

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 расстройствами приема пищи
(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 расстройствами приема пищи, соответствующими шифру F50 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 расстройствами приема пищи 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 РАССТРОЙСТВ ПРИЕМА ПИЩИ

8. Для расстройств приема пищи характерно отчетливое нарушение пищевых привычек или поведения по контролю массы тела. Нарушения пищевых привычек или наблюдаемые кардинальные симптомы нарушенного пищевого поведения приводят к клинически значимому повреждению соматического здоровья или психосоциального функционирования (кардинальные симптомы расстройств приема пищи включают нарушение питания и сопутствующую переоценку формы или массы тела).

Классификация расстройств приема пищи включает следующие расстройства:

- нервная анорексия;
- нервная булимия;
- атипичные нарушения пищевого поведения (или нарушения пищевого поведения, нигде более не классифицируемые);
- переедание – реакция на дистресс;
- психогенная рвота.

К отдельной форме расстройств приема пищи следует отнести расстройство по типу переедания.

9. Клинические критерии нервной анорексии:

- сверхценные идеи в отношении формы или массы тела (самооценка преимущественно или исключительно с позиции веса или формы тела);

- активное поддержание чрезмерно низкой массы тела (например, индекс массы тела (далее – ИМТ) $\leq 17,5$ кг/м²);

- аменорея в половозрелом возрасте при условии, что не используются оральные контрацептивы.

Клинические критерии нервной булимии:

- сверхценные идеи в отношении формы или массы тела (самооценка преимущественно или исключительно с позиции веса или формы тела);

- повторяющиеся эпизоды переедания;

- экстремальные методы контроля массы тела – например, жесткие диетические ограничения, самовызывание рвоты, частое использование слабительных и мочегонных ЛС;

- диагностические критерии для нервной анорексии не выполняются.

Клинические критерии атипичных нарушений пищевого поведения:

- клинически значимые нарушения пищевого поведения, которые не удовлетворяют диагностическим критериям нервной анорексии или булимии.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ПРИЕМА ПИЩИ

10. Перечень обязательного общеклинического обследования в стационарных условиях (в условиях отделения дневного пребывания и в амбулаторных условиях):

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

оценка характера семейного функционирования – при первичном медицинском осмотре и по необходимости в процессе терапии;

измерение ИМТ (для несовершеннолетних пациентов использовать центильные таблицы), окружность талии, окружность бедер, толщина кожной складки, оценка нормативности ортостатических реакций, выявление лануго, акроцианоза, пастозности тканей и отеков, увеличения и болезненности слюнных желез, выпадения волос, ломкости ногтей, желтушности, царапин на тыльной стороне кистей, болезненности живота – регулярно в процессе терапии (частота обследования определяется тяжестью соматического состояния пациентов и наличием соматических осложнений), а массу тела пациентов следует измерять не реже 1 раза в неделю;

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

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

биохимическое исследование крови (далее – БИК):

определение уровня калия, натрия, хлора, глюкозы, общего белка, белковых фракций, определение концентрации триглицеридов, холестерина, липопротеидов низкой плотности (далее – ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (далее – ЛПВП), коэффициента атерогенности, билирубина, мочевины, креатинина, уровень амилазы сыворотки крови, а также определение активности аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АсАТ), креатинфосфокиназы (далее – КФК) – однократно при поступлении, далее – при отсутствии патологических изменений и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

оценка функции щитовидной железы: определение уровня тиреотропного гормона (далее – ТТГ), свободного тироксина (далее – своб. Т4), свободного трийодтиронина (далее – своб. Т3) – однократно при поступлении;

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

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

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

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

11. 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;

оценка характера семейного функционирования – при первичном медицинском осмотре и по необходимости в процессе терапии;

измерение ИМТ (для несовершеннолетних пациентов использовать центильные таблицы), окружность талии, окружность бедер, толщина кожной складки, оценка нормативности ортостатических реакций, выявление лануго, акроцианоза, пастозности тканей и отеков, увеличения и болезненности слюнных желез, выпадения волос, ломкости ногтей, желтушности, царапин на тыльной стороне кистей, болезненности живота – регулярно в процессе терапии (частота обследования определяется тяжестью соматического состояния пациентов и наличием соматических осложнений), а массу тела пациентов следует измерять не реже 1 раза в неделю;

оценка характера семейного функционирования;

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

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

БИК: определение уровня калия, натрия, хлора, глюкозы, общего белка, белковых фракций, определение концентрации триглицеридов, холестерина, ЛПНП, ЛПВП, коэффициента атерогенности, билирубина, мочевины, креатинина, а также уровень амилазы сыворотки крови, определение активности АлАТ, АсАТ, КФК – однократно при поступлении;

оценка функции щитовидной железы: определение уровня ТТГ, своб. Т4, своб. Т3 – однократно при поступлении;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (несовершеннолетним пациентам);

измерение ИМТ;

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

12. Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

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

оценка характера семейного функционирования – при первичном медицинском осмотре и по необходимости в процессе терапии;

измерение ИМТ (для несовершеннолетних пациентов использовать центильные таблицы), окружность талии, окружность бедер, толщина кожной складки, оценка нормативности ортостатических реакций, выявление лануго, акроцианоза, пастозности тканей и отеков, увеличения и болезненности слюнных желез, выпадения волос, ломкости ногтей, желтушности, царапин на тыльной стороне кистей, болезненности живота – регулярно в процессе терапии (частота обследования определяется тяжестью соматического состояния пациентов и наличием соматических осложнений), а массу тела пациентов следует измерять не реже 1 раза в неделю;

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;

БИК: определение уровня калия, натрия, хлора, глюкозы, общего белка, белковых фракций, определение концентрации триглицеридов, холестерина, ЛПНП, ЛПВП, коэффициента атерогенности, билирубина, мочевины, креатинина, а также уровень амилазы сыворотки крови, определение активности АлАТ, АсАТ, КФК – однократно при поступлении;

оценка функции щитовидной железы: определение уровня ТТГ, своб. Т4, своб. Т3 – однократно при обращении;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (несовершеннолетним пациентам);

измерение ИМТ;

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

13. Перечень дополнительного общеклинического обследования (по медицинским показаниям):

консультация врачей иных специальностей;

консультация психолога с целью психологической диагностики;

ЭКГ;

магнитно-резонансная томография головного мозга – однократно;

компьютерная томография головного мозга – однократно;

электроэнцефалография;

эхокардиография;

ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;

исследование спинномозговой жидкости/крови на антинейрональные антитела при подозрении на аутоиммунный энцефалит;

исследование спинномозговой жидкости/крови на маркеры вирусных и бактериальных инфекций;
исследование кала на наличие крови;
для пациентов с недостаточной массой тела на протяжении более 6 месяцев: исследование выраженности остеопении и остеопороза, а также сывороточные уровни эстрадиола (у женщин), тестостерона (у мужчин);
определение уровня гликированного гемоглобина;
определение уровней лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, пролактина в сыворотке крови (при продолжающейся аменорее на фоне нормальной массы тела);
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;
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, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

ГЛАВА 4 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПРИЕМА ПИЩИ

15. Оказание медицинской помощи направлено на ликвидацию соматических осложнений расстройств приема пищи и нормализацию массы тела (достижение как минимум 90 % идеальной массы тела для соответствующей длины тела по стандартным таблицам), уменьшение поведенческих нарушений, связанных с расстройством пищевого поведения, уменьшение ограничений в питании и расширение объема употребляемой пищи, освоение здоровых, но не избыточных физических нагрузок. Это должно сопровождаться расширением участия пациента в организации питания и работой по повышению степени его доверия к медицинскому работнику, назначенному лечению.

Условия лечения:

как правило, в психиатрическом стационаре, включая, если это необходимо, принудительную госпитализацию и лечение в порядке, установленном законодательством.

Решение о необходимости госпитализации должно приниматься в каждом конкретном случае на основании учета психопатологической и поведенческой симптоматики, а также соматического статуса пациентов. Лечение в стационарных условиях показано при массе тела, составляющей 75 % от индивидуальной нормальной массы тела и менее.

Медицинские показания для госпитализации:

тяжелая или быстрая целенаправленная потеря массы тела, обычно до уровня менее 85 % нормальной массы тела, или выраженные соматические, психологические или социальные нарушения;

недостаточная эффективность лечения в амбулаторных условиях проявляющаяся отсутствием нормализации веса или ликвидацией симптомов переедания/очистительного поведения;

значимая психиатрическая коморбидность, включая тяжелый депрессивный эпизод, выраженное обсессивно-компульсивное расстройство, расстройство личности

с импульсивным поведением, использование психоактивных веществ или зависимость от них, и/или имеющийся план самоповреждений или такого рода поведение;

выраженные медицинские осложнения, в том числе гипокалиемия, кардиологические проблемы, коморбидный сахарный диабет и другие.

Лечение в условиях отделения дневного пребывания может проводиться при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от психоактивных веществ и риска суицидального поведения.

Лечение в амбулаторных условиях является исключением и может осуществляться лишь при:

отсутствии выраженных соматических осложнений;

малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации;

сильной мотивации у пациента и близких родственников на участие в лечении;

снижение массы тела не более чем на 20 % от здоровой массы тела при возможности осуществления тщательного мониторинга.

Мониторинг должен включать как минимум еженедельную оценку массы тела, измерение плотности мочи одновременно с оценкой основных показателей состояния организма (пульс, артериальное давление) при ортостатических пробах, а также измерение температуры. В случае отсутствия прогресса в лечении на протяжении нескольких недель условия лечения должны быть изменены с амбулаторного на госпитализацию в психиатрический стационар.

Продолжительность лечения зависит от длительности и выраженности нарушений пищевого поведения, а также от специфической симптоматики – в среднем от 12 до 60 месяцев.

16. Расстройства приема пищи (F50 по МКБ-10):

лечение:

в случае выраженных соматических осложнений при расстройствах приема пищи лечение начинается с симптоматического лечения этих осложнений (восстановление водно-электролитного, белкового, жирового баланса, инфузионная терапия). При этом нередко лечение должно осуществляться в отделении интенсивной терапии и реанимации, учитывая высокую вероятность соматической декомпенсации вплоть до летального исхода (предотвращение синдрома вскармливания) и необходимость круглосуточного мониторинга состояния (в том числе кардиомониторинг), особенно у несовершеннолетних пациентов при выраженном дефиците массы тела (менее 70 %);

восстановление статуса питания;

психосоциальные вмешательства;

фармакотерапия.

Восстановление статуса питания:

для пациента, имеющего выраженную кахексию, начальное количество пищи может составлять от 1200 до 1500 ккал в сутки в зависимости от массы тела пациента при поступлении. Пища вначале должна содержать малые количества жиров, соли и лактозы для естественного восстановления ферментативного баланса желудочно-кишечного тракта. В планировании рациона питания необходимо ориентироваться на биологически обоснованные нормативы баланса нутриентов с учетом уровня метаболизма конкретного пациента.

Калорийность пищевого рациона повышается на 500 ккал за 4–5 дней до тех пор, пока не будет достигнут суточный уровень калорийности в интервале от 3500 до 4500 ккал/сутки. На протяжении этапа набора массы тела суточный уровень калорийности может составлять до 70–100 ккал/кг/сутки. На этапе поддержания достигнутой массы тела, а также для продолжения роста и развития несовершеннолетних пациентов суточный уровень потребления должен составлять 40–60 ккал/кг/сутки. Индивидуальный уровень калорийности устанавливается в зависимости от индивидуальной скорости набора массы тела, длины тела пациента и наличия

желудочно-кишечного дискомфорта. Через несколько недель с момента начала восстановления пищевого статуса большая часть питания должна быть в достаточно густой консистенции, включая умеренное количество жиров и углеводов.

Медицинское наблюдение на протяжении периода набора массы тела является обязательным. Оно должно включать:

оценку жизненных функций, а также оценку потребления пищи и жидкости, наряду с их выделением;

мониторинг электролитов (в том числе фосфора);

обращается внимание на наличие отеков, быстрый набор массы тела (связанной преимущественно с водной перегрузкой), признаки сердечной недостаточности и симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, особенно запоры и вздутие.

Психосоциальные вмешательства:

с момента госпитализации пациенту должно быть обеспечено круглосуточное 24-часовое медицинское наблюдение до момента стабилизации соматического статуса и положительной динамики показателя ИМТ. Медицинское наблюдение должно осуществляться как в процессе приема пищи пациентом, так и при выполнении гигиенических мероприятий, в процессе свободного времяпрепровождения. В процессе приема пищи медицинский работник должен находиться непосредственно рядом и побуждать пациента к употреблению пищи. Делается акцент на сопереживании по поводу страха пациента в связи с ожирением, обеспечении психологической поддержки и использовании атмосферы группового поощрения.

Психосоциальная реабилитация:

результатом данного рода вмешательств является то, что пациент начинает 3-разовый прием пищи (по медицинским показаниям прием пищи может быть чаще – 4 и более раз в день), сопровождающийся умеренным уровнем тревоги.

Изредка, лишь у чрезвычайно тревожных пациентов, целесообразно использовать кратковременно небольшие дозы анксиолитиков группы бензодиазепинов (диазепам – 5 мг за 30–40 минут до еды) на протяжении 1–2 недель. Небольшие дозы антипсихотиков, преимущественно атипичных (оланзапин, рисперидон, кветиапин, арипипразол, карипразин) используются для купирования выраженных обсессивных и тревожных проявлений, влияния на сверхценный характер переживаний пациентов, а также для прицельного ослабления предвосхищающей тревоги перед едой накануне ее потребления.

ЛС, нормализующие моторную функцию желудочно-кишечного тракта – прокинетики (например, метоклопрамид), могут назначаться в связи со вздутием и болями в животе вследствие гастропареза и преждевременного насыщения, отмечаемыми у некоторых пациентов. При рефлюкс-эзофагите положительный эффект может быть получен при назначении ингибиторов протонной помпы (омепразол, пантопразол и другие) и блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов (ранитидин, фамотидин).

Назначение ЛС, повышающих аппетит, не рекомендовано, поскольку у пациентов мозговые механизмы контроля аппетита являются интактными, а в отсутствие психотерапевтической поддержки увеличение массы тела у пациентов приведет к обострению симптоматики нервной анорексии.

По мере восстановления статуса питания и нормализации соматических параметров (электрокардиограмма), электролитный состав крови и прочее) целесообразно курсовое применение гипербарической оксигенации – 10 сеансов, по одному ежедневно с изопрессией 40 минут в режиме избыточного давления 0,03 МПа. Цель применения технологии гипербарической оксигенации – активация адаптационных ресурсов организма посредством достижения метаболического и дезинтоксикационного эффектов процедуры.

Критерии эффективности лечения:

восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у несовершеннолетних пациентов);

лечение значимых соматических осложнений;
восстановление стабильных клинико-биохимических параметров, свидетельствующих о компенсации имевшихся осложнений. Критерием адекватной положительной динамики массы тела следует считать: в стационарных условиях – увеличение массы тела на 1–1,5 кг/неделю, в условиях отделения дневного пребывания и в амбулаторных условиях – до 0,5 кг/неделю.

Действия при отсутствии результата:

целесообразно: изменение режима лечения в плане усиления степени контроля за пищевым поведением и социальной поддержки (например, перевод с лечения в амбулаторных условиях на лечение в отделение дневного пребывания или в стационар);

в плане нормализации массы тела – перевод на энтеральное питание официальными питательными смесями («Нутриен-стандарт», «Фрезубин», «Интестамин» и подобные) через назогастральный зонд (преимущественно), в том числе круглосуточное, либо парентеральное питание (аминокислоты для парентерального белкового питания: валин, валинолакт, инфезол, дипептивен и подобные; жировые эмульсии для парентерального питания: кабивен центральный, кабивен периферический, липовеноз и подобные). При необходимости использования назогастрального питания одномоментное продолжительное (более 24 часов) кормление является менее предпочтительным в сравнении, например, с 3–4-кратным кормлением по причине вероятности возникновения метаболических нарушений или субъективного дискомфорта пациента. Полное парентеральное питание требуется крайне редко при угрожающих жизни состояниях.

Начало кормления пациента может сопровождаться кратковременной преходящей задержкой жидкости в организме, проявляющейся чаще всего пастозностью и отеками. В то же время пациенты, прекратившие неожиданно прием слабительных и (или) мочегонных ЛС, могут отмечать выраженную задержку жидкости на протяжении нескольких недель преимущественно за счет задержки воды и натрия, опосредованную повышенным уровнем альдостерона в ответ на хроническое предшествующее обезвоживание. При этом пациенту следует рекомендовать уменьшить количество потребляемой соли, а также объяснить преходящий характер этих явлений, которые обычно исчезают в течение 7–10 дней.

Чрезмерно быстрый темп вскармливания, зондового или парентерального питания может привести к серьезным осложнениям (выраженная задержка жидкости, сердечная аритмия, сердечная недостаточность, делирий, судороги), особенно у пациентов с выраженной потерей массы тела. Гипофосфатемия, связанная с потенциальной угрозой для жизни, может появляться на протяжении начальных этапов вскармливания, когда произойдет истощение резервов фосфатов. У пациентов могут наблюдаться боли в животе и вздутие, опосредованные замедленной моторикой желудка, сопутствующей голоданию. Запоры могут прогрессировать вплоть до острой кишечной непроходимости. На протяжении набора массы тела у многих пациентов отмечается болезненность грудных желез, акне. Целесообразно организовать динамическое медицинское наблюдение врача-терапевта, врача-педиатра для своевременной оценки сопутствующих осложнений и назначения соответствующего лечения.

Назначение ЛС при лечении нарушений пищевого поведения должно начинаться с минимальных доз, в связи с чем нужно быть внимательными к признакам их нежелательных реакций. Трициклические антидепрессанты должны использоваться с осторожностью у пациентов с выраженным истощением, а также при высоком суицидальном риске. Ингибиторов моноаминоксидазы следует избегать у пациентов с хаотичными болезненными нарушениями пищевого поведения (эпизоды переедания и очистительного поведения).

С момента купирования угрожающих жизни осложнений до восстановления самостоятельной регуляции здоровых паттернов пищевого поведения проводится:

коррекция дезадаптивных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела;

лечение сопутствующей психопатологической симптоматики и расстройств психологического функционирования (самооценка, контроль импульсивности), поведенческих нарушений.

Цель, ожидаемый результат:

формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию;

коррекция искаженных представлений в отношении массы тела, образа тела, страха полноты;

развитие ощущения социального комфорта, личностной уверенности, информирования по вопросам сбалансированного питания с формированием практических навыков потребления пищи в различных ситуациях;

лечение коморбидных психических и поведенческих расстройств;

формирование стиля умеренных и адекватных физических нагрузок.

Уровень физической активности пациента должен соответствовать балансу потребления/расходования энергии пациентом, принимая в расчет выраженность процессов костного катаболизма (плотность костной ткани) и сохранность сердечного функционирования. Для пациентов с выраженным дефицитом массы тела физические нагрузки должны быть ограничены и тщательно контролироваться. С момента достижения безопасной массы тела акцент физических нагрузок должен быть на физической подготовленности, а не на расходе калорий. Акцент на физической подготовленности должен согласовываться с восстановлением позитивного отношения пациента к своей массе тела. Это способствует восстановлению у пациента ощущения самоконтроля и возможности получать удовольствие от физической активности в противовес мазохистичному самокритичному следованию ей.

Психотерапия ориентирована на осознание пациентом:

того, что с ним происходит;

каковы семейные, культуральные и индивидуальные предпосылки заболевания;

каким образом заболевание пациента является избранным им дезадаптивным способом совладания со стрессом и эмоциональной саморегуляции;

каким образом избежать или минимизировать риск обострений;

каким образом можно эффективнее справляться с жизненными трудностями в перспективе;

как улучшить межперсональное и социальное функционирование.

Целесообразно сочетание индивидуальных, семейных и групповых форм работы. Используются когнитивно-поведенческая и поведенческие методики – например, формирование навыков планирования приемов пищи, самонаблюдение, поощрение за адаптивный характер поведения и прочее.

Психообразовательные вмешательства используют, начиная с этапа набора пациентом массы тела. Психодинамически и психоаналитически ориентированная психотерапия является особенно уместной после прекращения эпизодов переедания и очистительного поведения.

Семейная психотерапия должна быть начата как можно раньше, особенно в тех случаях, когда пациенты проживают совместно с близкими родственниками и имеет место дезадаптивный характер межличностной коммуникации.

Группы по телесно-ориентированной работе способствуют проработке пациентом искажений восприятия собственного тела.

Психосоциальная реабилитация:

терапия занятостью, творческим самовыражением;

тренинг социальных и коммуникативных навыков.

Фармакотерапия:

необходимость назначения антидепрессантов с целью коррекции аффективной симптоматики, обсессивно-компульсивных проявлений целесообразно рассмотреть после нормализации массы тела и паттерна питания, а также проведения психотерапии в достаточном объеме. Лишь при сохранении у пациента после этих медицинских

вмешательств симптомов, отвечающих критериям депрессивного эпизода и (или) выраженной обсессивно-компульсивной симптоматики, назначение антидепрессантов может быть оправданным. Их также целесообразно назначать для медицинской профилактики возобновления расстройства у пациентов с нормализованной массой тела, а также для тех пациентов, у кого отмечался недостаточный эффект от прежних адекватных методов психосоциальной реабилитации и терапии.

Антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС) (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, эсциталопрам), как наиболее безопасные, могут уменьшать частоту эпизодов переедания и очистительного поведения (например, самовызывание рвоты), а также способствовать предупреждению обострений у пациентов в ремиссии.

ЛС других классов (антипсихотики, анксиолитики, нормотимические ЛС) должны назначаться, исходя из сопутствующей психопатологической или поведенческой симптоматики (например, коморбидная зависимость от психоактивных веществ и ее осложнения).

Поддерживающее лечение проводится с целью:
улучшения семейного/межперсонального взаимодействия;
улучшения качества жизни;
формирования нормального образа тела и развития соответствующей возрасту психосексуальной идентичности.

Продолжительная семейная психотерапия в амбулаторных условиях должна быть настоятельно рекомендована после выписки пациента из стационара, особенно в том случае, когда возраст пациента до 18 лет.

Обоснованность назначения ЛС следует рассматривать в каждом конкретном случае.

17. Особенности диагностических и лечебных мероприятий для несовершеннолетних пациентов:

симптомы расстройств приема пищи у несовершеннолетних пациентов 7–13 лет включают как типичные для совершеннолетних пациентов симптомы расстройств приема пищи (нервная анорексия; нервная булимия – крайне редко), так и иные формы:

эмоциональное расстройство с избеганием пищи;
избирательность в еде;
первазивный синдром отказа.

Несовершеннолетние пациенты склонны к развитию выраженных соматических осложнений и хронизации расстройств (особенно при нервной булимии и первазивном синдроме отказа).

При проведении обследования несовершеннолетний пациент должен быть обследован врачом-педиатром с последующими регулярными его медицинскими осмотрами по медицинским показаниям. В процессе обследования больше внимания должно быть уделено особенностям функционирования семейной системы пациента (характер коммуникаций, вероятность насилия по отношению к несовершеннолетнему пациенту).

Основные правила лечения расстройств приема пищи у несовершеннолетних пациентов подобны таковым у совершеннолетних пациентов и определяются наличием соматических осложнений и клинической формой расстройства.

18. Нервная анорексия (F50.0 по МКБ-10):

Атипичная нервная анорексия (F50.1 по МКБ-10):

лечение проводится согласно пункту 16 настоящего клинического протокола.

Терапия направлена на коррекцию истощения и соматических осложнений, восстановление аффективных, когнитивных и поведенческих нарушений, нормализация социального статуса пациента.

Продолжительность лечения:

в среднем от 4 до 5 лет.

Восстановление массы тела не является основанием и критерием для прекращения лечения в стационарных условиях ранее истощенных пациентов. Увеличение массы тела

само по себе не приведет к нормализации паттерна питания. Специфическое обучение сбалансированному питанию, ролевым отношениям и работа над страхом пациента по поводу ожирения в психотерапевтическом контексте важны в достижении нормального паттерна питания, как и нормального массы тела. Восстановление массы тела при нервной анорексии имеет цель ликвидации соматических и психических симптомов, сопутствующих истощению, и помогает нормализовать и оздоровить поведение. Само по себе истощение определяет массу психологических симптомов. Интенсивная психотерапия лишь частично эффективна у истощенного пациента.

По мере увеличения массы тела пациента возможно возникновение изменений настроения, появление тревоги. Первоначально исчезает индифферентность, вялость, безразличие. Но впоследствии при изменении формы и массы тела может наблюдаться возвращение тревожных и депрессивных проявлений, раздражительности и, иногда, суицидальных мыслей. Такого рода аффективные симптомы, не связанные с едой, обсессивные переживания и компульсивное поведение обычно уменьшаются по мере стабилизации массы тела в пределах здоровых значений.

ЛС (антидепрессанты, анксиолитики, антипсихотики) на этапе набора массы тела не должны иметь первостепенного значения. Антидепрессанты могут быть использованы с целью предотвращения рецидивов и для купирования коморбидной депрессии, ослабления обсессивно-компульсивных проявлений.

Нервная булимия (F50.2 по МКБ-10), Атипичная нервная булимия (F50.3 по МКБ-10):

лечение проводится согласно пункту 16 настоящего клинического протокола.

Ожидаемый результат:

коррекция соматических осложнений, восстановление аффективных, когнитивных и поведенческих нарушений, нормализация социального статуса пациента.

Продолжительность лечения составляет, как правило, от 1 года до 3 лет. Комбинация психотерапии и фармакотерапии может способствовать становлению ремиссии.

Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами (F50.4 по МКБ-10):

лечение проводится согласно пункту 16 настоящего клинического протокола.

Терапия направлена на прекращение эпизодов переедания и уменьшение сопряженного с ними психологического дискомфорта (уровень самопринятия, образ собственного тела), улучшение качества жизни.

Продолжительность лечения от нескольких месяцев до нескольких лет.

Преимущество отдается психосоциальным вмешательствам. В качестве фармакотерапии могут быть рекомендованы антидепрессанты группы СИОЗС (эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин, сертралин).

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

ПЕРЕЧЕНЬ

структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к применению при расстройствах приема пищи

1. «Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия.
2. «Кратковременная память на числа».
3. «Пиктограммы» С.В.Логинова, С.Я.Рубинштейн.
4. «Воспроизведение рассказов» под ред. Е.Ю.Балашовой, М.С.Ковязиной.
5. Тест Д.Векслера.
6. «Запоминание серий слов» А.Р.Лурия.

7. «Запоминание фраз» А.П.Бизюк.
8. «Запоминание бессмысленных слов» Г.Эббингауз.
9. «Непроизвольное запоминание» А.П.Бизюк.
10. «Двойной тест для оценки оперативной памяти» Л.С.Мучник, В.М.Смирнов.
11. Тест зрительной ретенции Бентона.
12. Методика опосредованного запоминания по А.Н.Леонтьеву.
13. «Таблицы Шульте».
14. «Корректурная проба» Б.Бурдона.
15. «Счет по Э.Крепелину».
16. «Красно-черные таблицы» Шульте-Горбова.
17. «Цвет-слово» Дж.Р.Струп.
18. «Лабиринты Х.Хекхаузена».
19. «Оценка объема зрительного внимания» А.П.Бизюк.
20. «Методика исследования избирательности внимания» Д.Кюсси.
21. «Отсчитывание» Э.Крепелин.
22. «Классификация предметов» К.Гольштейн, Л.С.Выготский, Б.В.Зейгарник.
23. «Исключение четвертого лишнего» Т.Д.Марциновская.
24. «Сравнение понятий» Л.С.Выготского, Л.С.Сахарова.
25. «Соотношение пословиц, метафор и фраз» Б.В.Зейгарник.
26. «Дискриминация свойств понятий» В.В.Плотников, Е.Е.Татаренко.
27. «Классификация понятий».
28. «Ассоциативный эксперимент».
29. «Называние 60 слов».
30. «Сходство и различия понятий».
31. «Существенные признаки».
32. «Простые и сложные аналогии».
33. «Установление последовательности событий».
34. «Несравнимые понятия» Л.С.Павловская.
35. «Сравнение пословиц» Б.В.Зейгарник.
36. «Заполнение пропущенных в тексте слов» Г.Эббингауз.
37. «Исследование вербального мышления» И.Шванцар.
38. Опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.
39. Шкала для самооценки тревоги Цунга.
40. «Личностная шкала проявлений тревоги» J.Taylor, адаптирована Т.А.Немчиным.
41. Опросник исследования тревожности А.Д.Андреева.
42. «Многомерная оценка детской тревожности» Е.Е.Малкова.
43. «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» В.Жмурова.
44. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга, адаптация Т.И.Балашовой.
45. Опросник депрессивных состояний (мужской и женский варианты) И.Г.Беспалько, Л.И.Вассерман.
46. Методика подростковой депрессивности CDI, адаптация и стандартизация А.П.Белова, С.Б.Малых, Е.З.Сабилова, М.М.Лобаскова.
47. Шкала депрессии Т.Бека (взрослый и подростковый вариант).
48. Шкала суицидальных намерений SSI Т.Бек, М.Коувэкс, ее модификация MSSI.
49. Шкала суицидальных интенций (SIS).
50. Шкала безнадежности Т.Бека.
51. Опросник суицидального риска А.Г.Шмелева.
52. Методика определения степени риска совершения суицида, И.А.Погодин.
53. «СР-45» П.И.Юнацкевича;
54. «Суицидальная мотивация» Ю.Р.Вагин.
55. «Противосуицидальная мотивация» Ю.Р.Вагин.
56. Метод портретных выборов Сонди, адаптация С.Н.Собчик.
57. «Цветовой тест» Люшера, адаптация С.Н.Собчик.

58. Методика фрустрации Розенцвейга.
59. «Незаконченные предложения», апробирована Г.Г.Румянцевым.
60. «Рисованный апперцептивный тест».
61. «Ассоциативный рисуночный тест», Ю.Н.Кудряхов и В.П.Голубев.
62. «Метод аутоидентификации и идентификации по словесным характерологическим портретам» Э.Г.Эйдемиллер на основе патохарактерологического диагностического опросника А.Е.Личко.
63. «Дом-Дерево-Человек» Дж.Бук.
64. «Нарисуй человека» К.Маховер.
65. «Несуществующее животное» М.З.Друкаревич.
66. «Я – структурный тест» Аммона.
67. Опросник мотивации А.Мехрабиана.
68. Опросник мотивации достижения Ю.М.Орлова.
69. Шкала оценки мотивации достижения.
70. Опросник А.А.Реана (Мотивация успеха и боязнь неудачи).
71. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ – модификация ММРІ Ф.Б.Березиным, М.П.Мирошниковой, Е.Д.Соколовой).
72. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), Л.Н.Собчик.
73. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО), А.Е.Личко.
74. Методика акцентуации характера и темперамента личности, тест – опросник Г.Шмишека, К.Леонгарда.
75. Шкала оценки пищевых предпочтений (ШОПП).