

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 сна неорганической этиологии (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 сна неорганической этиологии (взрослое и детское население), соответствующими шифру F51 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-XII «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с расстройствами сна неорганической этиологии (взрослое и детское население) 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 СНА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ**

8. Расстройства сна неорганической этиологии включают диссомнии (нарушение качества и количества сна) и парасомнии (аномальные эпизодические состояния во время сна).

К рубрике F51 по МКБ-10 относятся расстройства сна неорганической природы, при которых эмоциональные и социально-психологические факторы рассматриваются как первичные причины и отсутствует этиологический органический фактор:

соматическое или неврологическое заболевание, классифицированное в других рубриках МКБ-10;

расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ, приемом определенных ЛС.

9. Бессонница неорганической этиологии (F51.0 по МКБ-10):

характеризуется неудовлетворительной продолжительностью или качеством сна на протяжении значительного периода времени – не менее 3 раз в неделю на протяжении не менее 1 месяца. Пациенты жалуются на трудности засыпания, сохранения или плохое качество сна, озабоченность в связи с бессонницей и ее последствиями, как ночью, так и в течение дня (предвосхищающая тревога). Возможно нарушение социального и профессионального функционирования.

10. Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии (F51.1 по МКБ-10):

характеризуется повышенной сонливостью в дневное время с приступами сна (которые не объясняются недостаточной продолжительностью сна ночью) или пролонгированного перехода к состоянию бодрствования после пробуждения. Возможно нарушение социального и профессионального функционирования.

11. Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии (F51.2 по МКБ-10):

характеризуется отсутствием синхронности между режимом сна-бодрствования у пациента и тем режимом сна-бодрствования, который предполагают средовые условия, что приводит к жалобам на бессонницу или гиперсомнию. Синдром задержки фазы сна характеризуется задержкой привычного времени наступления сна по отношению

к желаемому и принятому в социальной среде не менее чем на 2 часа, что определяется по жалобам пациента на невозможность заснуть и трудности при пробуждении в желаемое или назначенное время суток. При синдроме опережающей фазы сна привычное время сна наступает раньше, чем желаемое или принятое в социальной среде не менее чем на 2 часа.

12. Снохождение (сомнамбулизм) (F51.3 по МКБ-10):

проявляется комплексным поведением вне постели при пробуждении от медленного сна. Наблюдаются преимущественно у несовершеннолетних пациентов, связано с незрелостью центральной нервной системы, часто ассоциировано с ситуативной тревогой и в большинстве случаев проходит самостоятельно, без лечения. Длительность эпизода колеблется от 1 до 10 минут. При этом пациент недоступен контакту, а при попытке его разбудить может отмечаться спутанность сознания и неупорядоченное поведение. На электроэнцефалограмме (далее – ЭЭГ), зарегистрированной во время приступа, картина глубокого медленноволнового сна («дельта-сон») – медленные высокоамплитудные дельта-волны. Как правило, ночной эпизод пациентом амнезируется.

13. Ужасы во время сна (ночные ужасы) (F51.4 по МКБ-10):

характеризуются ночными эпизодами крайне выраженного страха, паники, сочетающиеся с интенсивными вокализациями, подвижностью, вегетативной гиперактивностью.

14. Кошмары (F51.5 по МКБ-10):

данное психическое расстройство представляет собой насыщенные тревогой сны, которые пациент детально помнит. Тематика сновидений, как правило, связана с угрозой жизни, личной безопасности и самоуважения. Страх приводит к ночным пробуждениям, после которых пациент может детализировано описать сновидение. При этом отсутствует нарушение ориентировки и сохраняется нормальный уровень бодрствования. Эпизоды чаще регистрируются во второй половине ночи, что связано с удлинением фазы быстрого сна к последней трети ночи. Ночные кошмары могут провоцироваться приемом и отменой многих ЛС (бензодиазепиновые транквилизаторы, барбитураты, антидепрессанты и другие) и психоактивных веществ (далее – ПАВ) (алкоголь, опиаты и другие). Ночные кошмары могут являться симптомом посттравматического стрессового расстройства.

15. Особенности расстройств сна у несовершеннолетних пациентов:

нарушения засыпания у несовершеннолетних пациентов связаны с состояниями страха, нарушением ритуала засыпания;

характерны парасомнии, к которым относятся спутанность при пробуждении, снохождение, ночные страхи, ночные кошмары.

### **ГЛАВА 3**

## **ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ СНА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ**

16. Перечень обязательного общеклинического обследования в стационарных условиях:

консультация врача-невролога;

консультация врача-детского невролога;

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

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);

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее – при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматического заболевания – 1 раз в месяц;

консультация врача-акушера-гинеколога – однократно при поступлении (для пациентов женского пола);

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

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

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, глюкозы – однократно при поступлении (для пациентов старше 18 лет), далее – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию однократно при поступлении (пациентам старше 18 лет);

флюорография ОГК – 1 раз в год (пациентам старше 18 лет).

18. Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях:

консультация врача-невролога, 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).

19. Перечень дополнительных обследований (по медицинским показаниям):

консультация врачей иных специальностей;

консультация психолога с целью психологической диагностики;

измерение индекса массы тела;

ЭЭГ;

полисомнография;

актиграфия;

ведение дневника сна;

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;

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

анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;

исследование спинномозговой жидкости/крови на герпесвирусы, антинейрональные антитела – при подозрении на инфекционную этиологию заболевания либо аутоиммунный энцефалит;

тест на беременность;

медико-генетическое консультирование для исключения наследственных заболеваний.

20. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 16–19 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

#### **ГЛАВА 4**

### **МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ СНА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ**

21. Условия лечения пациента в амбулаторных или стационарных условиях, страдающего психическим расстройством в сочетании с расстройством сна, как правило, определяются совокупной тяжестью этих состояний.

Оказание медицинской помощи осуществляется:

в амбулаторных условиях при расстройствах сна неорганической природы с незначительно выраженной симптоматикой или в состоянии фармакологической либо спонтанной ремиссии;

в условиях отделения дневного пребывания при расстройствах сна неорганической природы после лечения в стационарных условиях;

в стационарных условиях при тяжелых нарушениях сна и наличии коморбидной соматической и/или психической патологии.

Продолжительность лечения:

в стационарных условиях определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики), в условиях отделения дневного пребывания – на период проведения диагностических мероприятий, курса лечения;

в амбулаторных условиях – на период времени, пока сохраняется необходимость в поддерживающем лечении либо медицинском наблюдении.

22. Общие принципы лечения:

в лечении расстройств сна большое значение имеет раннее выявление основного заболевания и его этиотропное лечение. При невозможности установить сопутствующую расстройству сна патологию лечение ограничивается симптоматическими мероприятиями;

исключение лекарственной или связанной с употреблением ПАВ природы расстройства сна;

исключение внешних причин (нарушение режима сон-бодрствование, посменная работа и другие) расстройства сна;

обязательное соблюдение гигиены сна (регулярный распорядок дня, постоянное время отхода ко сну, умеренная физическая активность на протяжении дня, исключение употребления стимулирующих веществ (кофе, чай) в вечернее время и другое) при лечении любых нарушений сна;

исключение психических расстройств или соматических заболеваний, лежащих в основе нарушений сна или коморбидных расстройств сна (например, обструктивное апноэ сна, нарколепсия). Необходимо этиотропное лечение основного расстройства (заболевания, синдрома) в случае вторичного нарушения сна;

снотворные ЛС должны подключаться при наличии медицинских показаний на непродолжительный промежуток времени.

Лечение включает:

купирование расстройств сна неорганической природы и других сопутствующих психических расстройств;

мероприятия, направленные на улучшение и сохранение качества и количества сна;

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

23. Бессонница неорганической этиологии (F51.0 по МКБ-10):

лечение:

тщательное соблюдение правил гигиены сна;

рекомендации о подходах к нормализации сна и ведению дневников сна;  
в случае вторичной бессонницы этиотропное лечение основного расстройства или синдрома (болевого синдром, тревожное расстройство, депрессия, апноэ, синдром беспокойных ног, энурез, астма, ишемическая болезнь сердца);  
приоритетность психотерапевтических методов в лечении первичной неосложненной бессонницы.

Наиболее эффективным является сочетание следующих методов:

релаксационная терапия;  
терапия ограничением времени пребывания в постели;  
терапия контролем над стимулами;  
парадоксальная интенция;  
когнитивная терапия.

Снотворные ЛС должны назначаться при неэффективности психотерапевтических методик, и в любом случае лечение ЛС должно сопровождаться психотерапевтическими методами.

Принципы назначения снотворных ЛС:

назначать короткими периодами от нескольких дней до 3–4 недель;  
делать перерывы на такое же время;  
общая длительность лечения снотворными ЛС не должна превышать 6 месяцев;  
постепенно увеличивать и снижать дозы, соблюдая принцип минимальной терапевтической дозы;  
приоритет отдавать снотворным ЛС, минимально влияющим на структуру сна и обладающим меньшей вероятностью риска развития зависимости;  
в качестве снотворных ЛС не следует использовать производные барбитуровой кислоты из-за высокого риска развития зависимости, выраженного синдрома отмены, снижения когнитивных функций при длительном применении.

Рекомендованы:

небензодиазепиновые снотворные ЛС – зопиклон (производное циклопирролона):  
3,75–7,5 мг на ночь за 30 минут до сна;

ЛС группы бензодиазепинов, обладающие снотворным действием с коротким и со средним периодом полувыведения. Использовать анксиолитики с периодом полувыведения более 24 часов следует с осторожностью и лишь при необходимости проведения длительного курса фармакотерапии ввиду возможности их кумуляции.

К бензодиазепиновым ЛС относят:

диазепам, таблетки, средняя доза 5–10 мг;  
клоназепам, таблетки, средняя доза 0,5–1 мг.

В случае преходящей бессонницы показано применение агониста мелатониновых рецепторов (мелатонин 3–6 мг на ночь), особенно в случае бессонницы, ассоциированной с циркадной дизритмией.

В случае непереносимости, неэффективности небензодиазепиновых или бензодиазепиновых снотворных ЛС, либо необходимости длительной терапии в качестве снотворных ЛС могут использоваться ЛС иных фармакологических групп, обладающих гипноседативными свойствами:

антидепрессанты с седативным эффектом (амитриптилин 25–50 мг на ночь, миртазапин 15 мг на ночь);

ЛС антипсихотические с седативным действием (кветиапин 25–50 мг, оланзапин 5–10 мг, рисперидон 1–2 мг, хлорпротиксен 15 мг на ночь и другие).

24. Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии (F51.1 по МКБ-10):

лечение:

поиск и лечение расстройства, соматического заболевания, приводящего к гиперсомнии (атипичная депрессия, энцефалит, трипаносомоз, шизофрения, органическое заболевание центральной нервной системы, последствия черепно-мозговой травмы, новообразование, нарколепсия, расстройство схемы сон-бодрствование и другие);



в случае гиперсомнии, ассоциированной с синдромом обструктивного апноэ сна, возможно применение аппаратных технологий создания постоянного положительного давления в дыхательных путях;

если полное излечение основного заболевания невозможно (например, в случае нарколепсии), то лечение гиперсомнии направлено на максимальное улучшение качества жизни пациента;

важное значение в лечении гиперсомнии имеет гигиена сна. Пациенту необходимо исключить работу в вечерние и ночные смены, придерживаться одного и того же времени отхождения ко сну, обязательно включить в свой распорядок дневной сон (1–2 эпизода). Желательно, чтобы продолжительность ночного сна не превышала 9 часов. При идиопатической гиперсомнии рекомендованная длительность дневного сна составляет 45 минут;

для устранения дневной сонливости при гиперсомнии возможно применение ЛС со стимулирующим эффектом (аналептики);

при нарколепсии с катаплексией возможно применение некоторых антидепрессантов (кломипрамин 10–75 мг в сутки, венлафаксин 75–350 мг);

психосоциальная реабилитация.

25. Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии (F51.2 по МКБ-10):

лечение:

рекомендации по гигиене сна, в случае сменной работы рекомендации организовать максимально возможную продолжительность сна в условиях сменной работы;

в случае расстройства режима сна и бодрствования при сменной работе возможно использование мелатонина при необходимости спать в дневное время, фототерапии и психостимуляторов для уменьшения сонливости при необходимости работать в ночное время.

Лечение синдрома задержки фазы сна включает прием мелатонина за час до желаемого сна и использование фототерапии при пробуждении. В лечении синдрома опережающей фазы сна используется хронотерапевтический подход.

При недостаточной адаптации к смене часовых поясов возможно назначение зопиклона. Другим ЛС, облегчающим фазовый сдвиг, является мелатонин. При перелете на восток мелатонин в дозе 3–5 мг назначают непосредственно перед сном. При перелете на запад более эффективно использовать низкую дозу 0,5 мг, но в более позднее, ночное время. Для лучшей адаптации можно рекомендовать короткий дневной сон. Длительный дневной сон может ухудшить ночной сон и последующую адаптацию к новым условиям.

26. Снохождение (сомнамбулизм) (F51.3 по МКБ-10):

лечение:

минимизация триггеров, тревожащих ситуаций, смены обстановки, которые могут спровоцировать парасомнии;

психотерапия: когнитивные и поведенческие методики, техники релаксации; соблюдение правил гигиены сна;

проведение организационных мероприятий по снижению риска аутоотравматизации во время ночных эпизодов: устранение потенциально опасных предметов, возможности открыть или разбить окна и другое;

во многих случаях специального лечения не требуется, так как снохождения самопроизвольно прекращаются;

фармакотерапия, как правило, не требуется, а если используется, то носит симптоматический характер и может включать последовательное применение ЛС разных групп:

снотворные ЛС на ночь в стандартных дозировках;

анксиолиники группы бензодиазепинов с выраженным седативно-снотворным эффектом (диазепам, клоназепам);

антидепрессанты с седативным действием (например, пароксетин);

психосоциальная реабилитация (по медицинским показаниям).

27. Ужасы во время сна (ночные ужасы) (F51.4 по МКБ-10):

при проведении дифференциальной диагностики следует исключить эпилепсию; лечение проводится согласно пункту 22 настоящего клинического протокола.

28. Кошмары (F51.5 по МКБ-10):

лечение:

минимизация триггеров, исключение внешних причин (нарушение гигиены, посменная работа, употребление ПАВ);

основным способом лечения является психотерапия: релаксационные методы, поведенческие и когнитивные методы, личностно-ориентированные методы;

фармакотерапия может включать последовательное применение ЛС разных групп:

снотворные ЛС на ночь в стандартных дозировках;

транквилизаторы группы бензодиазепинов с выраженным седативно-снотворным эффектом: диазепам, клоназепам; антидепрессанты с седативным действием;

психосоциальная реабилитация.

29. Особенности расстройств сна у несовершеннолетних пациентов:

не требуют лечения такие расстройства сна у несовершеннолетних пациентов, как нарушения пробуждения, единичные и редкие снохождения, редкие ночные страхи и кошмары. Лечение требуется лишь в тех случаях, когда эти расстройства частые и стойкие.

Принципы лечения:

устранение факторов, вызывающих расстройства сна: изменение условий засыпания; сокращение количества принимаемой пищи или уменьшение продолжительности ночного кормления;

ограничение активности несовершеннолетнего пациента при отходе ко сну.

Психотерапия: поведенческая, игровая, семейная психотерапия.

Фармакотерапия:

анксиолитики группы бензодиазепинов показаны в случаях повышенной возбудимости несовершеннолетних пациентов при бессоннице, тревоге, страхе, психомоторном возбуждении (диазепам); максимальная продолжительность курса лечения – 3 недели;

ноотропные ЛС с седативным эффектом (фенибут);

снотворные ЛС (зопиклон) имеют ограниченное применение у несовершеннолетних пациентов, так как противопоказаны до 15-летнего возраста;

антипсихотики в малых дозах могут применяться в случаях, устойчивых к другим видам лечения.