени: пациента просят назвать полностью год, время года, дату, день недели, месяц	0 1 2 3 4 5
3. Ориентировка в месте: пациента просят назвать страну, область, город, организацию здравоохранения, в котором происходит обследование, этаж	0 1 2 3 4 5
4. Динамический праксис: пациента просят повторить за врачом одной рукой серию из трех движений: кулак (ставится горизонтально, параллельно поверхности стола) – ребро (кисть ставится вертикально на медиальный край) – ладонь (кисть горизонтально, ладонью вниз). Пациенту показывают движения два раза подряд, просят повторить самостоятельно и затем, если пациент не справляется (путает последовательность движений, пропускает движение, располагает руку в неверной плоскости), просят повторить вместе с врачом	0 1 2 3
5. Минимальное психологическое исследование (Mini-Cog)	0 1 2 3 4 5
Письмо, внимание, память: Пациента просят написать фразу «Я закончил!»	0 1 2
ОБЩИЙ БАЛЛ*	

* Максимальный балл учитывается, если пациент самостоятельно и правильно выполнил задание. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

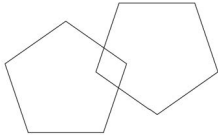
Результаты теста:

23–25 баллов – когнитивные функции пациента (внимание, память) в норме;

21 и менее баллов – у пациента имеются когнитивные нарушения; необходимо проведение развернутой нейропсихологической диагностики.

2. Краткая шкала оценки психического статуса – Тест Фольштейна (Mini-Mental State Examination, MMSE)

							Баллы
1. Ориентировка во времени							макс = 5
назовите год							0–1
время года							0–1
месяц							0–1
число							0–1
день недели							0–1
2. Ориентировка в месте							макс = 5
страна							0–1
город							0–1
район (или номер/название почтового отделения)							0–1
учреждение							0–1
этаж							0–1
3. Восприятие							макс = 3
назвать 3 предмета (слова) и попросить пациента их повторить							
яблоко	мяч	груша	лимон	карандаш	стол	0–1	
стол	флаг	снег	ключ	дом	вода	0–1	
монета	дверь	шкаф	шар	копейка	ночь	0–1	
4. Концентрация внимания и счет: «100-7» – пять раз							макс = 5
93			Я			0–1	
86			Л			0–1	
79			М			0–1	
72			Е			0–1	
65			З			0–1	
при произнесении слово «земля» наоборот							0–5
5. Память							макс = 3
назвать 3 предмета из пункта 3							
яблоко	мяч	груша	лимон	карандаш	стол	0–1	
стол	флаг	снег	ключ	дом	вода	0–1	
монета	дверь	шкаф	шар	копейка	ночь	0–1	

6. Речевые функции:	max = 2
6.1. просят назвать предмет: ручка (что у меня в руке?)	0–1
просят назвать предмет: часы (что у меня на руке?)	0–1
6.2. просят повторить сложное предложение «никаких если и или но»	0–1
7. Просят выполнить 3 последовательные команды	max = 3
взять бумагу в правую руку	0–1
сложить пополам	0–1
положить на стол	0–1
8. Просят прочитать и выполнить задание «Закройте глаза»	0–1
9. Просят написать предложение содержащее подлежащее, сказуемое и имеющее смысл	0–1
10. Просят перерисовать 2 пятиугольника	0–1
	
Общая сумма баллов: 28–30 баллов – нет нарушений когнитивных функций, 24–27 баллов – легкие (преддементные) когнитивные нарушения, 20–23 балла – деменция легкой степени выраженности, 11–19 баллов – деменция умеренной степени выраженности, 0–10 баллов – тяжелая деменция	max = 30

3. Батарея лобной дисфункции, бланк (Frontal assessment battery, FAB)

№ задания	Баллы	Задание
1. Концептуализация		
	0/1	что общего между яблоком и грушей?
	0/1	что общего между пальто и курткой?
	0/1	что общего между столом и стулом?
2. Беглость речи. Закройте глаза и в течение минуты называйте слова на букву «с»		
	3	более 9 слов
	2	от 7 до 9 слов
	1	от 4 до 6 слов
	0	менее 4 слов
3. Динамический праксис. Кулак – ребро – ладонь. Первый раз следит за врачом, второй раз вместе с врачом, последующие два раза – самостоятельно		
	3	правильное выполнение шести серий движений
	2	трех серий движений
	1	выполнение только совместно с врачом
	0	невозможность выполнения задания
4. Простая реакция выбора. «Сейчас я проверю Ваше внимание. Мы будем выстукивать ритм. Если я ударю один раз, Вы должны ударить два раза подряд. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз». Ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2		
	3	правильное выполнение
	2	не более 2 ошибок
	1	много ошибок
	0	полное копирование ритма
5. Усложненная реакция выбора. «Теперь, если я ударю один раз, то вы ничего не должны делать. Если я ударю два раза подряд, то вы должны ударить только один раз». Ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2		
	3	правильное выполнение
	2	не более 2 ошибок
	1	много ошибок
	0	полное копирование ритма
6. Исследование хватательного рефлекса. Сидя, положите руки на колени ладонями вверх. Врач проводит по рукам предметом (карандаш, ручка)		
	3	отсутствие хватательного рефлекса
	2	пациент спрашивает, должен ли схватить предмет
	1	после инструкции: «Не хватать!», хватательный рефлекс отсутствует
	0	после инструкции: «Не хватать!», хватает
Общая сумма баллов		16–18 баллов – нет нарушений когнитивных функций, 12–15 баллов – легкая и умеренная лобная дисфункция, 11 и меньше – деменция лобного типа

4. Рисование часов

Пациенту дают чистый лист нелинованной бумаги и карандаш. Врач предлагает пациенту нарисовать круглые часы с цифрами на циферблате, указав время без пятнадцати час. Пациент должен самостоятельно нарисовать круг, поставить в нужные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции. При возникновении когнитивных расстройств пациент может допускать ошибки, которые оцениваются по десятибалльной шкале:

10 баллов – норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;

9 баллов – незначительные неточности в расположении стрелок;

8 баллов – более заметные ошибки в расположении стрелок;

7 баллов – стрелки показывают неправильное время;

6 баллов – стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком);

5 баллов – неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое;

4 балла – утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга;

3 балла – числа и циферблат не связаны друг с другом;

2 балла – пациент пытается выполнить инструкцию, но безуспешно;

1 балл – пациент не делает никаких попыток выполнить инструкцию.

Если пациент рисует часы неправильно, врач может упростить задание, предложив дорисовать стрелки на уже нарисованном циферблате с числами. Правильное расположение стрелок в готовом круге свидетельствует о деменции лобного типа или деменции с преимущественным поражением подкорковых структур. Неспособность правильно нарисовать стрелки даже на готовом циферблате заставляет склониться к деменции при болезни Альцгеймера.

5. Клиническая рейтинговая шкала деменции:

0,5 балла – «сомнительная» деменция

Память: постоянная незначительная забывчивость, неполное припоминание происшедших событий, «доброкачественная забывчивость».

Ориентировка: полностью ориентирован, но могут быть неточности при назывании даты.

Мышление: незначительные трудности при решении задач, анализе сходств и различий.

Взаимодействие в обществе: незначительные трудности.

Поведение дома и увлечения: незначительные трудности.

Самообслуживание: нет нарушений.

1 балл – легкая деменция

Память: более значительная забывчивость на текущие события, которая мешает в повседневной жизни.

Ориентировка: не полностью ориентирован во времени, но всегда правильно называет место; в то же время могут быть трудности самостоятельного ориентирования на местности.

Мышление: умеренные затруднения при решении задач, анализе сходств и различий, которые не затрагивают повседневную жизнь.

Взаимодействие в обществе: утрачена независимость, однако возможно осуществление отдельных социальных функций. При поверхностном знакомстве нарушения могут быть неочевидны. Поведение дома и увлечения: легкие, но отчетливые бытовые трудности, потеря интереса к сложным видам активности. Самообслуживание: нуждается в напоминаниях.

2 балла – умеренная деменция

Память: выраженная забывчивость, текущие события не остаются в памяти, сохранны лишь воспоминания о наиболее значимых событиях жизни.

Ориентировка: дезориентирован во времени, не полностью ориентирован в месте.

Мышление: выраженные трудности при решении задач и анализе сходств и различий, которые оказывают негативное влияние на повседневную активность.

Взаимодействие в обществе: утрачена самостоятельность вне своего дома, однако может вступать в социальное взаимодействие под контролем других лиц.

Поведение дома и увлечения: крайнее ограничение интереса, способность к выполнению только наиболее простых видов деятельности.

Самообслуживание: нуждается в помощи при одевании, гигиенических процедурах, естественных отправлениях.

3 балла – тяжелая деменция

Память: фрагментарные воспоминания о жизни.

Ориентировка: ориентирован только в собственной личности.

Мышление: решение интеллектуальных задач невозможно.

Взаимодействие в обществе: нарушения препятствуют социальному взаимодействию за пределами своего дома.

Поведение дома и увлечения: не способен к выполнению бытовых обязанностей.

Самообслуживание: постоянно нуждается в уходе; частое недержание.

0 баллов по данной шкале соответствует норме, 0,5 балла – связанным с возрастом нарушениям и синдрому умеренных когнитивных нарушений, 1–3 балла – деменции разной степени выраженности. Недостатком данной шкалы является ее более общий характер, отсутствие детализации симптоматики, которая могла бы быть весьма полезной в различных клинических ситуациях.