

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 психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, не классифицированными в других рубриках (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 психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, соответствующими шифру F53 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-ХП «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-ХП «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, 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 ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫХ С ПОСЛЕРОДОВЫМ ПЕРИОДОМ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫХ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

8. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках МКБ-10:

F53.0 Легкие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках;

F53.1 Тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках;

F53.8 Другие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках;

F53.9 Послеродовое психическое расстройство неуточненное.

9. Для психических расстройств и расстройств поведения, связанных с послеродовым периодом характерны: повышенная возбудимость, тревога, спутанность мышления, аффективные колебания настроения, отрывочные и систематизированные бредовые идеи, галлюцинаторные переживания, возникновение в течение 6 недель после родов.

Послеродовые психотические симптомы: искаженная оценка состояния новорожденного, в том числе представлений о физиологических потребностях ребенка, содержании ухода за ним, эмоциональных запросах новорожденного, опасных для здоровья состояний.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫХ С ПОСЛЕРОДОВЫМ ПЕРИОДОМ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫМИ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

10. Перечень обязательного обследования в стационарных условиях и кратность проведения:

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 изменений и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

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

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

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

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее по медицинским показаниям;

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

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

11. Перечень обязательного обследования в условиях отделения дневного пребывания и кратность проведения:

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, глюкозы – однократно при поступлении (несовершеннолетним пациентам), далее – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию (совершеннолетним пациентам);

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

12. Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях и кратность проведения:

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).

13. Перечень дополнительного обследования (по медицинским показаниям):

консультация врача-невролога;

консультация врача-детского невролога;

консультация врачей иных специальностей;

индекс массы тела;

электроэнцефалография;

ЭКГ;

магнитно-резонансная томография головного мозга;

компьютерная томография головного мозга;

ультразвуковое исследование сердца;

ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;

определение уровня тиреотропного гормона;

определение уровня гликированного гемоглобина;

определение уровня пролактина;

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;

исследование спинномозговой жидкости/крови – на маркеры вирусных, бактериальных инфекций, антинейрональные антитела при подозрении на инфекционную этиологию заболевания либо аутоиммунный энцефалит;

тест на беременность;

медико-генетическое консультирование для исключения наследственных заболеваний.

14. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 10–13 настоящего клинического протокола, и проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫМИ С ПОСЛЕРОДОВЫМ ПЕРИОДОМ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫМИ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

15. Условия и продолжительность лечения зависят от степени тяжести симптоматики:

при легкой степени – в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания;

при средней степени тяжести – в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания или в стационарных условиях;

при тяжелом расстройстве – в стационарных условиях.

16. В лечении Легких психических расстройств и расстройств поведения, связанных с послеродовым периодом, неклассифицируемых в других рубриках (F53.0 по МКБ-10) применяются фармакотерапия, психотерапия, психологическое консультирование.

Показано:

недирективное психологическое консультирование;

краткосрочное психотерапевтическое вмешательство;

когнитивно-поведенческая психотерапия.

Психотерапевтическое вмешательство направлено на повышение уровня информированности о механизмах формирования типичных проблем этого периода и организацию адекватных поведенческих паттернов.

Лечение умеренно выраженной депрессивной симптоматики требует назначения антидепрессантов, среди которых предпочтение отдается ЛС, обладающим анксиолитической активностью, так как в 50 % случаев послеродовая депрессия сопровождается тревожной симптоматикой. При выраженной тревожной симптоматике и нарушениях сна могут назначаться ЛС, обладающие анксиолитическим действием, и небензодиазепиновые снотворные.

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;

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

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

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

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

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

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

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

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

Анксиолитики и небензодиазепиновые снотворные:

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;

диазепам, таблетки 2 мг, 5 мг, 10 мг, по 2–10 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема до 10 дней, отмена постепенная, ампулы, раствор для инъекций 10 мг/2 мл, парентерально 10 мг до 3 раз в сутки, рекомендованная продолжительность не более 7 дней;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, по 1,5–6 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, первоначальная суточная доза не более 1,5 мг, не более 10 дней;

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

Наиболее эффективно сочетание антидепрессантов и психотерапии.

В связи с недостатком информации о влиянии приема антидепрессантов на ребенка во время грудного вскармливания, лактацию при фармакотерапии целесообразно прекратить, для чего назначаются агонисты D2-дофаминовых рецепторов:

бромокриптин по 2,5 мг/сутки первый день, по 2,5 мг 2 раза/сутки, в течение 14 дней;

или каберголин для предотвращения лактации 1 мг однократно в течение 24 часов после родов, для прекращения установившейся лактации – по 0,25 мг каждые 12 часов в течение 2 дней.

17. Среди Тяжелых психических расстройств и расстройств поведения, связанных с послеродовым периодом, неклассифицируемых в других рубриках (F53.1 по МКБ-10) встречаются два состояния: тяжелый депрессивный эпизод в послеродовом периоде (возможно с наличием психотических симптомов) и послеродовой психоз.

В зависимости от преобладающего психопатологического симптомокомплекса применяются:

антипсихотики:

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

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

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

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

трифлуоперазин, таблетки 5 мг внутрь или раствор для инъекций 0,2% 1 мл внутримышечно в дозе 5–15 мг/сутки;

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

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

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

ЛС с нормотимическим действием:

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

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

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

Для психотических и депрессивных состояний в послеродовом периоде характерна волнообразность течения, что проявляется в спонтанных ухудшениях состояния на фоне успешного лечения. В этих случаях необходимо повышение дозы ЛС или перевод на парентеральное введение ЛС в течение нескольких дней до улучшения состояния. В резистентных случаях возможно проведение электросудорожной терапии.

Показана психотерапия, а также психообразовательная работа с близкими родственниками.

18. При лечении Других психических расстройств и расстройств поведения, связанных с послеродовым периодом, неклассифицируемых в других рубриках (F53.8 по МКБ-10), а также Послеродового психического расстройства, неуточненного (F53.9 по МКБ-10) в зависимости от преобладающего симптома применяются ЛС в дозировках и формах выпуска согласно пунктам 16, 17 настоящего клинического протокола.

Приложение

к клиническому протоколу

«Оказание медицинской помощи пациентам

с психическими расстройствами

и расстройствами поведения,

связанными с послеродовым периодом,

не классифицированными в других рубриках

(взрослое и детское население)»

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к применению при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с послеродовым периодом

1. Скрининг-шкала постнатальной депрессии (СШПД) Т.Beck, R.Gable (адаптация В.В.Голубович);
2. Генограмма с проработкой материнской линии (М.Боуэн);
3. Опросник на онтогенез материнской сферы (Г.Г.Филиппова);
4. Методика «Идеальный родитель» (Р.В.Овчарова, Ю.А.Дегтярева);
5. Опросник удовлетворенности браком (В.В.Столин);
6. Ролевые ожидания и притязания в браке (А.Н.Волкова).