

Приказ Минздрава РФ от 6 августа 1999 г. N 311
"Об утверждении клинического руководства "Модели диагностики
и лечения психических и поведенческих расстройств"

С целью повышения эффективности диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами с учетом современных подходов к тактике ведения больных и унификации оптимальных режимов лечебно-диагностического процесса, приказываю:

1. Утвердить клиническое руководство "Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств" (приложение).

2. Руководителям органов управления здравоохранением Российской Федерации организовать работу подведомственных учреждений и подразделений в соответствии с клиническим руководством "Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств".

3. Руководителям территориальных лицензионно-аккредитационных органов при проведении сертификации и лицензирования медицинской деятельности руководствоваться указанными моделями диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств.

4. Департаменту организации медицинской помощи населению (Карпеев А.А.) оказывать методическую помощь органам и учреждениям здравоохранения по внедрению в их работу клинического руководства.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Вялкова А.И.

Министр

Ю.Л.Шевченко

Приложение

Модели диагностики и лечения психических
и поведенческих расстройств
(клиническое руководство)
(утв. приказом Минздрава РФ от 6 августа 1999 г. N 311)

Оглавление

Введение

F0 (F00–F09) Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F2 (F20–F29) Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F3 (F30–F39) Расстройства настроения (аффективные расстройства)

F3 (F30–F39) Расстройства настроения (аффективные расстройства) у детей

F4 (F40–F48) Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F5 (F50–F59) Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F6 (F60–F69) Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

F7 (F70–F73) Умственная отсталость

F8 (F80–F83) Расстройства психологического (психического) развития

F9 (F90–98) Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

Приложение. G40–47 Эпилепсия

Таблица 1. Спектр клинического действия нейролептиков

Таблица 2. Нейролептики (уровни применяемых доз)

Таблица 3. Нейролептики пролонгированного действия

Таблица 4. Корректоры экстрапирамидных побочных эффектов нейролептической терапии (антипаркинсонические средства)

Таблица 5. Транквилизаторы и снотворные (уровни доз)

Таблица 6. Антидепрессивные средства

Таблица 7. Антидепрессивные средства (спектр клинического действия)

Таблица 8. Возрастные дозы основных психотропных и ноотропных препаратов, применяемых у детей и подростков с нервнопсихическими заболеваниями (мг/сут)

Таблица 9. Нормотимики (тимоизолептики)

Введение

Понятие медицинского стандарта, в частности в области психиатрической помощи, связано с обеспечением качества; качество определяют как степень соответствия стандарту. Контроль за качеством в медицине, в том числе в психиатрии, приобретает все большее значение. Внедрение стандартов, преследующих цели повышения уровня диагностики и лечения, соответствует не только интересам потребителей помощи - пациентов и их семей, но и врачей-практиков, поскольку позволяет им критически оценивать свои действия и стремиться соответствовать требованиям современной науки.

Стандарты качества распространяют на все аспекты оказания психиатрической помощи - ее материальные ресурсы (структурное качество), адекватность диагностических процедур и терапевтического вмешательства (качество процесса) и соответствие цели лечения (качество результата). Кроме того, стандарты должны способствовать повышению показателей деятельности психиатрической службы и соответствовать ее экономической эффективности.

Данное стандартизованное руководство выполняют пока более узкую задачу, которая в то же время является центральной, - оно представляет модели диагностических процедур и лечения психических расстройств.

В литературе, касающейся стандартов, указывается, что стандартизация диагностики и лечения в психиатрии является более сложной по сравнению с другими медицинскими дисциплинами, вследствие чего она сопровождается неизбежными упрощениями.

Важно также иметь в виду, что указанные модели в большей степени имеют статус рекомендации, а не обязательного предписания. Они жестко не ограничивают свободу врача в терапевтическом процессе, являясь всегда необходимой предпосылкой для дальнейшей индивидуализации с учетом возможности рациональных отклонений в каждом конкретном случае. Они, во-первых, не должны превращать врачебное искусство в "технику" и, во-вторых, не должны закрывать доступ инновациям в лечении.

Обеспечение качества преследует цель достижения возможно более высокого результата лечения, однако следует отметить, что недостаточный результат еще не означает, что качественная помощь не была обеспечена, поскольку на эффективность терапии в каждом конкретном случае могут оказать влияние многие другие дополнительные факторы. Вообще достижение во всех случаях стопроцентного результата при соблюдении всех требований стандартизованного руководства является нереальным.

Все эти условия и оговорки важны при использовании моделей в практической деятельности; несомненно, однако, что их внедрение должно привести к повышению уровня диагностики и лечения психических заболеваний.

Настоящее руководство основано на Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), которая введена в психиатрическую практику в нашей стране с 1 января 1999 года. К психическим расстройствам соответственно каждого кода относятся следующие пункты:

1. Условия лечения: стационарное, полустационарное, амбулаторное, включая показания, продолжительность.
2. Объем диагностических мероприятий: необходимые лабораторные анализы, инструментальные обследования.
3. Лечение: фармакотерапия, психотерапия и социотерапия, реабилитационные мероприятия.
4. Ожидаемые результаты лечения.
5. Мероприятия в случае, если результат не достигнут.

В связи с основным кодовым названием расстройства приводятся данные в наиболее полном объеме: они относятся ко всем указанным в этом разделе более дифференцированно представленным расстройствам. В отношении последних, во избежание дублирования, информация нередко дана редуцированно; она касается лишь тех

пунктов, которые особенно важны при данном расстройстве; в остальном следует обращаться к данным в общем разделе.

Что касается фармакотерапии, то в большей части случаев указывается предпочтительность той или иной группы препаратов либо, когда это целесообразно, конкретно один или несколько определенных препаратов. При этом обозначается, что в данном случае адекватным является применение препаратов в малых, средних или высоких дозах. Однако, в некоторых разделах, например, касающихся лечения психических расстройств у детей, оказалось целесообразным привести более подробный алгоритм терапии с указанием конкретных препаратов, их доз, последовательности применения, доз корректоров и пр. - с учетом особенностей возрастного реагирования. Более детализированные указания относятся и к геронтопсихиатрической практике.

Адресация к группам препаратов с близкими свойствами или близкими по химическому строению обусловила необходимость представить перечень препаратов, относящихся к нейрорептикам, антидепрессантам, транквилизаторам, ноотропам, корректорам в соответствующих списках с указанием малых, средних и высоких доз, а также в соответствии с особенностями их клинического действия, что в случае необходимости позволит конкретизировать данные о каждом рекомендуемом препарате. В списках препаратов и показаниях для их применения приведены все средства, с помощью которых обеспечивается в настоящее время качество лечения.

В то же время необходим учет экономического фактора в выборе пути к достижению терапевтического эффекта; при этом следует, однако, учитывать не только стоимость препарата, но также возможное сокращение длительности пребывания пациента в медицинском учреждении (стационар, полустационар), длительность временной нетрудоспособности и другие непрямые затраты.

С одной стороны, исключение из рекомендуемых средств в данном руководстве новых и наиболее эффективных препаратов стало бы препятствием в совершенствовании лечения, достижении более высокого терапевтического эффекта.

С другой стороны, в связи с нерегулярностью обеспечения населения теми или иными лекарственными препаратами для проведения адекватной терапии, необходима большая свобода в выборе средств, исходя из того, что в случае необходимости потребуются наиболее рациональная замена препарата из имеющегося в наличии арсенала.

Таким образом, с учетом реальной ситуации в обеспечении психотропными средствами, при выборе препарата для назначения врач должен исходить из того арсенала психотропных средств, который имеется в наличии, учитывая в то же время рекомендации, приведенные в данном руководстве.

Из списка психотропных средств исключены такие ранее широко применявшиеся препараты как ОРАП, СЕМАП, ИМАП, которые в настоящее время не поставляются в Россию. Это относится также к препарату Френолон.

В то же время такие отечественные антидепрессанты как Азафен (пипофезин) и Пиразидол (пирлиндол) не исключены из списков психотропных средств, хотя они в настоящее время не производятся, в связи с тем, что желательно их возвращение в клиническую практику и что в ближайшем будущем не исключается.

Это относится и к обеспечивающим качество диагностики формам инструментально-диагностического обследования. В данном руководстве объем диагностических процедур представлен на уровне современных требований, хотя известно, что инструментально-лабораторное оснащение ряда психиатрических учреждений такой объем обследования полностью обеспечить не в состоянии. В подобных случаях объем и содержание диагностических исследований ограничиваются возможностями имеющегося лабораторного оборудования. В данном отношении модели обследования являются стимулом для развития материально-технического обеспечения учреждений.

В амбулаторных и полустационарных условиях объем лабораторно-диагностических исследований ограничивается в основном имеющимися медицинскими показаниями.

Необходимо указать, что приведенные в руководстве сроки лечения основаны только на заключении экспертов (фактических данных по длительности лечения различных видов расстройств, соответствующих кодам МКБ-10, еще нет), поэтому они не должны использоваться для расчетов планируемых сроков пребывания больных в стационарах, полустационарах и других показателей психиатрической помощи.

Внедрение моделей диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств представляет собой начало поэтапного процесса стандартизации, постепенно совершенствующегося и охватывающего все стороны психиатрической помощи, включая систему мониторинга и управления качеством. Использование моделей возможно лишь при строгом соблюдении законодательства, действующего в области здравоохранения и психиатрической помощи.

F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00* (G30.--)	Деменция при болезни Альцгеймера
F00.2x* (G30.8+)	Деменция при болезни Альцгеймера, атипичная или смешанного типа
F01	Сосудистая деменция
F02*	Деменция при других болезнях, классифицированных в других разделах
F03	Деменция неуточненная
F04	Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами
F05	Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами
F06	Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью
F07	Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга
F09	Органическое или симптоматическое психическое расстройство неуточненное

Группировка указанных расстройств основана на этиопатогенетическом принципе и включает психозы и непсихотические психические расстройства, обусловленные поражениями головного мозга. Среди причин - церебральные повреждения (первичные), связанные с инфекционными болезнями мозга (энцефалиты, менингиты и др.), черепно-мозговыми травмами, опухолями мозга, острые и хронические цереброваскулярные расстройства.

Этиологический фактор, обусловивший тот или иной вид психического расстройства, учитывается при определении формы помощи и методов патогенетической терапии указанному контингенту больных. Вместе с тем, в условиях психиатрических учреждений врач чаще всего имеет дело с неспецифическими проявлениями общемозговых проявлений. Психопатологически эти нарушения составляют континуум, на одном полюсе которого находятся астенические (церебрастенические) расстройства, на другом - состояния слабоумия. Основное (промежуточное) положение занимают аффективные (дистонические, депрессивные, тревожные, реже гипертимные) расстройства и разнообразные по тяжести и структурной сложности варианты психоорганического синдрома. Хотя последний не выделен в качестве самостоятельной клинической категории в МКБ-10, он может подразумеваться как эвристическое структурно-динамическое образование. Некоторые компоненты психоорганического синдрома доступны редукции или компенсации (например, аффективные колебания), другие - могут углубляться с разным темпом (когнитивные, личностные нарушения), либо на время стабилизироваться. Как вариант психоорганического синдрома может рассматриваться амнестический синдром, также представляющий собой континуум расстройств от доступных критике и различным приемам компенсации мнестических нарушений до грубой дезориентировки и фантастических конфабуляций.

Условия лечения

Показаниями для стационарной помощи являются острые психозы, подострые психические состояния, тяжелые формы нервно-психических нарушений (посткоматозные синдромы, состояния с расстроеным сознанием, психомоторным возбуждением, отсутствием или снижением контроля за тазовыми функциями и др.), тяжелые депрессии с суицидальными тенденциями, психические расстройства непсихотического уровня, сочетающиеся с судорожными и другими пароксизмальными расстройствами (не

купирующимися в условиях амбулаторной помощи или полустационарных служб), а также состояния в резидуальной стадии органического заболевания мозга с психоорганическими расстройствами (нарушения в сфере влечений, насильственные действия, судорожные припадки на фоне слабоумия), органическая деменция.

Показаниями для полустационарных форм помощи больным с психическими нарушениями органической природы являются синдромы (см. показания для амбулаторной помощи), обнаруживающие затяжной характер течения, а также состояния декомпенсации психических нарушений субпсихотического регистра и резидуальные дефицитные расстройства, связанные с неэффективностью амбулаторного лечения, депрессивные и гипоманиакальные состояния с умеренно выраженными психомоторными нарушениями.

Показаниями для амбулаторного лечения являются непсихотические формы психических расстройств органической природы, неврозоподобные синдромы на резидуально-органическом фоне, церебральные расстройства, психопатоподобные нарушения, депрессивные состояния без выраженных психомоторных нарушений и суицидальных тенденций.

В амбулаторном наблюдении и лечении нуждаются пациенты, перенесшие острые психотические состояния в связи с церебральной патологией разного генеза, с остаточными психоорганическими, церебральными и другими симптомами.

Перечень необходимых обследований*(1)

В стационаре

- исследование крови:
 - общий клинический анализ крови;
 - протромбин;
 - билирубин;
 - мочевина;
 - сахар крови;
 - РВ;
 - ВИЧ;
- Общий клинический анализ мочи;
- ЭХОЭГ;
- ЭЭГ;
- рентгенография черепа;
- консультация офтальмолога;
- консультация невролога.

Дополнительные исследования (при показаниях для уточнения диагноза и имеющейся возможности).

- компьютерная томография мозга;
- магнитно-резонансная томография;
- РЭГ;
- ультразвуковая доплерография сосудов мозга;
- исследование крови на токсоплазмоз;
- вирусологическое, гормональное исследования;
- консультации: эндокринолога; гинеколога; нейрохирурга; психолога; нейропсихолога.

В полустационаре - те же исследования и выборочно - дополнительные (однократные исследования).

В условиях амбулаторной помощи - те же исследования и выборочно дополнительные (однократные исследования).

Принципы терапии

Этиотропное лечение применимо при верифицированном диагнозе органического заболевания мозга (или дисфункции), в том числе связанного с нейроинфекцией (бактериальной, вирусной), новообразованиями мозга, врожденными аномалиями, сосудистыми и другими процессами.

Применяются соответственно:

- антибиотики;
- гормональные препараты;
- противовирусные препараты;
- иммунотерапия;

- др.

Патогенетическая терапия:

- детоксикация;
- дегидратация;
- средства, нормализующие мозговую гемодинамику;
- средства нормализующие мозговой метаболизм.

Симптоматическая терапия:

- противосудорожные препараты;
- рассасывающие;
- сосудистые и другие средства.

Психотропные средства

В зависимости от остроты состояния и структуры психопатологического синдрома применяются препараты в индивидуально подобранных дозах.

С учетом повышенного риска побочного действия психотропных средств требуется осторожность в выборе препарата, их доз и длительности применения. Целесообразна "терапия прикрытия" в виде нейрометаболических, церебропротективных средств.

Различия, связанные с условиями лечения в стационаре, полустационаре и амбулаторно, относительно и касаются следующего:

- 1) преимущественного использования интенсивных методов лечения в стационаре, а также более высоких доз;
- 2) преимущественного использования перорального приема психотропных средств (или ретардированных форм) в амбулаторных условиях с более низкими дозами;
- 3) сочетанных вариантов (п.1 п.2) для оказания помощи больным в условиях полустационара.

Антиконвульсанты.

Условия и принципы применения антиконвульсантов:

1. Установленный диагноз эпилепсии (клиническая и ЭЭГ - верификация).
2. Отсутствие тяжелых соматических и неврологических заболеваний.
3. Непрерывность применения (не менее 2-х лет).
4. Регулярный клинический, ЭЭГ-контроль, клинические анализы крови, мочи (при необходимости лекарственный мониторинг).
5. Учет при би- или политерапии взаимодействия антиконвульсантов.
6. Предпочтение монотерапии.

Последовательность действий врача при монотерапии антиконвульсантами:

I этап

Монотерапия I (первым) препаратом с постепенным повышением доз до оптимальных (терапевтический ответ). Конечный результат - достижение купирования припадков или их редукции.

- При купировании припадков и стойкости достигнутой ремиссии (не менее 1 года) рассмотреть возможность перехода на меньшие дозы препарата, с последующим клиническим и ЭЭГ-контролем не реже 1 раза в 6 мес. (не менее 1 года).

- При отсутствии или слабом противосудорожном эффекте произвести постепенное снижение (в течение не менее 1 месяца) и отмену препарата и начать терапию другим антиконвульсантом, монотерапию которым проводить по тем же принципам.

II этап

Битерапия (двумя препаратами) проводится при отсутствии эффективности монотерапии по ранее предложенной схеме.

Присоединение второго антиконвульсанта может производиться при достижении максимальных значений суточной дозы ранее назначенным препаратом, при инициальных минимальных дозах второго препарата. Во избежание потенцирования, нельзя назначать антиконвульсанты одной химической группы. Однако и при разных группах антиконвульсантов, следует учитывать их фармакокинетическое взаимодействие, производя корректировку доз.

Отсутствие или низкая эффективность лечения двумя препаратами при достижении их максимальных доз, требует пересмотра схемы, с постепенной заменой одного из них.

III этап

Политерапия более чем двумя антиконвульсантами рекомендуется после проведения лечения по схеме монотерапии и/или битерапии при фармакорезистентной эпилепсии.

Дозы антиконвульсантов в условиях политерапии значительно ниже, чем при монотерапии. Необходим учет фармакокинетического взаимодействия препаратов.

IV этап

Рассмотреть, при неэффективности предшествующих средств, возможность нейрохирургического лечения больного.

Клинические показания к дифференцированной противоэпилептической терапии:

Типы эпилептических припадков

Парциальные припадки

а) простые парциальные

- с двигательным компонентом;
- соматосенсорные и сенсорные;
- с вегетативными симптомами;
- с психическими симптомами;

б) сложные парциальные

- начало с простого парциального;
- начало с автоматизма;

в) парциальные с вторичной генерализацией

- простые парциальные;
- сложные парциальные;
- простые парциальные переходят в сложные, а затем в генерализованные.

Противосудорожные препараты 1-го ряда:

Карбамазепин и его аналоги: финлепсин, финлепсин ретард - 200 (400), тегретол, тегретол ретард - 200 (-400), зептол. Взрослые: при монотерапии 600 мг/сут, (максимально - 1800 мг/сут); при политерапии (в комбинации с другими антиконвульсантами) до 1200 мг/сут. Дети: до 2 лет - до 200 мг/сут; 3 - 6 лет - 200 - 400 мг/сут; 7 - 16 лет - 400 - 600 (максимально - 1200 мг/сут).

Препараты 2-го ряда:

Производные вальпроевой кислоты (депакин - 300, депакин хроно - 300, депакин хроно - 500, конвульсофин - 300 и др.). Взрослые: при монотерапии 1200 - 1800 мг/сут (до 2100 мг/сут). Дети: до 2 лет - 150 - 300 мг/сут; 3 - 6 лет - 300 - 450 мг/сут (до 1200 мг); 7 - 16 лет - 600 - 1200 мг/сут (до 1800 мг/сут).

Ламотриджин (ламиктал). Взрослые: 200 - 400 мг/сут (до 600 мг/сут). Дети: (в сочет. с вальпроатами) 2 - 12 лет - 200 мг/сут; старше 12 - 200 - 400 мг/сут; в сочетании с некоторыми антиконвульсантами (карбамазепином, фенобарбиталом, дифенином) не более 400 мг/сут, в комбинации с вальпроатами до 300 мг/сут.

Дифенин. Взрослые: 300 - 350 мг/сут. Дети: до 2 лет - 50 - 70 мг/сут; 3 - 6 лет - 50 - 100 мг/сут; 7 - 16 лет - 100 - 300 мг/сут.

Препараты барбитуровой кислоты (фенобарбитал, гексамидин и др.). Взрослые: 150 - 200 мг/сут (до 300 мг/сут). Дети: до 2 лет - 30 - 60 мг/сут; 3 - 6 лет - 50 - 150 мг/сут; 7 - 16 лет - 100 - 200 мг/сут.

Клоназепам (антелепсин, ривотрил). Взрослые: до 6 мг/сут. Дети: до 2 лет - 0,3 - 0,8 мг/сут; 3 - 6 лет - 0,5 - 1,5 мг/сут; 7 - 16 лет - 0,5 - 3 мг/сут.

Препараты 3-го ряда:

Ламотриджин (дозы см. выше).

Этосуксимид (суксилеп): Взрослые: 1000 - 1500 мг. Дети: 3 - 6 лет - 500 - 1000 мг/сут; 7 - 16 лет - 500 - 1000 мг/сут.

Тонико-клонические приступы.

Противосудорожные препараты 1-го ряда:

Вальпроаты (название препаратов и дозы см. выше).

Карбамазепин (дозы см. выше)

Препараты 2-го ряда:

Ламотриджин (дозы см. выше).

Фенобарбитал (дозы см. выше).

Карбамазепин (дозы см. выше).

Клоназепам (дозы см. выше).

Препараты 3-го ряда:

Клобазам (фрисиум). Взрослые: 5 - 10 мг/сут (до 40 мг/сут). Дети: до 5 лет - 1 мг/кг; 6 - 16 лет - 0,5 мг/кг.

Барбитураты (название препаратов и дозы см. раздел парциальные припадки).

Бензонал 100 - 200 мг/сут.

Клонические припадки

См. препараты для тонико-клонических приступов в сочетании с бензодиазепинами:

Клоназепам - дозы см. выше.

Диазепам и др. бензодиазепины. Взрослые: 5 - 20 мг/сут (до 40 - 60 мг/сут). Дети: до 2 лет - 0,5 - 0,9 мг/кг; 3 - 6 лет - 0,6 - 0,8 мг/кг;

Барбитураты (см. выше).

Бензонал 100 - 200 мг/сут.

Миоклонические припадки

Противосудорожные препараты 1-го ряда:

Препараты вальпроевой кислоты (название препаратов и дозы см. выше).

Препараты 2-го ряда:

Ламотриджин (дозы см. выше).

Клоназепам (1 - 4 мг/сут.).

Фенобарбитал (дозы см. выше).

Препараты 3-го ряда:

Сукцинимиды (суксилеп и др.). Взрослые: 1000 - 1500 мг/сут. Дети: 3 - 6 лет - 500 - 1000 мг/сут; 7 - 16 лет - 500 - 1000 мг/сут;

Диакарб (ацетазоламид). Взрослые: 250 - 500 мг/сут. Дети: 0 - 1 лет - 125 мг/сут; 1 - 6 лет 125 - 250 мг/сут.

Эпилептический статус

- судорожный

- бессудорожный

- смешанный

Мероприятия, направленные на коррекцию жизненно важных функций:

Клоназепам (антелепсин, ривотрил) (1 - 4 мг/сут и предпочтительно часть дозы - в/в медленно повторно по 0,5 мг детям, 1 - 2 мг взрослым).

Диазепам от 10 - 40 мг в/в.

Хлоралгидрат в клизме. Взрослые: 2000 - 2400 мг/сут. Дети: от 0 - 2 лет - 600 - 1200 мг; 3 - 6 лет - 1200 - 1800 мг; 7 - 16 лет - 1800 - 2400 мг/сут.

Оксибутират натрия 100 - 150 мг/сут 20% р-ра.

Тиопентал натрия 100 - 250 мг/сут 2,5% р-ра.

Абсансы:

- типичные;

- атипичные.

Противосудорожные препараты 1-го ряда:

Препараты вальпроевой кислоты и сукцинимиды (дозы см. выше).

Препараты 2-го ряда:

Ламотриджин (дозы см. выше).

Сукцинимиды (дозы см. выше).

Клоназепам (дозы см. выше).

Препараты 3-го ряда:

Клобазам. Взрослые: 5 - 10 мг/сут (до 40 мг/сут). Дети: 0 - 5 лет - 1 - 5 мг/сут; 6 - 16 лет - 5 - 7 мг/сут.

Лечение детских форм эпилепсии (Неврологический раздел G-40 - G-47 МКБ-10 см. в Приложении).

1. Доброкачественная миоклоническая эпилепсия раннего детского возраста

Препараты вальпроевой кислоты, сукцинимиды (названия препаратов и дозы см. выше).

2. Тяжелая миоклоническая эпилепсия раннего детского возраста (с-м Драве)

Препараты вальпроевой кислоты, сукцинимиды (названия препаратов и дозы см. выше).

3. Синдром Веста (инфантильные спазмы, салаамовы судороги)

АКТГ, другие кортикостероиды, бензодиазепины (нитразепам).

4. Синдром Леннокса-Гасто

Ламотриджин, вальпроаты, сукцинимиды, бензодиазепины (нитразепам) - (дозы см. выше).

5. Эпилепсия с миоклонически-астатическими приступами (с-м Друзе)

Ламиктал (ламотриджин), вальпроаты, сукцинимиды, бензодиазепины (нитразепам) - (названия препаратов и дозы см. выше).

6. Эпилепсия с миоклоническими абсансами

Комбинация вальпроатов и ламиктала (названия препаратов и дозы см. выше).

7. Роландическая эпилепсия (доброкачественная детская эпилепсия с центрависочными пиками)

Не всегда требует лечения. Рекомендуются карбамазепин (название препаратов и дозы см. выше).

8. Приобретенная эпилептическая афазия (С-м Ландау-Клеффнера)

Противоэпилептические препараты в соответствии со структурой припадка.

9. Детская эпилепсия с затылочными пароксизмами (С-м Гасто)

Карбамазепин (название препаратов и дозы см. выше).

10. Детская абсансная эпилепсия

Препараты вальпроевой кислоты (названия препаратов и дозы см. выше).

11. Юношеская абсансная эпилепсия

Препараты вальпроевой кислоты, ламотриджин, дифенин (названия препаратов и дозы см. выше).

12. Юношеская миоклоническая эпилепсия

Препараты вальпроевой кислоты, ламотриджин, дифенин, клоназепам, суксилеп (названия препаратов и дозы см. выше).

13. Эпилепсия с генерализованными приступами при пробуждении

Карбамазепин, дифенин, вальпроаты (названия препаратов и дозы см. выше).

Психотерапия:

- поддерживающая;

- семейное консультирование.

Длительность лечения

Стационарного - от 1 до 2 месяцев.

Сроки амбулаторного лечения определяются динамикой состояния и составляют от 6 месяцев до 5 и более лет, у отдельных категорий больных - на протяжении всей жизни.

Сроки полустационарного лечения - 30 - 60 дней.

Ожидаемые результаты лечения

В условиях стационара - купирование острой психопатологической симптоматики, упорядочивание поведения, купирование пароксизмальных расстройств.

В полустационарных условиях - купирование или редукция подострой психопатологической симптоматики, упорядочивание поведения, купирование пароксизмальных расстройств.

В амбулаторных условиях - достижение стабилизации психического состояния с купированием неврозоподобных расстройств, редукцией остаточной симптоматики (после стационарного лечения), устранение пароксизмальных нарушений.

F00* Деменция при болезни Альцгеймера (G30.-+)

F01 Сосудистая деменция

F02* Деменция при других болезнях, классифицированных в других разделах

F03 Деменция неуточненная

F02.0x* (G31.0+) Деменция при болезни Пика

F02.1x* (A81.0+) Деменция при болезни Крейтцфельдта-Якоба

F02.2x* (G10+) Деменция при болезни Гентингтона

F02.3x* (G20+) Деменция при болезни Паркинсона

F02.8x* Деменция при других уточненных болезнях, классифицируемых в других разделах

Деменция легкой степени

У больных снижается способность к запоминанию; они начинают делать ошибки в профессиональных и социальных ситуациях, заметные для окружающих. Нарушения в интеллектуально-мнестической (когнитивной сфере в это время могут обнаруживаться лишь при прицельном обследовании психиатром или психологом. К этой же степени деменции относятся и легкие когнитивные нарушения, очевидные и при обычном клиническом исследовании. Больные уже не могут выполнять сложные задания и финансовые операции. Дальние поездки и поездки в незнакомые места не могут осуществляться без сопровождающих лиц, хотя в хорошо знакомые места больные в состоянии доехать сами. Сохраняется ориентировка в месте, собственной личности (ориентировка во времени может быть приблизительной), способность к самообслуживанию и, в значительной мере, способность к самостоятельному проживанию.

Деменция средней степени

Больные не могут проживать без посторонней помощи. При обследовании они не в состоянии вспомнить ряд существенных фактов, а также хронологическую последовательность некоторых важных событий личной и общественной жизни. Однако больные имеют представление о многих фактах настоящего и прошлого. Им не требуется помощь во время приема пищи, туалета, но они испытывают затруднения при выборе надлежащей одежды, а также при выполнении сложных операций при одевании.

Деменция тяжелой степени

Больные постоянно нуждаются в уходе и надзоре. Они имеют представление лишь об отдельных фактах настоящего или прошлого или же эти представления утрачены полностью. Им необходима помощь во всех видах элементарного самообслуживания или полный уход. Резко нарушаются или полностью утрачиваются вербальные функции и навыки психомоторики (способность ходить, садиться и т.п.)*(2).

Условия лечения

Стационарное лечение осуществляется при развитии состояний спутанности, острых психотических и аффективных расстройств, выраженных нарушениях поведения, для решения вопросов нозологической принадлежности деменции в сложных в диагностическом отношении случаях; для решения социальных вопросов одиноких больных и больных без определенного места жительства с деменцией средней и тяжелой степени.

Амбулаторное лечение возможно проводить больным с деменцией легкой степени и больным с деменцией средней и тяжелой степени при наличии соответствующего ухода и надзора.

Психотерапия:

- семейное консультирование.

Перечень необходимых обследований см. общую часть*(3).

Длительность лечения

В стационаре: решение диагностических проблем - 2 недели, во всех остальных случаях средний срок пребывания в стационаре - 60 дней.

Действия врача, если не достигается результат лечения

В стационаре: выписка при возможности осуществления надлежащего ухода и надзора за больным или перевод в психоневрологический интернат.

Амбулаторно: при отсутствии результатов лечения некогнитивных психических нарушений - направление больного на стационарное лечение. При отсутствии возможности содержания больного в домашних условиях - перевод в психо-неврологический интернат.

F00* (F00.0x* (G30.0+), F00.1x* (G30.1+), F00.2x* (G30.8+), F00.9x* (G30.9+)) Деменция при болезни Альцгеймера (G30.-+)

Принципы терапии

В стационаре:

Ингибиторы ацетилхолинэстеразы на всех стадиях болезни.

Амиридин*(4) в суточной дозе 0,04 - 0,06 постоянно. Предпочтительная доза - 0,06 в сутки. При развитии нетяжелых осложнений (тошнота, головокружение и т.п.) препарат

временно отменяется (1 - 2 недели), затем назначается в дозе 0,04. Амиридин не назначается возбужденным больным.

При наличии противопоказаний к применению амиридина или необходимости прервать лечение в связи с развитием побочных эффектов - витамин Е в дозе 0,4 мг/сут на всех стадиях болезни в течение 1 - 2 лет.

Когнитивный тренинг при деменции легкой и средней степени.

Состояние спутанности: тиоридазин 25 - 50 -75 мг/сут. При отсутствии эффекта на 4 - 5-й день или (при выраженном возбуждении) сразу - галоперидол 0,75 - 3 мг/сут внутрь или 2,5 мг/сут внутримышечно.

Доза галоперидола снижается по мере успокоения больного. Галоперидол заменяется на тиоридазин - 25 - 50 мг/сут.

После полного успокоения больного - тиоридазин по 25 мг/сут - 4 дня, по 10 мг/сут - 3 дня. При отсутствии возбуждения или беспокойства седативные средства отменяются.

При сохранении или возникновении некоторого беспокойства в ночные часы назначают феназепам по 0,5 - 1 мг/сут или нитразепам 5 мг/сут, или тиоридазин 10 мг/сут. Через неделю после нормализации сна указанные препараты отменяются. Лечение возобновляется, если после отмены препарата сон больного вновь ухудшается.

Лечение аффективных нарушений, продуктивной психопатологической симптоматики и изменений личности проводится в соответствии со стандартами лечения этих состояний у пожилых больных.

Следует избегать назначения психотропных препаратов с отчетливыми холинолитическими свойствами, таких как амитриптилин и т.п. При необходимости назначения препаратов такого рода время их применения должно быть ограничено. Они не назначаются в качестве поддерживающей терапии.

Полустационарное лечение: см. общий раздел.

Амбулаторное лечение:

Терапевтические подходы см. стационарное лечение. Разъяснительная работа с членами семьи больного, психологическая поддержка лиц, осуществляющих уход за больными.

Ожидаемые результаты лечения

В стационаре - уменьшение когнитивных нарушений, замедление прогрессирования слабоумия, купирование состояний психомоторного возбуждения, острых бредовых и аффективных расстройств, дезактуализация бреда при хроническом бредовом расстройстве, смягчение изменений личности, улучшение качества жизни больного и лиц, ухаживающих за ним.

Амбулаторно - уменьшение когнитивных нарушений, замедление прогрессирования слабоумия, купирование неглубоких или кратковременных психотических и аффективных расстройств, негрубых нарушений поведения улучшение качества жизни больного и лиц, ухаживающих за ним.

F00.2x* Деменция при болезни Альцгеймера, атипичная или смешанного типа (G30.8+)

Терапия обоих заболеваний (см. ведение больного при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции F00, F01).

F01 (F01.0x, F01.1x, F01.2x, F01.3x, F01.8x, F01.9x) Сосудистая деменция

Условия лечения

Стационарное, полустационарное, амбулаторное.

Перечень необходимых обследований см. общий раздел.

Дополнительно: невролог - при повторных сосудистых кризах; терапевт - при повторных сосудистых эпизодах и обострениях гипертонической болезни.

Принципы терапии

Профилактика повторных сосудистых эпизодов (кризов): контроль артериального давления; аспирин 100 мг/сут постоянно; антисклеротическая диета; контроль сахара крови, тщательное лечение сопутствующего сахарного диабета.

Стационарное лечение:

Терапия сосудистой церебральной недостаточности:

- трентал (пентоксифилин) - суточная доза 800 - 1200 мг/сут от нескольких месяцев до года;

- инстенон - суточная доза 1 - 2 мл в/в капельно 1 раз в день с перерывом на выходные дни, общий курс 20 вливаний;

- или церебролизин - 5 мл в/м или 10 - 20 мл в/в капельно до 20 вливаний;

- винпоцетин (кавинтон) - суточная доза 15 мг от нескольких месяцев до года;

- или стугерон (циннаризин) - 50 - 70 мг/сут. в течение нескольких месяцев (предпочтительно при тенденции к артериальной гипотонии);

- ницерголин (сермион) - 15 - 30 мг/сут 2 - 3 месяца (также может применяться при гипотонии);

- танакан - 120 мг/сут 3 месяца;

- или нимодипин - 90 мг/сут несколько месяцев;

Ноотропы:

- пирацетам 800 - 2400 мг/сут до 6 недель (добавляется к перечисленным препаратам вялым, астенизированным, малоактивным больным), при быстром появлении раздражительности, нарушении сна - короткие повторные курсы по 10 - 15 мг/сут;

- пикамилон - 40 - 150 мг/сут 1 - 2 месяца;

- пантогам - 1000 - 1500 мг/сут.

Реабилитационные мероприятия:

- когнитивный тренинг;

- стимуляция физической активности;

- стимуляция социальных взаимодействий.

Состояния спутанности (после нарушения мозгового кровообращения):

- тиоридазин - 0,025 - 0,075 мг/сут;

- при отсутствии эффекта - хлорпротиксен - 15 - 45 мг/сут;

- при отсутствии эффекта - галоперидол до 2,5 мг в/м или 3 мг внутрь.

Лечение аффективных нарушений, продуктивной психопатологической симптоматики и изменений личности проводится в соответствии со стандартами лечения этих состояний у пожилых больных.

Дозы препаратов снижаются по мере уменьшения психомоторного возбуждения. При успокоении больного седативные средства отменяются.

Препараты бензодиазепиновой группы следует избегать или назначать с осторожностью.

Полустационарное лечение: см. общий раздел.

Амбулаторное лечение:

Терапевтические подходы - см. стационарное лечение. Постоянное назначение лекарственных средств, улучшающих мозговое кровообращение и церебральный метаболизм, с чередованием или повторением курсов терапии препаратами, указанными выше.

Работа с членами семьи больного, психологическая поддержка лиц, ухаживающих за больными.

Ожидаемые результаты лечения

В стационаре - уменьшение прогрессивности деменции путем снижения риска повторных нарушений мозгового кровообращения, уменьшение дефицитарных нарушений после них, купирование состояний психомоторного возбуждения, острых бредовых и аффективных расстройств, дезактуализация больных с деменцией легкой и средней степени, улучшение качества жизни больного и лиц, ухаживающих за ним.

Амбулаторно - уменьшение когнитивных нарушений, замедление прогрессирования слабоумия, купирование неглубоких или кратковременных психотических и аффективных расстройств, негрубых нарушений поведения, социальная адаптация больных с деменцией легкой и средней степени, улучшение качества жизни больного и лиц, ухаживающих за ним.

**F02* Деменция при других болезнях,
классифицированных в других разделах**

F02.0x* Деменция при болезни Пика (G31.0+)

Характеристика состояния

Больные нуждаются в уходе и надзоре на самых ранних стадиях деменции в связи с грубыми нарушениями поведения и эмоционально-волевыми расстройствами в начале заболевания

Условия лечения

Стационарное, амбулаторное.

Принципы терапии

В стационаре - терапия других (продуктивных) психических нарушений, осложняющих клинику основных проявлений болезни Пика, проводится согласно стандартам лечения соответствующих синдромов у пожилых больных.

Амбулаторное лечение - общие принципы терапии те же, что и при стационарном лечении. Работа с членами семьи больного, психологическая поддержка лиц, ухаживающих за больным.

Ожидаемые результаты лечения

В стационаре - купирование указанных выше нарушений.

Амбулаторно - купирование указанных психических нарушений амбулаторного уровня.

F02.1x* Деменция при болезни Крейтцфельда-Якоба (A81.0+)

Условия лечения

В стационаре - терапия других, осложняющих клинику болезни психических нарушений, проводится согласно стандартам лечения соответствующих синдромов с учетом возраста и сомато-неврологического состояния больного.

Амбулаторное лечение - общие принципы терапии те же, что и при стационарном лечении. Работа с членами семьи больного, психологическая поддержка лиц, ухаживающих за больным.

Ожидаемые результаты лечения

В стационаре - купирование указанных выше нарушений.

Амбулаторно - купирование осложняющих клинику психических нарушений амбулаторного уровня.

F02.2x* Деменция при болезни Гентингтона (G10+)

Условия лечения

Стационарное, амбулаторное.

Принципы терапии

Профилактика направлена на медико-генетическую консультацию ближайших родственников больных с направлением для ДНК-анализа при решении вопроса о деторождении.

Стационарное лечение:

Терапия психических нарушений проводится в соответствии с ведущим синдромом, возрастом и общим состоянием больного (см. соответствующие разделы).

Предпочтительнее назначать производные фенотиазина и бутирофенона.

При акинето-ригидной форме общие принципы терапии те же, что для аналогичных расстройств в случаях деменции при болезни Паркинсона (см. F02.3).

Терапия двигательных нарушений:

- галоперидол - 2 - 20 мг/сут;

- или клоназепам - 1,5 - 6 мг/сут;

- или тиоридазин - до 100 мг/сут;

- или резерпин - 0,25 - 2 мг/сут;

- или тиаприд - 100 - 600 мг/сут (не более 3-х месяцев).

Реабилитационные мероприятия для больных деменцией легкой и средней степени:

- терапия занятостью;
- психотерапия;
- когнитивный тренинг.

Амбулаторное лечение:

Общие принципы терапии - см. стационарное лечение.

Непрерывная поддерживающая терапия двигательных нарушений, периодическая смена препарата. Применяются более низкие, чем в стационаре дозы нейролептиков.

Работа с членами семьи больного, психологическая поддержка лиц, ухаживающих за больным.

Ожидаемые результаты лечения

В стационаре - купирование продуктивных психических нарушений, уменьшение двигательных расстройств, улучшение качества жизни больного и ухаживающих за ним лиц.

Амбулаторно - купирование указанных психических нарушений амбулаторного уровня, уменьшение двигательных расстройств, улучшение качества жизни больного и ухаживающих за ним лиц.

F02.3x* Деменция при болезни Паркинсона (G20+)

Общие принципы ведения больных в условиях стационара и амбулаторного наблюдения аналогичны ведению больных сосудистой деменцией (см. F01).

Назначение антипаркинсонических препаратов холинолитического действия противопоказано в тех случаях, когда деменция у больных болезнью Паркинсона обусловлена присоединением болезни Альцгеймера.

К основной антипаркинсонической терапии добавляется:

- депренил (селегилин, юмекс) в суточной дозе 10 мг в течение длительного времени;
- или мидантан - в суточной дозе 200 - 400 мг в течение 2 - 4 месяцев.

При необходимости в применении нейролептиков избегать назначения препаратов, легко вызывающих развитие нейролептического паркинсонизма.

F02.8x* Деменция при других уточненных болезнях, классифицируемых в других разделах

Условия лечения

Стационарное, амбулаторное.

Перечень необходимых обследований

В программу необходимых исследований включаются дополнительные обследования в соответствии с предположительной причиной деменции (исследование спинномозговой жидкости при подозрении на нейросифилис, содержания витамина В-12 в крови при предположении об этиологической роли дефицита этого витамина и т.п.).

Принципы терапии

В стационаре лечебные мероприятия проводятся в соответствии с этиологией деменции.

Лечение некогнитивных нарушений проводится в соответствии с принципами лечения этих психопатологических состояний с учетом возраста и сомато-неврологического состояния больного.

Амбулаторное лечение - общие принципы терапии те же, что и при стационарном лечении. Работа с членами семьи больного, психологическая поддержка лиц, ухаживающих за больным.

F02.8x2* Деменция в связи с эпилепсией (G40.-+)

При деменции, протекающей с проявлениями психомоторного возбуждения, расстройствами в сфере влечений, преимущественно используются следующие нейролептические препараты: галоперидол (средние суточные дозы 5 - 10 мг), левомепромазин (25 - 50 мг/сут), хлорпромазин (до 100 мг/сут); тиоридазин до 100 мг/сут, алимемазин - до 100 мг/сут, клоназепам (ривотрил) - 1 - 2 мг в/в.

При развитии побочных явлений дозы нейролептических средств необходимо снизить или отменить препарат и продолжить купирующую терапию другими препаратами, в частности транквилизаторами.

F03 Деменция неуточненная

Лицам, заболевшим в пожилом возрасте, лечебные мероприятия проводятся в соответствии с протоколом ведения больного при смешанных формах болезни Альцгеймера и сосудистой деменции (см. F00.2). В остальных случаях - лечение симптоматическое.

F04 Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

Амнестический синдром легкой степени - относительно негрубые нарушения памяти, неточная ориентировка в месте и времени.

Амнестический синдром средней степени - явные нарушения памяти на события прошлого и настоящего, дезориентировка в месте и времени, явления ретро- и антероградной амнезии.

Амнестический синдром тяжелой степени - грубые нарушения памяти, ориентировки, выраженная ретро- и антероградная амнезия, возможны конфабуляции.

Условия лечения

Стационарное - для решения диагностических вопросов, лечения основного заболевания, подбора адекватной терапии, требующей стационарных условий, а также во всех случаях развития амнестического синдрома одиноких больных.

Амбулаторное лечение - нетяжелые или кратковременные проявления амнестического синдрома при наличии соответствующего ухода и надзора за больным.

Перечень необходимых обследований см. раздел F00-F03, а также другие необходимые обследования и консультации, в соответствии с предположительной причиной амнестического синдрома (см. соответствующие разделы).

В амбулаторных условиях необходимые обследования, консультации и общие принципы терапии - см. стационарное лечение.

Принципы терапии

- лечение заболевания, вызвавшего развитие органического амнестического синдрома;
- инстенол 2 мл в/в капельно - 20 вливаний; с последующим приемом табл. - 1 - 2 драже 3 раза в день;

- церебролизин 5 мл внутримышечно или 10 - 30 мл внутривенно (в зависимости от тяжести состояния и возраста больного) 4 недели;

- пирацетам - в остром состоянии 1 - 6 г внутривенно. При улучшении состояния переход к пероральному приему препарата 1,2 - 2,4 - 4,8 г/сут (с учетом возраста и соматоневрологического состояния больного) до 3 месяцев;

- пантогам - 1000 мг/сут;

- пикамилон 40 - 120 мг/сут в течение 2-х мес;

- пиратинол - 300 - 600 мг/сут;

- танакан - 80 - 200 мг/сут.

Психотерапия:

- поддерживающая;

- семейное консультирование.

Длительность лечения

В стационаре - от 2 недель до 6 месяцев.

Амбулаторно - до 6 месяцев.

При сохранении амнестического синдрома свыше этого срока - ведение больного в соответствии с протоколом ведения больного, страдающего деменцией - см. F00, F03.

Ожидаемые результаты лечения

Значительное уменьшение проявлений амнестического синдрома вплоть до полного выздоровления.

Действия врача, если не достигается результат лечения

При отсутствии результатов лечения или неполном восстановлении памяти и ориентировки спустя 6 месяцев лечения - изменение шифра заболевания (перевод в группу деменций). Дальнейшее ведение больного - см. соответствующий раздел F00-F03.

F04.12 Органический амнестический синдром в связи с эпилепсией

Проявляется выраженными расстройствами памяти (фиксационная и антеро-ретроградная амнезия), чаще формирующихся в постприпадочном периоде. В условиях интеллектуально-мнестического снижения конфабуляции встречаются редко и носят элементарный характер. Возможно обратимое течение.

Показаны - ноотропы (пиритинол 600 мг/сут, пантогам до 1500 мг/сут), препараты, улучшающие церебральную гемодинамику (инстенон, винпоцетин), витамины группы В, АТФ, рибоксин, ретаболил.

При наличии галлюцинаторно-бредовой симптоматики, психомоторного возбуждения - нейролептические препараты (галоперидол, левомепромазин, хлорпромазин).

F05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

F05.0 Делирий, не на фоне деменции

F05.1 Делирий, на фоне деменции

F05.8 Другой делирий

F05.9 Делирий неуточненный

F05.0 Делирий, не на фоне деменции

Является этиологически неспецифическим синдромом, протекающим с нарушенным сознанием, галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, с преобладанием зрительных галлюцинаций, сопровождается психомоторным возбуждением, различаясь по степени тяжести. Может сопровождаться эпилептическими припадками.

Условия лечения

Стационарное лечение осуществляется при развитии острого состояния, после купирования которого больной переводится на амбулаторное лечение. В дальнейшем терапия направлена на профилактику рецидивов болезни и заключается в применении дегидратационных, общеукрепляющих, биостимулирующих средств.

Перечень необходимых обследований см. общий раздел.

Принципы терапии

Для купирования психотических расстройств используются следующие нейролептические препараты: галоперидол - 5 - 10 мг/сут, левомепромазин - до 50 мг/сут; транквилизаторы: диазепам - до 40 мг/сут, предпочтительно парентерально, феназепам - до 3 мг/сут и др.

Ноотропы (пиритинол, в т.ч. парентерально, пантогам).

Длительность лечения

В стационаре - решение диагностических проблем - 2 недели, во всех остальных случаях средний срок пребывания в стационаре - 60 дней.

Амбулаторное лечение - не менее 2-х месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование психотической симптоматики.

F05.02 Делирий, не на фоне деменции в связи с эпилепсией

Проявляется синдромами расстроенного сознания с преимущественно зрительными и слуховыми обманами восприятия, психомоторным возбуждением, иногда агрессией. Течение непродолжительное (несколько часов) с частичной амнезией переживаний острого периода.

Купируется комбинацией галоперидола (до 15 мг в/м или в/в) в сочетании с диазепамом (до 40 мг).

Пантогам.

F05.1 Делирий, на фоне деменции

Наряду с признаками делирия (см. F05.0) имеются разной степени выраженности психоорганические синдромы, включая деменцию, корсаковский амнестический синдром, конфабуляции, булимию, гиперсексуальность, афатические апрактоагностические и другие нарушения высших корковых функций.

Условия лечения см. F05.0.

Принципы терапии см. F05.0, при этом следует исключить левомепромазин, уменьшить вдвое дозы транквилизаторов.

Длительность лечения см. F05.0.

Ожидаемые результаты лечения - купирование психотической симптоматики.

F05.12 Делирий на фоне деменции в связи с эпилепсией

По структуре идентичен описанному выше (см. F05.02), однако чаще носит абортивный характер, с отрывочной продуктивной симптоматикой. По выходе из делирия может иметь место усиление дефицитарной симптоматики.

Принципы терапии см. F05.02.

F05.8 Другой делирий

F05.82 Другой делирий в связи с эпилепсией

Включаются:

- делирий смешанной этиологии;
- подострое состояние спутанности или делирий.

Условия лечения см. F05.0.

Принципы терапии см. F05.0.

Длительность лечения см. F05.0.

Ожидаемые результаты лечения см. F05.0.

F05.9 Делирий неуточненный

Условия лечения см. F05.0.

Принципы терапии см. F05.0.

Длительность лечения см. F05.0.

Ожидаемые результаты лечения см. F05.0.

F05.92 Неуточненный делирий в связи с эпилепсией

Клиника и терапия не имеют существенных отличий от F05.12 и F05.02.

F06 Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью

F06.0 Органический галлюциноз

F06.1 Органическое кататоническое состояние

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

F06.3 Органические расстройства настроения (аффективные)

F06.4 Органическое тревожное расстройство

F06.5 Органическое диссоциативное расстройство

F06.6 Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство

F06.7 Легкое когнитивное расстройство

F06.9 Психическое расстройство, обусловленное повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью

Группа психических расстройств, объединенных на основе общей этиологии, при церебрально-сосудистых заболеваниях, мозговых травмах или других повреждениях, приводящих к церебральной дисфункции. Эта дисфункция может быть первичной (травма, инсульт и т.п.) - с поражением мозга непосредственно или предпочтительно; или вторичной - при системных заболеваниях и расстройствах, которые поражают мозг как один из многих органов или систем организма.

Психопатологические проявления при указанных заболеваниях достаточно разнообразны, но основные нарушения могут быть разделены на две группы:

1-ая группа - синдромы, включающие нарушения когнитивных функций (память, интеллект, обучаемость) и внимания.

2-ая группа - синдромы, включающие расстройства восприятия (галлюцинации), идеаторной сферы (бред), настроения и эмоций (депрессия, эйфория; тревога) или общего склада личности и поведения.

Принадлежность клинических синдромов к категории органических расстройств подтверждается следующими факторами:

- наличие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга;
- взаимосвязь во времени (недели или несколько месяцев) между развитием основного заболевания и началом психического расстройства;
- отсутствие предположительных данных об иной причине психического расстройства (выраженная семейная отягощенность или провоцирующий стресс).

Условия лечения

Показаниями для амбулаторного лечения являются непсихотические формы психических расстройств органической природы, сочетающиеся с нерезко выраженными двигательными нарушениями и относительной соматической сохранностью.

Показаниями для стационарного лечения являются психотические нарушения органической природы.

Перечень необходимых обследований см. общий раздел. Принципы терапии

Медикаментозное лечение:

- антидепрессанты (седативного, сбалансированного или активирующего действия) - в зависимости от структуры аффективных расстройств, предпочтительны средства с минимальными побочными эффектами (предпочтительны короткие курсы);
- транквилизаторы;
- нейролептики - целесообразно избегать высоких доз или применять средства без выраженных экстрапирамидных и иных побочных эффектов;
- ноотропы.

При необходимости: ангиопротекторы, вазоактивные средства, витамины, метаболические препараты, гипотензивные препараты, противосудорожные средства, диуретики, антигипоксанты (см. F01, F04).

- индивидуальные и групповые занятия с психологом и психотерапевтом.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование или значительная редукция симптоматики.

F06.0 Органический галлюциноз

В клинической картине доминирующими являются обманы восприятия, преимущественно в форме зрительного, слухового галлюциноза, а также обонятельных, тактильных и иных галлюцинаций, включая синдром Кандинского-Клерамбо. Указанные синдромы формируются на фоне разной степени выраженности психоорганических синдромов или церебральных расстройств и могут сочетаться с локальными выпадениями ряда корковых функций, эпилептическими припадками.

Условия лечения

Стационарное - средний срок пребывания в стационаре 60 дней - или полустационарное.

Амбулаторное - больной получает поддерживающую терапию не менее 2 - 3 месяцев после выписки из стационара. В дальнейшем проводятся курсы противорецидивного лечения, направленного на стабилизацию функций ЦНС.

Принципы терапии

- галоперидол (до 20 мг/сут);
- перфеназин (малые и средние дозы).

F06.1 Органическое кататоническое состояние

Проявляется в форме кататоноподобного ступора, кататоноподобного психомоторного возбуждения или в виде изолированного мутизма.

Принципы терапии

При состояниях ступора и/или мутизма применяются галоперидол (20 - 40 мг/сут), тиопроперазин (до 30 мг/сут), трифлуоперазин (30 - 40 мг/сут). При кататоническом возбуждении необходимо придерживаться тех же принципов, что и при купировании других видов психомоторного возбуждения; при склонности к появлению выраженных побочных экстрапирамидных расстройств предпочтителен клозапин (азалептин, лепонекс).

Ожидаемые результаты лечения

Купирование кататонических расстройств.

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

В клинической картине острого или подострого состояния, в связи с текущим или резидуальным органическим процессом выступает в виде стойких или рецидивирующих бредовых идей разной структуры. Может развиваться как эквивалент судорожного генерализованного припадка ("альтернативный психоз").

Условия лечения см. общую часть.

Перечень необходимых обследований см. общую часть.

Принципы терапии

Показано применение галоперидола в дозах до 40 мг/сут; перфеназина (30 - 50 мг/сут); трифлуоперазина (до 40 мг/сут).

При высоком риске возникновения побочных явлений (выраженной резидуально-органической симптоматики) в условиях, требующих высоких доз нейролептических препаратов, параллельно необходимо применение холинолитических средств (тригексифенидил, бипериден и др.).

Ожидаемые результаты лечения

Купирование бредовых расстройств, нарушений поведения, социальная реабилитация больных.

F06.3 Органические расстройства настроения (аффективные)

Проявляются широким спектром аффективных синдромов (субдепрессия, депрессия, гипомания, мания и биполярные расстройства), а также дистимическими и дисфорическими психоорганическими симптомами.

Принципы терапии

Терапия расстройств психотического уровня основана на структуре ведущего психопатологического синдрома: при биполярных аффективных колебаниях, а также смешанном и гневливом аффекте целесообразно применение карбамазепина (200 - 800 мг/сут), при биполярных вариантах с доминированием маниакального полюса расстройств - показан карбонат лития в среднесуточных дозах 1,2 г; маниакальные расстройства лучше купируются нейролептическими препаратами (галоперидол, левомепромазин, тиоридазин) и производными вальпроевой кислоты. При наличии депрессивных расстройств показаны антидепрессанты с минимальным побочным действием: пирлиндол, пипофезин, тианептин, циталопрам, мапротилин (в средних терапевтических дозах), при выраженности тревожных компонентов депрессии используются антидепрессанты с седативным действием (тразодон 150 мг/сут, миансерин - 90 мг/сут). При апатической депрессии более эффективны моклобемид (150 - 450 мг/сут), флуоксетин (20 - 40 мг/сут), пароксетин (20 - 40 мг/сут) и

другие антидепрессанты со стимулирующим действием, хотя их применение требует осторожности.

При стойких, колеблющихся по выраженности аффективных расстройствах депрессивного круга показан длительный профилактический прием карбамазепина в дозах от 100 до 600 мг/сут (в зависимости от переносимости). При сочетании аффективных колебаний с судорожным синдромом может быть применен ламотриджин, дозы при монотерапии до 600 мг/сут, при политерапии (с вальпроатами) до 300 мг/сут.

Психотерапия:

- поддерживающая,
- когнитивно-бихевиоральная (при аффективных расстройствах депрессивного полюса);
- семейное консультирование.

F06.4 Органическое тревожное расстройство

В клинической картине текущего или резидуального органического заболевания мозга проявляется в форме коморбидных с другими (чаще аффективного ряда) расстройствами, в виде генерализованной тревоги или панического расстройства пароксизмального характера, а также обсессивно-фобических образований.

К препаратам первого выбора относится клоназепам (антелепсин, ривотрил) - до 6 мг/сут, в сочетании с парентеральным введением диазепама (20 - 30 мг/сут). Эффективными являются средние и малые дозы кломипрамина (анафранила) - от 50 до 100 мг, в том числе внутримышечно.

Целесообразно также применение альпразолама (для кратковременного курса), тианептина в индивидуально подобранных дозах.

Атипичные антидепрессанты с седативным компонентом действия миансерин (начиная с малых доз), тразодон (особенно при нарушениях сна).

Психотерапия:

- поддерживающая;
- когнитивно-бихевиоральная (при отсутствии грубых интеллектуальных расстройств);
- возможно включение пациента в психотерапевтическую группу.

F06.5 Органическое диссоциативное расстройство

Проявляется в виде истероформного поведения, в том числе с разными проявлениями псевдоэпилептических припадков.

Показано сочетание медикаментозного лечения (транквилизаторы, антидепрессанты и др.) с психотерапией (поведенческой, краткосрочной психодинамической, поддерживающей).

F06.6 Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство

Состояние, характеризующееся выраженной и постоянной эмоциональной несдержанностью или лабильностью, утомляемостью, разнообразными неприятными физическими ощущениями (например, головокружениями) и болями, предположительно возникающими вследствие органического расстройства. Считается, что это расстройство чаще возникает в связи с цереброваскулярными заболеваниями или гипертонией, чем с другими причинами.

Основу составляет церебральный радикал в форме физической и психической слабости, истощаемости, гиперестезии, раздражительности. Часто имеют место головные боли, головокружения, вегетативные расстройства.

Аффективные нарушения проявляются в виде лабильности эмоциональных реакций и склонности к аффективному недержанию.

Условия лечения

Амбулаторное.

Стационарное - при неэффективности амбулаторного лечения.

Принципы терапии

Патогенетическая терапия (вазо-вегетотропные, нейрометаболические средства, дегидратационная терапия)

Симптоматическая терапия с минимальным побочным эффектом (антидепрессанты: седативные и/или стимулирующие либо антидепрессанты сбалансированного действия в зависимости от характера аффекта; общеукрепляющая терапия; карбамазепин в дозах 100 - 400 мг/сут; транквилизаторы - эпизодически или короткими курсами. При выраженной эмоциональной неустойчивости, дисфорических реакциях - нейролептики (тиоридазин, перициазин, левомепромазин).

Психотерапия:

- поддерживающая;
- групповые формы;
- аутотренинг;
- техники саморегуляции.

Длительность лечения

Амбулаторное - 3 - 6 месяцев, с повторными курсами нейрометаболических средств (для амбулаторного приема наиболее удобен пантогам); карбамазепин может применяться неопределенно долго либо до устойчивой компенсации расстройств.

При неэффективности терапии более 6 месяцев рекомендуется стационарирование или подбор терапии в условиях дневного стационара.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение психического функционирования за счет нормализации при компенсации нарушенных церебральных функций.

F06.7 Легкое когнитивное расстройство

Возникает как следствие перенесенного органического заболевания (дисфункции) мозга или другого соматического заболевания с признаками энцефалопатии (токсической, постинфекционной, сосудистой и др.).

Клинически проявляется в форме негрубых нарушений ряда важных психических функций, в том числе нарушения памяти, трудности сосредоточения внимания, что влечет за собой проблемы обучения и снижение работоспособности.

В клинической картине могут присутствовать церебрастенические симптомы и ситуационные колебания настроения.

Наряду с симптоматическими средствами (транквилизаторы, вегетостабилизирующие препараты) целесообразны повторные курсы ноотропов и других нейрометаболических средств, которые могут быть проведены в дневном стационаре.

Тренинг когнитивных функций.

F06.9 Психическое расстройство, обусловленное повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью

В эти рубрики относятся все другие и неуточненные формы психических нарушений органической природы, которые не соответствуют клиническим описаниям ранее приведенных рубрик.

Чаще речь идет о сложных психопатологических синдромах органического генеза. По отношению к указанной группе состояний показания к амбулаторному или стационарному лечению определяются дифференцированно с учетом уровня психических и неврологических расстройств. Этот принцип определяет терапевтическую тактику.

F07 Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга

F07.0 Расстройство личности органической этиологии

F07.1 Постэнцефалитический синдром

F07.2 Постконтузионный (посткоммоционный) синдром

Изменение личности и поведения может быть резидуальным и сопутствующим расстройством при повреждении и дисфункции головного мозга. В некоторых случаях различные проявления таких резидуальных или сопутствующих личностных и поведенческих симптомов могут говорить о разных типах и/или локализации интракраниального очага, но надежность такой диагностики не должна быть переоценена.

F07.0 Расстройство личности органической этиологии

Органическое расстройство личности охватывает круг преимущественно резидуальных органических заболеваний мозга с нарушением высших корковых функций. Эти синдромы включают нарушения памяти, мышления и аффективное недержание. Однако эти нарушения не достигают степени деменции и проявляются как личностные расстройства.

Иногда имеет место ограничение трудоспособности, трудности при обучении, а также снижении способности справляться с целенаправленной (мыслительной) деятельностью. Как правило при патопсихологическом (нейропсихологическом) исследовании выявляется ряд локальных признаков, свидетельствующих о нарушении функции речи, памяти, внимания, мышления.

В клинической картине могут присутствовать синдромы, свидетельствующие о расстройстве в сфере влечений. Возможно формирование психопатоподобного поведения и асоциальных тенденций. В отдельных случаях формируется паранойяльное развитие личности (идеи реформаторства и др.).

При выраженных локальных изменениях (синдром лобной доли и др.) в клинической картине выступают признаки дефицита функций соответственно топике органического поражения мозга: гиподинамия, апато-абулические расстройства, нарушение поведения, речевые расстройства, нарушения функции письма, чтения и др.

Семейное консультирование.

Условия лечения

Амбулаторное.

Стационарное лечение - показано при состояниях, декомпенсации и появлении продуктивных психопатологических расстройств на фоне психоорганического синдрома (галлюцинации, бред). Срок 1 - 2 месяца.

Принципы терапии см. общую часть.

Ожидаемые результаты лечения

Компенсация состояния.

F07.1 Постэнцефалитический синдром

Включает остаточные явления после перенесенного энцефалита.

В клинической картине на церебрастеническом фоне чаще выступают различные неврозоподобные синдромы в виде нарушений сна, аппетита, повышенной утомляемости, психической и другой истощаемости. Характерным является повышенная раздражительность, нетерпимость, склонность к конфликтам. Возможны трудности в обучении и работе, связанные с церебрастеническим синдромом, а также с резидуально-органическими нарушениями, такими как остаточные речевые нарушения, парезы, параличи, снижение функций зрения, слуха, остаточные явления апраксии, агнозии.

Условия лечения

Амбулаторное, дневной стационар.

Стационарное лечение - при неэффективности амбулаторного - в течение 2 месяцев.

Принципы терапии и ожидаемые результаты лечения см. F04.

F07.2 Постконтузионный (посткоммоционный) синдром

Относится к резидуальным проявлениям перенесенной черепно-мозговой травмы и включает вегетативно-сосудистые нарушения, головную боль, головокружения,

астенические синдромы и остаточные проявления нарушенных высших корковых функций (память, речь и др.).

Характерно снижение толерантности к стрессу, эмоциональным нагрузкам и алкоголю. Возможно формирование на указанном фоне депрессии, фобий с опасениями неблагоприятного исхода болезни. В некоторых случаях наблюдается ипохондрическое развитие личности.

Условия лечения

Стационарное лечение - в подостром периоде после травмы.

Амбулаторное - систематическая восстановительная терапия, при этом повторные курсы нейрометаболической, дегидратационной терапии могут проводиться 1 - 2 раза в год стационарно либо в дневном стационаре.

Принципы терапии см. общую часть, F04.

При наличии депрессивных расстройств и тревоги - антидепрессанты с минимальными побочными эффектами, транквилизаторы (предпочтительны короткие курсы); ноотропы (пирацетам в подостром периоде парентерально, пантогам, пиритинол); другие средства: инстенон (в подостром периоде парентерально), церебролизин, дегидратационная терапия, карбамазепин 100 - 400 мг/сут.

Психотерапия:

- поддерживающая;
- транзакционные методы;
- семейное консультирование.

Длительность лечения

Стационарное, полустационарное - 60 дней.

Амбулаторное лечение - в течение не менее 2-х лет.

Ожидаемые результаты лечения см. F06.6.

F09 Органическое или симптоматическое психическое расстройство неуточненное

См. общую часть.

F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F20 Шизофрения

F21 Шизотипическое расстройство

F22 Хронические бредовые расстройства

F23 Острые и преходящие психотические расстройства

F24 Индуцированное бредовое расстройство

F25 Шизоаффективные расстройства

F28 Другие неорганические психотические расстройства

F29 Неорганический психоз неуточненный

F20 Шизофрения

F20.0 Параноидная шизофрения

F20.1 Гебефреническая (гебефреническая) шизофрения

F20.2 Кататоническая шизофрения

F20.3xx Недифференцированная шизофрения

F20.4xx Постшизофреническая депрессия

F20.5xx Остаточная шизофрения

F20.6xx Простой тип шизофрении

F20.8xx Другой тип шизофрении

F20.8xx3 Детский тип шизофрении

F20.9xx Шизофрения неуточненная

Общая характеристика лечебных мероприятий

В системе лечебных мероприятий при терапии шизофрении выделяют 4 относительно самостоятельных этапа:

- купирующая терапия;
- долечивающая или стабилизирующая терапия;
- коррекция негативной симптоматики и восстановление прежнего уровня социально-трудовой адаптации;
- профилактическая (поддерживающая) терапия.

1. Этап купирующей терапии

Купирующая антипсихотическая терапия направлена на быстрое снятие психотической симптоматики (психомоторное возбуждение, агрессивность, негативизм, галлюцинаторно-бредовые расстройства).

Условия лечения

Стационарное (в том числе недобровольная госпитализация в случаях, предусмотренных Законом о психиатрической помощи) - при выраженных психотических расстройствах и нарушениях поведения.

Полустационарное (дневной стационар) - при неразвернутом приступе, обострении процесса или при долечивании острого эпизода, когда сохраняется упорядоченное социально-приемлемое поведение.

Амбулаторное лечение проводят при невыраженной психотической симптоматике, социально-упорядоченном поведении и отсутствии угрозы для жизни больного и окружающих.

Перечень необходимых обследований*(5)

- клинический анализ крови*(6)
- биохимический анализ крови:
 - общий белок;
 - билирубин общий;
 - билирубин связанный;
 - билирубин свободный;
 - аланин-аминотрансфераза;
 - аспартат-аминотрансфераза;
 - фосфатаза щелочная;
 - тимоловая проба;
 - протромбиновый индекс;
- определение сахара крови;
- исследование крови на РВ;
- исследование крови на ВИЧ;
- клинический анализ мочи*(6);
- ЭКГ;
- анализ мазка из зева и носа на дифтерийную палочку;
- бактериологический анализ;
- консультация терапевта;
- для пациентов женского пола - консультация гинеколога;
- консультация невролога;
- консультация окулиста.

Принципы терапии

Этап купирующей терапии начинается от момента начала приступа и заканчивается установлением клинической ремиссии, т.е. продолжается до существенной или полной редукции психоза.

При манифестации шизофрении либо при очередном обострении (приступе) шизофрении первоочередная задача сводится к купированию острой психотической симптоматики.

Лечение проводится с учетом:

- психопатологической структуры приступа (обострения), которая определяет выбор психотропных средств;
- особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдрома в процессе лечения, с чем может быть связана замена или присоединение других препаратов, а также замена или присоединение других методов лечения.

Терапию при отсутствии противопоказаний следует начинать с назначения типичных (традиционных) нейролептиков. Выбор конкретного препарата осуществляют с учетом

спектра психотропной активности нейролептика и характера возникающих побочных эффектов, а также противопоказаний к применению и возможных лекарственных взаимодействий. Режим дозирования, средние и максимально допустимые суточные дозы и возможный путь введения конкретного нейролептика определяются характером и выраженностью имеющейся психопатологической симптоматики, соматическим состоянием и возрастом больного. Средние суточные дозы отдельных нейролептиков представлены в табл.2.

В случае психоза, протекающего с выраженным психомоторным возбуждением, агрессивностью, враждебностью следует прибегать к назначению нейролептиков с выраженным седативным компонентом действия (хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен и др. - табл.1), в том числе парентерально.

При преобладании в структуре психоза галлюцинаторно-параноидных расстройств (явления психического автоматизма, псевдогаллюцинации, бред воздействия, преследования и др.) предпочтение следует отдать нейролептикам с выраженным антигаллюцинаторным и антибредовым действием (табл.1).

Полиморфизм психопатологических расстройств с наличием симптоматики более глубоких регистров (кататонической, гебефренической) требует назначения нейролептиков с мощным общим антипсихотическим (инцизивным) действием, таких как тиопроперазин и пипотиазин (табл.1).

Инцизивные нейролептики отличаются более выраженной способностью вызывать побочные экстрапирамидные эффекты (ПЭПЭ). Для их купирования следует прибегать к назначению корректоров холинолитического действия (табл.4).

Чтобы правильно оценить эффективность терапии и подобрать нужную дозу, следует по возможности избегать применения нейролептических коктейлей. В случае сочетания галлюцинаторно-бредовой симптоматики с возбуждением иногда применяют два нейролептика - один с седативным и другой - с мощным антипсихотическим эффектом. Наиболее часто применяют комбинации галоперидола с левомепромазином (тизерцин), хлорпротиксеном или хлорпромазином (аминазин).

При отсутствии urgentных показаний (например, острый психоз, сильное возбуждение) дозу нейролептика обычно повышают постепенно до достижения терапевтического результата или развития выраженного побочного эффекта. Чтобы оценить переносимость препарата, перед началом лечения иногда вводят небольшую тестовую дозу, например, 25 - 50 мг хлорпромазина. При отсутствии в течение двух часов аллергических или других реакций дозу можно постепенно увеличивать.

Адекватная доза подбирается индивидуально эмпирическим путем, например, при лечении острой шизофрении доза аминазина может достигать 400 - 800 мг/сут, а галоперидола 15 - 60 мг/сут.

Психомоторное возбуждение купируется, как правило, в первые дни терапии. Устойчивый антипсихотический эффект обычно развивается через 3 - 6 недель лечения. При наличии в клинической картине выраженных циркулярных расстройств (состояние маниакального возбуждения) рекомендуется назначение солей лития или карбамазепина. С другой стороны, при наличии в структуре психоза выраженного депрессивного аффекта обоснованным будет присоединение антидепрессантов в дозах, достаточных для купирования патологически измененного аффекта; при этом следует учитывать возможность обострения других продуктивных расстройств, поэтому предпочтительно применение антидепрессантов с седативным компонентом действия. После значительной редукции или исчезновения продуктивной симптоматики можно переходить к постепенному снижению дозы и подбору амбулаторной (поддерживающей) терапии.

Длительность лечения варьирует в зависимости от сроков купирования острой (подострой) психотической симптоматики.

В стационаре при адекватной нейролептической терапии продолжительность лечения может составлять от 1 до 3 месяцев (для достижения полного терапевтического контроля за состоянием обычно требуется 3 - 4 месяца).

Сроки полустационарного лечения - 1 - 3 месяца.

Продолжительность амбулаторного лечения - 2 - 3 месяца.

Ожидаемые результаты лечения

Критерии эффективности терапии острого психоза:

- нормализация поведения, исчезновение психомоторного возбуждения;
- уменьшение выраженности (исчезновение) продуктивной психотической симптоматики;
- восстановление критики и сознания болезни.

Следует помнить, что далеко не во всех случаях острых психозов можно рассчитывать на достижение эффекта в соответствии со всеми тремя критериями. Это относится лишь к терапии острых психозов, в структуре которых наиболее полно представлены чувственно-образные бредовые и аффективные (циркулярные) проявления. Напротив, при малой представленности чувственного радикала можно рассчитывать лишь на эффект, соответствующий первым двум критериям, а при очередном обострении хронической параноидной шизофрении - лишь на первый критерий улучшения.

Действия врача, если не достигнут результат лечения

При отсутствии эффекта в течение 3 - 6 недель терапии следует проверить, действительно ли больной принимает таблетки (возможен переход к парентеральному введению), или перейти к применению другого нейролептика, отличающегося по химической структуре.

При отсутствии эффекта и возникновении побочных экстрапирамидных явлений можно руководствоваться следующим алгоритмом для купирования острых состояний у больных шизофренией (см. рис.1).

Предлагаемый алгоритм носит самый общий характер и может быть использован при терапии острых состояний в рамках шизофрении. В случае безуспешного применения психотропных препаратов, принимаемых per os, рекомендуется перейти к парентеральному введению.

При отсутствии должного эффекта от проводимой психофармакотерапии целесообразно применение других методов лечебного воздействия (методика одномоментной отмены психотропных средств, ЭСТ, инсулино-коматозная терапия). Имеет значение также проведение плазмафереза и лазеротерапии, которые комбинируют с психофармакотерапией. Выбор конкретной противорезистентной методики терапии проводят с учетом клинических особенностей состояния, а также данных о реагировании больных на тот или иной метод лечения в прошлом.

2. Этап долечивающей или стабилизирующей антипсихотической терапии

Условия лечения

Этап долечивающей терапии проводится в амбулаторных и полустационарных условиях.

Принципы терапии

Продолжение приема эффективного нейролептика. Подавление резидуальной продуктивной симптоматики, постепенное ослабление седативного влияния и увеличение стимулирующих воздействий нейролептиков, а также борьба с прецидивными или ранними рецидивными расстройствами, включая их быстрое выявление и своевременное усиление антипсихотической терапии. Обычная схема предполагает уменьшение дозы после установления стойкой клинической ремиссии.

При развитии постпсихотической депрессии необходимо присоединение антидепрессантов; в части случаев достаточным является переход к дезингибирующим нейролептикам (табл.1).

Рекомендуется проведение социально-реабилитационных мероприятий, а также групповой психосоциальной работы и включение в трудовые процессы.

Длительность лечения

Широко варьирует и составляет от 3 до 9 месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Подавление резидуальной продуктивной симптоматики.

3. Этап коррекции негативной симптоматики, восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации

Условия лечения

Амбулаторное.

Принципы терапии

Применение препаратов с дезингибирующей и антиаутистической активностью (активирующие или атипичные нейролептики - табл.1, 2) и создание оптимального

лекарственного режима для проведения психотерапии, налаживания интерперсональных связей и социально-трудовой реабилитации.

Схема лечения острых психозов при шизофрении типичный нейролептик					
Эффект	Частичный эффект (через 2 нед.)		Отсутствие эффекта (через 1 нед.)	Отсутст- вие ПЭПЭ	ПЭПЭ
	Повысить дозу		Повысить дозу		Снизить дозу
Эффект	Отсутствие эффекта	Эффект	Отсутствие эффекта	Эффект	Отсутствие эффекта
	Назначение атипичного нейролептика или нейролептика другого химического класса		Назначение нейролептика другого химического класса		Назначение нейролептика другого химического класса
Эффект	Отсутствие эффекта	Эффект	Отсутствие эффекта	Эффект	Отсутствие эффекта
	Противорезистентные мероприятия		Атипичный нейролептик		Добавление ко-рректоров холинэстераз
		Эффект	Отсутствие эффекта	Эффект	Отсутствие эффекта
			Противорезистентные мероприятия		Назначение атипичного нейролептика
				Эффект	Отсутствие эффекта
					Назначение бензодиазепинового транквилизатора

Рис. 1.

Применение дезингибирующих нейролептиков всегда таит в себе опасность эскалации продуктивной симптоматики, что требует тщательного динамического наблюдения за состоянием больного и известного балансирования различными нейролептиками. Во многих случаях рецидива удастся избежать при применении пролонгированных форм препаратов (табл. 3).

Длительность лечения

Фармакологическая коррекция дефицитарных проявлений происходит крайне постепенно и требует проведения длительной (от 6 до 12 месяцев) терапии.

Ожидаемые результаты лечения

Сглаживание негативной симптоматики. Улучшение психологической, социальной и трудовой адаптации.

4. Этап профилактической (поддерживающей) антипсихотической терапии

Условия лечения

Амбулаторное.

Принципы терапии

Известно, что у 40 - 60% больных шизофренией с рецидивирующим течением при прекращении терапии обострение психоза развивается в течение первых 6 месяцев. У больных хронической шизофренией риск развития рецидива при применении плацебо составляет 10% в месяц, а при применении нейролептиков - 1%.

Лечение направлено на предотвращение развития новых приступов и замедление темпа прогрессивности заболевания, а также поддержание оптимального уровня социального функционирования больного. С этой целью применяют те нейролептики, с помощью которых было достигнуто купирование приступа (обострения), но в сниженных дозах; преимущество имеют атипичные и пролонгированные нейролептики (табл.1 и табл.3); при частых приступах (со значительной представленностью аффективных расстройств в их структуре) проводят профилактическую терапию солями лития или карбамазепином.

Поддерживающая противорецидивная терапия больных шизофренией может проводиться по двум основным методикам:

1) непрерывная терапия, когда больной принимает препарат постоянно;

2) прерывистая терапия, когда препараты применяются при продромальных явлениях, либо при появлении острой психотической симптоматики.

Вопрос о предпочтительности того или иного варианта решается индивидуально.

Непрерывная терапия является более надежной, но при ее использовании (особенно при применении традиционных нейролептиков) повышается риск развития побочных эффектов на отдаленных этапах в виде поздней дискинезии.

Прерывистая терапия является более щадящей в смысле отдаленного риска развития поздней дискинезии, но не всегда обеспечивает надежную профилактику очередного приступа. В целом можно считать, что чем более непрерывным является течение шизофрении, тем более целесообразно проведение непрерывной нейролептической терапии. При формах, протекающих с отчетливой приступообразностью, можно применять прерывистую терапию, хотя во всех случаях предвидеть развитие очередного рецидива не представляется возможным.

Основными показаниями к проведению профилактической антипсихотической терапии являются приступообразные и непрерывные формы шизофрении, и прежде всего - параноидная (возможно также в полустационаре или в амбулаторных условиях).

Лечение нейролептиками-пролонгами нередко начинают в стационаре сразу после купирования острой психотической симптоматики. На фоне приема таблеток внутримышечно делают инъекцию препарата в минимальной дозе. При этом, если больной ранее получал корректоры, их не отменяют. В случае хорошей переносимости (отсутствия выраженных побочных эффектов в первую неделю лечения) дозу пролонга постепенно увеличивают, а таблетки отменяют.

После стабилизации психического состояния дозу нейролептика можно постепенно понижать двумя способами: либо уменьшая разовую дозу, либо увеличивая интервалы между инъекциями.

Средние дозы, способ и интервал введения пролонгированных нейролептиков приведены в таблице 3.

Длительность лечения

Профилактическая терапия проводится неопределенно долго, но не менее 1 - 2 лет.

Вопрос о продолжительности сроков проведения противорецидивной терапии решается индивидуально.

При этом следует учитывать:

- степень влияния на частоту и выраженность повторных приступов (обострений);
- степень отрицательного влияния психотической симптоматики на социально-трудовую адаптацию;
- выраженность и характер побочных эффектов;
- возможность вовлечения больного в социо-реабилитационные программы.

Ожидаемые результаты лечения

Поддержание оптимального функционального уровня у больного с помощью минимально эффективной дозы для предупреждения рецидива.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия больных шизофренией должна подключаться к биологической терапии уже на ранних этапах течения заболевания и продолжаться по мере его развития, в том числе на отдаленных этапах течения болезни, в соответствии с этапами реабилитации психически больных.

1 этап направлен на предотвращение формирования психического дефекта, явлений госпитализма, "сползания больного к изоляции" и его инвалидизации, проводится в условиях стационара и полустационара одновременно с применением биологических методов терапии. Подключаются различные виды психо-социального вмешательства (социотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия, трудотерапия в условиях ЛТМ, стимуляция социальной активности, навыков повседневной жизни, культуротерапия).

2 этап направлен на приспособление больного на том или ином уровне к условиям жизни в обществе, к трудовой деятельности во внебольничных условиях. Осуществляется в амбулаторных условиях. На этом этапе биологическая терапия отходит на второй план. Преобладают различные виды психосоциального воздействия со стимуляцией социальной активности больных. Осуществляется эмоциональная (группы поддержки), способствующая самоутверждению, и инструментальная (организационная, методическая) поддержка. При утрате профессии, инвалидизации - профессиональное обучение и переобучение больных, помощь в трудоустройстве. Проводится психообразовательная работа с больными и их ближайшим окружением.

3 этап направлен на более полное восстановление индивидуальной и общественной ценности пациента, восстановление отношений с окружающей средой. Осуществляется только во внебольничных условиях. Различные виды психосоциального воздействия на этом этапе приобретают решающее значение на микросоциальном уровне и направлены на работу с ближайшим социальным окружением, включая семью, в том числе с применением психообразовательного подхода, активизацию естественной сети социальной поддержки, а также ее замещение, осуществляемое путем создания искусственной социотерапевтической среды - общегития для лиц, утративших социальные связи; вовлечение пациентов в групповые формы деятельности, например, в группы самопомощи, психосоциальные клубы. Трудовая реабилитация проводится в зависимости от тяжести заболевания и его длительности как в условиях лечебно-производственных предприятий, так и специализированных цехов обычного производства.

Психотерапия (проводится после выхода из острого состояния):

- групповая поддерживающая психотерапия, направленная на создание и сохранение социальной сети;
- тренинг социальных навыков;
- семейная психотерапия с акцентом на создание положительного эмоционального климата в семье.

F20.0 Параноидная шизофрения

Тип течения:

F20.00x Непрерывный

F20.01x Эпизодический с нарастающим дефектом

Условия лечения

Стационарное - при выраженной продуктивной психотической симптоматике, нарушающей социально-трудовую адаптацию больного; а также при проведении, угрожающем жизни больного или окружающих его лиц.

Дневной стационар - при достаточно выраженной продуктивной симптоматике, но не нарушающей адаптацию больного в социальной среде и при отсутствии угрозы для жизни больного или окружающих его лиц.

Амбулаторное - при редуцированной продуктивной психотической симптоматике, относительной социальной адаптации, при поведении, не угрожающем жизни больного или окружающих его лиц.

Перечень необходимых обследований см. раздел F20.

Принципы терапии

Нейролептики с выраженным действием на бред и галлюцинации (табл.1) (галоперидол, трифлуоперазин, пипотиазин, зуклопентиксол).

При непрерывном или близком к непрерывному течению особенно показана длительная поддерживающая терапия дюранными нейролептиками (табл.3).

Длительность лечения см. раздел F20.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование острых проявлений и редукция или дезактуализация галлюцинаторно-бредовой симптоматики, нормализация поведения больного.

F20.1 Гебефреническая (гебефреническая) шизофрения

Тип течения:

F20.10x Непрерывный

F20.11x Эпизодический с нарастающим дефектом

Условия лечения

Стационарное (условия те же, что и для F20.00x)

Амбулаторное (условия те же, что и для F20.00x)

Перечень необходимых обследований см. раздел F20.

Принципы терапии

Неблагоприятное течение, полиморфизм и тяжесть клинической картины требуют назначения нейролептиков с мощным общим антипсихотическим действием (табл.1) с достижением нередко среднего или высокого уровня доз, а продолжение терапии в амбулаторных условиях целесообразно с применением пролонгов (табл.3). Быстрое нарастание негативной симптоматики обуславливает использование атипичных нейролептиков (табл.1, 2).

Длительность лечения см. раздел F20.

Ожидаемые результаты лечения

Нормализация поведения больного, редукция симптоматики.

F20.2 Кататоническая шизофрения

Тип течения:

F20.20x Непрерывный

F20.21x Эпизодический с нарастающим дефектом

F20.23x Эпизодический ремиттирующий

Условия лечения

Стационарное (условия те же, что и для F20.00x).

Полустационарное (условия те же, что и для F20.00x).

Амбулаторное (условия те же, что и для F20.00x).

Перечень необходимых обследований см. раздел F20.

Принципы терапии

Нейролептики с мощным общим антипсихотическим действием либо атипичные нейролептики (табл.1, 2). В случае эпизодического ремиттирующего течения F20.23x (онейроидная кататония) можно применять нейролептики с антигаллюцинаторным и

антибредовым действием (галоперидол, трифлуоперазин), а при затяжном течении приступа - провести несколько сеансов ЭСТ. При трансформации симптоматики под влиянием нейролептической терапии с выявлением депрессии - присоединение антидепрессантов.

Длительность лечения см. раздел F20.

Ожидаемые результаты лечения

Нормализация поведения больного. Для F20.21x - F20.23x - значительное или полное исчезновение продуктивной симптоматики.

F20.3xx Недифференцированная шизофрения

Тип течения:

F20.30x Непрерывный

F20.31x Эпизодический с нарастающим дефектом

F20.32x Эпизодический со стабильным дефектом

Условия лечения

Стационарное (условия те же, что и для F20.00x)

Амбулаторное (условия те же, что и для F20.00x)

Перечень необходимых обследований см. раздел F20.

Принципы терапии

Нейролептики с мощным общим антипсихотическим действием либо атипичные нейролептики (табл.1, 2).

Длительность лечения см. раздел F20.

Ожидаемые результаты лечения

Нормализация поведения больного.

F20.4xx Постшизофреническая депрессия

Условия лечения

Стационарное (тяжелые случаи постпсихотических депрессий или с суицидальными тенденциями).

Полустационарное, амбулаторное (долечивание и легкие случаи постпсихотических депрессий без суицидальных тенденций).

Перечень необходимых обследований см. раздел F20.

Принципы терапии

Целесообразно назначение антидепрессантов (дозы - табл.6, раздел F3). При неполной редукции других продуктивных расстройств во избежание обострения симптоматики предпочтение отдается антидепрессантам с седативным компонентом действия. Возможно сочетание с дезингибирующими нейролептиками. Часть случаев постшизофренической депрессии может быть обусловлена выраженными экстрапирамидными побочными эффектами. У этих больных целесообразно снижение доз нейролептиков и переход к менее мощным препаратам. Наряду с этим, следует повысить дозы корректоров (табл.4).

Психотерапия:

- поддерживающая;
- когнитивно-бихевиоральная;
- тренинг социальных навыков;
- семейное консультирование;
- семейная психотерапия.

Длительность лечения - 2 - 3 месяца.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование депрессии при предотвращении рецидива психотической симптоматики.

F20.5xx Остаточная шизофрения

Условия лечения

Полустационарное для больных с неполной ремиссией и выраженной остаточной психотической симптоматикой.

Амбулаторное для больных с маловыраженной остаточной психотической симптоматикой.

Перечень необходимых обследований см. раздел F20.

Принципы терапии

При преобладании негативной симптоматики применяются преимущественно атипичные и дезингибирующие нейролептики (см. табл.1).

Психотерапия:

- тренинг социальных навыков;
- семейное консультирование;
- семейная психотерапия.

Длительность лечения см. раздел F20.

Ожидаемые результаты лечения

Устранение или значительная редукция резидуальной продуктивной симптоматики, коррекция негативной симптоматики.

F20.6xx Простой тип шизофрении

Тип течения:

F20.60x Непрерывный

Условия лечения

Полустационарное - для больных с нарастающей дефицитарной симптоматикой, выраженной прогрессивностью.

Амбулаторное - для больных со стабильной дефицитарной симптоматикой, маловыраженной прогрессивностью.

Перечень необходимых обследований см. раздел F20.

Принципы терапии

Нейролептики (трифлуоперазин, галоперидол и др. - в малых дозах). Часто наблюдаемые пассивность, апатико-абулические и другие негативные расстройства обуславливают применение преимущественно дезингибирующих и атипичных нейролептиков (см. выше, как для раздела F20.5xx). Возможно применение пролонгов так же, как и при F20.5xx.

Психотерапия:

- бихевиоральная;
- тренинг социальных навыков.

Длительность лечения до 2 месяцев в дневном стационаре, в амбулаторных условиях - 4 - 6 месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Уменьшение выраженности негативных расстройств, повышение уровня социальной адаптации больного.

F20.8xx Другой тип шизофрении

Условия лечения

Стационарное - для больных с нарастающим дефектом и угрозой для жизни больного или окружающих.

Полустационарное - для больных с нарастающей дефицитарной симптоматикой, выраженной прогрессивностью, при отсутствии угрозы для жизни больного или окружающих.

Амбулаторное - для больных без выраженной дефицитарной симптоматики и при отсутствии угрозы для жизни больного или окружающих.

Перечень необходимых обследований (см. раздел F20)

Принципы терапии

Руководствоваться общими правилами коррекции продуктивной и негативной симптоматики.

Длительность лечения (см. раздел F20).

Ожидаемые результаты лечения

Купирование психотической симптоматики, коррекция негативных расстройств, поддержание максимально возможного уровня социальной адаптации больного.

F20.8xx3 Детский тип шизофрении

Общая характеристика

Особенности шизофрении детского возраста определяются возрастными критериями и, исходя из этого, выделяют шизофрению детского возраста до 10 лет, шизофрению препубертатного и пубертатного возраста - от 10 до 17 лет. В группе шизофрении детского возраста выделяют шизофрению раннего и дошкольного возраста, а также шизофрению младшего школьного возраста.

Течение заболевания преимущественно непрерывное; приступообразно-прогредиентное (шубообразное, смешанное). В дошкольном возрасте преобладают непрерывно текущие формы, в пубертатном - приступообразные.

Степень прогредиентности процесса определяется возрастом, в котором начинается заболевание. При начале заболевания в дошкольном возрасте степень прогредиентности значительно больше, чем в школьном.

Продуктивные симптомы у детей и подростков полиморфны, реже мономорфны. Преобладают неврозоподобные и психопатоподобные расстройства, относительно реже - рудиментарные бредовые, аффективно-бредовые, галлюцинаторно-бредовые и кататонические синдромы. Преимущественными для раннего и дошкольного возраста являются соматовегетативные, двигательные и речевые расстройства. Дети мало пользуются речью, иногда возникает элективный мутизм, распад речи, эхолалии. Типичны неврозоподобные нарушения (немотивированные, аморфные, бессодержательные страхи и бредоподобные страхи). Содержание страхов часто носит фантастический вычурный характер и не связано с внешней причиной. Навязчивости в дошкольном возрасте проявляются в форме элементарных двигательных актов, тиков или рудиментарных двигательных ритуалов. Наблюдается трансформация навязчивостей в рудиментарные бредовые расстройства. В дошкольном возрасте иногда на первый план выступают явления деперсонализации в виде своеобразных игровых фантазий перевоплощения, сочетающихся с аутистическим фантазированием. В младшем школьном возрасте значительно чаще наблюдаются навязчивые страхи и опасения ипохондрического содержания, нередко также трансформирующиеся в бред. Преимущественным для этого возраста является и образное патологическое фантазирование с рудиментарными псевдогаллюцинациями.

В старшем школьном возрасте также наблюдается полиморфизм продуктивных симптомов, однако, на первых этапах заболевания нередко выступают психопатоподобные расстройства по типу болезненно утрированных черт пубертатной психики (повышенной аффективной возбудимости, реакции оппозиции, эмансипации, протеста). У школьников мужского пола психопатоподобные нарушения могут проявляться в гебоидных поступках.

Характерны для пубертатного возраста астенические и астеноподобные состояния. Навязчивые состояния у подростков крайне полиморфны по содержанию и часто сочетаются с аффективными (преимущественно депрессивными) расстройствами.

В подростковом возрасте в связи с повышением внимания к своему физическому и психическому "Я" часто формируются сенесто-ипохондрические и дисморфофобические состояния.

Ведущее место в клинической картине шизофрении у детей и подростков занимают негативные симптомы. У всех больных в той или иной мере (в зависимости от возраста и степени прогредиентности заболевания) отчетливо выражены снижение психической активности, эмоциональное оскудение, неадекватность поведения. У детей раннего возраста наиболее часто выявляется аутизм, которому могут предшествовать соматовегетативные, двигательные расстройства, регресс ранее приобретенных навыков, расстройства речи. В подростковом возрасте отмечается быстрое снижение психической активности, побуждений к деятельности и учебе, снижение интереса к играм, пассивность, отгороженность от сверстников.

Условия лечения

С учетом сомато-физиологических особенностей детского возраста и незрелости иммунной системы целесообразно впервые начинать терапию нейролептическими

препаратами в стационарных условиях. Госпитализация в зависимости от тяжести психического состояния и согласия родителей и опекунов до 14 - 15-летнего возраста ребенка. Недобровольное стационарирование (соответствие состояния пациента статье 29 Закона по психиатрии) по достижении 15-летнего возраста больного.

Амбулаторно проводится поддерживающая терапия.

Перечень необходимых обследований

- клинический анализ крови (1 раз в 10 дней, далее по показаниям);
- определение биохимических показателей крови (белок, билирубин, сахар плазмы, тимоловая проба) - 1 раз, далее по показаниям;
- исследование крови на ВИЧ (1 раз);
- реакция Вассермана (1 раз);
- геморрагический комплекс (тромбоциты, время кровотечения и свертывания крови) - 1 раз, далее - по показаниям;
- клинический анализ мочи (1 раз в 2 недели, далее - по показаниям).

Необходимые консультации специалистов:

- педиатр (1 раз, далее - по показаниям в динамике);
- невролог (1 раз, далее - по показаниям);
- окулист (1 раз);
- отоларинголог (1 раз);
- психолог (1 раз, далее - по показаниям).

Другие обследования и консультации специалистов по показаниям:

- гинеколог;
- стоматолог;
- дерматолог;
- эндокринолог;
- физиотерапевт;
- инфекционист.

Обследования:

- рентгенография черепа (1 раз);
- рентгенография органов грудной клетки (по показаниям);
- электрокардиограмма (1 раз);
- электроэнцефалография, реоэнцефалография, эхоэнцефалография, доплерография (1 раз, далее - по показаниям).

Принципы терапии

Шизофрения предусматривает комплексное использование различных методов биологической терапии и фармакопрепаратов, психотерапии, лечебной педагогики и мероприятий социально-реабилитационного характера.

Основными принципами проведения психофармакотерапии у детей являются: постепенное повышение дозировок до выяснения особенностей индивидуальной и возрастной реактивности каждого конкретного больного, широкое применение при необходимости корректоров, осторожность при назначении депонированных препаратов в связи с трудностями терапевтического маневрирования.

Препараты выбора в первую очередь диктуются наличием тех или других психопатологических синдромов и симптомов.

Нейролептики употребляются в зависимости от преобладания невротоподобных или бредовых расстройств, с учетом возраста больного, глубины и тяжести психических расстройств: алимемазин; хлорпромазин; левомепромазин; перициазин; тиоридазин; трифлуоперазин; флуфеназин деканоат; пипотиазин; галоперидол; хлорпротиксен; клозапин.

При необходимости в комбинации с нейролептиками используются противопаркинсонические препараты (табл.4).

При невротоподобных и аффективных расстройствах (страхи, тревога, колебания настроения, преимущественно астенические, астено-депрессивные, астено-адинамические нарушения, а также сочетания психопатоподобных расстройств с гипоманиакальными состояниями) целесообразно использовать сочетание нейролептиков с антидепрессантами и транквилизаторами (табл. 8).

Психотерапия:

- игровая;
- поведенческая;
- семейное консультирование;
- семейная психотерапия.

Длительность лечения

Стационарный курс лечения - от 4 до 12 недель, далее по необходимости.

Амбулаторное лечение - поддерживающая терапия - от 3 до 12 месяцев в зависимости от психопатологических проявлений.

Ожидаемые результаты лечения

Редуцирование симптоматики, социальное восстановление.

Действия врача, если не достигнут результат лечения

При отсутствии эффекта от проводимой терапии, нарастания дефицитарных проявлений и стойкости продуктивной симптоматики целесообразно оформление инвалидности (с последующим пересмотром ее необходимости).

F20.9xx Шизофрения неуточненная

Условия лечения

См. раздел F20.

Перечень необходимых обследований см. раздел F20.

Принципы терапии

Руководствоваться общими правилами коррекции продуктивной и негативной симптоматики.

Длительность лечения см. раздел F20.

F21 Шизотипическое расстройство

Условия лечения

Амбулаторное.

Перечень необходимых обследований см. F20.

Принципы терапии

Следует руководствоваться характером преобладающей психопатологической симптоматики. Можно применять не только нейролептическую терапию, которая не носит строго облигатного характера, но и транквилизаторы и антидепрессанты. Значение нейролептической терапии возрастает при выраженном "шизофреническом" радикале переживаний в виде нарушений мышления, социально-трудоустройственной дезадаптации, негативных проявлениях. Рекомендуются препараты пролонгированного действия (табл.3) в малых дозах либо атипичные нейролептики (табл.2). Напротив, значение антидепрессантов (табл.6, раздел F3) и транквилизаторов (табл.5) возрастает при преобладании аффективной симптоматики в виде суточных колебаний настроения, депрессии, тревоги.

Психотерапия:

- тренинг социальных навыков;
- семейное консультирование.

F22 Хронические бредовые расстройства

F22.0x Бредовое расстройство

F22.8x Другие хронические бредовые расстройства

F22.9x Хроническое бредовое расстройство неуточненное

Условия лечения

Стационарное (те же, что и для F20.0xx).

Полустационарное (те же, что и для F20.0xx).

Амбулаторное (те же, что и для F20.0xx).

Перечень необходимых обследований см. F20.

Принципы терапии

Рекомендуется применение нейролептиков с избирательной антибредовой активностью (галоперидол, трифлуоперазин, перфеназин и др.) или атипичных нейролептиков (табл.1 и 2).

Длительность лечения

В стационаре 2 - 3 месяца.

В амбулаторных условиях 4 - 6 месяцев.

F23 Острые и преходящие психотические расстройства

F23.0x Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F23.1x Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении

F23.2x Острое шизофреноформное (шизофреноподобное) психотическое расстройство

F23.3x Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства

F23.8x Другие острые и преходящие психотические расстройства

F23.9x Острое и преходящее психотическое расстройство неуточненное

Условия лечения

Стационарное (те же, что и для F20.0xx). Длительность лечения 2 - 3 месяца.

Амбулаторное (те же, что и для F20.0xx). Длительность определяется индивидуально.

Перечень необходимых обследований см. F20.

Принципы терапии

Основные принципы лечения такие же, как и для лечения острой шизофрении (см. выше).

F24 Индуцированное бредовое расстройство

Условия лечения (те же, что и для F20.0xx)

Перечень необходимых обследований (см. F20xx)

Принципы терапии

Целесообразно применение различных вариантов психотерапии. При некорректируемом бредовом поведении с психомоторным возбуждением и агрессивностью возможно применение нейролептиков в малых дозах.

Длительность лечения

В стационаре - 1 - 2 месяца (в показаниях к стационарированию обычно также учитывается необходимость разъединения с партнером - индуктором бреда).

В амбулаторных условиях 2 - 3 месяца.

F25 Шизоаффективные расстройства

F25.0x Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

F25.1x Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип

F25.2x Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

F25.8 Другие шизоаффективные расстройства

F25.9 Шизоаффективное расстройство неуточненное

Лечение шизоаффективных расстройств проводят с учетом выраженности галлюцинаторно-бредовых расстройств, с одной стороны, и характера преобладающего аффекта, с другой. При массивной галлюцинаторной, бредовой, кататонической симптоматике применяются нейролептики с выраженным антипсихотическим действием (галоперидол, трифлуоперазин, зуклопентиксол) в адекватных дозах, которые можно применять в том числе и парентерально. При маниакальном аффекте, наряду с нейролептиками, необходимо применять карбонат лития (до 900 - 1200 мг/сут) либо

оксибутират лития (в адекватных дозах до купирования маниакального состояния). Концентрация лития в плазме крови не должна при этом превышать 0,8 - 1,0 ммоль/л. При отсутствии эффекта при применении соединений лития рекомендуется назначить другие нормотимики (карбамазепин, либо вальпроат натрия). При депрессивном и тревожно-депрессивном аффекте, наряду с нейролептиками, необходимо назначать различные антидепрессанты, выбор которых следует проводить с учетом характера доминирующего аффекта. При выраженном тоскливом аффекте препаратами выбора будут имипрамин, кломипрамин, мапротилин. При тревожном аффекте следует назначать amitриптилин или другие антидепрессанты с седативным компонентом действия (табл.7) либо мощные анксиолитики (феназепам, лоразепам, альпразолам) в адекватных дозах (табл.5). При повторных эпизодах уже на этапе стационарного лечения рекомендуется начинать профилактическую противорецидивную терапию. Для этого необходимо применять соли лития, карбамазепин или вальпроат натрия. Подбор профилактической терапии осуществляется по тем же принципам, что и при аффективных психозах (см. раздел F3).

F25.0x Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

Условия лечения

Стационарное - при выраженных галлюцинаторно-бредовой и аффективной симптоматике, нарушающих социальную адаптацию больных и при риске угрозы для жизни больного или окружающих лиц.

Полустационарное - при средне выраженной продуктивной психотической и аффективной симптоматике, при относительной социальной адаптации и при отсутствии угрозы для жизни больного или окружающих.

Амбулаторное - при невыраженной продуктивной психотической и аффективной симптоматике и при отсутствии угрозы для жизни больного или окружающих.

Перечень необходимых обследований (см. F20).

Принципы терапии

Применение нейролептиков, солей лития, нормотимиков (см. выше).

Длительность лечения

В стационаре - 3 - 4 месяца.

В амбулаторных условиях - 4 - 6 месяцев; поддерживающая терапия препаратами, с помощью которых было достигнуто купирование расстройств. При повторных эпизодах - переход к профилактической терапии нормотимиками.

Психотерапия:

- поддерживающая;
- семейное консультирование;
- тренинг социальных навыков.

Ожидаемые результаты лечения

Полное купирование психопатологических расстройств и восстановление прежнего уровня социальной адаптации.

Действия врача, если не достигнут результат лечения

Переход к парантеральному введению препаратов (галоперидол, седативные нейролептики), присоединение карбамазепина, вальпроата натрия и проведение других противорезистентных мероприятий (см. F20).

F25.1x Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип

Условия лечения

Стационарное - при выраженной галлюцинаторно-бредовой и депрессивной симптоматике, нарушающей социальную адаптацию больных, и при риске угрозы для жизни больного или окружающих лиц.

Полустационарное - при умеренно выраженной продуктивной психотической и депрессивной симптоматике, при относительной социальной адаптации и при отсутствии угрозы для жизни больного или окружающих.

Амбулаторное - при невыраженной продуктивной психотической и депрессивной симптоматике и при отсутствии угрозы для жизни больного или окружающих.

Перечень необходимых обследований (те же, что и для F25.0xx).

Принципы терапии

Применение нейролептиков с избирательной антибредовой активностью (галоперидол, трифлуоперазин и др.) и антидепрессантов (антидепрессанты трициклической структуры или мапротилин, либо селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (табл.1 и табл.6).

Психотерапия:

- поддерживающая;
- когнитивно-бихевиоральная;
- тренинг социальных навыков.

Действия врача, если не достигнут результат лечения

При отсутствии терапевтического эффекта возможно применение ЭСТ, метода одномоментной отмены психотропных средств; при резистентности к фармакотерапии.

F25.2x Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

Условия лечения (те же, что и для F25).

Перечень необходимых обследований (те же, что и для F25).

Принципы терапии

Применение нейролептиков, солей лития, карбамазепина, антидепрессантов с седативным компонентом действия.

Психотерапия:

- поддерживающая;
- тренинг социальных навыков;
- семейное консультирование.

F25.8 Другие шизоаффективные расстройства

F25.9 Шизоаффективное расстройство неуточненное

Основные характеристики обследования и терапии такие же, как и при F25.

F28 Другие неорганические психотические расстройства

Основные условия лечения такие же, как у F23.

F29 Неорганический психоз неуточненный

Основные условия лечения такие же, как у F23.

F30-F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства)

F30 Маниакальный эпизод

F31 Биполярное аффективное расстройство

F32 Депрессивный эпизод

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство

F34 Устойчивые (хронические) расстройства настроения (аффективные расстройства)

F38 Другие расстройства настроения (аффективные расстройства)

F39 Расстройство настроения (аффективное расстройство) неуточненное

В системе лечебных мероприятий при терапии аффективных расстройств выделяют 3 относительно самостоятельных этапа.

Первый этап - купирующая терапия (от момента начала лечения аффективной симптоматики до установления клинической ремиссии), направленная на быстрое купирование острой аффективной симптоматики.

Основными терапевтическими принципами этого этапа являются гибкий, динамичный подход к проведению терапии с адекватным темпом наращивания дозировок и быстрым переходом к интенсивным методам ведения больного при отсутствии или недостаточной эффективности терапии.

Второй этап - долечивающая или стабилизирующая терапия заключается в продолжении эффективной терапии с момента достижения клинической (терапевтической) ремиссии до предполагаемого спонтанного окончания фазы. Этот этап включает в себя также долечивание резидуальной, симптоматики, борьбу с аффективной неустойчивостью, прецидивными или ранними рецидивными расстройствами, включая их быстрое выявление и своевременное усиление терапии, длительность которой зависит от эндогенно запрограммированных характеристик течения заболевания. Проводится в амбулаторных или полустационарных условиях.

Третий этап - профилактическая терапия направлена на предотвращение развития рецидивов заболевания. Проводится в амбулаторных условиях.

Показаниями к назначению профилактической терапии являются:

- наличие не менее двух очерченных аффективных эпизодов за последние два года;
- наличие аффективных фаз субклинического уровня в долечивающем периоде после первого в жизни эпизода;
- первый эпизод тяжелый, приведший к госпитализации (наличие психотической симптоматики, при депрессии - суицидальные мысли/тенденции).

Профилактическая терапия может проводиться неопределенно долго, но не менее 1 года. Вопрос о прекращении профилактической терапии может быть решен положительно в случае, когда на протяжении пяти лет имело место полностью устойчивое состояние пациента, т.е. не наблюдалось аффективных расстройств даже субклинического уровня. При этом следует помнить, что даже на фоне полного благополучия прекращение профилактической терапии может привести к развитию фазы и дальнейшему утяжелению течения заболевания по сравнению с периодом до начала лечения. В связи с этим в случаях, когда нет объективных медицинских показаний для отмены профилактической терапии (подобные действия, возникновение сопутствующих интеркуррентных заболеваний, требующих назначения медикаментов, несовместимых с используемыми для профилактики препаратами и т.п.), тактика врача должна быть направлена на продолжение терапии неопределенно долго.

Обследования и консультации, обязательные при поступлении в стационар

- клинический анализ крови*(7)
- биохимический анализ крови: общий белок; билирубин общий; (билирубин связанный; билирубин свободный; аланин-аминотрансфераза аспартат-аминотрансфераза; фосфатаза щелочная; тимоловая проба)*(8); протромбиновый индекс; определение сахара крови; исследование крови на РВ; исследование крови на ВИЧ;
- клинический анализ мочи*(7);
- ЭКГ;
- анализ мазка из зева и носа на дифтерийную палочку;
- бактериологический анализ;
- консультация терапевта;
- для пациентов женского пола - консультация гинеколога;
- консультация невролога;
- консультация окулиста.

F30 Маниакальный эпизод

- F30.0 Гипомания
- F30.1 Мания без психотических симптомов
- F30.2 Мания с психотическими симптомами
- F30.8 Другие маниакальные эпизоды
- F30.9 Маниакальный эпизод неуточненный

Условия лечения

Обычно стационарное. Длительность пребывания в стационаре зависит от скорости редукции симптоматики, в среднем составляет 2 - 3 месяца. Возможно долечивание в полустационарных или амбулаторных условиях.

Необходимые обследования см. общую часть F3.

Принципы и длительность терапии

Соблюдаются все основные подходы и принципы, описанные для биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31). На этапе купирующей терапии препаратами первого выбора являются соли лития (карбонат, оксибутират). Лечение проводится под контролем концентрации лития в плазме крови. Доза подбирается таким образом, чтобы концентрация лития в плазме крови, определяемая утром, натощак, через 8 - 12 часов после приема последней дозы была не ниже 0,8 и не выше 1,2 ммоль/л. Оксибутират лития вводится внутримышечно, внутривенно медленно или внутривенно капельно.

Для коррекции расстройств сна - присоединение гипнотиков (таких как нитразепам, флуниотразепам, темазепам и пр.).

При выраженном психомоторном возбуждении, агрессивности, наличии маниакально-бредовой симптоматики или отсутствии эффекта лития в течение первых дней терапии в схему добавляют нейролептики (преимущественно - галоперидол, при необходимости - парентерально), дозу которого по мере становления эффекта постепенно снижают до полной отмены. Возможно добавление седативных нейролептиков (см. табл.1). Их применение носит симптоматический характер, то есть в случае развития моторного возбуждения или расстройств сна. При использовании нейролептической терапии также необходимо руководствоваться правилами купирования острого психоза при шизофрении (см. рубрику F20).

При отсутствии эффекта в первый месяц терапии необходим переход к интенсивной терапии или противорезистентным мероприятиям: чередование высоких доз инцизивных нейролептиков с седативными (см. табл.1), присоединение мощных транквилизаторов (феназепам, лоразепам), карбамазепина, вальпроата натрия и др.

На втором этапе - долечивающей или стабилизирующей терапии, применение солей лития должно продолжаться вплоть до спонтанного окончания фазы, длительность которой устанавливают по предыдущим фазам (в среднем 4 - 6 месяцев). Используются карбонат лития или его пролонгированные формы (контемнол и др.). При этом доза препарата должна быть постепенно снижена; поддерживается концентрация в плазме крови 0,5 - 0,8 ммоль/л.

Вопрос о прекращении терапии литием решается в зависимости от особенностей течения заболевания и необходимости проведения профилактической терапии.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование аффективных расстройств (см. общую часть F3).

F30.0 Гипомания

Условия лечения

Амбулаторное, полустационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии маниакального эпизода (см. рубрику F30) и биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31). Нейролептики применяются в небольших дозах.

Длительность купирующего этапа лечения

Зависит от скорости редукции симптоматики и может варьировать от нескольких недель до 3-х месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование аффективных расстройств.

F30.1 Мания без психотических симптомов

Течение средней тяжести или тяжелое.

Условия лечения

Лечение стационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии маниакального эпизода (см. рубрику F30) и биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31).

Психотерапия:

- поддерживающая;
- когнитивно-бихевиоральная;
- семейное консультирование.

Длительность лечения см. F30.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование аффективных расстройств (см. общую часть F3).

F30.2 Мания с психотическими симптомами

Условия лечения

Лечение стационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии маниакального эпизода (см. рубрику F30) и биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31).

Дополнительной целью купирующего этапа терапии является одновременное воздействие как на маниакальную, так и на психотическую (галлюцинаторно-бредовую) симптоматику. В отличие от купирования мании без психотических симптомов, в данном случае сочетанная терапия литием с нейролептиками (галоперидол и др.) должна проводиться с первых дней лечения. В зависимости от темпа редукции симптоматики дозы нейролептика постепенно снижают в течение последующих 2 - 3 недель терапии, вплоть до полной отмены.

Психотерапия:

- семейное консультирование.

Длительность лечения см. F30.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование аффективных расстройств.

F30.8 Другие маниакальные эпизоды

F30.9 Маниакальный эпизод неуточненный

Соблюдаются общие правила лечения маниакального эпизода (F30).

Ожидаемые результаты лечения

Купирование аффективных расстройств (см. общую часть F3).

F31 Биполярное аффективное расстройство

- F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании
- F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов
- F31.2x Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами
- F31.3x Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии
- F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов
- F31.5x Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами
- F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера
- F31.7 Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия
- F31.8 Другие биполярные аффективные расстройства
- F31.9 Биполярное аффективное расстройство неуточненное

Соблюдаются все основные подходы и принципы, описанные для аффективных расстройств (F3).

Учитывая риск инверсии фазы, для ее предотвращения уже на этапе купирующей терапии в схему включают препараты нормотимического действия, которые сохраняются и на втором этапе терапии.

Длительность долечивающей или стабилизирующей терапии зависит от характеристик течения заболевания, определяется длительностью предшествующих фаз и составляет в среднем 4 - 6 месяцев.

Для проведения профилактической терапии применяются препараты нормотимического действия. Их дозы подбираются таким образом, чтобы достигался максимальный терапевтический эффект при минимальной выраженности побочных действий.

При классическом альтернирующем течении профилактическую терапию следует начинать с применения солей лития. В случае применения карбоната лития лечение начинают с 1 - 2 таблеток в день. Ежедневно, определяя концентрацию лития в плазме крови и повышая дозу на 1 таблетку в неделю, доводят концентрацию до 0,6 - 0,8 ммоль/л. Обычно средняя доза варьирует от 0,6 до 1,2 г в сутки. После подбора адекватной профилактической дозы концентрация лития в плазме крови должна определяться достаточно регулярно: сначала не реже 1 раза в 2 месяца, в последующем - 1 раз в 4 - 6 месяцев. При изменении дозы концентрацию вновь необходимо проверить через неделю. Применение суточных пролонгов карбоната лития (контемнол и др.) облегчает проведение длительной профилактической терапии.

При отсутствии результата, недостаточной эффективности через год от начала терапии или невозможности ее проведения в режиме адекватных дозировок из-за возникающих побочных явлений или сопутствующих соматических заболеваний можно перейти к монотерапии антиконвульсантами (карбамазепин, соли вальпроевой кислоты) или использовать комбинированную терапию нормотимиками.

Лечение карбамазепином начинают с минимальных доз (100 - 200 мг/сут), с последующим постепенным увеличением дозы (на 100 - 200 мг 1 раз в 2 - 3 дня в зависимости от переносимости препарата). При появлении побочных действий (атаксия, диплопия, повышенная седация, дизартрия, тошнота) доза уменьшается до предыдущей - максимально переносимой, которая сохраняется для проведения дальнейшей терапии. При отсутствии побочных эффектов в период наращивания дозировок средней терапевтической считается доза - 600 мг/сут. На этапе подбора дозировок следует учитывать, что спустя 2 - 3 недели от начала терапии происходит аутоиндукция печеночных ферментов, снижение концентрации препарата в крови, в связи с чем возможно увеличение дозы еще на 200 - 400 мг/сут.

Вальпроат натрия назначается в минимальных дозах (150 - 300 мг) с последующим наращиванием дозы на 300 мг 1 раз в 2 - 3 дня. Эффективная профилактическая доза варьирует в пределах 600 - 1200 мг/сут.

Для комбинированной терапии используют средние терапевтические дозы. При проведении комбинированной терапии нормотимиками сочетание карбамазепина и вальпроата натрия не используется из-за их интеркуррентного взаимодействия на уровне печеночных ферментов.

При быстрых циклах (более 4 аффективных эпизодов в год) профилактическую терапию рекомендуется начинать сразу с антиконвульсантов. При отсутствии эффекта нормотимиков (моно- или комбинированной терапии) для обрыва быстроциклического течения возможно проведение электросудорожной терапии (ЭСТ) с последующей терапией нормотимиками.

Особое внимание при проведении длительной профилактической терапии нормотимическими препаратами следует обращать на соматическое состояние пациента.

Психотерапия:

- когнитивно-бихевиоральная;
- интерперсональная;
- поддерживающая;
- семейное консультирование.

F31.0 Биполярное аффективное расстройство,

текущий эпизод гипомании

Условия лечения

Лечение в амбулаторных условиях или полустационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31) и правила купирования гипомании (F30.0).

Длительность лечения см. F30.0.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов

Условия лечения

Лечение стационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31) и правила купирования мании без психотических симптомов (F30.1).

Длительность лечения см. F30.0.

Требования к результатам лечения см. общую часть F3.

F31.2x Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами

Условия лечения

Лечение стационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31) и правила купирования мании с психотическими симптомами (F30.2).

Длительность лечения см. F30.

Требования к результатам лечения см. общую часть F3.

F31.3x Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии

Условия лечения

Стационарное - при наличии суицидальных тенденций, затруднениях в выборе терапии. В остальных случаях полустационарное или амбулаторное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31), общие правила терапии легкой или умеренной депрессивного эпизода (см. рубрику F32.0 и 32.1).

Дополнительной целью купирующего этапа терапии является предотвращение инверсии фазы. В связи с этим, на ранних этапах терапии в схему должен быть введен препарат нормотимического действия. Дополнительным условием выбора антидепрессанта является отсутствие или менее выраженная способность вызывать инверсию аффекта. Риск развития инверсии аффекта является максимальным при применении трициклических антидепрессантов (особенно со стимулирующим компонентом действия) и снижается при использовании антидепрессантов другой химической структуры.

Длительность лечения

Проведение этапа стабилизирующей терапии ограничивается 2 - 3 месяцами.

Для профилактической терапии антидепрессанты не применяются, предпочтение отдается солям лития и другим нормотимическим препаратам.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий

эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов

Условия лечения

Лечение стационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31) и терапии тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (см. рубрику F32.2).

Дополнительной целью купирующего этапа терапии является предотвращение инверсии фазы. В связи с этим, на ранних этапах терапии в схему должен быть введен препарат нормотимического действия. Дополнительным условием выбора антидепрессанта является отсутствие или менее выраженная способность вызывать инверсию аффекта (см. рубрику F31.3х).

Психотерапия: см. общие принципы F31.

Длительность лечения

Проведение этапа стабилизирующей терапии ограничивается 2 - 3 месяцами.

Для профилактической терапии антидепрессанты не применяются, предпочтение отдается солям лития и другим нормотимическим препаратам.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F31.5х Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31) и терапии депрессивного эпизода тяжелой депрессии с психотическими симптомами (см. рубрику F32.3х).

Дополнительной целью купирующего этапа терапии является предотвращение инверсии фазы. В связи с этим, на ранних этапах терапии в схему должен быть введен препарат нормотимического действия. Дополнительным условием выбора антидепрессанта является отсутствие или менее выраженная способность вызывать инверсию аффекта (см. рубрику F31.3х).

Психотерапия: см. F31.

Длительность лечения

Проведение этапа стабилизирующей терапии ограничивается 2 - 3 месяцами.

Для профилактической терапии антидепрессанты не применяются предпочтение отдается солям лития и другим нормотимическим препаратам.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера

Условия лечения

Стационарное - при значительной глубине аффективных расстройств, суицидальных тенденциях. В остальных случаях - полустационарное или амбулаторное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы терапии биполярного аффективного расстройства (см. рубрику F31) и смешанного аффективного эпизода (F38.00).

Длительность лечения

Зависимость от скорости редукции симптоматики и в среднем составляет 1 - 2 месяца.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F31.7 Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия

При наличии показаний возможно проведение профилактической терапии (см. рубрику F31).

F31.8 Другие биполярные аффективные расстройства
F31.9 Биполярное аффективное расстройство неуточненное

Соблюдаются общие правила терапии биполярного аффективного расстройства (F31).

F32 Депрессивный эпизод

- F32.0x Депрессивный эпизод легкой степени
- F32.1x Депрессивный эпизод средней степени
- F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов
- F32.3x Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами
- F32.8 Другие депрессивные эпизоды
- F32.9 Депрессивный эпизод неуточненный

Соблюдаются общие принципы, описанные для аффективных расстройств (см. рубрику F3).

Первый этап - купирующая терапия направлена на быстрое купирование острой депрессивной симптоматики.

Основой терапевтических мероприятий является применение антидепрессантов.

Выбор антидепрессанта должен проводиться с учетом:

1. Спектра его психотропной активности (табл.7) и выявления преобладающей симптоматики (тревожной или адинамической) в структуре депрессии:

- преобладание тревоги и ажитации - антидепрессанты-седатики;
- преобладание адинамической симптоматики - антидепрессанты стимулирующего действия; по мере редукции адинамической симптоматики возможна актуализация тревоги, требующая дополнительного назначения транквилизаторов;

- сосуществование тревоги и заторможенности - антидепрессанты сбалансированного действия или антидепрессанты в сочетании с транквилизаторами.

2. Соматического состояния пациента и противопоказаний к применению препарата.

3. Сопутствующей медикаментозной терапии, назначенной в связи с наличием хронических соматических заболеваний, и возможных нежелательных лекарственных взаимодействий препаратов.

Темп наращивания дозировок при применении классических антидепрессантов должен быть максимально быстрым для достижения индивидуальной терапевтически эффективной дозы. Средние терапевтические дозы основных антидепрессантов приведены в табл.6.

Для коррекции расстройств сна назначаются гипнотики. Антидепрессанты подбирают таким образом, чтобы наибольшая из дневных дозировок препарата с седативным действием приходилась на вечерние часы. При стойких нарушениях сна может быть применен тразодон как антидепрессант со снотворным действием, не вызывающий привыкания. Для купирования тревожного раптуса или ажитации применяют внутримышечное введение транквилизаторов с мощным анксиолитическим действием (диазепам, феназепам, лоразепам и т.п.). В случае их неэффективности возможно кратковременное назначение седативных нейролептиков (см. табл.1). При наличии соматически и органически измененной почвы целесообразна терапия антидепрессантами с минимальными побочными эффектами (СИОЗС, ОИМАО, тианептин, гептрал и др.) в сочетании с церебропротекторами, вазоветотропными средствами и т.п.

При отсутствии или недостаточной эффективности проводимой терапии и "затягивании" депрессивной симптоматики для предотвращения формирования резистентности необходим своевременный переход к интенсивным методам лечения, включающим в себя парентеральное введение препаратов, применение метода одномоментных отмен и др. При отсутствии эффекта или невозможности проведения интенсивной терапии в режиме адекватных дозировок антидепрессантов в связи с развитием выраженных побочных действий необходимо перейти к применению препарата другой химической структуры и/или обладающего иным механизмом действия. В случае отсутствия эффекта трех курсов интенсивной терапии необходимо перейти к специальным противорезистентным мероприятиям. К ним относятся такие методы, как:

- применение сочетанной терапии:
СИОЗС или ингибитор МАО + карбонат лития;
то же + L-триптофан;
то же + карбамазепин;
миансерин + трициклический антидепрессант или ингибитор МАО или СИОЗС;

- немедикаментозные:
депривация сна (полная или частичная);
фототерапия (лечение ярким белым светом);
плазмаферез;
нормобарическая гипоксия;
лазеротерапия;
рефлексотерапия;
разгрузочно-диетическая терапия и др.

В случае отсутствия эффекта одного или двух противорезистентных методов рекомендуется провести курс электросудорожной терапии (ЭСТ). При тяжелой депрессии с высоким риском суицида проведение ЭСТ возможно на более ранних этапах лечения.

Длительность лечения

Длительность этапа купирующей терапии может составлять от 6 до 12 недель (для достижения полного терапевтического контроля за состоянием обычно требуется около 9 недель).

Второй этап - долечивающая или стабилизирующая терапия.

В случае применения гетероциклических антидепрессантов и ингибиторов МАО производят постепенное (1 раз в три дня) снижение их дозы под контролем психического состояния с доведением ее до уровня в половину меньшей по сравнению с терапевтической. При условии стабильности состояния (отсутствие аффективных колебаний субклинического уровня) в последние два месяца терапии доза постепенно снижается до полной отмены препарата.

Стандартные терапевтические дозы СИОЗС, применявшиеся на первом этапе терапии, сохраняются неизменными на протяжении всего этапа стабилизирующей терапии и, при условии стабильности состояния пациента (отсутствие аффективных колебаний субклинического уровня), препарат отменяется в течение недели с двух-трех этапным снижением дозировки. Если на первом этапе терапии, ввиду неэффективности средней терапевтической стандартной дозы, применялись максимальные дозы препарата, то в начале долечивающего периода они должны быть снижены до средней терапевтической, и дальнейшее лечение проводится как указано выше.

Психотерапия:

- поддерживающая;
- когнитивная;
- когнитивно-бихевиоральная;
- краткосрочная динамическая;
- интерперсональная;
- семейная;
- семейное консультирование.

Длительность лечения

Длительность этапа стабилизирующей терапии зависит от полярности течения аффективных расстройств (см. рубрики F31 и F33).

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F32.0x Депрессивный эпизод легкой степени

Условия лечения

Лечение амбулаторное или в дневном стационаре.

Принципы терапии

Соблюдаются все основные терапевтические подходы и принципы, описанные для аффективных расстройств (F3) и депрессивного эпизода (F32).

Наряду с соблюдением общих для депрессивного расстройства принципов выбора антидепрессанта, следует учитывать, что пациенты с легким депрессивным эпизодом более

чувствительны к появлению побочных действий препарата, развитие которых может усугублять депрессивную симптоматику.

Оставляя первенство за антидепрессантами как средством выбора, следует учитывать, что при лечении легкого депрессивного эпизода могут быть эффективны и транквилизаторы (напр. альпразолам) в сочетании с психотерапевтическими методами.

При выборе препарата, наряду с учетом спектра его психотропной активности, предпочтение отдается средствам, вызывающим наименьшее число побочных эффектов, - селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС) и обратимым ингибиторам моноаминоксидазы (ОИМАО) (табл.6). Из антидепрессантов гетероциклической структуры меньшей по сравнению с другими препаратами этой группы выраженностью антихолинергических побочных явлений обладают пипофезин, тианептин, миансерин.

Длительность лечения

Зависит от скорости редукции симптоматики и, в целом, не выходит за рамки, указанные в рубрике F32.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F32.1x Депрессивный эпизод средней степени

Условия лечения

Лечение амбулаторное, полустационарное или в стационаре.

Их выбор определяется особенностями депрессии и социальными условиями пациента. Учитывая высокий риск резкого изменения состояния для одиноких больных, проживающих отдельно от родственников, лечение предпочтительнее проводить в условиях стационара или полустационара. При наличии суицидальных мыслей - лечение стационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются все основные терапевтические подходы и принципы описанные для аффективных расстройств (F3) и депрессивного эпизода (F32).

На первом этапе применяются преимущественно таблетированные формы препаратов. При отсутствии положительной динамики состояния терапевтические мероприятия аналогичны указанным для тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2).

Длительность лечения см. F32.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

Условия лечения

Лечение стационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются все основные терапевтические подходы и принципы, описанные для аффективных расстройств (F3) и депрессивного эпизода (F32).

Для максимально быстрого достижения эффекта необходимо преимущественное использование внутримышечного и/или внутривенно-капельного способа введения антидепрессантов.

Длительность лечения см. F32.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F32.3x Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

Условия лечения

Стационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются все основные терапевтические подходы и принципы, описанные для рекуррентного депрессивного расстройства (см. F33).

Терапевтическая тактика направлена на быстрое достижение обрыва психоза.

С первых дней назначают преимущественно "большие" антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин и т.п.) с антибредовыми нейролептиками внутримышечно и/или внутривенно капельно. В случае хорошей переносимости дозы препаратов быстро доводят до максимальных. При преобладании в статусе тревоги, страха, растерянности, выраженной психомоторной ажитации в схему терапии включают седативные нейролептики (см. табл.1). Применение нейролептиков должно соответствовать принципам, описанным при купировании острых психозов у больных шизофренией (см. рубрику F20). После купирования остроты состояния переходят к таблетированным формам препаратов.

Психотерапия:

- когнитивно-бихевиоральная;
- семейное консультирование.

Длительность лечения см. F32 и F20.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F32.8 Другие депрессивные эпизоды

F32.9 Депрессивный эпизод неуточненный

Соблюдаются все основные терапевтические подходы и принципы, описанные для аффективных расстройств (F3) и депрессивного эпизода (F32).

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство

- F33.0x Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени
- F33.1x Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени
- F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов
- F33.3 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами
- F33.4 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии
- F33.8 Другие рекуррентные депрессивные расстройства
- F33.9 Рекуррентное депрессивное расстройство неуточненное

Принципы терапии

Соблюдаются все основные подходы и принципы, описанные для аффективных расстройств настроения (F3).

Быстрое купирование депрессивной симптоматики на первом этапе терапии важно не только с точки зрения уменьшения страданий больного, но и для предотвращения суицида.

Конкретный выбор препаратов, дозы и длительность терапии зависят от особенностей клинической картины депрессии и динамики состояния (см. рубрику F32).

На этапе долечивающей или стабилизирующей терапии продолжается лечение эффективным антидепрессантом. Длительность тимоаналептической терапии определяется по длительности предшествующих фаз и должна превышать ее не менее, чем вдвое. Средняя продолжительность долечивающего этапа составляет 5 - 9 месяцев.

Для проведения профилактической терапии применяются препараты нормотимического действия (преимущественно карбамазепин) или антидепрессанты. Методика применения нормотимиков аналогична описанной при биполярном аффективном расстройстве (см. рубрику F31). Из антидепрессантов предпочтение должно отдаваться СИОЗС и другим антидепрессантам нового поколения, учитывая незначительную выраженность при их применении нежелательных побочных действий. В случае применения трициклических антидепрессантов их дозы должны быть минимально возможными. СИОЗС применяются в стандартных терапевтических дозах на протяжении всего этапа профилактической терапии (см. табл.6).

Психотерапия:

- поддерживающая;
- когнитивная;
- когнитивно-бихевиоральная;
- интерперсональная;
- семейная;
- групповые формы.

Длительность лечения

Длительность купирующего этапа лечения см. F32.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3

F33.0x Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени

Условия лечения

Лечение амбулаторное, полустационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы лечения рекуррентного депрессивного расстройства (F33) и депрессивного эпизода легкой степени (F32.0).

Длительность лечения см. F32.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F33.1x Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени

Условия лечения

Лечение амбулаторное, полустационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы лечения рекуррентного депрессивного расстройства (F33) и депрессивного эпизода умеренной тяжести (F32.1x).

Длительность лечения см. F32.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

Условия лечения

Лечение стационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы лечения рекуррентного депрессивного расстройства (F33) и тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2).

Длительность лечения см. F32.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F33.3 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

Условия лечения

Лечение стационарное.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы лечения рекуррентного депрессивного расстройства (F33) и тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами (F32.3).

Длительность лечения см. F32 и F20.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F33.4 Рекуррентное депрессивное расстройство,

текущее состояние ремиссии

Возможно проведение профилактической терапии, как описано для рекуррентного депрессивного расстройства (см. рубрику F33).

F33.8 Другие рекуррентные депрессивные расстройства F33.9 Рекуррентное депрессивное расстройство неуточненное

Соблюдаются принципы терапии рекуррентного депрессивного расстройства (F33).

F34 Устойчивые (хронические) расстройства настроения (аффективные расстройства)

Соблюдаются общие принципы терапии аффективных расстройств настроения (F3).

F34.0 Циклотимия

Условия лечения

Лечение в амбулаторных или полустационарных условиях.

Принципы терапии

Соблюдаются общие принципы лечения биполярного аффективного расстройства (см. F31).

С целью купирования аффективной симптоматики и профилактики повторных эпизодов назначаются препараты нормотимического действия на срок не менее одного года. Лечение проводится в соответствии с общими принципами профилактического этапа терапии биполярного аффективного расстройства (см. F31). Соблюдаются общие принципы терапии легкого депрессивного расстройства и гипомании (см. F32.0 и F30.0).

Психотерапия:

- когнитивно-бихевиоральная;
- семейное консультирование.

Длительность лечения см. F31.3 и F31.0.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F34.1 Дистимия

Условия лечения

Лечение амбулаторное, при наличии депрессивного эпизода - в полустационаре или стационаре.

Принципы терапии

Соблюдаются все основные терапевтические подходы и принципы, описанные для рекуррентного депрессивного расстройства (см. F33). Наряду с соблюдением общих для депрессивного расстройства принципов выбора антидепрессанта, следует учитывать часто выявляющуюся вегетативную неустойчивость и крайнюю чувствительность к проявлению побочного действия психотропных средств. Вместе в тем, обычно требуется длительный (несколько месяцев) прием антидепрессантов.

При выборе препарата, наряду с учетом спектра его психотропной активности, предпочтение отдается средствам, вызывающим наименьшее число побочных эффектов СИОЗС, ОИМАО (см. табл.6). Трициклические и тетрациклические антидепрессанты применяют преимущественно в малых и средних терапевтических дозах. Темп их наращивания должен быть более медленным, чем у больных депрессией, и определяется переносимостью терапии. Выбор препарата аналогичен описанному для легкого депрессивного эпизода (см. F32.0). При наличии органически измененной почвы возможно длительное применение карбамазепина в невысоких дозах (100 - 400 мг/сут), а также повторные курсы нейрометаболической терапии (см. раздел F0).

Учитывая частую связь развития дистимии с психотравмирующей ситуацией, следует учитывать особую важность проведения психотерапевтических методов лечения. В ряде

случаев психофармакотерапия служит предпосылкой для последующего или одновременного проведения психотерапии.

Длительность курса терапии составляет не менее 5 - 8 недель. При положительном эффекте применение антидепрессанта может быть продолжено в течение 6 - 12 месяцев.

При неэффективности первого курса терапии производится смена антидепрессанта (лучше выбрать препарат другой химической структуры и другого механизма действия).

В случае отсутствия эффекта повторного курса переходят к последовательному проведению специальных противорезистентных мероприятий (см. F32).

При редукции дистимических расстройств проводят профилактическую терапию антидепрессантами, как это описано для рекуррентного депрессивного расстройства (F33).

При усилении депрессивной симптоматики терапию интенсифицируют и проводят в соответствии с общими принципами лечения депрессивного эпизода (F32).

Психотерапия:

- когнитивно-бихевиоральная;
 - интерперсональная;
 - семейная;
 - поддерживающая;
 - краткосрочная психодинамическая;
 - групповая, в т.ч. психодрама, гештальттерапия и др.
- Требования к результатам лечения см. общую часть F3.

F38 Другие расстройства настроения (аффективные расстройства)

F38.1x	Другие рекуррентные расстройства настроения (аффективные расстройства)	расстройства	настроения	(аффективные)
F38.8	Другие уточненные расстройства настроения (аффективные расстройства)	расстройства	настроения	(аффективные)

F38.00 Смешанный аффективный эпизод

Условия лечения

Лечение в зависимости от тяжести состояния - амбулаторное, полустационарное и стационарное.

Принципы терапии

Лечение проводится препаратами нормотимического действия. При отсутствии эффекта монотерапии возможно сочетание лития с карбамазепином или вальпроатом натрия. При наличии феномена "быстрой цикличности" предпочтение отдается антиконвульсантам. Для купирования преобладающей маниакальной или депрессивной симптоматики в схему терапии дополнительно включаются антидепрессанты или нейролептики, дозы которых должны быть постепенно снижены вплоть до полной отмены сразу после купирования основной аффективной симптоматики.

Долечивающая терапия проводится эффективным на первом этапе терапии препаратом нормотимического действия. Длительность этапа долечивающей терапии должна превышать длительность самого эпизода по крайней мере в два раза. При отсутствии в этот период аффективных колебаний субклинического уровня дозы препарата постепенно снижаются до полной отмены.

Психотерапия: см. F34.

Длительность лечения см. F31.6.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F38.1x Другие рекуррентные расстройства настроения (аффективные расстройства)

F38.10 Рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство

Условия лечения

Лечение амбулаторное, полустационарное или стационарное (определяются тяжестью возникающих депрессивных эпизодов).

Принципы терапии

Для обрыва частого рецидивирования депрессивных состояний уже на первом этапе терапии используется подход, аналогичный используемому на профилактическом этапе. Применяются препараты нормотимического действия, преимущественно антиконвульсанты, или антидепрессанты с хорошей переносимостью, назначаемые на срок не менее 1 года (см. рубрику F33). При необходимости для купирования депрессивных эпизодов умеренной и тяжелой степени или при отсутствии эффекта нормотимиков в схему включаются антидепрессанты, и лечение проводится аналогично принципам терапии депрессивного эпизода (F32).

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть F3.

F38.8 Другие уточненные расстройства настроения (аффективные расстройства)

Наряду с терапевтическими мероприятиями в отношении основного заболевания, являющегося причиной депрессивного состояния, могут использоваться антидепрессанты. Преимущественно применяются СИОЗС.

F39 Расстройство настроения (аффективное расстройство) неуточненное

Соблюдаются общие принципы терапии аффективных расстройств (см. рубрику F3).

F30-F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства) у детей

Психотические формы практически не встречаются у детей до 10 лет. Наблюдаются аффективные расстройства в виде эпизодов, рекуррентное депрессивное расстройство или биполярное аффективное расстройство в виде фаз, разделенных светлыми промежутками (более характерно для детей до 10-летнего возраста), континуальным чередованием биполярных фаз или затяжной депрессией (более свойственно подросткам) и др.

Депрессивное расстройство в детско-подростковом возрасте представляет собой достаточно длительное состояние (1 - 5 мес.), на фоне которого выступают короткие эпизоды психомоторного возбуждения, связанного со страхом, тревогой или дисфорией, и соматоалгические кризы, имеющие пароксизмальный характер и сопровождающиеся витальным страхом. Кратковременные (1 - 14 дней) и затяжные депрессии (более 1 года) встречаются редко. Особенности эндогенной депрессии в детском возрасте являются: массивность соматоалгических и поведенческих расстройств, маскирующих собственно аффективную симптоматику; многоплановость оттенков депрессивного аффекта с преобладанием тревоги, страха или дисфории при малой дифференцированности тоскливого настроения; направленность фабулы депрессивных сверхценных и бредовых переживаний вовне; наличие обратимых регрессивных расстройств; сглаженность суточного ритма аффекта; сочетание с рудиментарной симптоматикой других регистров и личностной защитной реакцией; высокая частота реактивной провокации и чувствительность симптоматики к внешним воздействиям; фрагментарность, изменчивость характера и степени выраженности расстройств. Возрастная динамика депрессивного синдрома заключается в переходе от преобладающих в младенчестве соматовегетативных и псевдорегрессивных расстройств к преимущественно неврозоподобным в младшем дошкольном возрасте с присоединением соматоалгических и рудиментарных бредовых в старшем дошкольном возрасте, их нарастании в сочетании с массивными идеаторными и абулическими расстройствами в младшем школьном возрасте и в проявлении отчетливых депрессивных идей, поведенческих и характерных пубертатных нарушений в препубертате и пубертате.

Гипоманиакальные фазы возникают преимущественно после более или менее длительного монополярного депрессивного течения и отличаются простотой и

гармоничностью аффективного синдрома, отсутствием или крайней рудиментарностью расстройств неаффективного регистра, а также значительно меньшей подверженностью, чем депрессии, влиянию меняющейся ситуации. Возрастная динамика гипоманиакальных фаз заключается в постепенной редукции витального аффекта и потускнении соматовегетативных нарушений, особенно ярких в дошкольном возрасте, появлении идеаторного компонента в младшем школьном возрасте, оживлении и постепенном нарастании выраженности влечений и дисфорического или дурашливого оттенка настроения в препубертате и пубертате. Мании психотического уровня в детстве относительно редки, сопровождаются идеями переоценки собственной личности вплоть до маниакальных идей величия, бредом и галлюцинациями воображения, кататоническими расстройствами.

Условия лечения

Амбулаторное

При нерезко выраженных депрессивных расстройствах, корригируемом поведении дома и в детских учреждениях, отсутствии социальной учебной дезадаптации, отказе родителей от стационарирования.

Стационарное лечение - при выраженных аффектах тоски, тревоги или страха, агрессивности, суицидальных тенденциях, социальной и школьной дезадаптации, резистентности психопатологических расстройств к лечению (при условии согласия родителей), неблагоприятных социально-бытовых условиях.

Необходимые обследования и консультации специалистов по стандартному перечню (см. F90). Стационарирование в детское отделение производится при наличии анализов кала на дизентерию, кишечную группу; мазка из зева и носа на дифтерийную палочку; справки участкового педиатра о сделанных прививках; справки педиатра детского учреждения об отсутствии контактов по детским инфекциям; справки санэпидстанции об отсутствии контактов по инфекционным заболеваниям по дому. При необходимости экстренного стационарирования и при отсутствии перечисленных анализов и справок ребенок направляется в изолятор.

Принципы терапии

Подбор оптимальной дозы антидепрессанта в детском возрасте осуществляется с учетом двух условий: с одной стороны, одна должна быть достаточной для максимально быстрого купирования депрессивной симптоматики и предотвращения лекарственной резистентности; с другой стороны - исключающей возможность возникновения тяжелых побочных явлений и осложнений терапии. Ограничение выбора антидепрессанта обусловлено также рядом возрастных особенностей депрессивного синдрома и тенденциями течения заболевания в целом, к которым относятся: высокий удельный вес смешанного аффекта, быстрота смены полярных фаз, лабильность, изменчивость аффекта, многократная смена его оттенков на протяжении одного приступа. Легкость перехода к маниакальному состоянию или возбуждению с углублением депрессивного аффекта (раптоидные состояния, тревожная агитация, ипохондрические кризы, истероформные и дисфорические пароксизмальные состояния) заставляют с большой осторожностью относиться к назначению антидепрессантов стимулирующего действия и психостимуляторов. Круг препаратов выбора для лечения детской депрессии ограничен и, по существу, включает лишь амитриптилин, пипофезин, кломипрамин, мапротилин.

Полиморфизм клинической картины, включающей наряду с депрессивной симптоматикой рудиментарные персекуторные идеи, фрагментарные галлюцинаторные расстройства, признаки процессуального нарушения мышления, неврозоподобные и поведенческие расстройства, диктует необходимость комбинированного лечения с дополнением антидепрессивной терапии нейролептиками фенотиазинового ряда (трифлуопезарин, перфеназин) и анксиолитического действия (клозапин, перициазин), транквилизаторами и ноотропами.

При тоскливых, тревожных и боязливых депрессиях: амитриптилин или пипофезин в сочетании с хлордиазепоксидом. При выраженном психомоторном беспокойстве - комбинация амитриптилина с тиоридазином или феназепамом, иногда в сочетании с трифлуоперазином и корректорами. При тревожно-депрессивных, депрессивно-бредовых и депрессивно-параноидных приступах назначается клозапин в небольших дозах с постепенным последующим их повышением.

У детей в возрасте 9 - 15 лет для купирования тяжелых тревожных, боязливых, тоскливых и дисфорических депрессий, при затяжных депрессиях с мучительными навязчивыми и дереализационно-деперсонализационными расстройствами используется внутривенное капельное введение 0,5% раствора алимемазина или 1% раствора амитриптилина, разведенных в 400 мл 0,9% раствора хлористого натрия. При боязливых, тревожных и тоскливых депрессиях, сопровождающихся психомоторным беспокойством, - внутривенное капельное введение раствора диазепама. Больным с явлениями интоксикации при острых шизоаффективных психозах или вследствие осложнений нейролептической терапии назначается внутривенное капельное введение 0,9% раствора хлористого натрия или 5% раствора глюкозы с 5 мл 20% раствором пираретама. С учетом тяжести соматического состояния в капельницу добавляется 0,5 мл 0,6% раствора коргликона, 50 ЕД кокарбоксилазы или витамин С. Для достижения форсированного диуреза в конце процедуры струйно вводится лазикс (1 мл 1% раствора). При депрессиях со снижением психического тонуса, потерей аппетита и гастралгиями внутривенно капельно вводится 5% раствор сульпирида, разведенный физиологическим раствором или 5% раствором глюкозы.

При лечении дисфорических и unlust-депрессий, сопровождающихся поведенческими расстройствами и выраженными истероформными реакциями: большие дозы антидепрессантов седативного или сбалансированного действия в сочетании с тиоридазином, алимемазином или феназепамом. При тяжелых формах психопатоподобного поведения допускается введение минимальных доз перициазина.

При адинамической депрессии: пипофезин, пираретам в сочетании с тиоридазином.

При соматизированных депрессиях лечение проводится высокими дозами седативных антидепрессантов в сочетании с транквилизаторами, алимемазином или тиоридазином. При "демаскировании" депрессии необходимо усиливать антидепрессивную терапию, оставляя стабильными дозы транквилизаторов и нейролептиков; при редукции депрессивной симптоматики и неизменности соматоалгического компонента возникает необходимость в увеличении доз более эффективных нейролептиков при сохранении прежней антидепрессивной терапии.

Слезливые депрессии: небольшие дозы пипофезина, иногда в сочетании с транквилизаторами.

Для лечения ступидных депрессий показаны антидепрессанты активирующего действия.

При затяжных депрессивных состояниях в случае отсутствия терапевтического эффекта - метод одномоментной отмены психотропных препаратов.

Лечение детей с психотическими маниями во всех случаях проводится в стационаре - галоперидолом в таблетках или инъекциях с корректорами и вечерним приемом левомепромазина или клозапина.

Введение карбоната лития в лечебных дозах снижает возбуждение при условии сочетания лития с вышеописанной терапией. Назначение препарата карбоната лития следует проводить при одновременном контроле концентрации лития в сыворотке крови: в начале лечения, далее - с большим интервалом (один раз в 2 недели - 1 месяц).

Терапия гипоманиакальных фаз: тиоридазин в сочетании с вечерним приемом нитразепама и феназепама. При гипоманиях с психопатоподобным поведением и выраженным патологическим фантазированием: тиоридазин, галоперидол, перициазин или клозапин, карбонат лития.

Профилактика эндогенных аффективных расстройств в детском возрасте: карбонат лития с постепенным наращиванием суточной дозы в течение 10 - 12 дней, карбамазепин.

Семейное консультирование, семейная психотерапия.

Длительность лечения

Сроки лечения в стационаре - от 2 до 12 недель (по необходимости могут быть продлены). Сроки частичной госпитализации до 12 недель.

Ожидаемые результаты лечения

Полное купирование депрессивных или маниакальных расстройств, предотвращение социальной и школьной дезадаптации, по возможности предотвращение последующих аффективных фаз.

и соматоформные расстройства

- F40 Фобические тревожные расстройства
- F41 Другие тревожные расстройства
- F42 Обсессивно-компульсивное расстройство
- F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации
- F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства
- F45 Соматоформные расстройства
- F48 Другие невротические расстройства

Общая характеристика расстройств

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства принадлежат к расстройствам аффективного спектра. Соответственно, основу их фармакотерапии должны составлять антидепрессанты и анксиолитики, а также нормотимические и вегетостабилизирующие средства.

Терапия данных расстройств требует учета характерной для них повышенной чувствительности к побочному действию психотропных средств. С другой стороны, щадящая терапия с применением относительно небольших, либо даже очень малых доз антидепрессантов, анксиолитиков, нормотимиков нередко оказывается достаточной для достижения терапевтического эффекта. Вместе с тем, подобно принципам терапии "основных" аффективных расстройств, в большинстве случаев оправданным можно считать значительную продолжительность лечебного процесса (по крайней мере одного месяца активной терапии, при многомесячной поддерживающей терапии и неопределенно долгом приеме профилактических средств, в частности, - нормотимиков).

Невротические расстройства характеризуются наличием комплекса аффективных (включая тревожные, депрессивные и дисфорические), соматоформных (включая вегетативные), поведенческих и обсессивных нарушений, сохраняющихся на всем протяжении болезни умеренную (амбулаторную) выраженность с возможными непродолжительными обострениями состояния.

Условия лечения

В большинстве случаев показано амбулаторное лечение. Стационарирование больных проводится при выраженных расстройствах и нарушениях адаптации, для удаления больного из актуальной психотравмирующей ситуации, а также для подбора адекватной терапии при резистентных состояниях.

Перечень необходимых обследований

До начала лечения необходимы консультации и заключения терапевта и, при необходимости, невролога, исключающие связь симптомов с выраженной соматической или неврологической патологией.

В случаях стационарного лечения проводятся обязательные лабораторные и инструментальные исследования (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, кровь на сахар, ВИЧ-инфекцию, RW и др.).

Принципы терапии

Для выбора варианта терапевтических воздействий необходимо оценить следующие факторы:

- выраженность и длительность расстройства;
- выраженность дезадаптации в связи с расстройством;
- результаты предшествующего лечения;
- имеющиеся возможности поддержки со стороны близких;
- культуральные и социальные особенности больного.

Фармакотерапия (в значительной части случаев - в форме коротких курсов или симптоматической терапии - как предпосылки психотерапии).

Бензодиазепиновые транквилизаторы обладают быстрым анксиолитическим действием, однако малоэффективны при длительном применении и, кроме того, вызывают зависимость. Применяются кратковременные (предпочтительно до 3-х недель и не более 3-х месяцев) курсы. Суточная доза разбивается на несколько приемов и подбирается индивидуально с учетом эффективности и побочных действий.

В качестве снотворных средств предпочтительны производные циклопирролона (зопиклон) или имидазопиридина (золпидем) в виде кратковременных курсов, а при

предполагаемой связи нарушений сна с аффективными (депрессивными и тревожно-депрессивными) расстройствами - антидепрессанты с седативно-гипнотическим компонентом действия (тразодон, миансерин) или нейролептики типа тиоридазина.

Трициклические антидепрессанты (ТЦА) - эффективны при большинстве расстройств этой рубрики, но требуют осторожности в подборе адекватных доз в связи с выраженностью побочного действия. Эффект наступает постепенно, в течение 2 - 3-х недель, поэтому особенно в начале лечения необходима комбинированная терапия с транквилизаторами и/или бетаадреноблокаторами для купирования проявлений тревоги, а также нарушений сна. Атипичные антидепрессанты (миансерин, тразодон, мапротилин, тианептин, моклобемид, пирлиндол, пипофезин) обладают значительно менее выраженными подобными эффектами при достаточной антидепрессивной активности. При этом моклобемид, реже - пирлиндол, мапротилин, тианептин, на этапах подбора терапевтической дозы могут проявлять стимулирующее действие: в этих случаях достаточно временное присоединение транквилизаторов или гипнотиков типа зопиклона.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): большинство препаратов обладает отставленным действием (эффект наступает в течение 2 - 3-х недель) и преимущественно стимулирующим эффектом, поэтому может быть применена комбинированная терапия с транквилизаторами и бета-адреноблокаторами, особенно на начальных этапах терапии.

Тимостабилизаторы или номотимики, среди которых предпочтителен карбамазепин, - в небольших и средних дозах.

Нейролептики (предпочтительны небольшие дозы и средства без выраженного побочного действия) - назначаются в случаях, если тревога сопровождается выраженным психомоторным возбуждением и/или дезорганизацией мышления, а также в случаях неэффективности других анксиолитиков.

Транквилизаторы - альпразолам, клоназепам, клоразепат, диазепам, тофизопам.

Бета-адреноблокаторы - обзидан, тразикор, пропранолол - обладают быстрым противотревожным эффектом, в отличие от транквилизаторов - без седации и возможных дисмнестических побочных эффектов. Рекомендуются для уменьшения выраженности сомато-вегетативных проявлений тревоги. Назначаются малые дробные дозы в течение суток.

Психотерапия (часто играющая ведущую роль):

- когнитивно-бихевиоральная, краткосрочная;

- динамическая;

- экзистенциальная психотерапия;

- наряду с индивидуальной рекомендуются групповые формы работы: психодрама, гештальттерапия и др.

При расстройствах, спровоцированных психотравмирующими ситуациями, проводятся следующие мероприятия:

- выявление возможных психологических причин и источников тревоги;

- выявление и расширение значимых для больного межличностных связей, необходимых для поддержки и помощи;

- удаление больного из травмирующей ситуации или дезактуализация самой ситуации;

- применение релаксационных методов (аутогенная тренировка, массаж, дыхательная гимнастика и др.).

Длительность лечения

Длительность стационарного лечения - 30 - 40 дней с последующей амбулаторной (поддерживающей) терапией в течение от 3-х недель до 6 - 12 месяцев в случае неустойчивой ремиссии. Для подбора более эффективной терапии может быть использовано помещение больного в полустационар, длительность лечения в котором в среднем 30 дней с последующей поддерживающей терапией.

Длительность амбулаторного, в том числе поддерживающего лечения, варьирует от 3-х недель до 12 месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Полное или значительное обратное развитие клинических проявлений болезни. Необходимость закрепления полученного эффекта с помощью поддерживающей фармакотерапии с постепенным снижением суточной дозы и отменой препарата.

Возвращение к предыдущей суточной дозе при возобновлении симптомов. Контроль стабильности ремиссии после отмены фармакотерапии.

F40 Фобические тревожные расстройства

F40.0 Агорафобия

F40.1 Социальные фобии

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

F40.8 Другие фобические тревожные расстройства

F40.9 Фобическое тревожное расстройство неуточненное

F40.0 Агорафобия

F40.00 Агорафобия без панического расстройства

Условия лечения см. общую часть.

Принципы терапии

В большинстве случаев лечение комбинированное (фармако- и психотерапия) либо предпочтение отдается психотерапии.

Фармакотерапия:

- трициклические антидепрессанты (кломипрамин, имипрамин - парентерально), при неэффективности - СИОЗС;

- транквилизаторы - альпразолам, клоназепам, феназепам.

Другие методы биологической терапии, в частности разгрузочно-диетическая терапия (РДТ) - при неэффективности фармакотерапии.

Психотерапия: см. общую часть F4.

F40.01 с паническим расстройством

Условия лечения см. общую часть.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- бензодиазепиновые транквилизаторы - альпразолам, диазепам, лоразепам, феназепам (включая сублингвально с интервалами 30 - 40 мин. в ситуациях, ранее вызывавших тревогу, панический приступ), клоназепам, при наличии органически измененной почвы - гидазепам, мексидол. При панических расстройствах предпочтительно парентеральное введение клоназепама (ривотрила), при неэффективности - хлордиазепоксид;

- трициклические антидепрессанты - имипрамин (преимущественно парентерально) в сочетании с транквилизаторами, кломипрамин (курс в/в инфузий), доксепин, амитриптилин (также предпочтительно парентеральное введение препарата);

- атипичные антидепрессанты - тразодон, миансерин, пирлиндол;

- СИОЗС - при неэффективности иных антидепрессантов;

- карбамазепин - целесообразен при повторных эпизодах.

Психотерапия: см. общую часть F4, особое внимание следует уделить когнитивно-бихевиоральной психотерапии.

Длительность лечения

1 - 3 месяца с последующей поддерживающей терапией антидепрессантами-анксиолитиками, симптоматически (эпизодически или кратковременно) транквилизаторы.

Ожидаемые результаты лечения

Значительное обратное развитие клинических проявлений и восстановление социальной активности, возможность преодоления ситуаций, ранее провоцировавших тревогу и панические приступы (редукция избегающего поведения).

F40.1 Социальные фобии

Условия лечения

Амбулаторное лечение.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- обратимые ингибиторы моноаминоксидазы - моклобемид (предпочтительны высокие дозы);
- другие ингибиторы MAO - назначаются при соблюдении диетических ограничений тираминсодержащих продуктов;
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина - первые 2 - 3 недели в комбинации с транквилизаторами;
- пирлиндол;
- бензодиазепиновые транквилизаторы - обычно малозффективны, за исключением клоназепама;
- бета-адреноблокаторы - пропранолол и др. используются кратковременно, преимущественно для купирования выраженных тревожных состояний.

Психотерапия:

- когнитивно-бихевиоральная;
- групповые формы работы.

Длительность лечения - 6 - 12 месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

- Значительное или частичное обратное развитие клинических проявлений болезни и явлений дезадаптации. Эффект оценивается по редукции:
- тревоги, возникающей в момент совершения действий и социальных контактов;
 - тревоги ожидания пугающей ситуации;
 - избегания социальной активности и контактов;
 - коморбидных расстройств, в частности депрессии.

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

Условия лечения

Амбулаторное.

Принципы терапии

Психотерапия:

- поведенческая терапия;
- десенситизация.

Фармакотерапия:

- бензодиазепиновые транквилизаторы (в виде коротких обрывающих курсов, а также для эпизодического превентивного и купирующего приема).
- бета-адреноблокаторы - пропранолол (индерал), тразикор, обзидан.
- антидепрессанты - при проявлении депрессии, включая "маскированные" и субклинические варианты (см. F40.0).

Длительность лечения - от 3-х недель до 6-ти месяцев.

F40.8 Другие фобические тревожные расстройства

Условия лечения, принципы терапии, длительность лечения см. F40.2.

F40.9 Фобическое тревожное расстройство неуточненное

Адекватность терапевтических подходов и методов определяется возможностью уточнения природы данного расстройства.

F41 Другие тревожные расстройства

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность)

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства
F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства
F41.9 Тревожное расстройство неуточненное

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность)

Условия лечения см. общую часть.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы - альпразолам, клоразепат, диазепам, феназепам, клоназепам, лоразепам; для купирования панических приступов предпочтительно парентеральное введение клоназепама;
- трициклические антидепрессанты - имипрамин (предпочтительно в/в), кломипрамин (предпочтительно в/в), доксепин, amitриптилин (предпочтительно в/в);
- миансерин - начало курса с минимальных доз 7,5 мг (1/4 т.) и постепенным увеличением до средних терапевтических доз;
- тразодон - начало курса с минимальных доз (50 мг) с последующим увеличением доз;
- ингибиторы обратного захвата серотонина, в частности пароксетин, - при неэффективности других антидепрессантов;
- карбамазепин - 100 - 400 мг/сут;
- ноотропы с вегетостабилизирующим и антипароксизмальным действием - пантогам, фенибут;
- бета-адреноблокаторы - тразикор, пропранолол и др. используются в комбинации с антидепрессантами.

Психотерапия:

- когнитивно-бихевиоральная;
- краткосрочная психодинамическая.

Длительность лечения - 6 - 12 месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Исчезновение или значительное сокращение частоты приступов паники и коморбидных расстройств, а также редукция избегающего поведения.

Эффективность терапии оценивается по редукции основных клинических проявлений:

- интенсивности страха и его вегетативно-соматических проявлений во время панического приступа;
- частоты панических приступов;
- тревоги ожидания панических приступов;
- избегающего поведения;
- вегетативно-соматических нарушений, связанных с расстройством;
- коморбидных расстройств, прежде всего депрессии.

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Условия лечения см. общую часть.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- бензодиазепиновые транквилизаторы - показаны лишь в качестве неотложной помощи как наиболее быстро действующие препараты при выраженной тревоге и страхе, в виде кратковременного курса (не более 2-х месяцев) в связи с опасностью развития зависимости: лоразепам, феназепам, клоназепам, альпразолам, диазепам, хлордиазепоксид, клоразепат;
- зопиклон, золпидем - при нарушениях сна;
- бета-адреноблокаторы - пропранолол, тразикор, обзидан, атенолол в 3 - 4 приема в течение суток;
- трициклические антидепрессанты - имипрамин, преимущественно в/в капельно (эффект наступает постепенно, в течение 2-х недель, поэтому назначается в комбинации с транквилизаторами), amitриптилин, кломипрамин, преимущественно в/в капельно;
- миансерин;

- тразодон;
- карбамазепин - 100 - 600 мг/сут;
- СИОЗС - циталопрам, сертралин, флувоксамин, флуоксетин и пароксетин целесообразно сочетать с транквилизаторами первые 2 - 3 недели;
- нейролептики - хлорпротиксен, сульпирид, алимемазин, левомепромазин, в том числе парентерально - при неэффективности указанных выше средств.

Психотерапия:

- когнитивно-бихевиоральная;
- краткосрочная психодинамическая;
- релаксационные методы - аутогенная тренировка, саморегуляция с биологически обратной связью.

Наряду с индивидуальными рекомендуются групповые методы работы.

Длительность лечения - от 4 до 6-ти месяцев.

F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства

F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства

F41.9 Тревожное расстройство неуточненное

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- трициклические антидепрессанты - кломипрамин, имипрамин, амитриптилин, в комбинации с транквилизаторами в течение первых 2-х недель лечения; тианептин;
- миасерин;
- тразодон (особенно при нарушениях сна);
- ингибиторы обратного захвата серотонина, в сочетании с транквилизаторами в течение первых 2 - 3-х недель лечения;
- карбамазепин - 100 - 400 мг/сут;
- нейролептики - сульпирид, хлорпротиксен, флупентиксол, тиоридазин (при неэффективности антидепрессантов).

Психотерапия:

- когнитивно-бихевиоральная;
- краткосрочная психодинамическая;
- релаксационные методы.

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)

F42.1 Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы)

F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное

Условия лечения см. общую часть.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- трициклические антидепрессанты - наиболее эффективен кломипрамин, в средних и высоких дозах при преимущественно парентеральном введении;
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (при отсутствии выраженной тревоги);
- комбинации СИОЗС и "мягких" нейролептиков (хлорпротиксена, тиоридазина, алимемазина);
- бензодиазепиновые транквилизаторы - клоназепам, альпразолам, хлордиазепоксид и др. (целесообразно кратковременное применение с целью купирования выраженной тревоги).

Психотерапия:

- краткосрочная психодинамическая.
- Длительность лечения см. общую часть.
- Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

- F43.0 Острая реакция на стресс
- F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство
- F43.2 Расстройство приспособительных реакций
- F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс
- F43.9 Реакция на тяжелый стресс неуточненная

F43.0 Острая реакция на стресс

F43.00 Легкая реакция на стресс

F43.01 Умеренная реакция на стресс

F43.02 Тяжелая реакция на стресс

Условия лечения

В случае тяжелой реакции на стресс возможна госпитализация (длительность лечения в стационаре - 30 дней).

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- бензодиазепиновые транквилизаторы (симптоматическая коррекция расстройств);
- антидепрессанты с седативным действием - миансерин, тразодон (предпочтительны малые дозы);
- антидепрессанты сбалансированного действия - тианептин, пирлиндол, пипофезин;
- высокоактивные трициклические (кломипрамин, имипрамин, амитриптилин) и тетрациклические (мапротилин) антидепрессанты - при тенденции затяжного течения и углубления депрессивных компонентов реакции на стресс;
- карбамазепин - 100 - 400 мг/сут;
- нейролептики - тиоридазин, алимемазин, хлорпротиксен.

Психотерапия:

- релаксационные методы;
- когнитивно-бихевиоральная;
- семейная и групповая психотерапия.

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

Условия лечения см. Общую часть.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- трициклические антидепрессанты (ТЦА);
- ингибиторы МАО (ИМАО);
- тианептин, пирминол, пипофезин, обратимые ингибиторы МАО (моклобемид) - при снижении активности, проявлениях апатии;
- миансерин, тразидон - при выраженности или частых эпизодах тревоги (в том числе на ночь при нарушениях сна);
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС);
- карбамазепин;
- соли лития;
- нейролептики - тиоридазин, алимемазин, другие - только при наличии симптомов психоза;
- бензодиазепиновые транквилизаторы - кратковременно, для купирования тревоги.

Психотерапия:

- релаксационные методы;
- когнитивно-бихевиоральная;
- семейное консультирование;

- социальная поддержка в виде семейной и групповой психотерапии.

Длительность лечения - 6 - 12 месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

- редукция эмоциональной лабильности;
- восстановление самооценки;
- возможность адаптации без применения препаратов;
- восстановление социальной и профессиональной адаптации.

F43.2 Расстройство приспособительных реакций

F43.20 Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

F43.23 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций

F43.24 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения

F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации

F43.28 Другие специфические преобладающие симптомы, обусловленные расстройством адаптации

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс

F43.9 Реакция на тяжелый стресс неуточненная

Условия лечения см. общую часть.

Принципы терапии

Фармакотерапия

- транквилизаторы - назначаются кратковременные (от 1 - до 3-х недель) или прерывистые курсы во избежание развития зависимости (диазепам, феназепам, альпразолам, клоназепам);

- Бета-адреноблокаторы - обзидан, тразикор, пропранолол в комбинации с транквилизаторами и/или антидепрессантами;

- нейролептики - тиоридазин, алимемазин, сульпирид;

- карбамазепин - 100 - 400 мг/сут;

- трициклические антидепрессанты - только при выраженных явлениях депрессии с тенденцией к протрагированию болезненного состояния;

- тианептин;

- пирлиндол;

- пипофезин.

Психотерапия:

- когнитивная и поведенческая терапия;

- релаксационные методы - аутогенная тренировка.

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.0 Диссоциативная амнезия

F44.1 Диссоциативная фуга

F44.2 Диссоциативный ступор

F44.3 Транс и одержимость

F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства

F44.5 Диссоциативные конвульсии

F44.6 Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство неуточненное

Условия лечения см. общую часть.

Перечень необходимых обследований

До начала лечения проведение соответствующих лабораторных и инструментальных обследований, исключающих соматическую и неврологическую природу заболевания; при необходимости консультации терапевта и невролога.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы - кратковременный курс лечения для купирования острых проявлений заболевания, часть дозы парентерально (предпочтительно феназепам и диазепам);

- нейролептики - тиоридазин, алимемазин, перициазин, сульпирид, хлорпротиксен; при грубых поведенческих расстройствах, нарушениях сознания - хлорпромазин или левомепромазин парентерально однократно или в виде короткого курса;

- трициклические антидепрессанты в комбинации с транквилизаторами или нейролептиками типа тиоридазина, алимемазина;

- ингибиторы МАО в комбинации с транквилизаторами;

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в комбинации с транквилизаторами.

Психотерапия:

- психодинамическая;

- когнитивно-бихевиоральная;

- суггестивные методы.

Длительность лечения - от 3-х недель до 6-ти месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование диссоциативных и аффективных симптомов.

F45 Соматоформные расстройства

F45.0 Соматизированное расстройство

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

F45.2 Ипохондрическое расстройство

F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство

F45.8 Другие соматоформные расстройства

F45.9 Соматоформное расстройство неуточненное

Условия лечения см. общую часть.

Перечень необходимых обследований

До начала лечения необходимы консультации соответствующих врачей-специалистов (гастроэнтеролога, кардиолога, гинеколога, уролога, онколога и др.) с проведением лабораторных и/или инструментальных методов обследования для исключения возможной соматической патологии.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы - кратковременный (до 3-месяцев) или прерывистый курс лечения;

- бета-адреноблокаторы;

- пирлиндол, пипофезин;

- трициклические антидепрессанты (ТЦА) - малые и средние дозы в комбинации с транквилизаторами и/или бета-адреноблокаторами; тианептин (средние дозы);

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) - в комбинации с транквилизаторами, предпочтительны циталопрам, флувоксамин, тразодон, миансерин (малые и средние дозы), показаны при соматоформных расстройствах с тревогой и нарушениями сна;

- нейролептики - тиоридазин, алимемазин, хлорпротиксен, сульпирид, в том числе парентерально, (при выраженной тревоге с агитацией и дезорганизацией мышления или при неэффективности транквилизаторов);

- карбамазепин в малых дозах (50 - 300 мг/сут), особенно при нарушениях вегетативной регуляции, при рецидивирующем и хроническом течении.

Учитывая частое наличие соматически и органически измененной почвы, целесообразно применение нейрометаболических и вазо-вегетотропных средств.

Психотерапия:

- релаксационные методы;
- когнитивно-бихевиоральная;
- краткосрочная динамическая;
- биологическая обратная связь.

Длительность лечения - от 3-х до 6-ти месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование клинических проявлений болезни. При частичной ремиссии рекомендуется повторная консультация врача-специалиста в соответствии с сохраняющейся симптоматикой. В последующем - переход на другую схему фармакотерапии (присоединение к терапии антидепрессантов или нейролептиков).

F48 Другие невротические расстройства

F48.0 Неврастения

F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации

F48.8 Другие уточненные невротические расстройства

F48.9 Невротическое расстройство неуточненное

F48.0 Неврастения

Условия лечения см. общую часть.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- общетонизирующие средства растительного происхождения (женьшень, левзея, фитовит и др.);
- ноотропные средства - пирацетам, пиритинол (энцефабол), пантогам и др.;
- препараты, улучшающие мозговой метаболизм - гинкгобилоба, церебролизин;
- транквилизаторы;
- антидепрессанты - предпочтительны малые дозы антидепрессантов "мягкого" действия без выраженного побочного действия, в частности, пипофезин, пирлиндол.

Психотерапия:

- краткосрочная динамическая;
- поддерживающая;
- релаксационные методы.

Длительность лечения - от 3-х до 6-ти недель

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации

Условия лечения см. общую часть. Перечень необходимых обследований

В качестве изолированного синдрома встречается редко. Для уточнения природы расстройства рекомендуется также консультация психолога.

Принципы терапии

При первичных деперсонализационных расстройствах целесообразно назначение транквилизаторов, в том числе парентерально, в виде короткого курса.

При наличии органических изменений почвы - ноотропные препараты: пирацетам, пиридитол, пантогам.

Психотерапия назначается с учетом коморбидных расстройств.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

F48.8 Другие уточненные невротические расстройства

Эта рубрика включает ряд смешанных по своим проявлениям расстройств, которые имеют неопределенное происхождение и связаны с культуральными влияниями. В качестве лечебных мероприятий эффективны транквилизаторы и психотерапевтические методы.

F48.9 Невротическое расстройство неуточненное

Для проведения адекватной терапии необходимо уточнение природы и характера данного расстройства, при этом, в ряде случаев, редукция тревоги при назначении транквилизаторов позволяет лучше оценить психическое состояние.

F50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F50 Расстройства приема пищи

F51 Расстройства сна неорганической этиологии

F52 Сексуальные расстройства (дисфункция), не обусловленное органическими нарушениями или болезнями

Общая характеристика расстройств

Объединение в одну группу расстройств приема пищи, сна, сексуальных дисфункций и зависимостей представляется достаточно условным, основанным на наличии внешних физиологических проявлений психического расстройства.

В связи с этим трудно выделить общие принципы лечения расстройств в данной группе, сохраняющие преимущественно симптоматическую направленность.

F50 Расстройства приема пищи

F50.0 Нервная анорексия

F50.1 Атипичная нервная анорексия

F50.2 Нервная булимия

F50.3 Атипичная нервная булимия

F50.8 Другие расстройства приема пищи

F50.9 Расстройство приема пищи неуточненное

F50.0 Нервная анорексия F50.1 Атипичная нервная анорексия

Условия лечения

Амбулаторное.

Стационарное (упорный отказ от пищи, нарастающая кахексия).

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- трициклические антидепрессанты - amitриптилин, имипрамин, кломипрамин;
- антидепрессанты с незначительными побочными эффектами, в частности пирлиндол, мапротилин - предпочтительны при соматической ослабленности;
- нейролептики - тиоридазин, алимемазин, сульпирид;
- коррекция дефицита железа и цинка.

Дополнительное калорийное питание (при выраженных расстройствах - парентеральное питание).

Психотерапия:

- динамическая;
- семейная.

Продолжительность лечения - от 3-х до 6-ти месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Умеренная или значительная редукция симптоматики, частичное или полное восстановление веса.

F50.2 Нервная булимия
F50.3 Атипичная нервная булимия

Условия лечения

Амбулаторное.

Стационарное (для подбора эффективной терапии).

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- трициклические антидепрессанты - имипрамин, кломипрамин (предпочтительно парантерально);

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, в частности флуоксетин в высоких дозах (до 60 мг/сут).

Психотерапия:

- динамическая;

- семейная;

- групповые формы работы.

Длительность лечения - от 3-х до 6-ти месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Умеренная или значительная редукция симптоматики.

F50.8 Другие расстройства приема пищи
F50.9 Расстройство приема пищи неуточненное

В данных случаях проводится уточнение характера и природы расстройства, симптоматическое лечение и лечение основного заболевания.

F51 Расстройства сна неорганической этиологии

F51.0 Бессонница неорганической этиологии

F51.1 Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии

F51.2 Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии

F51.3 Снохождение (сомнамбулизм)

F51.4 Ужасы во время сна (ночные ужасы)

F51.5 Кошмары

F51.8 Другие расстройства сна неорганической этиологии

F51.9 Расстройство сна неорганической этиологии неуточненное

F51.0 Бессонница неорганической этиологии

Условия лечения

Амбулаторная терапия.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы - клоназепам, диазепам, феназепам и др. - кратковременное использование (в том числе в/м), седативный эффект этих препаратов может быть достаточным для нормализации сна;

- бензодиазепиновые транквилизаторы-гипнотики - нитразепам, радедорм, эуноктин, флунитразепам, рогипнол, хальцион, триазолам; при затруднениях засыпания - гипнотик короткого действия мидазолам (дормикум);

- препараты циклопирролонового ряда (зопиклон), имидазопиридиновой группы (золпидем) - не более 2 месяцев;

- гидроксизин (атаракс);

- антидепрессанты с седативным действием - тразодон, миансерин, амитриптилин в малых дозах перед сном;

- барбитураты - реладорм (назначаются кратковременно при неэффективности других снотворных препаратов);

- нейролептики - тиоридазин, малые дозы клозапина, левомепромазина, хлорпротиксена.

Психотерапия назначается с учетом коморбидных расстройств.

Изменение режима.

Длительность лечения

Снотворные препараты назначаются короткими (до 2 - 3 недель) и/или прерывистыми (2 - 3 раза в неделю) курсами в наименьших эффективных дозах. Общая длительность лечения не должна превышать 6-ти месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Восстановление физиологического сна.

F51.1 Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии

Условия лечения

Амбулаторное.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- средства общетонизирующего действия растительного происхождения - женьшень, левзея, фитовит;

- ноотропные средства - пирацетам, пиритинол, пикамилон, актопротектор бемитил;

- психостимуляторы - сиднокарб;

- препараты, улучшающие мозговой метаболизм - церебролизин, гинкгобилоба;

- трициклические антидепрессанты - предпочтителен тианептин;

- обратимые ингибиторы МАО - моклобемид;

- СИОЗС - при неэффективности других препаратов.

Психотерапия назначается с учетом коморбидных расстройств.

Изменение режима.

Длительность лечения - от 3-х до 6-ти недель.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

F51.2 Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии

F51.3 Снохождение (сомнамбулизм)

F51.4 Ужасы во время сна (ночные ужасы)

F51.5 Кошмары

F51.8 Другие расстройства сна неорганической этиологии

F51.9 Расстройство сна неорганической этиологии неуточненное

Условия лечения

Амбулаторное - 3 - 6 недель:

- нормализация режима;

- диагностика и лечение сопутствующих тревожных или депрессивных расстройств.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы или антидепрессанты с седативным действием перед сном (кратковременное применение);

- карбамазепин в малых и средних дозах, пантогам.

Психотерапия назначается с учетом коморбидных расстройств.

Ожидаемые результаты лечения

Полная стабилизация состояния.

Действия врача, если не достигнут результат

Видоизменение фармакотерапии, присоединение к лечению "малых" нейролептиков; повторные курсы психотерапии.

F52 Сексуальные расстройства (дисфункции), не обусловленные

органическими нарушениями или болезнями

- F52.0 Отсутствие или потеря сексуального влечения
- F52.1 Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия
- F52.2 Недостаточность генитальной реакции
- F52.3 Оргазмическая дисфункция
- F52.4 Преждевременная эякуляция
- F52.5 Вагинизм неорганического происхождения
- F52.6 Диспареуния неорганического происхождения
- F52.7 Повышенное половое влечение
- F52.8 Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью
- F52.9 Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью, неуточненная

F52.0 Отсутствие или потеря сексуального влечения

Наблюдается при следующих основных расстройствах (см. соответствующие рубрики):
Шизофрения, аффективные расстройства.

Невротические, связанные со стрессом расстройства.

Органические расстройства мозга (черепно-мозговые травмы, опухоли, сосудистые заболевания).

Эндокринные заболевания (гипогонадизм и др.).

Вследствие приема лекарственных препаратов (психотропные, препараты наперстянки, ингибиторы H2-рецепторов).

Инттоксикации.

Условия лечения

Амбулаторное - 3 - 6 недель

Перечень необходимых обследований

- клинко-психопатологическое исследование;
- сбор сексологического анамнеза (особенности психосексуального развития, сексуальный дебют, последующий опыт, представления о норме, физиологии и психологии половой жизни);

- сбор акушерско-гинекологического анамнеза (для исключения органической природы расстройства, гормонального дисбаланса, воспалительных заболеваний и пр.);

- применение психологических методов исследования для выяснения психического статуса и личностных особенностей;

- беседа с постоянным партнером для объективизации полученных сведений;

- консультация эндокринолога;

- консультация невролога.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- антидепрессанты;

- транквилизаторы;

- нейролептики;

- адаптогены;

- ноотропы;

- средства, улучшающие кровообращение;

- поливитамины;

- гормональная коррекция.

Физиотерапия.

Психологическая терапия с использованием наглядных пособий (печатной и видеопродукции).

Поведенческая секс-терапия (методики чувственного фокусирования и пр.)

Психотерапия (индивидуальная, парная), направленная на повышение интереса и активности в сексуальной жизни, при необходимости - коррекция представлений о ней.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение состояния.

Действия врача, если не достигнут результат
Пересмотр доз, назначенных препаратов, подключение новых групп препаратов, повторные курсы психотерапии, психологической терапии и поведенческой секс-терапии.

F52.1 Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия

F52.10 Сексуальное отвращение

При котором половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, достаточные для уклонения от половой активности.

F52.11 Отсутствие чувства сексуального удовлетворения

Возникают нормальные сексуальные реакции и переживается оргазм, но нет адекватного удовольствия (сексуальная, оргазмическая ангедония).

Условия лечения

Амбулаторное - 3 - 6 недель.

Перечень необходимых обследований

- сбор сексологического анамнеза (особенности психосексуального развития, сексуальный дебют, последующий опыт, представления о нормах, физиологии и психологии половой жизни, наличие негативного сексуального опыта, отклонений сексуального влечения (бисексуальные, гомосексуальные и пр.);

- семейный анамнез (выяснение психологических и сексуальных взаимоотношений с постоянным партнером);

- сбор акушерско-гинекологического анамнеза у женщин (для исключения органической природы расстройства - гормонального дисбаланса, воспалительных заболеваний и пр.);

- применение клиничко-психопатологического и психологического методов исследования;

- беседа с постоянным партнером для объективизации полученных сведений и проведения психосексуальной коррекции.

Принципы терапии

Психотерапия: индивидуальная, парная, групповая, направленная на выявление и разрешение истинных причин сексуальной аверсии или ангедонии, повышение интереса к сексуальной сфере, активизацию в этой области, применение адаптогенов. Психотерапия, направленная на сопровождающие расстройства (различные виды депрессии, невротические расстройства и пр.).

Секс-терапия (поведенческие методики).

Фармакотерапия: транквилизаторы, антидепрессанты с седативным действием.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение состояния.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы психо- и секс- терапии, видоизменение фармакотерапии (доз, препаратов), добавить небольшие дозы "малых" нейрорептиков.

F52.2 Недостаточность генитальной реакции

У мужчин эректильная дисфункция вызывается:

- ситуационными причинами;

- васкулогенными;

- эндокринными (сахарный диабет);

- травмами (спинного мозга, таза);

- психогенными;

- как следствие приема лекарственных препаратов (психотропные препараты, препараты наперстянки, ингибиторы H2-рецепторов).

Основная проблема у женщин заключается в сухости влагалища (недостаточной смазки).

Причины: органические (патологические) - инфекционные, эндокринные расстройства половой сферы (эстрогенная недостаточность, например после менопаузы) и психогенные.

Включается: расстройство полового возбуждения у женщин.

Условия лечения

Амбулаторное - 3 - 6 недель.

Перечень необходимых обследований

- ультразвуковая доплерография;
- ЛД-диагностика;
- консультация эндокринолога;
- консультация уролога;
- определение рефлексов (кавернозный, кремастерный, брюшные);
- сексологическое обследование с целью исключить органические причины расстройства (гинекологический осмотр, желательны гормональные исследования - тесты на количество и соотношение гормонов ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрогенов, прогестерона, тестостерона в крови, тесты на 17КС, 17ОКС в моче, взятие мазков влагалищной флоры с целью исключить воспалительное инфекционное заболевание);
- сексологическое исследование (антропометрия, выяснение конституционального типа), выявление различных тенденций сексуального влечения (гомосексуальных и пр.), определение эрогенной реактивности и эрогенных зон;
- применение клиничко-психопатологического и психологических методов исследования для выяснения психического статуса и личностных особенностей;
- беседа с постоянным партнером для объективизации полученных сведений;
- консультация невролога.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- при эндогенной и органической природе расстройства - терапия основного заболевания;
- средства, улучшающие кровообращение;
- средства, улучшающие нервно-мышечную проходимость;
- ЛД;
- транквилизаторы.

Психотерапия.

Секс-терапия с применением специфических методик (чувственного фокусирования и пр.).

Рефлексотерапия.

Адаптогены.

Рекомендации по использованию кремов - lubricantов, а также повышающих эрогенную чувствительность и реактивность.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение состояния.

Действия врача, если не достигнут результат

Продолжение лечения основного заболевания, приведшего к данным расстройствам.

Повторные курсы психо- и секс-терапии.

F52.3 Оргазмическая дисфункция

Изменение и отсутствие оргастических ощущений чаще всего наблюдается при: невротических расстройствах; возрастном снижении остроты оргазмических ощущений; вследствие приема лекарственных препаратов (психотропные, препараты наперстянки, ингибиторы H₂-рецепторов); шизофрении, аффективных расстройствах; органических заболеваниях ЦНС; интоксикациях.

Условия лечения

Амбулаторное - 3 - 6 недель.

Перечень необходимых обследований

- клиничко-психопатологическое исследование;
- сбор сексологического анамнеза (особенности психосексуального развития, сексуальный дебют, последующий опыт, представления о норме, физиологии и психологии

половой жизни, выявление латентных тенденций сексуального влечения, выяснение наличия оргазма при других видах стимуляции - мастурбации, петтинге, при эротических сновидениях);

- сбор акушерско-гинекологического анамнеза у женщин (для исключения органической природы расстройства - гормонального дисбаланса, воспалительных заболеваний и пр.);
- применение клинико-психопатологического и психологического метода исследования пациентки для выяснения ее психического статуса и личностных особенностей;
- сексологическое исследование (антропометрия, выяснение конституционального типа), выявления различных тенденций сексуального влечения (гомосексуальных и пр.), определение эрогенной реактивности и эрогенных зон;
- беседа с постоянным партнером для объективизации полученных сведений;
- парное психологическое тестирование для выяснения взаимоотношений между партнерами, их ценностных ориентаций;
- консультация невролога.

Принципы терапии

Фармакотерапия.

При эндогенных и органических расстройствах:

- лечение основного заболевания;
- индивидуальная, парная психотерапия, направленная на повышение интереса и предприимчивости в сексуальной сфере;
- психологическая коррекция в паре с повышением уровня знаний о физиологии половой жизни;
- секс-терапия с применением специфических методик (вибростимуляции эрогенных зон, чувственного фокусирования, "мост" и пр.);
- применение адаптогенов, кремов, повышающих эрогенную чувствительность и реактивность.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение состояния.

Действия врача, если не достигнут результат

Продолжение лечения основного заболевания, повторные курсы психо- и секс-терапии.

F52.4 Преждевременная эякуляция

Диагноз заболевания ставится на основании длительно существующей сексуальной дисфункции, выражающейся в неспособности задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения от полового акта.

Преждевременная эякуляция может проявляться на следующих уровнях тяжести:

- эякуляция наступает перед или очень быстро после введения полового члена (до или в пределах 15 секунд после начала полового акта);
- эякуляция при отсутствии эрекции, достаточной для введения полового члена.

Эти проблемы не являются результатом длительного воздержания от половой активности, а также не могут быть приписаны психическому расстройству и лекарственной терапии.

Условия лечения

Амбулаторное лечение.

Перечень необходимых обследований

Тщательный анамнез подразумевает выявление детского энуреза.

Неврологический осмотр акцентирует внимание на асимметрии иннервации (анизокория, инверсия рефлексогенных зон ахилловых рефлексов).

Урологический осмотр для исключения органических аномалий развития и воспалительных процессов уrogenитального тракта, в том числе простатита.

Психологическое консультирование с целью определения понимания пациентом сущности проблемы и согласия заниматься партнерским сексом (т.е. интересоваться состоянием партнера).

Получение эякулята (методом виброэякуляции) с целью фиксации реального времени процедуры, проведение микроскопии эякулята, а, при необходимости, УЗИ простаты.

Принципы терапии

Фармакотерапия.

Выбор терапии определяется в соответствии со степенью выраженности дисфункции, а также длительностью расстройства и сопутствующей психопатологической симптоматикой.

Антидепрессанты.

Психотерапия.

На всех этапах проводится рациональная психотерапия.

Рефлексотерапия.

На фоне 2 - 3 недельного курса кломипрамина или флуоксетина проводится массивная рефлексотерапия от массажа предстательной железы (5 - 15 процедур через день), до аурикулотерапии (точки 22 и 93); после этого подключаются препараты, влияющие на тканевой обмен (содержащие фосфор и железо).

Все терапевтические процедуры проводятся на фоне регулярной половой жизни.

Оценка результатов проводится на основании хронометрирования продолжительности полового акта, изменения спектра эмоциональной статисфакции женщины или достижения оргазмической разрядки с ее стороны.

Катамнез желателен за 6 месяцев, с акцентом психотерапевтической программы на том, что продолжительность полового акта не может быть самоцелью.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение состояния.

Действия врача, если не достигнут результат

Продолжение лечения основного заболевания, вызвавшего данное состояние, повторные курсы психотерапии и секс-терапии.

F52.5 Вагинизм неорганического происхождения

Под термином "вагинизм" принято подразумевать "спазм окружающих влагалище мышц, вызывающий окклюзию его открытия, при этом введение полового члена или невозможно, или причиняет боль". В настоящее время это расстройство считается психогенным. В тех же случаях, когда обнаруживается органическая почва для болевых проявлений, речь идет о "псевдовагинизме". Среди часто встречающихся психических расстройств у женщин, страдающих вагинизмом, следует отметить различные виды невротических расстройств (тревожно-фобические, тревожно-депрессивные расстройства и неврастению), а также различные виды специфических расстройств личности: шизоидных, истерических, тревожных (уклоняющихся). Вагинизм также наблюдается у пациенток при шизофрении.

Условия лечения

Амбулаторное - 3 - 6 недель.

Перечень необходимых обследований

Для диагностики расстройства необходимо:

- гинекологическое обследование (для исключения органической почвы алгии), в которое должны входить влагалищный осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза, изменение основных размеров акушерского таза, желателен - исследование гормонального фона пациентки (уровень эстрогена, прогестерона, ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона);

- исследование психического статуса пациентки (клинико-психопатологическое исследование, психологическое тестирование - тесты Люшера, ММРІ, Лири, Кеттела и пр.);

- урологическое, сексологическое и психологическое исследование постоянного партнера пациентки.

Принципы терапии

При терапии расстройства важным принципом является парность, этапность и комплексность методов.

Фармакотерапия различных психопатологических расстройств с применением:

- антидепрессантов;
- транквилизаторов;
- анксиолитиков;
- нейролептиков;
- адаптогенов.

Психотерапия:

- сексуальные тренинги;
- реадaptация пары с привлечением на конечных этапах партнера в качестве ко-терапевта.

Ожидаемые результаты лечения

Значительное улучшение состояния.

Действия врача, если не достигнут результат

Видоизменение терапии (доз, групп препаратов), повторные курсы сексуальных тренингов.

F52.6 Диспареуния неорганического происхождения

Диспареуния (диспарейния) у женщин проявляется болевыми ощущениями во время полового акта и может носить характер органический (при различных видах воспалительных, эндокринных, неврологических и пр. заболеваний полового аппарата) и психогенный. Следует исключить болевые ощущения при неправильной технике коитуса, или из-за недостаточной смазки (например, при редукции предварительных ласк). Расстройство часто сопровождается снижением сексуального влечения. Тяжесть проявлений зависит от наличия и степени выраженности психопатологических расстройств (аффективных нарушений при невротических расстройствах, специфических расстройствах личности или эндогенном процессе).

Условия лечения

Амбулаторное - 3 - 6 недель.

Перечень необходимых обследований

При диагностике диспареунии необходимо проведение следующих исследований:

- гинекологического (влагалищный осмотр, УЗИ органов малого таза, гормональный профиль пациентки (половые гормоны) и бактериологическое исследование влагалищного мазка (с целью исключить органическую основу болевых ощущений);
- клинико-психопатологического с применением психологических тестов;
- урологического и сексологического постоянного партнера пациентки.

Принципы терапии

Психотерапия.

Среди видов психотерапии рекомендованы:

- индивидуальная и парная рациональная, суггестивная психотерапия, гипносуггестивная и ауто-тренинговая методики;
- сексуальные тренинги, направленные на десенсибилизацию и повышение сексуальной активности, влечения.

Фармакотерапия.

При выявлении психопатологической симптоматики - мягкие психотропные средства (транквилизаторы: антидепрессанты; "малые" нейролептики с седативным действием).

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение состояния.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы психотерапии; видоизменение фармакотерапии (доз, групп препаратов).

F52.7 Повышенное половое влечение

Повышение полового влечения может наблюдаться при:

- эндогенных заболеваниях;
- органических расстройствах мозга;
- приеме лекарственных препаратов (леводопа).

Условия лечения

Амбулаторное - 3 - 6 недель.

Перечень необходимых обследований

- клинико-психопатологическое исследование;
- гинекологическое обследование;

- консультация невролога.
Принципы терапии
Психотерапия.
Фармакотерапия: психотропные препараты.
Ожидаемые результаты лечения
Улучшение состояния.
Действия врача, если не достигнут результат
Продолжение лечения основного заболевания, изменение доз, переход на лечение другими психотропными препаратами; повторные курсы психотерапии.

F52.8 Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью

Обусловленные различной психической патологией.
Условия лечения
Амбулаторное - 3 - 6 недель.
Перечень необходимых обследований
Клинико-психопатологическое обследование.
Принципы терапии
Психотерапия.
Фармакотерапия.
Психотропные препараты.
Ожидаемые результаты лечения
Улучшение состояния.
Действия врача, если не достигнут результат
Адекватный подбор психотропных препаратов, его доз, повторные курсы психотерапии.

F52.9 Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью, неуточненная

Условия лечения
Амбулаторные - 3 - 6 недель.
Диагностика
Выявление расстройств, не соответствующих критериям, указанным в предыдущих диагностических группах.
Принципы терапии
Симптоматическое.
Ожидаемые результаты лечения то же, что и F52.8.
Действия врача, если не достигнут результат
Поиск адекватных препаратов и их доз.

F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

F60 Специфические расстройства личности
F61 Смешанное и другие расстройства личности
F62 Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга
F63 Расстройства привычек и влечений
F64 Расстройства половой идентификации
F65 Расстройства сексуального предпочтения
F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым (психосексуальным) развитием и ориентацией по полу
F68 Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте
F69 Расстройство личности и поведения в зрелом возрасте неуточненное

F60 Специфические расстройства личности

- F60.0x Параноидное (параноическое) расстройство личности
- F60.1x Шизоидное расстройство личности
- F60.2x Диссоциальное расстройство личности
- F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности
- F60.4x Истерическое расстройство личности
- F60.5x Ананкастное расстройство личности
- F60.6x Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности
- F60.7x Расстройство типа зависимой личности
- F60.8x Другие специфические расстройства личности
- F60.9x Расстройство личности неуточненное

Расстройства личности включают несколько вариантов, характеризующихся устойчивыми поведенческими и аффективными реакциями и состояниями, определяющими стиль жизни пациента. Некоторые из этих расстройств проявляются рано в процессе индивидуального развития как результат конституциональных и социальных факторов, в то время как другие приобретаются позднее. Некоторые из вариантов представляют собой субклиническое выражение психических расстройств психотического уровня.

Условия лечения

Амбулаторное.

Стационарное - лишь в случае выраженной декомпенсации.

Принципы терапии

Фармакотерапия.

Назначается непродолжительными курсами для купирования симптомов тревоги, дисфории, гипомании или депрессии.

Психотерапия.

Психотерапия наиболее эффективна в молодом возрасте. Применяются также длительные (в течение нескольких месяцев или лет) коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

Длительность лечения

Стационарного лечения - 30 дней.

Амбулаторного 2 - 3 месяца, периодически - несколько лет.

Ожидаемые результаты лечения

В задачи лечения расстройств личности входит купирование основных проявлений дезадаптации и обострения симптомов, а также коррекция патологических защитных механизмов и поведенческих реакций.

F60.0x Параноидное (параноическое) расстройство личности

Условия лечения

Амбулаторное - определяется терапевтической динамикой параноидных симптомов, ажитации и/или агрессии.

Стационарное - при выраженной ажитации или агрессии - 3 - 6 недель.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- нейролептики - галоперидол, трифлуоперазин, тиоридазин, перициазин - в небольших суточных дозах;

- транквилизаторы - диазепам, феназепам - непродолжительными курсами.

Психотерапия:

- долгосрочная психоаналитическая психотерапия;

- долгосрочная когнитивная психотерапия.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

Действия врача, если не достигнут результат

Увеличение доз назначенных нейролептиков, транквилизаторов, при отсутствии эффекта - переход на другие препараты с седативным действием.

F60.1x Шизоидное расстройство личности

Условия лечения см. общую часть.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- нейролептики - галоперидол, трифлуоперазин, тиоридазин, сульпирид, перфеназин, перициазин - в небольших суточных дозах;
- транквилизаторы - диазепам, феназепам - для купирования симптомов тревоги и дисфории.

Психотерапия:

- долгосрочная психодинамическая психотерапия;
- тренинг социальных навыков.

Длительность лечения

Непродолжительные курсы фармакотерапии в течение 2 - 3 месяцев для купирования симптомов дисфории и тревоги. Длительная (до 12 месяцев) психотерапия для изменения защитных механизмов.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы психотерапии с акцентом на тренинге социальных навыков.

F60.2x Диссоциальное расстройство личности

Условия лечения см. общую часть.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- нейролептики - галоперидол, тиоридазин, перициазин и др. - непродолжительно для купирования тревоги, агитации или агрессии в небольших дозах;
- транквилизаторы - назначать с осторожностью, поскольку для этого варианта характерна наркотическая зависимость.

Психотерапия:

- групповые формы работы;
- социотерапия.

Длительность лечения

Непродолжительная фармакотерапия, длительные (до 1 - 2 лет) курсы групповой психотерапии.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы групповой психотерапии, социотерапии.

F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности

F60.30x Импульсивный тип F60.31x Пограничный тип

Условия лечения

Амбулаторное.

Стационарное - при выраженной импульсивности пациента, препятствующей социальной адаптации.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- нейролептики - тиоридазин, перициазин, алимемазин, сульпирид;
- транквилизаторы - диазепам, феназепам и др.;
- антидепрессанты - обратимые ингибиторы МАО (моклобемид);
- нормотимики - карбамазепин - до 400 мг/сут.

Психотерапия:

- долгосрочная психодинамическая психотерапия.

Длительность лечения

Непродолжительные (до 2-х месяцев) курсы фармакотерапии. Длительная (до 1 - 2 лет) психотерапия.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

Действия врача, если не достигнут результат

Изменение доз, подбор других препаратов с седативным действием, повторные курсы психотерапии.

F60.4x Истерическое расстройство личности

Условия лечения

Амбулаторное.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- нейролептики - тиоридазин, сульпирид, алимемазин, перициазин, левомепромазин;

- трициклические антидепрессанты преимущественно с седативным действием;

- транквилизаторы - диазепам, феназепам и др.;

- нормотимики - карбамазепин - 100 - 400 мг/сут.

Психотерапия:

- долгосрочная психодинамическая терапия.

Длительность лечения

Кратковременные (до 3-х месяцев) курсы фармакотерапии для купирования симптомов декомпенсации. Длительные курсы психотерапии (в течение нескольких месяцев или лет).

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

Действия врача, если не достигнут результат см. F60.3.

F60.5x Ананкастное расстройство личности

Условия лечения

Амбулаторное.

Стационарное - при выраженной социальной дезадаптации.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы - наиболее эффективен клоназепам;

- трициклические антидепрессанты - наиболее эффективен кломипрамин.

Психотерапия:

- поведенческая психотерапия.

Длительность лечения

Кратковременные (2 - 3 месяца) курсы фармакотерапии, направленные на купирование симптомов тревоги или субдепрессии. Длительные курсы психотерапии (в течение нескольких месяцев или лет).

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

Действия врача, если не достигнут результат

Пересмотр доз, переход на лечение другими препаратами, подключение малых доз нейролептиков, повторные курсы психотерапии и социотерапии.

F60.6x Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности

Условия лечения

Амбулаторное.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы;

- антидепрессанты с преимущественно седативным эффектом в малых суточных дозах: амитриптилин, тразодон, миансерин;

- нейролептики - тиоридазин, алимемазин.

Психотерапия:

- психодинамическая терапия;
- когнитивная терапия.

Длительность лечения

Непродолжительные курсы фармакотерапии (до 3-х месяцев), направленные на купирование симптомов тревоги или субдепрессии. Длительная психотерапия (в течение нескольких месяцев или лет).

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

Действия врача, если не достигнут результат

Увеличение доз седативной терапии, подбор новых групп препаратов с седативным действием, повторные курсы психотерапии.

F60.7x Расстройство типа зависимой личности

Условия лечения

Амбулаторное.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы;
- трициклические антидепрессанты - в небольших суточных дозах.

Психотерапия:

- психодинамическая терапия;
- когнитивная терапия.

Длительность лечения

Непродолжительные (1 - 2 месяца) курсы фармакотерапии, направленные на купирование симптомов тревоги. Длительные курсы психотерапии (6 - 24 месяца), направленные на изменение защитных механизмов.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

Действия врача, если не достигнут результат см. F60.6x.

F60.8x Другие специфические расстройства личности

F60.9x Расстройство личности неуточненное

Условия лечения

Амбулаторное.

Принципы терапии

Длительная психотерапия и кратковременная симптоматическая фармакотерапия при декомпенсациях.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

F61 Смешанное и другие расстройства личности

F61.0 Смешанные расстройства личности

F61.1 Причиняющие беспокойство изменения личности

F61.0 Смешанные расстройства личности

Условия лечения

Амбулаторное.

Стационарное - при выраженной декомпенсации 3 - 6 недель.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы;
- антидепрессанты;
- "малые" нейролептики - в небольших суточных дозах.

Психотерапия.

Психотерапевтическая коррекция и кратковременная симптоматическая фармакотерапия при декомпенсациях.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.
Действия врача, если не достигнут результат
Изменение доз назначаемой терапии, переход на другие препараты, повторные курсы психотерапии.

F61.1 Причиняющие беспокойство изменения личности

Условия лечения

Амбулаторное.

Стационарное - при выраженной ажитации - 3 - 6 недель.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы;
- антидепрессанты с седативным действием;
- "малые" нейролептики;
- нормотимики - карбамазепин.

Ожидаемые результаты лечения см. общую часть.

Действия врача, если не достигнут результат

Увеличение доз препаратов, назначение больших нейролептиков в малых дозах, переход на парентеральное введение препаратов, повторные курсы психотерапии.

F62 Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга

F62.0 Стойкое изменение личности после переживания катастрофы

F62.1 Стойкое изменение личности после психического заболевания

F62.0 Стойкое изменение личности после переживания катастрофы

Условия лечения

Амбулаторное.

Стационарное - при выраженной тяжести состояния - 3 - 6 недель.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы;
- трициклические антидепрессанты;
- антидепрессанты других групп;
- нейролептики - тиоридазин, алимемазин, сульпирид, хлорпротиксен.

Психотерапия:

- поддерживающая групповая психотерапия.

Длительность лечения

Непродолжительные (1 - 2 месяца) курсы фармакотерапии, направленные на купирование симптомов тревоги, субдепрессии или дисфории. Длительная психотерапия (несколько месяцев или лет), направленная на изменение защитных механизмов.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование декомпенсаций.

Действия врача, если не достигнут результат

Изменение доз, форм введения препаратов, переход на другие препараты, повторные курсы групповой психотерапии.

F62.1 Стойкое изменение личности после психического заболевания

Условия лечения

Амбулаторное.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- транквилизаторы;
- нейролептики - тиоридазин, терален, перфеназин;
- трициклические антидепрессанты и антидепрессанты других групп.

Психотерапия:

- социотерапия;
- тренинг социальных навыков.

Длительность лечения

Непродолжительные (1 - 2 месяца) курсы фармакотерапии для купирования симптомов тревоги, субдепрессии или ипохондрии. Длительная психотерапия (3 - 12 месяцев), направленная на изменение защитных механизмов и поведенческих реакций.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование декомпенсаций. Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы психо- и социотерапии с тренингом социальных навыков и форм привычного поведения, длительная инструментальная и эмоциональная поддержка.

F63 Расстройства привычек и влечений

F63.0 Патологическое влечение к азартным играм

F63.1 Патологическое влечение к поджогам (пиромания)

F63.2 Патологическое влечение к воровству (клептомания)

F63.3 Трихотилломания

F63.8 Другие расстройства привычек и влечений

F63.9 Расстройство привычек и влечений неуточненное

Общая характеристика

В изолированном виде, как первичное нарушение, эти расстройства практически не встречаются. Чаще всего проявляются как симптомы расстройства влечений при других заболеваниях - аффективных, органических, личностных, поэтому актуальна дополнительная диагностика, включая электрофизиологические и психологические методы.

В структуре нарушенного поведения у детей ведущее место занимают патологически измененные влечения, которые обычно полиморфны и у большинства детей сочетаются с повышенной аффективной возбудимостью.

В дошкольном возрасте ведущими являются агрессивные патологические сексуальные влечения, тенденция к формированию уходов и бродяжничества, клептомании.

В младшем школьном возрасте нарушение влечений часто проявляется уходами, бродяжничеством, агрессивными влечениями, сопровождается садистическими наклонностями, гебоидностью.

Отчетливо выступают пироманические влечения, страсть к поджогам. Большое место занимает воровство - как патологическое, так и непатологическое (детские игрушки, вещи, школьные принадлежности, деньги). Дифференциальный диагноз в этих случаях крайне сложен и требует пристального патопсихологического исследования.

К пубертатному возрасту происходит становление сложных полиморфных по синдромологической структуре патологически измененных влечений: агрессивных с гиперсексуальностью, мазохистическими и садистическими тенденциями, дромоманических с воровством, агрессивных с пироманией.

Реализация влечений происходит на фоне колебаний настроения с дисфорическим компонентом до злобно-агрессивного аффекта.

Условия лечения

В легких случаях - амбулаторное лечение.

Стационарное лечение - при невозможности купирования патологического состояния в амбулаторных условиях (при синдроме уходов и бродяжничества).

Перечень необходимых обследований см. раздел "шизофрения".

Принципы терапии

Выбор терапии определяется степенью тяжести патологически измененных влечений и строится на основе сочетания биологической терапии с систематическими лечебно-педагогическими мероприятиями, трудотерапией и лечебной физкультурой.

Фармакотерапия: нейролептики в сочетании с транквилизаторами (фенибут, диазепам, феназепам и др.) и нейрометаболическими средствами (пантогам, пирацетам и др., см. лечение "шизофрении"); карбамазепин.

Психотерапия:

- групповая;
- семейная.

Социотерапия:

- психообразовательная работа с семьями.

Длительность лечения

В стационаре - 4 - 12 недель, далее внебольничное лечение длительностью до 6 - 12 месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Значительное редуцирование симптоматики, школьная и социальная адаптация.

Действия врача, если не достигнут результат

Пересмотр доз назначенной терапии, переход на другие, более эффективные для данного состояния препараты, систематизация лечебно-педагогических мероприятий, вовлечение семьи и ближайшего окружения в лечебные программы.

F63.3 Трихотилломания

Навязчивое либо неодолимое влечение выдергивать у себя волосы на голове, бровях, ресницах. Как правило, возникает в школьном возрасте от 7 до 14 лет и сопровождается эмоциональным напряжением.

Условия лечения

Амбулаторное.

При невозможности купирования в амбулаторных условиях, нарушении социальной и школьной адаптации ребенка - стационарное лечение.

Перечень необходимых обследований см. раздел "шизофрения".

Принципы терапии

Выбор терапии определяется стойкостью и тяжестью синдрома трихотилломании и строится на основе сочетания лечебно-педагогических и психотерапевтических методов с биологической терапией и ЛФК.

Нейролептические препараты (перидазин, тиоридазин, хлорпротиксен, хлорпромазин и др., см. раздел "шизофрения").

Длительность лечения

В стационаре - 4 - 8 недель.

Амбулаторно - по показаниям.

Ожидаемые результаты лечения

Значительное редуцирование симптоматики, школьная и социальная адаптация.

Действия врача, если не достигнут результат

Изменение доз назначаемой терапии, переход на лечение другими препаратами, продолжение лечебно-педагогических мероприятий и повторных курсов психотерапии.

F64 Расстройства половой идентификации

F64.0 Транссексуализм

F64.1 Трансвестизм двойной роли (трансролевое поведение)

F64.2 Расстройство половой идентификации в детском возрасте

F64.8 Другое расстройство половой идентификации

F64.9 Расстройство половой идентификации неуточненное

F64.0 Транссексуализм

Стойкое осознание своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное соответствующее генетическому полу формирование гонад, уrogenитального тракта, вторичных половых признаков; характеризуется стремлением изменить свой пол

путем гормонального, хирургического лечения и легализовать в обществе желаемую половую роль.

Основные симптомы: полная идентификация полового самосознания и половой роли с противоположным полом, гомосексуальная ориентация, стойкие доминирующие идеи отвержения своего биологического и социального пола с дисморфоподобными расстройствами и перемены его на противоположный.

Сопутствующая симптоматика представлена различными формами психо-социальной дезадаптации, проявляющейся психогенными нарушениями, разными видами девиантного поведения, деструктивными тенденциями, суицидальной активностью.

Диагноз транссексуализма основывается на следующих критериях:

1. Стабильное и неизменное чувство принадлежности к противоположному полу, дискомфорт и ощущение несоответствия своему биологическому полу.
2. Постоянная озабоченность и желание избавиться от первичных вторичных половых признаков и приобрести противоположные путем хирургического и гормонального лечения.
3. Завершение полового развития.

Дополнительными диагностическими указаниями являются развитие данных нарушений с раннего детского возраста, отсутствие симптомов другого психического заболевания и врожденных аномалий развития половых органов.

Дифференциальная диагностика транссексуализма (ТС) проводится с:

- эндогенными психическими заболеваниями (шизофрения), в клинике которых на первое место выходят бредовые идеи сексуального метаморфоза;
- трансвестизмом двойной роли (исключительно у мужчин);
- гомосексуализмом, имеющим в своей клинической картине полоролевою инверсию;
- другими нарушениями половой идентичности в рамках расстройств личности, органических поражений головного мозга.

В настоящее время общепринятой радикальной мерой помощи при транссексуализме является психосоциальная адаптация пациента в осознаваемом им поле.

Условия лечения

Амбулаторное. Длительность по показаниям.

Принципы терапии

Психотерапия:

- психокоррекционные мероприятия половой реконсильации (попытка примирения с врожденным полом), рациональная, когнитивная, психодинамическая психотерапия;
- психотерапия в подготовительный период перед половой переориентацией, включающая информационно-разъяснительную, рациональную методики, а также семейную терапию с родственниками и партнерами индивидуально и путем групповых бесед;
- поддерживающая психотерапевтическая помощь в процессе и после перемены пола, в том числе перед этапом гормональной и хирургической коррекции пола.

Фармакотерапия:

- при имеющихся психогенных расстройствах с использованием транквилизаторов, антидепрессантов, анксиолитиков, ноотропов, седативных средств;
- гормональная заместительная терапия с целью подавления врожденных и стимулирования развития желаемых вторичных половых признаков; использование при ж/м транссексуализме андрогенных препаратов, при м/ж - женских половых гормонов.

Хирургическая коррекция анатомических половых признаков; маскулинизирующая маммо- и фаллопластика, экстирпация матки с придатками у женщин-ТС, феминизирующая маммо- и вагино- пластика с кастрацией у мужчин-ТС.

Комплекс медико-социальных мероприятий включает три основных этапа:

1. Подготовительный:

Включает динамическое наблюдение психиатра в течение 2-х и более лет, всестороннее психиатрическое, психологическое, соматическое, инструментальное обследование, дифференциальную диагностику с сходной патологией, установление и подтверждение диагноза ТС, необходимые психокоррекционные мероприятия.

2. Половой переориентации:

Включает заместительную терапию половыми гормонами, пластическую хирургию, перемену гражданского пола (медико-юридический акт, позволяющий лицу исполнять в обществе желаемую половую роль).

Решение о целесообразности изменения пола пациенту принимается специальной медицинской комиссией состоящей, из трех врачей-специалистов. Комиссия заседает 1 раз в месяц. Комиссия выносит одно из следующих решений:

- изменить гражданский пол;
- отказать в смене гражданского пола;
- отложить решение до получения дополнительных сведений о пациенте;
- провести хирургическую коррекцию пола.

3. Восстановительно-реабилитационный:

Включает постхирургическое диспансерное наблюдение, соматическое обследование, поддерживающую психотерапию и социально-психологическую помощь при трудностях адаптации.

Показания для перемены пола:

- невозможность психосоциальной адаптации пациента при сохранении пола врожденного;
- высокая суицидоопасность;
- отсутствие эндогенного психического заболевания;
- отсутствие гомосексуализма как ведущего мотива для перемены пола;
- отсутствие делинквентного поведения;
- формирование противоположного полового самосознания с 5 - 7 лет;
- окончание полового развития;
- достаточная социальная зрелость.

Противопоказания: наличие эндогенного заболевания, гомосексуализма, трансвестизма, алкоголизма, наркомании, антисоциального поведения, тяжелого соматического заболевания, средней и тяжелой степени слабоумия.

Ожидаемые результаты лечения

Устойчивое психическое состояние больного.

Действия врача, если не достигнут результат

При наличии противопоказаний к перемене пола - лечение основного заболевания, приведшего к возникновению транссексуализма.

F64.1 Трансвестизм двойной роли (трансролевое поведение)

Использование и ношение одежды противоположного пола как часть образа жизни с целью получения удовольствия и душевного комфорта от собственного внешнего вида и временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу. Переодевание не сопровождается сексуальным возбуждением и разрядкой.

Дифференциально-диагностическими критериями трансвестизма являются:

- желание выглядеть подобно лицу противоположного пола и реализация этого желания через использование атрибутов соответствующей одежды;
- периодичность данного желания;
- парциальность, избирательность переодевания (в одиночестве, в незнакомой обстановке);
- социальная половая роль соответствует биологическому полу;
- половое влечение гетеросексуальное.

Дифференциальная диагностика проводится с эндогенными и экзогенными психическими расстройствами, в рамках которых присутствуют явления трансвестизма, феминизирующим вариантом гомосексуализма.

Условия лечения

Амбулаторное. Длительность по показаниям.

Принципы терапии:

Психотерапия:

- рациональная;
- разъяснительная;
- когнитивная;
- психодинамическая (техники психотренинга и саморегуляции).

Фармакотерапия:

- антиандрогенные препараты;

- транквилизаторы;
- антидепрессанты при невротических расстройствах.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение психического состояния пациента.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы психотерапии.

F64.2 Расстройство половой идентификации в детском возрасте

Расстройство, обычно впервые появляющееся в раннем детстве и характеризующееся постоянной, интенсивной неудовлетворенностью чертами своей врожденной половой принадлежности, а также убежденность в принадлежности к другому полу.

Дети предпочитают игры, игрушки и компанию друзей исключительно другого пола, ждут физического превращения в лицо противоположного пола, проявляют противоположные особенности характера и привычек.

Диагностическими критериями являются:

- наличие постоянного желания принадлежать к другому полу либо убежденность в данной принадлежности с отказом от поведения и одежды своего пола;
- активное проявление поведения, характерологических особенностей другого пола;
- манифестация данных нарушений в дошкольном или допубертатном возрасте.

Условия лечения

Амбулаторно, до полового созревания.

Принципы терапии

Психотерапия:

- поведенческая;
- когнитивная;
- различные виды игровой психотерапии в группах;
- семейная терапия.

Психокоррекционные меры желательно применять постоянно, длительно до периода полового созревания.

Ожидаемые результаты лечения

Стабилизация состояния пациента.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы различных видов психотерапии.

F64.8 Другое расстройство половой идентификации

Различные нарушения половой идентификации личности нетранссексуального типа, наблюдающиеся в подростковом и зрелом возрасте.

Личности с расстройством идентификации пола испытывают постоянный дискомфорт вследствие своего анатомического пола. К данной рубрике могут быть отнесены расстройства половой идентификации, при которых у субъекта отсутствует постоянное стремления изменить свой пол или приобрести особенности другого пола с помощью хирургического метода или гормонального лечения.

К рубрике F64.8 могут быть отнесены:

- дети с устойчивым желанием переодеваться в одежды, предназначенные для противоположного пола, без других критериев для детского расстройства идентификации пола, перечисленные в рубрике F64.2;
- взрослые с кратковременным переодеванием в одежды противоположного пола, связанным со стрессом;
- взрослые с клиническими характеристиками транссексуализма продолжительностью менее чем два года;
- лица, которые постоянно одержимы идеей кастрации или ампутации полового члена без желания приобрести сексуальные характеристики другого пола.

По степени тяжести расстройства идентификации пола данной рубрики располагаются в виде континуума: в наиболее легких случаях субъекты осознают свою принадлежность к истинному полу, но это вызывает у них дискомфорт, не приводящий, однако, к заметной

дезадаптации в жизни в целом. В тяжелых случаях дискомфорт по поводу собственного пола столь велик, что вызывает стойкую, тотальную дезадаптацию во всех сферах жизни личности.

Дифференциальная диагностика состояния должна быть проведена как внутри диагностической рубрики (с транссексуализмом, особенно с его "краевыми", компенсированными формами, трансвестизмом двойной роли, расстройствами половой идентификации у детей), так и с другими диагностическими рубриками (шизофрения, хронические бредовые расстройства, органические психические расстройства, расстройства личности и т.д.). Необходимо исключить группу интерсексуальных расстройств - синдром Турнера, синдром Клайнфельтера, врожденная вирилизация, псевдогермафродитизм, синдром андрогенной нечувствительности.

Условия лечения

Амбулаторное - при отсутствии показаний для неотложной госпитализации наиболее целесообразно амбулаторное лечение, не нарушающее привычный ритм жизни пациента.

Стационарное - при стойкой тотальной дезадаптации - 3 - 6 недель.

Перечень необходимых обследований

Анамнестический, клинический, психопатологический, сексологический, психологический анализ с применением стандартных и специфических методик, исследование гормонального спектра, нейрофизиологическое обследование, исследование половых хромосом при подозрении на интерсексуальное состояние.

Принципы терапии

Для построения патогенетически обоснованной терапии необходим детальный и тщательный анализ сопутствующей психопатологии.

Фармакотерапия.

При наличии психических расстройств, классифицируемых по другим рубрикам, проводится терапия основного заболевания с назначением психофармакологических препаратов по клиническим показаниям. Помимо собственно психотропных препаратов используются адаптогены, общеукрепляющие средства, нейрометаболиты, церебропротекторы.

Психотерапия.

Основной целью психотерапевтического лечения является формирование у пациента свойств, способствующих повышению уровня его адаптации и снижающих степень дискомфорта, вызванного заболеванием. Может быть использован весь арсенал современной психотерапии: аутотренинг, рациональная психотерапия, гипнотические техники, методы стратегической психотерапии и т.д. Продолжительность лечения определяется индивидуальными личностными особенностями, тяжестью сопутствующей психопатологической симптоматики, степенью активности пациента в процессе лечения.

Противопоказанием к собственно сексологическому лечению являются:

- эндогенные психические заболевания, алкоголизм, расстройства личности, грубые нарушения социальных связей;

- интеллектуальная недостаточность;

- безволие, пассивность больного, выраженная незрелость личности.

Прогностически благоприятными признаками являются молодой (до 25 лет) возраст, критическое отношение к своему состоянию, отсутствие психопатологической отягощенности.

Ожидаемые результаты лечения

Оценка результатов лечения производится по изменению уровня адаптации пациента в различных сферах жизни и деятельности личности.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы психотерапии, лечение основного заболевания с тщательным подбором препаратов и их доз при стойком отсутствии результата от проводимой терапии и при отсутствии противопоказаний - переход к сексологическому лечению.

F64.9 Расстройство половой идентификации неуточненное

В данную рубрику включены расстройства половой роли: трансформация полоролевого поведения, гиперролевое поведение.

Трансформация полоролевого поведения - формирование полоролевого поведения, свойственного другому полу, при правильном половом сознании. Поведенческие нарушения сходны с клинической картиной транссексуализма. Только ощущение принадлежности к другому полу при транссексуализме позволяет отличить его "краевые" варианты от трансформации полоролевого поведения. С детства отмечаются объективные признаки поведения, не свойственные данному полу. Полоролевые нарушения начинают быть особенно заметными на этапе ролевых игр. Девочки охотно играют в войну, машины, выбирают мужские роли при игре "в семью", охотно занимаются традиционно мужскими видами спорта. Мальчики растут мягкими, послушными, аккуратными, избегают драк и конфликтов, предпочитают тихие игры, охотно занимаются танцами и музыкой. В период формирования полового влечения у подростков с трансформацией полоролевого поведения существует высокий риск возникновения гомосексуального влечения.

Диагноз ставится на основании анамнестических данных, данных клинического, психопатологического, сексологического, психологического обследования.

Дифференциальная диагностика проводится с транссексуализмом, гомосексуализмом, необходимо тщательное выявление форм, обусловленных психическими заболеваниями.

При отсутствии психопатологической симптоматики проводится психотерапевтическое лечение с акцентом на исправление искажений полоролевого поведения и коррекцию черт личности, вызывающих семейную, профессиональную и социальную дезадаптацию.

Гиперролевое поведение - поведение личности с чрезмерной акцентуацией некоторых особенностей половой роли. Формированию гиперролевого поведения способствуют психические особенности личности. Гипермаскулинному поведению наиболее созвучны гипертимные, неустойчивые, истероидные акцентуации и психопатии. Гиперфемининному - инфантильно-зависимые, астено-невротические, психастенические, сенситивные, истероидные акцентуации и психопатии.

Гипермаскулинное поведение проявляется преувеличенно мужским типом поведенческих реакций, пренебрежением ко всем видам "женского" труда, грубостью, агрессивностью. В сексуальной жизни это находит отражение в виде принуждения женщины к близости, имитации злобности, причинения боли, стремления к ощущению власти над партнершей в сочетании с ее подчиняемостью. Гиперролевое поведение у подростков может встречаться как компенсаторное, связанное со стремлением к самоутверждению в группе. Примитивный стереотип сексуального поведения у гипермаскулинных подростков сочетается с грубым принуждением партнерши к извращенным действиям, отказ от которых обычно приводит к избиению партнерши. Мужчины с гиперролевым поведением крайне тяжело переносят снижение сексуальной функции. Как вариант компенсаторного, гиперролевого поведения может проявляться у транссексуалов, борющихся за признание своей принадлежности к другому полу.

Патологическое гипермаскулинное поведение находит отражение в сексуальном садизме у мужчин.

Гиперфемининное поведение характеризуется подчеркнутой подчиняемостью, пассивностью, готовностью к самопожертвованию, самоотдаче, материнским отношением ко всем окружающим. Патологическое гиперфемининное поведение представляет собой мазохистические тенденции, которые проявляются в получении удовольствия при унижении и физических страданиях, причиняемых партнером.

Рубрика может быть использована также в качестве этапного диагноза при наличии жалоб на чувство дискомфорта, связанное с собственным анатомическим полом, в то время как установить более точно диагноз не представляется возможным из-за объективных трудностей (недостаток анамнестических сведений, отсутствие данных объективного обследования и т.д.).

Условия лечения

Амбулаторное.

Перечень необходимых обследований

Диагностика расстройств половой роли производится на основании анамнестического, психопатологического, психологического, сексологического, генетического обследования. Основная дифференциальная диагностика проводится между простым и патологическим гиперролевым поведением. При патологических формах необходимо выделять пациентов с грубой психопатологической отягощенностью.

Принципы терапии

Психотерапия.

Основной задачей психотерапевтического лечения является коррекция взаимоотношений в паре с целью повышения уровня адаптивности партнеров.

Фармакотерапия у детей и подростков.

Главный акцент должен ставиться на лечении и коррекции сопутствующих психопатологических образований.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение психического состояния, повышение уровня социальной адаптации.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы психотерапии.

F65 Расстройства сексуального предпочтения

F65.0 Фетишизм

F65.1 Фетишистский трансвестизм

F65.2 Эксгибиционизм

F65.3 Вуайеризм

F65.4 Педофилия

F65.5 Садомазохизм

F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения

Критериями сексуальной нормы являются: парность, гетеросексуальность, половозрелость партнеров, добровольность связи, стремление к обоюдному согласию, отсутствие физического и морального ущерба здоровью партнеров и других лиц. Расстройство сексуального предпочтения означает всякое отклонение от нормы в сексуальном поведении, независимо от его проявлений и характера, степени выраженности и этиологических факторов. Это понятие включает как расстройства в смысле отклонения от социальных норм, так и от норм медицинских.

Тяжесть состояния определяется, в первую очередь, дезадаптирующим влиянием сексуального расстройства на жизнь пациента. Среди расстройств сексуального предпочтения выделяют:

- парафилические элементы - легкие девиации полового влечения, свойственные нормальной сексуальности, играющие роль дополнительных, второстепенных факторов, не являющиеся патологией;

- парафилические тенденции - деформирующие либидо установки, проявляющиеся в мечтах и фантазиях, но по тем или иным причинам нереализуемые;

- истинные парафилии - состояния, при которых искаженное половое влечение частично или полностью замещает нормальную сексуальную жизнь.

Общими критериями расстройства полового предпочтения являются следующие:

а) индивидууму свойственны периодически возникающие сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы и поступки;

б) индивидуум поступает в соответствии с этими влечениями или испытывает значительный дистресс из-за них;

в) это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев.

F65.0 Фетишизм

Фетиш (какой-нибудь неживой предмет) является самым важным источником сексуальной стимуляции или необходим для удовлетворительной сексуальной реакции.

F65.1 Фетишистский трансвестизм

Ношение предметов туалета противоположного пола или одежды противоположного пола для восстановления соответствующей этому полу внешности и ощущения принадлежности к нему.

Переодевание в одежду противоположного пола связано с половым возбуждением. При достижении оргазма и снижении полового возбуждения возникает сильное желание снять одежду противоположного пола.

F65.2 Эксгибиционизм

Периодически возникающая или постоянная тенденция неожиданно показывать свои половые органы незнакомым людям (обычно противоположного пола), что обычно сопровождается половым возбуждением и мастурбацией.

F65.3 Вуайеризм

Периодически возникающая или постоянная тенденция подглядывать за людьми во время сексуальных или интимных занятий, таких как переодевание, что сочетается с половым возбуждением и мастурбацией.

Нет желания обнаружить свое присутствие или вступить в половую связь с лицом, за которым ведется наблюдение.

F65.4 Педофилия

Постоянное или преобладающее предпочтение половой активности с ребенком или детьми пубертатного возраста. При этом пациенту по меньшей мере 16 лет и он минимум на 5 лет старше ребенка.

F65.5 Садомазохизм

Предпочтение половой активности в качестве реципиента (мазохизм) или наоборот (садизм), или того и другого с включением минимум одного из следующих переживаний: боли, унижения, установления зависимости. При этом, садо-мазохистская активность является основным источником стимуляции или необходима для полового удовлетворения.

F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

Сочетание у одного индивидуума различных аномальных сексуальных предпочтений.

F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения

Разнообразные другие варианты полового предпочтения и активности, каждое из которых является относительно редким. Сюда относятся такие виды активности как совершение непристойных телефонных звонков, фроттеризм, сексуальные действия с животными, использование удушения для усиления возбуждения, предпочтение партнеров с какой-либо физической аномалией или определенным цветом кожи и т.д.

Критерии диагностики расстройства полового предпочтения включают наличие патогномонической фантазии и ее поведенческой разработки.

Условия лечения

Амбулаторное.

Наиболее адекватным следует считать амбулаторное лечение, не нарушающее привычный ритм жизни больных.

Стационарное - при выраженной тяжести состояния, наличии критериев недобровольной госпитализации.

Перечень необходимых обследований

- подробное анамнестическое обследование, по возможности с данными объективного анамнеза, позволяющего проследить динамику психосексуального развития;

- клинико-психопатологическое обследование, позволяющее выявить наличие или отсутствие психической патологии у пациента;

- сексологическое обследование;

- психологическое обследование с применением традиционных и специфических методик;

- при необходимости дифференциальной диагностики с органическими заболеваниями головного мозга проводится нейрофизиологическое обследование (ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО).

Дифференциальная диагностика проводится среди всей группы расстройств полового предпочтения, она направлена на выявление психопатологической отягощенности и социальной опасности пациентов. Диагностика проводится в первую очередь с группой эндогенных психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия, МДП), группой конституциональных психопатий, органических поражений головного мозга, умственной отсталостью.

Лечебно-реабилитационная программа строится с учетом сочетанной психической патологии, личностных особенностей больных, их социального положения. Могут быть выделены следующие противопоказания к сексологическому лечению:

- психические заболевания, алкоголизм, конституциональные психопатии, особенно с нарушением социальных связей;

- интеллектуальная недостаточность;

- безволие и пассивность пациента, а также личностная и эмоциональная незрелость с нечетким осознанием своих мотивов и побуждений.

Принципы терапии

Терапия должна быть комплексной, сочетанной, последовательной.

Фармакотерапия:

- психофармакотерапия;

- общеукрепляющее лечение.

Психотерапия.

В методике комплексной терапии выделяют следующие последовательные этапы, каждый из которых решает свою задачу:

I этап - коррекция эмоционального фона и закрепление установки на лечение. Важное место при этом занимает нормализация соматических функций, оптимизация режима сна-бодрствования. При астенических явлениях используются препараты нейрометаболического действия, адаптогены. Для коррекции аффективных нарушений депрессивного круга используются анафранил (при наличии obsессивных расстройств), амитриптилин и людиомил (при наличии obsессивных расстройств), транквилизаторы по показанию. Психотерапевтическое лечение включает рациональную психотерапию, внушение в гипнозе и бодрствующем состоянии, самовнушение с использованием модифицированных методик самовнушения.

II этап - ослабление, а затем и устранение патологического сексуального влечения и связанных с ним переживаний. Особое внимание уделяется устранению тенденций к самообвинению, формированию чувства уверенности в себе.

III этап - выработка адекватного эстетического восприятия лиц противоположного пола, правильного этического отношения к ним. Формируются и закрепляются навыки простого, естественного и непринужденного общения с лицами противоположного пола, адаптации в их среде.

IV этап - формирование и закрепление адекватного эротического отношения к лицам противоположного пола.

Таким образом, основными методами психотерапевтического лечения являются внушение с применением гипнотических техник и в бодрствующем состоянии, самовнушение, модифицированный аутотренинг, рациональная психотерапия. Наличие в структуре расстройства сексуального предпочтения психопатологических образований служит основанием для назначения психофармакологического лечения.

Длительность лечения

Варьирует в зависимости от тяжести состояния, индивидуальных особенностей пациента от полугода-года и дольше.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение состояния, социальная адаптация пациента.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторение курса психотерапии.

F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым (психосексуальным) развитием и ориентацией по полу

F66.0x Расстройство психо-сексуального созревания (развития)

F66.1x Эгодистоническая ориентация по полу

F66.2x Расстройство сексуальных отношений

F66.0x Расстройство психо-сексуального созревания (развития)

Условия лечения

Амбулаторное.

Перечень необходимых обследований

- исследование половой идентификации (тест Махвера (рисунок человека), рисунок семьи, MMPI);

- выявление акцентуации личности (опросник Шмишека, ПДО);

- выявление депрессий, тревоги (патопсихологическое исследование).

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- малые дозы транквилизаторов;

- малые дозы антидепрессантов с седативным действием.

Психотерапия.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение психического состояния и социальной адаптации.

Действия врача, если не достигнут результат

Изменение доз назначенной терапии, добавить "малые" нейролептики; повторные курсы психотерапии, семейная терапия.

F66.1x Эгодистоническая ориентация по полу

Условия лечения

Амбулаторное.

Перечень необходимых обследований

- исследование половой идентификации;

- исследование особенностей эмоционально-личностной сферы и межличностного взаимодействия (MMPI, Кеттелл, Лири, "семантический дифференциал");

- дифференциальная диагностика с эндогенным заболеванием (патопсихологическое исследование).

Принципы терапии

Психотерапия:

- индивидуальная;

- групповая;

- семейная.

Ожидаемые результаты лечения см. F66.0x.

Действия врача, если не достигнут результат

Продолжение курсов психотерапии и психокоррекции.

F66.2x Расстройство сексуальных отношений

Условия лечения

Амбулаторное

Перечень необходимых обследований

- выявление аномалий половой идентификации, исследование характера сексуального влечения (тест Махвера, sex-тест, MMPI);

- исследование эмоционально-личностных особенностей и особенностей межличностных отношений (MMPI, Кеттелл, Лири, системный тест семьи (рисунок семьи, "семантический дифференциал");

- дифференциальная диагностика с шизофренией.

Принципы терапии

Психотерапия.

Фармакотерапия.

При выявлении основного заболевания - психофармакотерапия.

Ожидаемые результаты лечения см. F66.0x.

Действия врача, если не достигнут результат

Лечение основного заболевания, повторные курсы психотерапии.

F68 Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

F68.0 Преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам

F68.1 Умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности, физического или психологического характера (поддельное нарушение)

F68.8 Другие уточненные расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

Общая характеристика

В большинстве случаев преувеличение и симуляция симптомов проявляется на фоне других личностных расстройств (истерического, эмоционально неустойчивого, шизоидного и др.). В ряде случаев ложное заболевание имеет адаптивное значение. Большое значение в их выявлении имеет тщательная диагностика с использованием, в частности, психологических методов.

Принципы терапии

Амбулаторное - основано на ранней диагностике и заключается в регуляции поведения больного.

F69 Расстройство личности и поведения в зрелом возрасте неуточненное

Рубрика используется лишь в крайнем случае при отсутствии достаточной информации, позволяющей отнести заболевание к специфическому расстройству.

F70-F73 Умственная отсталость

F70 Умственная отсталость легкой степени

F71 Умственная отсталость умеренная

F72 Умственная отсталость тяжелая

F73 Умственная отсталость глубокая

F70 Умственная отсталость легкой степени

Характеристика состояния

Затруднения проявляются главным образом в процессе школьного обучения.

Ориентировочно IQ - 60 - 80 ед. (по адаптированному детскому варианту Векслера)*(9):

а) неосложненная;

б) осложненная (церебрастенический синдром, неврозоподобные расстройства, невротические, психопатоподобные, патохарактерологические и психопатические расстройства, речевые нарушения, эписиндром и т.д.).

Условия лечения

а) специализированные детские сады;

б) специализированное обучение (вспомогательные школы, школа-интернат);

в) дневной стационар или стационар (при нарушении адаптации, наличии осложняющей симптоматики, или отрицательных микросоциальных условий);

г) амбулаторное наблюдение.

Перечень необходимых обследований

- педиатр (1 раз в год, по показаниям - повторно);
- психолог, в том числе, количественное определение интеллекта - тест Векслера;
- логопед;
- окулист;
- невролог;
- отоларинголог (1 раз в год, кратность - по показаниям);
- общие анализы крови и мочи (кратность - по показаниям);
- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ (1 - 2 раза в год, чаще - по показаниям).

Для установления этиологии

- составление родословной - обязательно;
- исключение наследственного дефекта обмена (ФКУ) - обязательно;
- цитогенетическое обследование - по показаниям;
- лабораторное исключение ряда генетических и внешнесредовых нарушений - по показаниям;
- аудиограмма;
- рентгенограмма черепа;
- компьютерная томография (КТ);
- ядерно-магнитный резонанс (ЯМР);
- РЭГ;
- нейропсихолог;
- дерматолог;
- стоматолог.

Принципы терапии

Основная роль в коррекции умственной отсталости принадлежит психолого-педагогическому процессу. Ребенок своевременно должен получать образование по программе, доступной его уровню интеллекта. Большое значение имеет выявление и развитие у детей с умственной отсталостью сохранных (или более сохранных) способностей: у одних - физической ловкости, у других - музыкальности, у третьих - склонности к рисованию и т.д.

Необходима семейная психотерапия, с объяснением родителям всех особенностей ребенка, с обязательным указанием на положительные черты его личности, нуждающиеся в развитии. Постоянным должен быть контакт врача и психолога с педагогами.

При выявлении специфической нозологической формы обменного характера, приводящей к умственной отсталости (ФКУ, гипотиреоз), лечение должно быть строго специфическим в специализированном учреждении - с учетом медико-генетической консультации, консультации с эндокринологом. Медикаментозное лечение во всех остальных случаях направлено, в первую очередь, на повышение предпосылок интеллекта и на осложняющую симптоматику, а также должно быть связано с характером и патогенезом нарушений. Выбор терапии (препарат, его дозировка, длительность лечения) производится в соответствии со структурой психопатологического синдрома, возрастом, соматическим состоянием, индивидуальной переносимостью препаратов (препараты нейрометаболического, дегидратирующего, цереброваскулярного действия, транквилизаторы, "малые" нейролептики, противосудорожные, антидепрессивные, общеукрепляющие средства).

Длительность лечения

Лечение психотерапевтическое; комплексное, курсами - 2 месяца, с периодичностью 2 - 3 раза в год.

а) амбулаторное наблюдение до достижения стойкой социальной адаптации;

б) пребывание в дневном стационаре (стационаре) - 1 - 2 мес. (при наличии осложняющей симптоматики);

в) наблюдение и лечение обучающихся в специализированной школе-интернате и находящихся в специализированном дошкольном учреждении должно проводиться

детскими психиатрами этих учреждений - в течение всего срока пребывания ребенка в учреждении.

Ожидаемые результаты лечения

Достаточно успешная адаптация ребенка в условиях семьи и специализированного учреждения, редукция осложняющей психопатологической симптоматики.

F71 Умственная отсталость умеренная

Характеристика состояния

Нарушения адаптации проявляются уже в дошкольном возрасте и сохраняются практически в течение всей жизни. Ориентировочно IQ = 45 - 59 ед. (по адаптированному детскому варианту Векслера):

а) неосложненная;

б) осложненная.

Условия лечения

а) специализированные дошкольные учреждения;

б) в большинстве случаев доступно специализированное обучение во вспомогательной школе;

в) в более тяжелых случаях - пребывание в обучаемой группе системы социального обеспечения;

г) стационар или дневной стационар (при нарушении адаптации при наличии осложняющей симптоматики или отрицательных микросоциальных условий);

д) амбулаторное наблюдение.

Перечень необходимых обследований

- педиатр (1 раз в год, по показаниям повторно);

- психолог (1 - 3 раза в год);

- логопед (1 - 3 раза в год);

- окулист (1 - 2 раза в год, кратность - по показаниям);

- невролог (1 раз в год, кратность - по показаниям);

- отоларинголог (1 раз в год, кратность - по показаниям);

- общие анализы крови и мочи (кратность - по показаниям);

- ЭЭГ;

- Эхо-ЭГ (1 - 2 раза в год, чаще - по показаниям).

По показаниям:

- аудиограмма;

- рентгенограмма черепа;

- КТ;

- ЯМР;

- РЭГ;

- нейропсихолог;

- дерматолог;

- стоматолог.

Вспомогательные исследования для установления этиологии:

- составление родословной - обязательно;

- исключение наследственного дефекта обмена (ФКУ) - обязательно;

- цитогенетическое обследование - практически во всех случаях, за исключением нозологически самостоятельных этиологически известных форм (болезнь Дауна, ФКУ, гипотиреоз, мукополисахаридозы и др.).

Принципы терапии

При выявлении специфической нозологической формы, приводящей к умственной отсталости (в первую очередь, обменного характера - ФКУ, гипотиреоз), лечение должно быть строго специфическим в специализированном учреждении - медико-генетические консультации, эндокринолог. Медикаментозное лечение во всех остальных случаях направлено, в первую очередь, на осложняющую симптоматику, а также должно быть связано с характером и патогенезом нарушений. Психотерапевтическая работа с семьей. Педагогическая и психологическая коррекция имеет важное значение и при этом, более тяжелом нарушении интеллектуального развития. Следует всемерно способствовать

формированию родительских обществ детей с идентичной патологией (болезнь Дауна, синдром Мартина-Белл, ФКУ, синдром Вильямса и др.), что дает родителям лучшее понимание всех особенностей болезни детей, прогноза и возможностей адаптации в настоящее время и в будущем, а также имеет положительное значение для эмоционального состояния родителей, так как в основе деятельности этих обществ лежит возможность оказания взаимопомощи.

Длительность лечения

а) амбулаторное наблюдение. Дети имеют право на получение пособия по детской инвалидности;

б) пребывание в дневном стационаре (стационаре) - 1 - 2 мес.;

в) наблюдение и лечение обучающихся в специализированной школе-интернате и находящихся в специализированном дошкольном учреждении должно проводиться детскими психиатрами этих учреждений - в течение всего срока пребывания ребенка в учреждении.

Ожидаемые результаты лечения

Достаточно успешная адаптация ребенка в условиях семьи и специализированного учреждения, редукция осложняющей психопатологической симптоматики.

F72 Умственная отсталость тяжелая

Характеристика состояния

Ориентировочно IQ = 30 - 44 ед. (по адаптированному детскому варианту Векслера):

а) неосложненная;

б) осложненная.

Сопутствующие нарушения, как правило, являются следствием органического поражения мозга, чаще всего в виде психомоторного возбуждения и эпилептиформного синдрома. Нередки симптомы недоразвития речи вплоть до полного ее отсутствия.

Условия лечения

Пребывание в учреждениях социального обеспечения. Оформление инвалидности.

Перечень необходимых обследований

- педиатр (1 раз в год, по показаниям - повторно);
- логопед (1 - 3 раза в год);
- окулист (1 - 2 раза в год, кратность - по показаниям);
- невролог (1 раз в год, кратность - по показаниям);
- отоларинголог (1 раз в год, кратность - по показаниям);
- общие анализы крови и мочи (кратность - по показаниям);
- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ (1 - 2 раза в год, чаще - по показаниям).

По показаниям:

- психолог;
- аудиограмма;
- рентгенограмма черепа;
- КТ;
- ЯМР;
- РЭГ;
- нейропсихолог;
- дерматолог;
- стоматолог.

Вспомогательные исследования для установления этиологии:

- составление родословной - обязательно;
- исключение наследственного дефекта обмена (ФКУ) - обязательно;
- цитогенетическое обследование - практически во всех случаях, за исключением нозологически самостоятельных, этиологически известных форм (болезнь Дауна, ФКУ, гипотиреоз, мукополисахаридозы и др.).

Принципы терапии

При выявлении специфической нозологической формы, приводящей к умственной отсталости (в первую очередь, обменного характера - ФКУ, гипотиреоз) лечение должно

быть строго специфическим в специализированном учреждении - медико-генетические консультации, консультации с эндокринологом. Медикаментозное лечение во всех остальных случаях направлено, в первую очередь, на осложняющую симптоматику, а также должно быть связано с характером и патогенезом нарушений. Семейная психотерапия.

Длительность лечения

а) амбулаторное наблюдение в течение всей жизни при содержании в семье;
б) при пребывании в учреждениях социального обеспечения также постоянный врачебный контроль;

в) для данного контингента детей необходимо организовывать учреждения с недельным пребыванием с целью неполного отрыва от семьи (в городах с населением более 100 тысяч человек).

Ожидаемые результаты лечения

Возможная адаптация ребенка в условиях семьи, специализированного учреждения, редукция осложняющей психопатологической симптоматики.

F73 Умственная отсталость глубокая

Характеристика состояния

Ориентировочно IQ ниже 30 ед. (по адаптированному детскому варианту Векслера):

а) неосложненная;
б) осложненная.

Условия лечения

Пребывание в учреждениях социального обеспечения. Оформление инвалидности.

Перечень необходимых обследований

- педиатр (1 раз в год, по показаниям - повторно);
- окулист (1 - 2 раза в год, кратность - по показаниям);
- невролог (1 раз в год, кратность - по показаниям);
- отоларинголог (1 раз в год, кратность - по показаниям);
- общие анализы крови и мочи (кратность - по показаниям);
- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ (1 - 2 раза в год, чаще - по показаниям).

По показаниям:

- логопед;
- аудиограмма;
- рентгенограмма черепа;
- КТ;
- ЯМР;
- РЭГ;
- нейропсихолог;
- дерматолог;
- стоматолог.

Вспомогательные исследования для установления этиологии:

- составление родословной - обязательно;
- исключение наследственного дефекта обмена (ФКУ) - обязательно;
- цитогенетическое обследование - практически во всех случаях, за исключением нозологически самостоятельных этиологически известных форм (болезнь Дауна, ФКУ, гипотиреоз, мукополисахаридозы и др.).

Принципы терапии

При выявлении специфической нозологической формы, приводящей к умственной отсталости (в первую очередь, обменного характера - ФКУ, гипотиреоз), лечение должно быть строго специфическим в специализированном учреждении - медико-генетические консультации, консультации с эндокринологом. Медикаментозное лечение во всех остальных случаях направлено, в первую очередь, на осложняющую симптоматику, и должно быть связано с характером и патогенезом нарушений. Совместная с социальными службами работа по оказанию помощи семье.

Длительность лечения

Врачебное наблюдение в течение всей жизни и в семье, и при пребывании в учреждениях социального обеспечения; для данного контингента детей необходимо организовывать учреждения с недельным пребыванием с целью неполного отрыва от семьи (в городах с населением более 100 тысяч человек).

Ожидаемые результаты лечения

Большая упорядоченность поведения, возможное усвоение навыков самообслуживания и других социальных навыков.

F80-F89 Расстройства психологического (психического) развития

F80 Специфические расстройства развития речи и языка

F81 Специфические расстройства развития учебных навыков

F82 Специфические расстройства развития моторной функции

F84 Общие расстройства психологического (психического) развития

F80 Специфические расстройства развития речи и языка

Нарушения понимания и активного использования могут касаться следующих основных подсистем речевой коммуникации: форма речи (соответствие речевых форм мыслительной основе); ее содержание (адекватность облечения мысли в речевую форму) и функциональное использование языка (адекватность использования речевых форм для решения задач повседневной жизни).

F80.0 Специфическое расстройство речевой артикуляции

F80.0 Специфическое расстройство речевой артикуляции

F80.1 Расстройство экспрессивной речи

F80.2 Расстройство рецептивной речи

F80.8 Другие расстройства развития речи и языка

Характеристика состояния

Данная группа расстройств речи представлена нарушениями, в которых ведущим симптомом является нарушение звукопроизношения. Интеллектуальное и психическое развитие ребенка соответствует при этом возрасту. Могут иметь место нарушения внимания, поведения, двигательные нарушения, которые носят сопутствующий характер.

В данную группу включена дислалия (простая, сложная) или иначе - "косноязычие". Дислалия - нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и нормальной иннервации речевого аппарата.

Различают функциональную и механическую дислалию. К функциональной дислалии относятся дефекты воспроизведения звуков речи при отсутствии органических нарушений в строении артикуляционного аппарата. Нарушена способность произвольно принимать и удерживать определенные позиции артикуляторных органов, необходимых для произношения звуков. Нарушение звукопроизношения может быть связано с неумением различать, дифференцировать фонемы. Достаточно часто изолированное употребление звука может быть не расстроено, но изменено в спонтанной речи. Степень тяжести определяется степенью выраженности дефекта и количества нарушенных звуков.

Этиология дислалии включает биологические и социальные факторы: минимальная мозговая дисфункция, соматическая ослабленность ребенка, запоздалое развитие речи, неблагоприятное социальное окружение, подражание неправильным образцам речи и т.п.

Механическая дислалия - нарушение звукопроизношения, обусловленное анатомическими дефектами периферического аппарата речи (неправильные прикусы - прогения, прогнатия, "толстый" язык, короткая уздечка и т.д.).

По степени тяжести, а следовательно и числу нарушенных звуков речи, различают простую и сложную дислалию.

Условия лечения

Медико-педагогическая коррекция проводится в амбулаторно-поликлинических условиях или в условиях специализированного детского учреждения.

Перечень необходимых обследований

- логопед;
- невролог;
- педиатр;
- психиатр;
- психолог.

Дополнительные исследования:

- психотерапевт;
- ортодонт;
- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ.

Принципы терапии

Курс коррекционных занятий предполагает:

- логопедические занятия, курс 15 - 45 занятий. Желательно начинать с индивидуальных занятий с последующими занятиями в группе по автоматизации звуков.
- логоритмика (по показаниям);
- массаж, ЛФК (по показаниям);
- психиатрическое и неврологическое лечение (по показаниям).

Длительность лечения

До достижения результата.

Ожидаемые результаты лечения

Коррекция звукопроизношения, автоматизация звуков и их употребление в спонтанной речи, расширение словарного запаса.

F80.1 Расстройство экспрессивной речи

Характеристика состояния

Данная группа речевых расстройств представлена нарушениями, для которых характерно системное недоразвитие экспрессивной речи при относительной сохранности сенсорного восприятия. При данной патологии недоразвитие речи обусловлено органическим поражением речевых зон головного мозга. Клиническая картина речевого дефекта обусловлена нарушенным формированием фонематической и грамматической сторон речи.

Фонематические нарушения проявляются в дефектах звукопроизношения различной степени выраженности. Лексические нарушения характеризуются бедностью словарного запаса, низким уровнем словесного обобщения, сложностями формирования речевого высказывания. Грамматические нарушения существуют в виде аграмматизмов (ошибок в употреблении словесных окончаний, нарушений словообразования и т.д.), затруднений в употреблении предлогов, глаголов, союзов.

По степени тяжести такие речевые расстройства могут быть разными: от легких форм до тяжелых, при которых практически имеет место анартрия.

У детей с данным видом речевой патологии чаще всего наблюдаются нарушения высших психических функций (памяти, мышления, внимания), имеет место общая моторная неловкость, дискоординация движений, двигательная замедленность или гиперактивность. Часто страдает мелкая моторика пальцев. Недоразвитие речи тормозит развитие познавательной деятельности ребенка, что проявляется в задержке психического развития в целом.

В данную группу включаются, следуя логопедической классификации:

1. Задержки (нарушения) речевого развития, проявляющиеся в общем недоразвитии речи (ОНР) I - III уровня.
2. Моторная алалия.
3. Моторная афазия.

Критерием для дифференциального диагноза между ОНР и алалией служит степень выраженности речевого дефекта.

Очаг поражения в головном мозге в этом случае локализован преимущественно в постцентральной и премоторной зонах левого доминантного по речи полушария (у правой).

Алалия - системное недоразвитие речи, при котором нарушены все компоненты речи. Ребенок является практически молчащим, при этом специфических расстройств понимания речи и интеллекта не обнаруживается.

Общее недоразвитие речи I уровня соответствует клинической картине алалии. Для ОНР III уровня - речевые нарушения представлены нарушениями в звукопроизношении, незначительными аграмматизмами, бедностью словарного запаса. В психическом облике этих детей имеет место эмоционально-волевая незрелость. Часто ОНР проявляется в школе и выражается в сложностях обучения грамоте. Для ОНР II уровня - характерны более тяжелые нарушения, состоящие в выраженных нарушениях звукопроизношения, грубых нарушениях грамматической и лексической сторон речи. Речевые расстройства сочетаются здесь с неврологическими и психопатологическими симптомами и синдромами. Часто имеет место гипертензионно-гидроцефальный синдром, синдромы двигательных расстройств. В психических процессах отмечается снижение познавательной деятельности, внимания, памяти, праксиса, гносиса. Дети этой группы испытывают затруднения при обучении.

У детей с ОНР I уровня (алалии) имеют место наиболее стойкие специфические речевые нарушения. Для детей этой группы характерна крайне низкая речевая активность, вследствие чего их речь часто представлена отдельными словами. Отмечаются нарушения внимания, памяти, мышления, расстройства эмоционально-волевой сферы, нередко поведения. При ЭЭГ обследовании имеются изменения.

Условия лечения

Комплексное медико-педагогическое лечение, проводится в амбулаторно-поликлинических условиях и детских специализированных учреждениях.

Перечень необходимых обследований

- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ.

Дополнительные диагностические исследования:

- аудиограмма

Консультации специалистов (обязательные):

- логопед;
- психиатр;
- психолог;
- невролог;
- психотерапевт.

Дополнительные консультации специалистов:

- нейропсихолог;
- генетик;
- ЛОР.

Принципы терапии

1. Курсы логопедических занятий. Форма занятий индивидуальная и групповая или сочетание 2-х форм.

ОНР I уровня (алалия) 45 - 90 занятий;

ОНР II уровня - 45 - 90 занятий;

ОНР III уровня - 45 - 90 занятий.

Таким образом дети с алалией получают от 135 до 270 занятий. По показаниям курс может быть продлен.

2. Логоритмика 20 - 45 занятий на курс.

3. Занятия с психологом 20 - 45 на курс.

4. Медикаментозное лечение - по назначению психиатра.

Медикаментозное лечение - по назначению психиатра.

- ноотропные препараты;
- седативные препараты;
- нейролептики;
- антидепрессанты;
- витамины.

5. Психотерапевтическое воздействие:

- семейная психотерапия (3 - 5 занятий и более по показаниям);
- игровая психотерапия.

Дополнительные лечебные мероприятия:

- физиотерапия;
- ЛФК;
- массаж.

Правильный выбор профиля учебного учреждения.

Длительность лечения

Продолжительность коррекционных мероприятий - от 1 до 3-х и более лет.

Ожидаемые результаты лечения

Максимально возможное восстановление речевой функции (звукопроизношение, лексика, грамматика) и компенсация психических нарушений.

F80.2 Расстройство рецептивной речи

Характеристика состояния

Данный вид патологии речи состоит в нарушении слухового восприятия и понимания речи при сохранном физическом слухе. В легких случаях оно проявляется в неспособности различать слова близкие по звучанию. В более тяжелых, когда нарушена дифференциация речевых звуков, имеется неспособность понимать обращенную речь.

Страдают все компоненты речи, что приводит к задержке психического и интеллектуального развития.

В данную группу включаются:

1. Сенсорные агнозии (словесная глухота).
2. Сенсорная алалия.
3. Сенсорная афазия.

Сенсорная алалия - это нарушение понимания речи вследствие недостаточности функционирования слухового анализатора, основной пораженной зоной мозга является височная доля доминантного полушария. В клинической картине сенсорной алалии имеется недостаточный анализ и синтез звуковых речевых раздражителей. Это проявляется в непонимании обращенной речи, у детей не формируется фонематическое восприятие, не дифференцируются фонемы, не воспринимается слово как целое. Ребенок может слышать, но не понимать обращенную речь. При сенсорной алалии не формируется связь между словом и предметом, словом и действием.

Результатом этого может явиться задержка психического и интеллектуального развития. Диагностика сенсорной алалии вызывает определенные сложности, поскольку требует дифференциальной диагностики с состояниями нарушений слуха. В чистом виде сенсорная алалия встречается довольно редко.

Условия лечения

Комплексные медико-педагогические мероприятия проводятся в амбулаторно-поликлинических условиях и детских специализированных учреждениях.

Перечень необходимых обследований

- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ;
- аудиограмма.

Дополнительные обследования:

- РЭГ;
- КТ головного мозга;
- рентгенография черепа.

Консультации:

- логопеда;
- психиатра;
- психолога;
- невролога;
- психотерапевта;
- нейропсихолога;
- сурдолога (ЛОР);
- генетика.

Принципы терапии

Медикаментозная терапия включает:

- ноотропные препараты;
- седативные препараты;
- нейролептики;
- антидепрессанты;
- витамины.

Дополнительные лечебные мероприятия:

- физиотерапия;
- ЛФК;
- массаж.

Логопедическое воздействие направлено на воспитание:

- развития фонематического восприятия;
- понимания воспринимаемых на слух речевых стимулов;
- сознательного использования средств языка и способов речепроизводства.

Логопедические занятия носят строго индивидуальный характер, зависят от степени тяжести и выраженности речевых и интеллектуальных нарушений. Чаще они строятся в индивидуальной форме, начиная с пробного диагностического курса, рассчитанного на 10 - 20 занятий. Последующие курсы занятий могут проводиться по схеме курсов для детей с ОНР (моторной алалией см. F80.1).

Таким образом дети с сенсорной алалией получают от 135 до 270 занятий. По показаниям курс может быть продлен. Форма занятий индивидуальная и групповая или сочетание 2-х форм.

Логоритмика - 20 - 45 занятий на курс.

Занятия с психологом - 20 - 45 занятий на курс.

Выбор профиля учебного учреждения.

Длительность лечения

Срок коррекционных мероприятий - от 1 до 3-х и более лет.

Ожидаемые результаты лечения

Максимально возможное восстановление речевой функции (развитие слухового восприятия, формирование звукового, морфологического, лексического анализа и смысловой стороны речи), коррекция психических нарушений.

F80.8 Другие расстройства развития речи и языка

F80.81 Задержки речевого развития, обусловленные социальной депривацией

Характеристика состояния

Клиническая картина проявляется бедностью словарного запаса, ограниченного рамками обиходно-бытовой лексики, использованием в речи преимущественно простых, неразвернутых фраз. Наблюдаются фрагментарность, разорванность семантической структуры и линейной последовательности высказываний, потеря нити изложения.

Нередко имеют место нарушения звукопроизношения и аграмматизмы в речи. Эти нарушения речи, как правило, сочетаются с недостаточной сформированностью высших психических функций. Интеллектуальный потенциал детей соответствует возрасту. Степень тяжести может быть от легкой до значительной.

Условия лечения

Комплексные медико-педагогические мероприятия проводятся в амбулаторно-поликлинических условиях и детских специализированных учреждениях. Предполагается совместная работа специалистов разного профиля: логопеда, психолога, психотерапевта, психиатра и др. Решающее значение в развитии и формировании речевой и других высших психических функций у данного контингента детей имеет создание благоприятного социально-психологического климата в окружении ребенка. Не менее важное значение имеют организация общеоздоровляющих мероприятий и проведение коррекционного обучения на фоне активизации интеллектуальной и творческой деятельности.

Перечень необходимых обследований

Консультация специалистов (обязательные):

- логопед;

- психиатр;
- невролог;
- психотерапевт;
- психолог.

Консультации специалистов (дополнительные):

- педиатр;
- нейропсихолог.

Диагностическое обследование (дополнительно):

- ЭЭГ,
- Эхо-ЭГ.

Принципы терапии

Медикаментозная терапия включает:

- ноотропные препараты;
- седативные препараты;
- нейролептики;
- антидепрессанты;
- витамины.

Дополнительные лечебные мероприятия:

- физиотерапия;
- ЛФК;
- массаж.

Комплексные медико-педагогические мероприятия:

1. Проведение курса логопедических занятий целесообразно преимущественно в групповой форме. Занятия направлены на развитие речи ребенка (в том числе коррекцию произношения, грамматическое оформление речевых конструкций и обучение связному высказыванию), расширение словарного запаса, формирование представлений и образно-логического мышления.

Логопедические занятия проводятся по той же схеме, что и курсы для детей с ОНР (моторной алалией):

ОНР II уровня - 45 - 90 занятий;

ОНР III уровня - 45 - 90 занятий.

Детям с задержками развития речи, обусловленными социальной депривацией и педагогической запущенностью, рекомендовано от 45 до 180 занятий, преимущественно в групповой форме.

2. Логоритмика 20 - 45 занятий на курс.

3. Занятия с психологом 20 - 45 занятий на курс.

4. Осмотр психиатра (3 - 5 раз за курс, по показаниям - чаще) с медикаментозным лечением.

5. Психотерапевтическое воздействие в форме индивидуальной и групповой психотерапии.

Выбор профиля учебного учреждения.

Длительность лечения

Продолжительность курса коррекционных мероприятий зависит от уровня обучаемости ребенка, возможности активизации речевой деятельности от степени улучшения общего соматического статуса и изменения социально-бытовых условий и определяется максимальным достижением результатов.

Ожидаемые результаты лечения

Развитие речевой, других высших психических функций и интеллектуальных возможностей до возрастного уровня, расширение словарного запаса и способностей к связному и последовательному высказыванию, укрепление соматического и психологического статуса.

F81 Специфические расстройства развития учебных навыков

F81.0 Специфическое расстройство чтения

F81.1 Специфическое расстройство спеллингования

F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков

Ф81.0 Специфическое расстройство чтения

Характеристика состояния

Дислексия - специфическое расстройство чтения, проявляющееся в многочисленных ошибках (замены, пропуски букв, несоблюдение их последовательности) стойкого характера. Они могут быть обусловлены: несформированностью высших психических функций, участвующих в процессе овладения чтением, врожденной слабостью соответствующих зон мозга. Для специфических дислексий характерен низкий темп чтения.

Выделяют следующие типы дислексий:

Оптические дислексии.

Проявляются в трудностях усвоения отдельных букв, близких по начертанию, или в нарушениях зрительной схемы слов, в неспособности симультанного (одномоментного) охвата слова.

Моторные дислексии.

Имеют место затруднения в речедвигательном воспроизведении читаемых единиц речи (слогов, слов, фраз), в их визуальном контроле и удержании в памяти артикуляторных поз.

Данные нарушения обусловлены несформированностью межанализаторных связей: слуховых, зрительных, кинестетических.

Фонематические (литеральные и вербальные) дислексии.

Фонематические литеральные дислексии имеют место при сохранной остроте слуха. Они обусловлены трудностями фонематического анализа, что приводит к недостаточности когнитивной (познавательной) деятельности.

Больные смешивают графемы (буквы), соответствующие сходным по акустическим признакам звукам речи.

Такие нарушения проявляются при устном чтении преимущественно в пропусках, искажениях (главных и согласных), заменах по озвучиванию мягких-твердых, звонких-глухих, свистящих-шипящих (в том числе внутри одного ряда) согласных. Имеются трудности членения слова на звуки. Чаще всего прослеживается взаимосвязь между нарушениями функций фонематического восприятия и моторного воспроизведения (в том числе и с аналогичными трудностями звукопроизношения).

Фонематические вербальные дислексии, как правило, сочетаются с фонематическими литеральными дислексиями. Они обусловлены не только нарушениями фонематического восприятия и моторного воспроизведения, но и недоразвитием высших психических функций в раннем детском возрасте (речевой памяти и внимания к языковым явлениям).

Вербальная дислексия проявляется в пропусках, заменах, искажениях слов (пропуски и перестановки частей слов), запинках на редко употребляемых или сложных по звуковой структуре словах. На уровне фразы вербальная дислексия проявляется в перестановке слов, неточности повторного воспроизведения фразы, трудностях осмысления прочитанного и неспособности обобщить содержание прочитанного (фразы и текста). Спонтанное чтение наиболее затруднено.

Следует исключить: вторичные нарушения чтения, обусловленные умственной отсталостью, снижением остроты слуха и зрения, социальной депривацией и педагогической запущенностью.

Степень тяжести дислексий может быть выражена от легкой и средней до высокой в зависимости от первичных факторов развития речевой функциональной системы, возрастной сформированности высших психических функций.

Клиническая диагностика специфических дислексий представляет определенные трудности, так как у детей дополнительно наблюдается гипер- или гипоактивность в поведенческих реакциях, быстрая утомляемость, истощаемость и недостаточная переключаемость внимания, в некоторых случаях замкнутость и депрессивное состояние, особенно во время уроков.

Необходимо также дифференцировать специфические расстройства чтения от трудностей в чтении, вызванных социальными, языковыми (межнациональными) и другими причинами, оказывающими косвенное влияние на уровень освоения процесса чтения.

Условия лечения

Комплексные коррекционные медико-педагогические мероприятия.

Проводятся в амбулаторно-поликлинических условиях, детских специализированных учреждениях и школьном логопедическом пункте. Предполагается совместная работа специалистов разного профиля: логопеда,

психолога, невролога и др. Перечень необходимых обследований

Обязательные консультации:

- логопеда;
- психиатра;
- психолога;
- невролога;
- нейропсихолога.

Дополнительно:

- сурдолога;
- психотерапевта;
- генетика.

Диагностические обследования:

- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ;
- РЭГ.

В процесс проведения диагностических мероприятий необходимо исключить комплексное логопедическое обследование с применением нейропсихологического тестирования в начале и в конце курса лечения и обследование нейропсихолога (не менее 2-х раз). Сюда входят исследования импрессивной речи, экспрессивной речи, гнозиса, праксиса, функций чтения, письма, счета, памяти, конструктивно-пространственной деятельности, уровня интеллекта (по детской методике Векслера) и др.

Принципы терапии

Решающее значение в формировании чтения у данного контингента детей играет проведение специального комплекса логопедических занятий и медикаментозной терапии, направленных на устранение первичного дефекта - фонематического и общего недоразвития речи, возрастной несформированности высших психических функций преимущественно органического генеза. Важное значение имеет проведение адекватного курса лечения, направленного на активизацию деятельности мозговых структур.

Медикаментозная терапия включает:

- ноотропные препараты;
- седативные препараты;
- нейролептики;
- антидепрессанты;
- витамины.

Дополнительные лечебные мероприятия:

- физиотерапия;
- ЛФК;
- массаж.

Проведение курса логопедических занятий рекомендовано в индивидуальной и групповой форме. При наличии нарушений звукопроизношения целесообразно исправить и автоматизировать дефектные звуки, ввести их в речь до начала занятий по дифференциации этих звуков в процессе чтения. В зависимости от степени выраженности дислексии и форм ее проявления, занятия направлены на формирование фонематического и вербального внимания, дифференциации в устной речи оппозиционных фонем, звукобуквенный анализ и синтез слов, способностей конструирования фраз, на развитие связной устной и письменной речи ребенка, темпа чтения, расширение словарного запаса, формирование представлений и образно-логического мышления.

Логопедические занятия проводятся по схеме курсов для детей с ОНР:

ОНР II уровня - 45 - 90 занятий;

ОНР III уровня - 45 - 90 занятий.

В зависимости от конкретного типа дислексии рекомендовано от 45 (при легкой степени) до 180 занятий и более (при высокой степени тяжести) в индивидуальной и групповой форме.

Занятия с психологом 20 - 45 занятий на курс.

Выбор профиля учебного учреждения.

Длительность лечения

Продолжительность курса коррекционных мероприятий зависит от степени тяжести дислексии и основного неврологического заболевания, от степени улучшения функций чтения и письма в процессе лечения. Вплоть до достижения возможного результата.

Ожидаемые результаты лечения

Активизация высших психических функций, развитие речевой памяти, внимания к языковым явлениям, устранение фонематических (при наличии артикуляторно-оральных) трудностей, улучшение навыков чтения (в том числе спонтанного) и письма, укрепление соматического и неврологического статуса.

F81.1 Специфическое расстройство спеллингования

Характеристика состояния

Дисграфия - специфическое расстройство письменной речи, проявляющееся в многочисленных типичных ошибках стойкого характера и обусловленное несформированностью высших психических функций, участвующих в процессе овладения навыками письма. Следует отметить, что чаще всего специфические дисграфии сочетаются с низким темпом письма. Выделяются следующие дисграфии:

1. Оптические дисграфии. Проявляются в трудностях письма букв и их отдельных элементов, близких или зеркальных по начертанию (оптическая литеральная дисграфия, оптическая "зеркальная" дисграфия), а также в нарушениях зрительной схемы слов, идентичных по контуру или пространственному последовательному изображению, - неспособность объединить данные буквы в слог, а слог - в слово (оптическая вербальная дисграфия, оптическая вербально-"зеркальная" дисграфия).

Следует исключить: нарушения письма вторичные, обусловленные сменой иностранного и родного языка, снижением остроты зрения.

Данные нарушения обусловлены в том числе несформированностью межанализаторных связей: зрительных и кинестетических.

2. Фонематические литеральные дисграфии. При сохранной остроте зрения они обусловлены нарушениями в дифференциации оппозиционных фонем. Это проявляется в письменной речи преимущественно в пропусках, искажениях, заменах букв (гласных и согласных: мягких-твердых, звонких-глухих, свистящих-шипящих). Имеют место трудности членения слова на буквы, основанные на сложностях определения места звука в слове. Чаще всего прослеживается взаимосвязь между нарушениями функций фонематического восприятия и графического воспроизведения звука-буквы.

В клинической картине иногда прослеживается корреляция с трудностями звукопроизношения.

3. Фонематические вербальные дисграфии.

Как правило, они сочетаются с фонематическими литеральными дисграфиями. Обусловлены не только нарушениями фонематического восприятия и графического воспроизведения буквы, но и недоразвитием глобальных высших психических функций в раннем детском возрасте (речевой памяти и внимания к языковым явлениям).

Фонематические вербальные дисграфии проявляются в пропусках, заменах, искажениях фрагментов слов (абрис слова - пропуски букв и их смешения), нарушениях словообразования и словоизменения - неправильное написание окончаний слов, персеверации, преодоление которых требует опоры на проговаривание.

Вербальная дисграфия на уровне фразы проявляется в слитном написании предлогов с существительными, пропуске и перестановке слов во фразе, неточности списывания и повторного воспроизведения фразы, сочетается с трудностями осмысления написанного и неспособностью обобщить содержание написанного (фразы и текста).

Письмо под диктовку, особенно предложений, затруднено, так как имеется тесная взаимосвязь с нарушением программирования фразы (логико-грамматической конструкции).

Как правило, дети с такими нарушениями долго думают как написать первое слово и упускают всю продиктованную фразу.

Исходной причиной такой дисграфии является наличие аграмматизмов в устной речи у детей при общем недоразвитии речи.

4. Орфографическая дисграфия. Орфографическая дисграфия в последние годы выделяется специалистами в самостоятельную подгруппу и причины ее появления объясняются также неспособностью детей усвоить большой объем учебного материала.

Она проявляется в неспособности запомнить, логически употребить и проконтролировать на письме хорошо усвоенные и неоднократно повторяемые устно правила орфографии. Орфографические ошибки такого рода носят однотипный устойчивый характер. При этом можно выделить тесную взаимосвязь графической агнозии со слуховой.

О таких детях говорят: "Как слышат, так и пишут" (часто повторяются ошибки правописания гласных, их замены, звонких согласных в середине и в конце слова по аналогии с устной речью и др.). Ошибки в написании морфем (правописание предлогов, приставок, суффиксов, окончаний) характерны для детей с нарушениями логико-пространственных представлений, мнестических процессов, внимания к языковым явлениям.

При орфографической дисграфии следует исключить: вторичные нарушения письма, обусловленные интерференцией иностранного и родного языка, умственной отсталостью, снижением остроты слуха и зрения, социальной депривацией и педагогической запущенностью.

Степень тяжести дисграфии может быть выражена от легкой и средней до высокой в зависимости от особенностей развития речевой функциональной системы, возрастной сформированности высших психических функций.

Клиническая диагностика специфических дисграфий представляет определенные трудности. У таких детей часто дополнительно наблюдается гипер- или гипоактивность в поведенческих реакциях, быстрая утомляемость, истощаемость и недостаточная переключаемость внимания, в некоторых случаях аутистические реакции, сниженное настроение особенно во время уроков. Это может повлечь за собой развитие "школьного" невроза. Продуктивность письма в этих случаях ниже возрастного уровня.

Необходимо дифференцировать эти специфические расстройства письма от трудностей его усвоения, вызванных социальными, языковыми (межнациональными) и другими причинами, оказывающими косвенное влияние на учебный процесс.

Условия лечения

Комплексные медико-педагогические мероприятия проводятся в амбулаторно-поликлинических условиях, детских специализированных учреждениях и школьном логопедическом пункте. Предполагается совместная работа специалистов разного профиля: логопеда, психолога, невролога и др.

Перечень необходимых обследований

Обязательные консультации:

- логопеда;
- психиатра;
- психолога;
- невролога;
- нейропсихолога.

Дополнительно:

- сурдолога;
- психотерапевта;
- генетика.

Диагностические обследования:

- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ;
- РЭГ.

В комплекс диагностических мероприятий необходимо включить логопедическое обследование с применением нейропсихологического тестирования в начале и в конце курса лечения.

Сюда входят исследования импрессивной речи, экспрессивной речи, гнозиса, праксиса, функций чтения, письма, счета, памяти, конструктивно-пространственной деятельности, интеллекта (по детскому варианту методики Векслера) и др.

Принципы терапии

Решающее значение в формировании чтения у данного контингента детей имеет проведение специального комплекса логопедических занятий и медикаментозной терапии, направленных на устранение первичного дефекта - фонематического и общего недоразвития речи, возрастной несформированности высших психических функций преимущественно органического генеза. Важное значение имеет проведение адекватного курса лечения, направленного на активизацию деятельности мозговых структур.

Медикаментозная терапия включает:

- ноотропные препараты;
- седативные препараты;
- нейролептики;
- антидепрессанты;
- витамины.

Дополнительные лечебные мероприятия:

- физиотерапия;
- ЛФК;
- массаж.

Комплексные медико-педагогические мероприятия включают:

1. Проведение курса логопедических занятий в индивидуальной и групповой форме.

При наличии нарушений звукопроизношения целесообразно исправить и автоматизировать дефектные звуки, ввести их в речь до начала занятий. В зависимости от степени выраженности дисграфии и форм ее проявления, занятия направлены на формирование фонематического восприятия и внимания к словам при воспроизведении на письме оппозиционных фонем, на формирование звуко-буквенного анализа и синтеза слов, развитие способностей конструирования фраз и связных высказываний, темпа письма, расширение словарного запаса, формирование процессов самоконтроля.

Логопедические занятия проводятся по схеме курсов для детей с ОНР:

ОНР II уровня - 45 - 90 занятий;

ОНР III уровня - 45 - 90 занятий.

В зависимости от конкретного типа дислексии рекомендовано от 45 (при легкой степени) до 180 занятий и более (при высокой степени тяжести) в индивидуальной и групповой форме.

2. Занятия с психологом - 20 - 45 на курс.

Выбор профиля учебного учреждения.

Длительность лечения

Продолжительность курса коррекционных мероприятий зависит от степени тяжести дисграфии и основного неврологического заболевания, от степени улучшения функций чтения и письма в процессе лечения и обучения.

Ожидаемые результаты лечения

Активизация высших психических функций, в том числе речевой памяти, внимания к языковым явлениям, устранение фонематических, грамматических, семантических и практических (праксиса кисти руки) нарушений, улучшение навыков письма под диктовку и самостоятельного письма, повышение возможностей самоконтроля, укрепление соматического, психологического и неврологического статуса.

F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков

Характеристика состояния

Дискалькулия - специфическое нарушение обучения счету, проявляющееся в разных возрастах дошкольной и школьной популяции. Симптомы специфической дискалькулии выражаются в трудностях:

- понимания разрядного строения числа и понятия числа;
- понимания внутреннего состава числа и связи чисел между собой;
- понимания левого и правого компонентов числа, значения нуля;
- перечисления и выстраивания автоматизированных цифровых, особенно порядковых, рядов;

- выполнения элементарных вычислительных действий (сложение, особенно с переходом через десяток, вычитание, деление, умножение);
- распознавания числовых знаков;
- соотнесения чисел в арифметическом действии;
- заучивание таблицы умножения;
- решения задач, требующих понимания смысла и нескольких логических операций с удержанием в памяти определенных действий;
- зрительно-пространственного восприятия связи числа с вербализацией процесса счета;
- раскрытия математического содержания схем и картинок, подводящих к правильному ответу;
- выполнения усложненных логико-абстрактных действий, включаемых в алгебру, геометрию, тригонометрию, физику и пр.

Дискалькулия обусловлена рядом механизмов, сочетающих в себе несформированность высших психических функций, участвующих в процессе овладения навыками счета (внимания, памяти, абстрактно-логического мышления), зрительно-пространственного и зрительно-воспринимающего гнозиса, эмоционально-волевых реакций. Часто отмечается неустойчивое поведение детей на фоне социального неблагополучия и педагогической запущенности.

Следует исключить: нарушения счета, обусловленные умственной отсталостью, неадекватным обучением, эмоциональными нарушениями, расстройствами зрения и слуха, социальной депривацией.

Степень тяжести дискалькулий может быть выражена от легкой и средней до высокой в зависимости от возрастной сформированности высших психических функций.

Клиническая диагностика специфических дискалькулий осложнена многозначностью этиологии заболевания. Продуктивность усвоения арифметики у ребенка значительно ниже возрастного уровня, ожидаемого в соответствии с уровнем развития интеллекта и показателями успеваемости. Оценка проводится на основании стандартизированных тестов на счет. Навыки чтения и спеллингования должны быть в пределах нормы, соответствующей умственному возрасту. У некоторых детей отмечаются сопутствующие социально-эмоционально-поведенческие проблемы.

Условия лечения

Комплексные медико-педагогические мероприятия проводятся в амбулаторно-поликлинических условиях, детских специализированных учреждениях, коррекционных классах и в некоторых случаях - на школьном логопедическом пункте. Предполагается совместная работа специалистов разного профиля: логопеда, психолога, невролога и др.

Перечень необходимых обследований

Обязательные консультации:

- логопеда;
- психиатра;
- психолога;
- невролога;
- нейропсихолога.

Дополнительно:

- сурдолога;
- психотерапевта;
- генетика.

Диагностические обследования:

- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ;
- РЭГ.

В комплекс проведения диагностических мероприятий необходимо включить логопедическое обследование с применением нейропсихологического тестирования в начале и в конце курса лечения. Сюда входят исследования импрессивной речи, экспрессивной речи, гнозиса, праксиса, функций чтения, письма, счета, решения задач, памяти, конструктивно-пространственной деятельности, уровня интеллекта (по детской методике Векслера) и др.

Принципы терапии

Решающее значение в коррекции дискалькулий у данного контингента детей играет проведение специального комплекса педагогических, в том числе логопедических занятий, и медикаментозной терапии, направленных на устранение определенных нарушений высших функций и зрительно-пространственного гнозиса.

Важное значение имеет проведение адекватного курса лечения, направленного на активизацию деятельности мозговых структур.

Медикаментозная терапия включает:

- ноотропные препараты;
- седативные препараты;
- нейролептики;
- антидепрессанты;
- витамины.

Дополнительные лечебные мероприятия:

- физиотерапия;
- ЛФК;
- массаж.

Комплексные медико-педагогические мероприятия:

Проведение курса логопедических занятий рекомендовано в индивидуальной форме с переходом на групповую. В зависимости от степени выраженности дискалькулии и форм ее проявления занятия направлены на формирование понятия состава числа, счетных навыков, логико-абстрактной и зрительно-пространственной мыслительной деятельности, развитие способностей программирования арифметических (математических) конструкций, формирование процессов самоконтроля.

Логопедические занятия проводятся по схеме курсов:

- при легкой степени дискалькулии - 30 - 90 занятий;
- при средней степени дискалькулии - 30 - 90 занятий;
- при высокой степени тяжести дискалькулии - 30 - 90 занятий.

В зависимости от степени тяжести дискалькулии рекомендовано от 30 (при легкой степени) до 270 занятий и более (при высокой степени тяжести) в индивидуальной и групповой форме.

Выбор профиля учебного учреждения.

Длительность лечения

Продолжительность курса коррекционных мероприятий зависит от степени тяжести дискалькулии и основного неврологического заболевания, от степени улучшения функций счета в процессе лечения и обучения до достижения возможного результата.

Ожидаемые результаты лечения

Активизация высших психических функций, в том числе зрительной и слуховой памяти, переключаемости внимания, развитие, до возможного уровня, абстрактно-логического мышления и символических представлений, зрительно-пространственного гнозиса, улучшение навыков счетных операций, повышение возможностей самоконтроля, укрепление общего состояния и снятие проявлений школьного невроза.

F81.3 Смешанное расстройство учебных навыков

Характеристика состояния

Сочетанные специфические расстройства школьных навыков включают нарушения навыков чтения, письма, счета (арифметические навыки).

Школьная неуспеваемость носит более тяжелый характер из-за патологического влияния одного дефекта на другой.

Клиническая картина является мозаичной, где имеют место несформированность речевой и других высших психических функций, логико-абстрактных и зрительно-пространственных представлений.

Исключены:

- специфическое расстройство чтения (F81.0);
- специфическое расстройство спеллингования (F81.1);
- специфическое расстройство навыков счета (F81.2);

Следует также исключить вторичные нарушения чтения, письма, счета обусловленные интерференцией иностранного и родного языка, умственной отсталостью, снижением остроты слуха и зрения, социальной депривацией и педагогической запущенностью.

Условия лечения

Комплексные медико-педагогические мероприятия проводятся в амбулаторно-поликлинических условиях, детских специализированных учреждениях и на школьных логопедических пунктах. Предполагается совместная работа специалистов разного профиля: логопеда, психолога, невролога и др.

Перечень необходимых обследований

Обязательные консультации:

- логопеда;
- психиатра;
- психолога;
- невролога;
- нейропсихолога;
- психотерапевта;
- ЛОР.

Дополнительно:

- сурдолога;
- педиатра;
- генетика.

Диагностические обследования:

- аудиограмма;
- КТ-головного мозга;
- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ;
- РЭГ.

Принципы терапии

Направлена на устранение первичного дефекта письма, чтения, счета и нарушений других высших психических функций.

Медикаментозная терапия включает:

- ноотропные препараты;
- седативные препараты;
- нейролептики;
- антидепрессанты;
- витамины.

Дополнительные лечебные мероприятия:

- физиотерапия;
- ЛФК;
- массаж.

Комплексные медико-педагогические мероприятия организуются с учетом степени выраженности нарушений чтения, письма или счета. Специалисты (психолог, логопед, психиатр) решают вопрос о тактике выбора начального коррекционного курса, его последовательности, продолжительности и формы проведения (см. разделы F81.0, F81.1, F81.2).

Длительность лечения - вплоть до возможной коррекции.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение школьной успеваемости, устранение проявлений школьной дезадаптации, укрепление соматического, психологического состояния ребенка, выбор профиля учебного учреждения.

F82 Специфические расстройства развития моторной функции

Характеристика состояния

Данная группа расстройств характеризуется двигательными нарушениями, моторной неловкостью, нарушениями координации, при которых отсутствуют парезы и параличи. Эти

расстройства обусловлены нарушением связи между корковыми и исполнительными двигательными системами, а также разной степенью их созревания.

В клинической картине наблюдается симптоматика нарушения динамического и кинестетического праксиса. В раннем детстве у этих детей отмечается моторная неловкость, они позже начинают приобретать устойчивую походку, движения их носят некоординированный характер, у них поздно формируются навыки самообслуживания (застегивание пуговиц, завязывание шнурков).

У данной категории детей процесс формирования изобразительной деятельности (рисования) протекает с запаздыванием и часто сопровождается негативными реакциями. Несформированность рисуночно-графических навыков очень часто становится проблемой только в период начального школьного обучения. У них отмечается плохой почерк, несоблюдение строки, замедленный темп работы, задержка в формировании навыков письма, которая может быть связана с нарушением визуального контроля и удержанием в памяти графических поз.

Двигательные расстройства часто сочетаются с расстройствами речи, нарушением поведения, нарушениями в эмоционально-волевой сфере.

Диагноз ставится на основании тестов (проб), направленных на исследование праксиса.

Условия лечения

Комплексные медико-педагогические мероприятия проводятся в амбулаторно-поликлинических условиях, детских специализированных учреждениях и на школьном логопедическом пункте.

Перечень необходимых обследований

Обязательные консультации:

- логопеда;
- психиатра;
- психолога;
- невролога;
- нейропсихолога;
- психотерапевта.

Дополнительно:

- педиатра.

Диагностические обследования:

- КТ-головного мозга;
- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ;
- РЭГ.

Принципы терапии

Основные коррекционные мероприятия направлены на развитие и формирование общих двигательных навыков, специфических организаций движений кисти руки. Важным моментом является обучение родителей комплексам двигательных упражнений, направленных на развитие общей координации, формирование лево-правых представлений; ориентации в собственном теле и специальными упражнениями, направленными на коррекцию графической деятельности ребенка.

Предполагается совместная работа специалистов разного профиля: психолога, невролога, логопеда, логоритмиста и др.

Медикаментозная терапия включает:

- ноотропные препараты;
- седативные препараты;
- нейролептики;
- антидепрессанты;
- витамины.

Дополнительные лечебные мероприятия:

- физиотерапия;
- ЛФК;
- массаж.

Выбор профиля учебного учреждения.

Длительность лечения

Вплоть до достижения возможного результата.
Требования к результатам лечения
Улучшение двигательных функций, координации, развитие графомоторной функции, что приводит к улучшению школьной успеваемости.

F84 Общие расстройства психологического (психического) развития

F84.0 Детский аутизм

F84.1 Атипичный аутизм

F84.2 Синдром Ретта

F84.3 Другие дезинтегративные расстройства детского возраста

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (умственная отсталость с двигательной расторможенностью и стереотипными движениями)

F84.5 Синдром Аспергера

F84.0 Детский аутизм

Характеристика состояния

Личностное нарушение, при котором предшествующего периода несомненно нормального развития, обычно, не бывает. Диагноз, как правило, ставится в возрасте не раньше 3-х лет, порой значительно позже. Состояние ребенка характеризуется ограниченными стереотипными интересами и своеобразным поведением, склонностью к привычным действиям и играм при отсутствии специальных навыков развития и речи наряду с тяжелым расстройством эмоций и отсутствием истинных контактов с родными и сверстниками. Речь ограничена в пределах скудного общения с близкими людьми, либо - отсутствует. Интеллектуальный дефект выражен не всегда и может быть неглубоким. Характерны страхи, нарушения сна, ритуалы при приеме пищи, вспышки агрессии и аутоагрессии. Таким образом, основными клиническими признаками синдрома раннего детского аутизма являются: аутизм с аутистическими переживаниями, нарушения речи, однообразное поведение со своеобразными двигательными расстройствами.

Условия лечения

Преимущественно амбулаторное.

Стационарное лечение - при выраженности патологических проявлений (агрессия и аутоагрессия, тяжелое соматическое состояние).

Перечень необходимых обследований см. раздел "шизофрения".

Принципы терапии

Выбор строится на основе применения специальных психологических и педагогических методик воспитания и обучения аутистов, трудотерапии, музыкотерапии, логопедических занятий, ЛФК. Биологические препараты из группы нейролептиков, транквилизаторов и метаболических мозговых корректоров применяются по клиническим показаниям (дозы см. раздел "шизофрения").

Длительность лечения

Амбулаторное - по показаниям постоянно.

Стационарное - 4 - 8 недель.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение социальной адаптации.

F84.1 Атипичный аутизм

Характеристика состояния

Аномальный тип развития ребенка, как правило, проявляющийся в возрасте после 3 лет. По своим клиническим проявлениям отличается от раннего детского аутизма (болезнь Каннера) диссоциацией психических процессов, погружением в мир болезненных переживаний (при ранней детской шизофрении), фантазиями, страхами, измененным

отношением к родным и выраженным эмоциональным уплощением, часто - с отставанием в речевом и интеллектуальном развитии.

Условия лечения см. F84.0.

Перечень необходимых обследований см. F84.0.

Ожидаемые результаты лечения см. F84.0.

Длительность лечения см. F84.0.

F84.2 Синдром Ретта

Характеристика состояния

Диагноз устанавливается на основании специфической симптоматики, появляющейся только у девочек в возрасте от 6 месяцев до 1,5 - 2 лет и проявляющейся в нарастании аутизма, распаде речи (если она уже имеется), иногда - эписиндроме, резком отставании, и даже регрессе психического развития. Специфическими для данного синдрома признаками являются потеря способности пользоваться руками с появлением стереотипных движений в виде потирания рук, а также частые насильственные вздохи. После 6 лет развивается спастический паралич нижних конечностей с атрофией мышц. Именно эта симптоматика является опорной для диагностики данного синдрома в группе текущих дегенеративных заболеваний раннего возраста.

Условия лечения

Амбулаторное - при содержании в семье или помещении в интернат.

Перечень необходимых обследований

Диагноз ставится клинически. Все обследования и консультации другими специалистами проводятся по показаниям.

Принципы терапии

Болезнь прогрессирует. Патогенетического лечения нет. Работа врача заключается в психологической помощи семье, организации медико-генетического консультирования семьи. Лечение симптоматическое - противосудорожные препараты, сосудистые средства.

Ожидаемые результаты лечения

Возможное улучшение адаптации ребенка.

F84.3 Другие дезинтегративные расстройства детского возраста

Характеристика состояния

В эту группу включаются рано развившиеся прогрессирующие заболевания с остановкой и регрессией психического развития, а также нарушением социального, коммуникативного и поведенческого функционирования. Как правило, это сопровождается стереотипными движениями и аутистическим поведением. Для диагноза важно, что всегда предшествует период нормального развития и нет доказательств распознаваемого органического повреждения мозга. В эту группу включаются заболевания, описанные в литературе под названием деменция Геллера и Крамера-Польнова.

Условия лечения

При содержании в семье - амбулаторно или лечение в интернате.

Перечень необходимых обследований

Диагноз ставится клинически. Все обследования и консультации другими специалистами проводятся по показаниям.

Принципы терапии

Болезнь прогрессирует. Патогенетического лечения нет. Работа врача заключается в психологической помощи семье, организации медико-генетического консультирования семьи. Лечение симптоматическое - противосудорожные препараты, сосудистые средства.

Ожидаемые результаты лечения

Возможное улучшение адаптации ребенка.

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

(умственная отсталость с двигательной расторможенностью и стереотипными движениями)

Характеристика состояния

Выраженная, глубокая и тяжелая умственная отсталость с осложняющей симптоматикой.

Условия лечения см. F84.2.

Перечень необходимых обследований см. F84.2.

Принципы терапии см. F84.2.

Ожидаемые результаты лечения см. F84.2.

F84.5 Синдром Аспергера

Характеристика состояния

Синдром характеризуется теми же нарушениями, что и ранний детский аутизм, но в отличие от аутизма у больных не имеется задержки в интеллектуальном развитии. На основании этого данный синдром вычленяется из группы больных с аутистическим поведением в данном возрасте.

Условия лечения

Преимущественно амбулаторное. Стационарное - при декомпенсации.

Перечень необходимых обследований

Диагноз ставится клинически. Все обследования и консультации другими специалистами проводятся по показаниям.

Принципы терапии см. F84.0.

Длительность лечения

Амбулаторное - постоянно по показаниям, стационарное - 4 - 8 недель.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение адаптации ребенка.

F90-98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F90 Гиперкинетические расстройства

F91 Расстройства поведения

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

F93 Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста

F94 Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов

F95 Тики

F98 Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

Нарушенное поведение детей зависит от незрелости, несформированности личности, обусловлено сложным взаимодействием биологического фактора, резидуально-органической церебральной недостаточности и социального фактора.

От правильной оценки этих факторов зависит и адекватная ориентация на то или иное воздействие - медикаментозное или психокоррекционное. Основными критериями отнесения нарушенного поведения к проявлениям психической патологии являются полиморфизм клинических проявлений, сочетание нарушений поведения с расстройствами невротического уровня, а также динамика нарушенного поведения с тенденцией к патологической трансформации личности.

F90 Гиперкинетические расстройства

F90.0 Нарушение активности внимания

F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения

F90.8 Другие гиперкинетические расстройства

F90.0 Нарушение активности внимания

Характеристика состояния

Одним из проявлений гипердинамического синдрома является нарушение активности внимания. Клиническая картина нарушенного внимания проявляется либо в форме полного отсутствия целенаправленного внимания, невозможности привлечь ребенка к необходимой деятельности, либо представляется кратковременными (от 1 - 2 до 10 - 15 минут) эпизодами, с наступающей затем неспособностью концентрации внимания, истощаемостью и резко усиливающимися гиперкинетическими проявлениями.

Условия лечения см. F90.1.

Перечень необходимых обследований (см. раздел Шизофрения)

Принципы терапии см. F90.1.

Длительность лечения см. F90.1.

Ожидаемые результаты лечения

Значительное редуцирование симптоматики с улучшением школьной и социальной адаптации.

F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения

Характеристика состояния

Гиперкинетический синдром проявляется в виде чрезмерной подвижности, суетливости. Движения при этом размашистые, недостаточно координированные и целенаправленные, часто отмечаются травматические повреждения. Синдром встречается в возрасте от 1,5 до 15 лет, наиболее отчетливо проявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте. Для уточнения диагноза помимо клинических проявлений необходимо наблюдение психолога для выявления расстройств внимания, учета гиперактивности не только дома, но и в детском учреждении, на прогулке.

Условия лечения

Амбулаторное лечение - при легких проявлениях гиперкинетических расстройств. При невозможности купирования симптоматики в амбулаторных условиях, при затяжном течении и стойкой школьной дезадаптации - лечение в условиях стационара.

Перечень необходимых обследований см. раздел "Шизофрения".

Принципы терапии

Выбор терапии определяется степенью тяжести гипердинамических расстройств и строится на основе сочетания биологической терапии, систематических лечебно-педагогических мероприятий, трудотерапии, игротерапии, музыкотерапии, лечебной физкультуры.

Препараты выбора: при выраженных проявлениях синдрома - психомоторные стимуляторы - мезокарб (сиднокарб) в сочетании с нейролептическими препаратами - тиоридазином (меллерил, сонапакс), алимемазином (тераленом), неулептилом. Дозы по возрасту см. табл. 8.

Необходимо использовать средства, влияющие на мозговой метаболизм. Ноотропные средства: аминалон, гаммалон, фенибут, пикамилон, пантогам, пирацетам (ноотропил), энцефабол, пиридитол, церебролизин.

Показана комбинация ноотропных препаратов с транквилизаторами бензодиазепинового ряда. Дозы по возрасту см. таблицу.

Длительность лечения

Стационарное - от 4 до 12 недель.

Амбулаторное - длительное по показаниям.

Ожидаемые результаты лечения

Значительное редуцирование симптоматики с улучшением школьной и социальной адаптации.

F90.8 Другие гиперкинетические расстройства

Характеристика состояния

Гиперкинетические расстройства проявляются различной степенью подвижности, суетливости на фоне минимальной мозговой дисфункции, других психоневрологических и соматических заболеваний, общей физической ослабленности.

Условия лечения см. F90.1.

Перечень необходимых обследований см. раздел "Шизофрения".

Принципы терапии см. F90.1.

Длительность лечения см. F90.1.

Ожидаемые результаты лечения

Значительное редуцирование симптоматики с улучшением школьной и социальной адаптации.

F90.9 Гиперкинетическое расстройство неуточненное

Характеристика состояния

Гиперкинетическое расстройство разной степени выраженности, чаще - негрубое, не сопровождается другими проявлениями нервно-психической патологии.

Условия лечения

Амбулаторное.

Перечень необходимых обследований см. раздел "Шизофрения".

Принципы терапии

Медико-психолого-педагогическая коррекция с использованием систематических лечебно-педагогических мероприятий, трудотерапии, игротерапии, музыкотерапии, лечебной физкультуры.

Длительность лечения

Первый курс - от 4 недель до 6 месяцев, далее - по показаниям.

Ожидаемые результаты лечения см. F90.1.

F91 Расстройства поведения

F91.0 Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи

F91.1 Несоциализированное расстройство поведения

F91.2 Социализированное расстройство поведения

F91.3 Вызывающее оппозиционное расстройство

F91.8 Другие расстройства поведения

F91.9 Расстройство поведения неуточненное

Характеристика состояния

В данную рубрику включена группа поведенческих расстройств, характеризующихся стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения, доходящего до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм.

Учитывая неоднородную природу и сложный механизм формирования входящих в данную рубрику поведенческих расстройств, необходимо проводить индивидуальное обследование, направленное на установление причинного фактора с определением удельного веса биологической и социально-психологической составляющих.

1. Клинико-психопатологический анализ информации, полученной из различных источников:

- анамнестические сведения, полученные у родственников или опекуна ребенка;
- оценка поведения ребенка и его когнитивных функций врачом;
- характеристика поведения ребенка, представленная воспитателем детского дошкольного учреждения или школьным учителем (запрашивается в случае отсутствия деонтологических противопоказаний);
- данные медицинской документации;
- сведения, представленные правоохранительными органами и учреждениями социальной защиты населения;

2. Психологическая диагностика:

- оценка уровня психического развития с использованием психометрических методов обследования;
- качественная характеристика особенностей развития высших психических функций и личности ребенка;
- выявление конкретно-личностных отношений ребенка с окружающими;
- оценка его социальной и психологической приспособленности;
- диагностика семьи, направленная на установление признаков нарушения семейного общения и взаимодействия, определение социально-психологических факторов, дезадаптирующих ребенка и членов его семьи.

3. Оценка логопедом характера речевых расстройств.

4. Оценка педагогом-дефектологом уровня школьных знаний и возможных причин неуспеваемости по конкретным школьным дисциплинам.

5. Выявление сопутствующих симптомов, которые предположительно связываются с повреждением и дисфункцией головного мозга и которым отводится патогенетическая или патопластическая роль при формировании рассматриваемых расстройств поведения.

F91.0 Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи

Характеристика состояния см. F91.

Условия лечения

При отсутствии "биологической почвы" помощь оказывается медицинским психологом амбулаторно:

- в условиях медико-психологических кабинетов детских поликлиник;
- психолого-медико-социальных центров;
- детских и подростковых консультативных центров.

При наличии "биологической почвы" - стационарно и полустационарно:

- в открытых учреждениях психиатрического профиля (реабилитационные отделения, полустационары при психиатрических больницах или психоневрологических диспансерах);
- в психолого-медико-социальных центрах и медико-психологических кабинетах детских поликлиник (при умеренной выраженности поведенческих расстройств).

Перечень необходимых обследований

Основной метод обследования - семейная диагностика в сочетании с психологической и клинической диагностикой личности ребенка или подростка, а также члена семьи, являющегося основным объектом агрессии.

Дополнительное обследование ребенка или подростка проводится при наличии "биологической почвы" и необходимости более точной ее верификации:

- консультация невролога для уточнения характера, локализации и распространенности неврологических нарушений;
- консультация офтальмолога для исследования зрительных функций и, особенно, глаза дна, позволяющего косвенно судить о состоянии мозговой гемодинамики и ликвородинамики;
- электрофизиологическое исследование с проведением электроэнцефалографии и реоэнцефалографии (при подозрении на нарушение мозговой гемодинамики);
- электроэнцефалографическое исследование (при наличии клинических признаков гипертензионно-гидроцефального синдрома).

Принципы терапии

Установление в процессе диагностического обследования роли нарушенных внутрисемейных отношений в возникновении расстройств поведения у детей и подростков является основанием для проведения семейной психотерапии.

В настоящее время нет четко стандартизированных методов психотерапевтической коррекции семейных взаимоотношений. Способ организации и проведения семейной психотерапии различными психотерапевтами решается по-разному в зависимости от сложной совокупности условий.

Проведение семейной психотерапии входит в компетенцию врача и медицинского психолога или одного психолога (при отсутствии "биологической почвы" или сопутствующих эмоциональных расстройств). Допускается параллельное ведение семьи врачом и психологом, специализирующимся в области медицинской и педагогической психологии.

Фармакотерапия назначается лишь в случае выраженности поведенческих расстройств, а также наличия сопутствующих эмоциональных расстройств, сомато-вегетативных нарушений.

Предпочтительно использование наиболее мягко действующих седативных средств, приготовленных из растительного сырья: персен, экстракт валерианы, нервофлюкс, новопассит, а также свежеприготовленных отваров из травы пустырника, корней валерианы или специальных сборов успокоительных трав, выпускаемых фармацевтической промышленностью.

При наличии сопутствующих эмоциональных расстройств и соматовегетативных нарушений могут быть использованы транквилизаторы бензодиазепинового ряда с вегетостабилизирующим действием: тофизопам (грандаксин), феназепам, медазепам (рудотель), диазепам и его аналоги, лоразепам и его аналоги.

При неэффективности вышеперечисленных средств (в течение 2 - 3 недель) или развитии парадоксальных эффектов указанные препараты заменяются мягко действующими нейрорепитивными средствами в небольших дозировках: перициазин, алимемазин, тиоридазин. (Дозировки см. в таблице).

Длительность лечения

Амбулаторно - первый курс от 4 недель до 6 месяцев, далее - по показаниям.

Стационарно и полустационарно - 4 - 8 недель.

Ожидаемые результаты лечения

Прогноз в основном благоприятный. Ожидаемый эффект - редукция поведенческих расстройств.

Действия врача, если не достигнут результат

В случаях неблагоприятного течения с формированием сопутствующих эмоциональных расстройств (F92) или перехода в диссоциативное личностное расстройство (F60.2) - лечение по терапевтическим схемам соответствующих рубрик расстройств.

F91.1 Несоциализированное расстройство поведения

Характеристика состояния

Тип поведения, характеризующийся сочетанием упорного диссоциативного или агрессивного поведения со значительным общим нарушением взаимоотношений ребенка с другими детьми и взрослыми, часто сочетающийся с легкими эмоциональными расстройствами, не достигающими степени состояний, кодируемых F92.

Эти расстройства поведения соответствуют существующим в отечественной психиатрии представлениям о патологических формах девиантного поведения.

Условия лечения

Помощь оказывается в условиях внебольничных форм психиатрической помощи (полустационары, диспансеры), а также в учреждениях непсихиатрического профиля, располагающих лицензией на оказание медицинских услуг (медико-психологические кабинеты детских поликлиник, психолого-медико-социальные центры).

Перечень необходимых обследований

Обследование детей и подростков проводится по стандартизированной схеме обследования расстройств поведения (см. главу F91.0).

Принципы терапии

Центральным звеном лечебного воздействия является психотерапевтический комплекс, включающий разнообразные методы и методические приемы: одновременное или последовательное применение рациональной, семейной, гипносуггестивной, личностно-реконструктивной психотерапии, аутогенной тренировки, психотерапии творческим выражением и другие виды.

Лечебные мероприятия осуществляют психиатр и психолог, владеющие методами психотерапевтического воздействия.

Обязательным компонентом системы лечебно-реабилитационных мероприятий является коррекционно-воспитательная работа с детьми или подростками, в задачи которой входит выведение детей или подростков из-под отрицательного влияния микросреды, их социализация с формированием положительных интересов (учебных, профессиональных, спортивных и др.), организация досуга, профориентация, осуществление соответствующих

мероприятий принадлежит психологу, специализирующемуся в области педагогической психологии, педагогам.

Психофармакотерапия назначается в начале проведения психотерапевтических и коррекционно-воспитательных мероприятий для снятия аффективной напряженности и сопутствующих сомато-вегетативных расстройств.

Используются нейролептики мягкого седативного действия в относительно невысоких дозировках: тиоридазин, перициазин, алимемазин.

В случаях недостаточной эффективности препаратов в указанных дозировках (в течение 2 - 3 недель) при их хорошей переносимости возможно увеличение индивидуальных доз либо использование нейролептиков с более выраженным седативным действием: клозапин, левомепромазин, хлорпромазин.

В отдельных случаях (плохая переносимость нейролептиков, наличие вегетативных дисфункций) - комбинирование нейролептиков с транквилизаторами, обладающими вегетостабилизирующим действием (феназепам, диазепам, рудотель и их аналоги). Импульсивность эксплозивных аффективных реакций, их частая повторяемость могут быть показанием к дополнительному назначению карбамазепина. (Дозировки см. в таблице).

Терапевтическая тактика должна предусматривать также назначение препаратов общебиологического действия, рассасывающей и дегидратационной терапии в тех случаях, когда расстройства поведения формируются на фоне декомпенсации резидуально-органической недостаточности ЦНС.

Длительность лечения

Полустационарное - 4 - 8 недель.

В коррекционных учреждениях и амбулаторно - до достижения компенсации.

Ожидаемые результаты лечения

Ожидаемый эффект - редукция поведенческих расстройств. Прогноз менее благоприятен по сравнению с расстройствами поведения, кодируемыми F91.0, в связи с большей вероятностью перехода в диссоциативное личностное расстройство (F60.2).

F91.2 Социализированное расстройство поведения

Характеристика состояния

Характеризуется стойким диссоциативным или агрессивным поведением, включая групповую делинквентность, у детей и подростков, хорошо интегрированных в группу сверстников. Эмоциональные расстройства обычно минимальны. Сомато-вегетативные нарушения не выражены. Данная группа расстройств поведения соответствует принятому в отечественной психиатрии понятию непатологических форм девиантного поведения.

Условия лечения

Помощь оказывается в открытых и закрытых учреждениях непсихиатрического профиля, занимающихся коррекционно-воспитательной работой с детьми и подростками (учебно-воспитательные комплексы для социально дезадаптированных детей и подростков).

Перечень необходимых обследований

Диагностика данного вида поведенческих расстройств проводится по стандартизированной схеме обследования расстройств поведения (см. в начале главы F91).

Принципы терапии

Основу риадаптационных мероприятий составляют различные методы коррекционной педагогики, осуществляемые специалистами в данной области при консультативной помощи психиатра.

Длительность лечения

Диктуется временем, необходимым для достижения результата.

Ожидаемые результаты лечения

Коррекция поведения.

F91.3 Вызывающее оппозиционное расстройство

Характеристика состояния

Этот тип расстройств поведения характерен для детей в возрасте до 10 лет. Он определяется наличием негативистического, враждебного, вызывающего, провокационного

поведения и отсутствием более тяжелых диссоциальных или агрессивных действий, нарушающих закон или права других.

Условия лечения

Помощь оказывается в открытых учреждениях психолого-медицинского характера (психолого-медико-социальные центры, детские консультативные центры медицинского психолога, медико-психологические кабинеты детских поликлиник). При наличии "биологической почвы" и сопутствующих эмоциональных и сомато-вегетативных расстройств - в открытых учреждениях психиатрического профиля (санатории, реабилитационные отделения).

Перечень необходимых обследований

Диагностика данного типа расстройств поведения проводится по стандартизированной схеме обследования расстройств поведения (см. F91.0).

Принципы терапии

Центральным звеном лечебного воздействия является психокоррекционная работа с детьми и их родителями при вовлечении в реабилитационный процесс воспитателей детских садов и педагогов школ.

Существуют различные методы коррекции, направленные на перестройку дисфункциональных семейных отношений, коррекцию устойчивых личностных установок, предрасполагающих к нарушению поведения. Выбор конкретных методов коррекции определяет психолог, специализирующийся в области медицинской и педагогической психологии, в зависимости от совокупности условий.

В соответствие с этим основным требованием, определяющим организацию коррекционной работы, является учет всех составляющих с обеспечением возможностей для применения различных организационных форм, а также их смены в случае необходимости.

Психофармакотерапия применяется лишь в случаях выраженных форм нарушения поведения, при наличии "биологической почвы", предрасполагающей к расстройствам поведения, а также при наличии сопутствующих эмоциональных и сомато-вегетативных расстройств. Ее применение оправдано на начальных этапах коррекционно-педагогической работы для снятия аффективной напряженности и сомато-вегетативных расстройств.

Предпочтительно использование наиболее мягко действующих седативных средств, приготовленных из растительного сырья: персен, экстракт валерианы, нервофлукс, новопассит, а также свежеприготовленных отваров из травы пустырника, корней валерианы или специальных сборов успокоительных трав, выпускаемых фармацевтической промышленностью.

При наличии сопутствующих эмоциональных расстройств и соматовегетативных нарушений назначаются транквилизаторы бензодиазепинового ряда с вегетостабилизирующим действием: тофизопам, феназепам, медазепам, диазепам и его аналоги, лоразепам и его аналоги.

При неэффективности вышеперечисленных средств (в течение 2 - 3 недель) или развитии парадоксальных эффектов назначаются мягко действующие нейролептические средства в небольших дозировках: неулептил, терален, сонапакс. (Дозировки см. в таблице).

Длительность лечения

Стационарно - от 4 до 12 недель, амбулаторно - до достижения результатов.

Ожидаемые результаты лечения

Ожидаемый эффект - редукция поведенческих расстройств. Прогноз не всегда благоприятен, в связи с возможностью перехода в диссоциативное личностное расстройство (F60.2).

F91.8 Другие расстройства поведения

Обследование и лечение по стандартизированным схемам обследования и лечения расстройств поведения.

F91.9 Расстройство поведения неуточненное

Обследование и лечение по стандартизированным схемам обследования и лечения расстройств поведения.

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.0 Депрессивное расстройство поведения

F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций неуточненное

Характеристика состояния

Встречаются в широком нозологическом спектре: при шизофрении (непрерывной и приступообразно-прогредиентной), эпилепсии, резидуально-органических поражениях ЦНС, раннем детском аутизме, циклотимии и т.д. В соответствии с этим депрессивное расстройство поведения может быть приступообразным или хроническим.

Ведущие психопатологические синдромы: сочетание расстройств поведения с выраженной депрессией (F92.0) или тревогой, страхом, деперсонализационно-дереализационными и обсессивно-компульсивными расстройствами (F92.8). Негативная симптоматика обусловлена этиологией заболевания.

Условия лечения

Стационарное - при выраженных аффектах тоски, тревоги или страха, агрессивности, суицидальных тенденциях, социальной и школьной дезадаптации, резистентности психопатологических расстройств и амбулаторному лечению, неблагоприятных социально-бытовых условиях.

Полустационарное (частичная госпитализация) - после стационарного лечения при необходимости закрепления положительного терапевтического эффекта и для обучения в щадящих условиях в школе при больнице.

Амбулаторное - при нерезко выраженных депрессивных расстройствах, корригируемом поведении дома и в детских учреждениях, отсутствии социальной и учебной дезадаптации, отказе родителей от стационарирования.

Перечень необходимых обследований см. F90.0.

Принципы терапии

Препаратами выбора являются допустимые в детской психиатрической клинике антидепрессанты седативного или сбалансированного действия (с отсутствием или минимальным побочным действием) - амитриптилин, пипофезин, кломипрамин, мапротилин, которые назначаются в сочетании с транквилизаторами и корректорами поведения - триридазином, малыми дозами перициазина (возрастные дозировки - по F30 - F39). При симптомах нарушения мышления, патологическом фантазировании, бредовых расстройствах показано назначение небольших доз трифлуоперазина или перфеназина с корректорами. При выраженной тревоге - клозапин (азалептин, лепонекс). Наряду с этим назначаются ноотропы, не обладающие стимулирующим действием - фенибут, когитум, а также общеукрепляющее лечение и физиотерапия.

Эффективно сочетание медикаментозного лечения с различными видами психотерапии: индивидуальной, групповой, арттерапией. Дети школьного возраста при стационарировании без перерыва должны продолжать обучение по программе той школы, в которой учились до стационарирования.

Длительность лечения

Срок ведения больного в стационаре - от 4 до 12 недель (при необходимости может быть продлен).

В полустационаре - до 12 месяцев.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование депрессивной симптоматики, агрессии, антисоциальных форм поведения, предотвращение социальной и школьной дезадаптации.

F93 Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста

F93.0 Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой

F93.1 Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте
F93.2 Социальное тревожное расстройство в детском возрасте
F93.3 Расстройство вследствие сиблингового соперничества
F93.8 Другие эмоциональные расстройства в детском возрасте
F93.9 Эмоциональное расстройство в детском возрасте неуточненное

Характеристика состояния

Перечисленные расстройства являются специфическими для раннего, младенческого и дошкольного возраста, проявляются в сочетании с выраженными тревогой или страхом в определенных ситуациях, не являются частью более генерализованного расстройства и исчезают при взрослении ребенка.

Условия лечения

Во всех случаях амбулаторное.

Перечень необходимых обследований см. F90.0.

Принципы терапии

Психотерапия: семейная, индивидуальная, тренинги общения, арттерапия.

Медикаментозное лечение:

- транквилизаторы - элениум, седуксен, реланиум, сибазон, тазепам в небольших дозах;
- ноотропы;
- ново-пассит;
- мягкие нейролептики противотревожного действия - тиоридазин, алимемазин;
- при декомпенсации - небольшие дозы антидепрессантов с седативным или сбалансированным действием - пипофезин, амитриптилин. (Дозировки см. в таблице).

Длительность лечения

По показаниям, с частотой осмотра психиатром - 1 раз в месяц.

Ожидаемые результаты лечения

Купирование тревожно-фобического компонента патологического состояния, улучшение межличностных контактов в семье и детских учреждениях.

F94 Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов

F94.0 Элективный мутизм

F94.1 Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте

F94.2 Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу

F94.8 Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте

Эта группа расстройств, для которых общими являются нарушения социального функционирования, начинающиеся в период развития. В их этиологии решающую роль играют неблагоприятные средовые факторы.

F94.0 Элективный мутизм

Характеристика состояния

Это состояние, которое характеризуется тем, что ребенок обнаруживает достаточно сохранную речь в одних ситуациях и неспособность говорить - в других ситуациях. Чаще всего ребенок говорит дома или с близкими друзьями, но молчит в школе или с незнакомыми лицами.

Условия лечения

Преимущественно внебольничное лечение. При необходимости - изъятие из сложной ситуации, возможно стационарирование в детские учреждения для лечения пограничных психических расстройств.

Перечень необходимых обследований (см. раздел "Шизофрения" F2).

Принципы терапии

Поскольку в возникновении данного расстройства наибольшее значение придается средовым факторам, основные терапевтические усилия должны быть направлены на изменение ситуации, то есть на работу с ближайшим окружением (родными), а также - со школой. Необходимы также психотерапевтические занятия с самим пациентом, не исключены суггестивные формы терапии, а при наличии тревожного компонента - включение транквилизаторов (см. раздел "Шизофрения" F20), при преобладании оппозиционных форм поведения - нейролептиков седативного действия (тиоридазин, перициазин) в небольших дозировках.

Длительность лечения

Амбулаторно - по показаниям. Стационарно - 4 - 8 недель.

Ожидаемые результаты лечения

Снятие симптоматики или значительное улучшение состояния, повышение уровня социальной и школьной адаптации.

F94.1 Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте

Характеристика состояния

Это расстройство характеризуется стойкими нарушениями социальных взаимосвязей ребенка, сочетающимися с эмоциональными расстройствами и являющимися реакцией на изменение средовых условий. Наиболее яркими проявлениями этого состояния являются боязливость, настороженность, агрессия и самоагрессия, переживание страдания. Отсутствует откликаемость на поддержку и утешение. Реактивное расстройство привязанности почти всегда возникает в связи с неадекватной заботой о ребенке.

Условия лечения

Внебольничное лечение. Но в связи с необходимостью изменить ситуацию, возможно помещение в стационар.

Перечень необходимых обследований (см. раздел "Шизофрения" F20).

Принципы терапии

Основным является оздоровление ситуации, что может быть достигнуто психотерапевтическими (в основном семейная психотерапия) методами. При большей выраженности тревоги и страха - транквилизаторы, при выраженном негативизме - нейролептики седативного действия в небольших дозировках.

Длительность лечения

Амбулаторно - по показаниям. В стационаре - 4 - 8 недель.

Ожидаемые результаты лечения

Оздоровление взаимоотношений с окружением, снятие дополнительной симптоматики, улучшение социальной адаптации.

F94.2 Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу

Характеристика состояния

Это состояние характеризуется диффузными неизбирательно направленными привязанностями, сочетающимися с прилипчивостью в раннем возрасте и неразборчиво дружеским поведением в более старшем. Это состояние наиболее отчетливо выявляется у детей, воспитываемых в различных учреждениях, в условиях смены воспитателей или смен семьи.

Условия лечения

Стационарное.

Амбулаторное - по показаниям.

Перечень необходимых обследований (см. раздел "Шизофрения" F20).

Принципы терапии

Работа с окружением, разъяснение необходимости стабилизации ситуации, медикаментозная терапия при сопутствующих эмоциональных и поведенческих нарушениях, преимущественно - транквилизаторы и седатики в небольших дозировках.

Длительность лечения

Стационарно - 4 - 8 недель, амбулаторно, до достижения стабилизации ситуации и снятия сопутствующих эмоциональных и поведенческих расстройств.

Ожидаемые результаты лечения

Оздоровление ситуации, социальная адаптация.

F94.8 Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте

Эта рубрика включает расстройства социального функционирования, обусловленные недостаточностью социальной компетентности.

Условия лечения

Возможны амбулаторные и стационарные условия.

Перечень необходимых обследований (см. раздел "Шизофрения" F20).

Принципы терапии

Выбор терапии определяется структурой нарушений и строится на основе сочетания в основном лечебно-педагогических и психотерапевтических методов. При сопутствующих эмоциональных и поведенческих нарушениях возможно включение малых доз транквилизаторов и седатиков.

Длительность лечения

Стационарно - 4 - 8 недель, амбулаторно - по показаниям.

Ожидаемые результаты лечения

Повышение степени социальной компетентности, расширение социальных связей и улучшение социальной адаптации.

F95 Тики

F95.0 Транзиторные тики

F95.1 Хронические моторные тики или вокализмы

F95.2 Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков
(синдром Жилль де ла Туретта)

F95.8 Другие тики

F95.9 Тики неуточненные

Характеристика состояния

Непроизвольные сокращения отдельных мышечных групп. Наблюдаются преимущественно в мышцах лица (моргание, подергивание губами, плечами, носом, шеей, нахмуривание лба, повороты головы, может быть голосовой тик).

Условия лечения

При легких формах - амбулаторное лечение. При невозможности купирования тиковых расстройств во внебольничных условиях, при выраженной школьной дезадаптации - стационарное лечение.

Перечень необходимых обследований (см. раздел "Шизофрения").

Принципы терапии

Транквилизаторы: антелепсин, диазепам, феназепам, фенибут (дозы по возрасту в разделе "шизофрения") в сочетании со средствами, улучшающими мозговое кровообращение и влияющими на мозговой метаболизм (пантогам, танакан, винпоцетин, глицин, пирацетам, церебролизин, фенибут). При отсутствии эффекта - использование нейролептиков (галоперидол, перициазин, перфеназин), в сочетании с циклодолом. Комбинация лекарственной терапии с психотерапией и физиотерапевтическими методами лечения.

Длительность лечения

Амбулаторно - 1 курс - 8 - 12 недель, далее по необходимости.

При выраженных клинических проявлениях - стационарно - 4 - 8 недель.

Ожидаемые результаты лечения

Выздоровление, значительное редуцирование симптоматики, школьная и социальная адаптация.

F95.0 Транзиторные тики

F95.1 Хронические моторные тики или вокализмы

Характеристика состояния

Хронические, сменяющие друг друга по клиническим проявлениям произвольные сокращения отдельных мышечных групп, преимущественно лица, плеч, шеи, повороты головы и голосовой тик.

Условия лечения см. F95.

Перечень необходимых обследований см. раздел "Шизофрения".

Принципы терапии см. F95.

Длительность лечения см. F95.

Ожидаемые результаты лечения см. F95.

F95.2 Комбинированные вокализмов и множественных моторных тиков (синдром Жилье де ла Туретта)

Характеристика состояния

Множественные комбинированные голосовые и двигательные расстройства, возникающие как одновременно, так и последовательно. Как правило, начало характеризуется двигательными расстройствами, с последующим присоединением голосовых, вплоть до копирования. Течение заболевания рецидивирующее с послаблением или усилением тиков.

Условия лечения см. F95.

Перечень необходимых обследований см. раздел "Шизофрения".

Принципы терапии см. F95.

Длительность лечения см. F95.

Ожидаемые результаты лечения см. F95.

F95.8 Другие тики

Характеристика состояния

Произвольные сокращения отдельных мышц лица, конечностей, иногда - голосовой тик. Степень выраженности нетяжелая. Проявления непостоянные. Условия лечения

Как правило амбулаторные.

Перечень необходимых обследований см. раздел "шизофрения".

Принципы терапии см. F95.

Длительность лечения см. F95.

Ожидаемые результаты лечения см. F95.

F95.9 Тики неуточненные

Характеристика состояния

Произвольные сокращения мимических мышц лица, иногда конечностей. Выражены негрубо и непостоянно.

Условия лечения

Как правило, амбулаторное.

Перечень необходимых обследований см. раздел "шизофрения".

Принципы терапии см. F95.

Длительность лечения см. F95.

Ожидаемые результаты лечения см. F95.

F98 Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

- F98.0 Энурез неорганической природы
- F98.1 Энкопрез неорганической природы
- F98.4 Стереотипные двигательные расстройства
- F98.5 Заикание (запинание)
- F98.8 Другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст
- F98.9 Эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст неуточненное

F98.0 Энурез неорганической природы

Характеристика состояния

Расстройство, характеризующееся произвольным упуском мочи днем или во время ночного сна у детей старше 3-х летнего возраста при отсутствии урологических заболеваний и поражения спинного мозга.

Условия лечения

При легких формах - амбулаторное лечение. При невозможности купирования во внебольничных условиях, при стойком и выраженном энурезе, нарушающем социальную адаптацию ребенка - стационарное лечение.

Перечень необходимых обследований см. раздел "шизофрения" + рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Принципы терапии

Используются биологические и физиотерапевтические, а также психотерапевтические методы лечения. Препараты выбора: антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин) в комбинации с транквилизаторами (феназепам, фенибут), одновременное сочетание с физиотерапевтическими методами лечения типа электрофореза и рефлексотерапии.

Длительность лечения

I курс - 4 - 8 недель, далее по необходимости.

Ожидаемые результаты лечения

Выздоровление, значительное редуцирование симптоматики, школьная и социальная адаптация.

F98.1 Энкопрез неорганической природы

Характеристика состояния

Энкопрез - это повторное произвольное выделение кала (обычно в небольших количествах в виде пачкания белья), нередко сочетающееся с запорами, при отсутствии анатомических дефектов или заболеваний прямой кишки и анального отверстия.

Условия лечения см. раздел "энурез".

Перечень необходимых обследований (см. раздел "Шизофрения" + "энурез").

Принципы терапии (см. раздел "энурез").

Длительность лечения

I курс - 4 - 12 недель, далее по показаниям.

Ожидаемые результаты лечения

Выздоровление, значительное редуцирование симптоматики, школьная и социальная адаптация.

F98.4 Стереотипные двигательные расстройства

Характеристика состояния

Стереотипно повторяющиеся, произвольные движения, не зависящие от какого-либо нервно-психического состояния. Включают в себя раскачивания тела, конечностей, кусание ногтей и сосание пальцев, самоповреждающие действия.

Условия лечения см. F90.1.

Перечень необходимых обследований см. раздел "шизофрения".

Принципы терапии см. F90.1.
Длительность лечения см. F90.1.
Ожидаемые результаты лечения см. F90.1.

F98.5 Заикание (запинание)

Характеристика состояния

Заикание является дискоординационным судорожным нарушением речи. Клинические проявления заикания сводятся к расстройствам плавности, слитности речи, темпоритмической организации. Они имеют форму специфических запинок, обусловленных судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Кроме того, для заикания важным является нарушение коммуникации, что приводит к психогенному изменению личности больного.

Заикание встречается у 2 - 4% лиц детского возраста, чаще страдают мальчики. Возникает заикание чаще в возрасте 2 - 5 лет, в период становления речи. В возникновении заикания играют роль экзогенные, эндогенные и социальные факторы. Определенную роль играет личностная предрасположенность.

Заикание может иметь как острое психогенно-реактивное, так и постепенное начало. Внешним симптомом заикания являются тонические или клонические судороги, возникающие в органах речи больного. В зависимости от локализации судорог, различают артикуляторную, голосовую и дыхательную формы заикания. При заикании могут иметь место насильственные движения чаще в области мышц лица. Затруднения в речевой моторике могут сопровождаться сопутствующими движениями (постукивание, подергивание головой, корпусом и т.д.). Отмечается общее напряжение, скованность движений, двигательное беспокойство т.п. В дальнейшем у заикающихся формируются психические особенности, проявляющиеся в страхе речи, сложностях общения, логофобии.

Логофобия, как правило, не зависит от тяжести заикания, а является индивидуальной патологической эмоциональной реакцией пациента на дефект речи. Фиксированность на дефекте является одним из основных факторов, усиливающим его.

Различают 3 степени тяжести: легкая, средняя, тяжелая. Степень тяжести заикания оценивается не только по степени проявления речевого дефекта, но и в зависимости от степени выраженности логофобии, фиксации на дефекте, приводящих к нарушению коммуникативной функции речи и социальной адаптации. По течению заикания выделяют: постепенное, волнообразное, рецидивирующее.

Условия лечения

Лечение детей с заиканием может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара, в логопедических группах специализированного детского сада или санатория, реже - в условиях стационара.

Перечень необходимых обследований:

- расширенное логопедическое обследование;
- осмотр психиатра;
- психотерапевтическая беседа;
- обследование психолога;
- обследование невролога.

Дополнительно:

- консультация педиатра;
- сурдолога;
- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ;
- аудиограмма.

Лечебные мероприятия зависят от степени тяжести дефекта и наличия логофобии.

Принципы терапии

Комплексные мероприятия включают совместные логопедические, психотерапевтические, музыкально-ритмические занятия, лечебно-медикаментозные мероприятия, работу с родителями.

Показания к индивидуальным логопедическим занятиям являются:

- заикание у детей до 4-х лет;

- заикание средней и высокой степени тяжести;
- заикание любой степени, но с выраженной логофобией и фиксацией на дефекте.

Индивидуальный логопедический курс рассчитан ориентировочно на 45 занятий. В последующем возможен поддерживающий курс до 30 индивидуальных занятий или курс групповых логопедических занятий.

Рекомендован курс логоритмических занятий.

Индивидуальные логопедические занятия предполагают обязательное медицинское наблюдение (1 - 5 раз за курс), психотерапевтические занятия с родителями (1 - 5 за курс).

Наряду с индивидуальным эффективным является и групповой метод лечения.

Показаниями к групповым занятиям являются:

- частичная компенсация речевого дефекта на индивидуальных занятиях;
- заикание средней, легкой степени у детей старше 4-х лет, не имеющих противопоказания для занятий в группе.

Число детей в группах:

4 - 6 лет - до 6 детей;

7 - 10 лет - до 7 - 8 детей;

10 - 13 лет - до 10 детей.

Комплексная реабилитация включает:

1. Групповые логопедические занятия по специально разработанным программам. Курс - 30 - 45 занятий.

2. Логоритмические занятия, целью которых является развитие ритмической организации речи и движений. Курс - 20 - 30 занятий.

3. Психологические занятия, направленные на развитие социальной адаптации у детей и подростков. Курс - 20 - 30 занятий.

4. Психотерапевтические занятия с родителями и детьми, целью которых является формирование здоровой личности ребенка. Курс - от 5 до 30 занятий.

5. У детей с 10 лет используется метод групповой релаксации. Курс - 10 - 20 занятий.

Лечебные мероприятия включают следующие моменты:

- медикаментозное лечение, которое проводится дифференцированно и включает общеукрепляющую, седативную и посиндромную терапию;
- физиотерапевтические процедуры - электрофорез, электросон и т.п.;
- массаж, ЛФК;
- гигиенические рекомендации и мероприятия - правильный режим, нормализация дневного и ночного сна и т.п., организация охранительного режима.

Методы групповой психотерапевтической и психокоррекционной работы отличаются значительным разнообразием. Психологическая коррекция направлена на все основные стороны личности заикающегося - познавательную, эмоциональную, поведенческую. Важным моментом в лечении заикания является работа психиатра, психотерапевта, психолога, особенно в форме семейной психотерапии. Показания и курс семейной психотерапии определяет специалист.

Длительность лечения

Срок ведения больного вариабелен. Целесообразно после основного курса амбулаторного и стационарного - 4 - 8 недель, проведение поддерживающего курса или амбулаторное (катамнестическое) наблюдение 3 раза в год, которое включает в себя осмотр логопеда, психолога, психиатра, чаще при самостоятельном к ним обращении.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение речевого статуса, расширение коммуникативных возможностей, ликвидация признаков девиации личности, расширение адаптационных возможностей.

F98.8 Другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст

Характеристика состояния

Проявляются онихофагией, мастурбацией, сосанием пальца и другими патологическими привычками. Обычно проявляется у детей с дефицитом внимания.

Условия лечения

Амбулаторное.

Перечень необходимых обследований см. раздел "шизофрения".

Принципы терапии

Транквилизаторы в сочетании с психотерапией и педагогической коррекцией.

Длительность лечения см. F90.1.

Ожидаемые результаты лечения см. F90.1.

F98.9 Эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст, неуточненное

Характеристика состояния

Проявляются эмоциональной неустойчивостью, поведенческими реакциями.

Условия лечения

Амбулаторное.

Перечень необходимых обследований см. раздел "шизофрения".

Принципы терапии

Транквилизаторы, медико-психолого-педагогическая коррекция.

Длительность лечения см. F90.1.

Ожидаемые результаты лечения см. F90.1.

+ "Крестиком" помечается код основной болезни по МКБ-10.

* "Звездочкой" помечен факультативный код, относящийся к проявлениям болезни.

*(1) При обследовании до начала терапии в амбулаторных условиях обязательными являются общий анализ крови и мочи, остальные исследования делаются по показаниям. Сказанное относится ко всем кодам.

*(2) Психическое состояние больных с деменцией может утяжеляться за счет развития другой психопатологической симптоматики (галлюцинаторных, бредовых, аффективных расстройств), а у больных с легкой и средней степенью деменции - также за счет изменения личности. В таких случаях тяжесть психического состояния больных определяется выраженностью перечисленных выше расстройств (см. разделы F00-F03).

*(3) Другие необходимые консультации и/или обследования указываются в протоколах ведения больного с соответствующей нозологической формой.

*(4) Зарубежные аналоги: такрин, донепезил

*(5) при амбулаторной терапии обязательными являются клинические анализы крови и мочи, остальные - по показаниям

*(6) клинический анализ крови и мочи производится повторно 1 раз в три - четыре недели при нормальных результатах

*(7) Клинические анализы крови и мочи производятся повторно 1 раз в три - четыре недели при нормальных результатах.

*(8) При наличии соответствующих условий.

*(9) приведенные психометрические стандарты уровней развития интеллекта (IQ) завышены на 10 ед., т.к. используемый в России адаптированный вариант методики Векслера, дает более высокие показатели при аналогичном уровне интеллекта, определяемом по клиническим критериям. Особенно это важно учитывать при диагностике более легких степеней умственной отсталости. Следует также отметить, что уровень IQ не может являться единственным критерием диагностики интеллектуального недоразвития или определения его выраженности.

Приложение

(G-40 - G47) Эпилепсия

1. Связанная с локализацией (парциальная, фокальная) - G-40.0

Идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с локально начинающимися припадками:

G-40.00 Доброкачественная детская эпилепсия с центрально-височными ЭЭГ-спайками

G-40.01 Детская эпилепсия с затылочными пароксизмами на ЭЭГ

2. Связанная с локализацией (парциальная, фокальная) - G-40.1

Симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками:

G-40.11 Приступы без нарушения сознания

G-40.11 Простые парциальные припадки, развивающиеся во вторично-генерализованные припадки

3. Связанная с локализацией (парциальная, фокальная) - G-40.2

Симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы со сложными парциальными припадками:

G-40.20 Приступы с расстройством сознания, часто с автоматизмами

G-40.21 Сложные парциальные припадки, развивающиеся во вторично-генерализованные припадки

4. Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы - G-40.3

G-40.30 Доброкачественная младенческая миоклоническая эпилепсия

G-40.31 Доброкачественные судороги новорожденных (семейные)

G-40.32 Детская абсансная эпилепсия (пикнолепсия)

G-40.33 Эпилепсия с большими генерализованными судорожными припадками при пробуждении

G-40.34 Юношеская абсансная эпилепсия

G-40.31 Юношеская миоклоническая эпилепсия (импульсивные малые припадки)

G-40.36 Неспецифические эпилептические приступы

(атонические приступы G.40.36.0

клонические приступы G.40.36.1

миоклонические приступы G.40.36.2

тонические приступы G.40.36.3

тонико-клонические приступы G.40.36.4)

5. Другая генерализованная эпилепсия и эпилептические синдромы - G.40.4

G.40.40 Инфантильные спазмы (Салаамовы припадки, Синдром Веста)

G.40.41 Эпилепсия с миоклоническими абсансами

G.40.43 Синдром Леннокса-Гасто

G.40.44 Симптоматическая ранняя миоклоническая эпилепсия

6. Специфические эпилептические синдромы - G.40.5

G.40.50 Кожевниковская эпилепсия

G.40.51 Эпилептические припадки, вызванные алкоголем

G.40.52 Эпилептические припадки, вызванные лекарствами

G.40.53 Эпилептические припадки, вызванные гормональными изменениями

G.40.54 Эпилептические припадки, вызванные депривацией сна

G.40.55 Эпилептические припадки, вызванные стрессом

7. Генерализованные судорожные припадки - неспецифические (с или без малых приступов) - G.40.6

8. Малые припадки неспецифические, без генерализованных судорожных припадков - G.40.7

9. Другая эпилепсия - G.40.8

G.40.80 Эпилепсия и эпилептические синдромы, неклассифицируемые как фокальные или генерализованные

10. Эпилепсия неспецифическая - G.40.9

Эпилептические:

- конвульсии

- схватки

- припадки

11. Эпилептический статус - G.41

G.41.0 Статус больших судорожных припадков

G.41.1 Статус малых припадков

G.41.2 Статус сложных парциальных припадков

G.41.8 Статус других припадков

Спектр клинического действия нейролептиков

Препарат	Седатив- ное дейс- твие	Антипси- хотичес- кое (ин- цизивное) действие	Антибре- довое действие
Преимущественно с седативным действием (седативные нейролептики)			
Хлорпромазин (аминазин)	++++	++	++
Левомепромазин (тизерцин)	++++	+	+
Тиоридазин (меллерил, сонапакс)	+++	+	+
Хлорпротиксен	+++	++	+
Зуклопентиксол (клопиксол)	+++	+++	+++
Перициазин (неулептил)	+++	+	+
Алимемазин (терален)	++	+	+
Тиаприд (тиапридал)	++	+	+
Преимущественно с антипсихотическим действием (инцизивные нейролептики)			
Перфеназин (этаперазин)	++	++	++
Трифлуоперазин (трифтазин)	++	+++	++++
Галоперидол	++	+++	++++
Сультоприд (топрал)	++	+++	+++
Флуфеназин (модитен)	+	+++	+++
Флупентиксол (флюанксол)	+	+++	++
Пипотиазин (пипортил)	+	+++	+++
Тиопроперазин (мажептил)	+	++++	++
Преимущественно со стимулирующим действием (дезингибирующие нейролептики)			
Сульпирид (эглонил)	-	++	+
Карбидин	-	+	+
Атипичные нейролептики			
Клозапин (лепонекс, азалептин)	++++	+++	+++
Кветиапин (сероквель)	+	++	+++
Рисперидон (рисполепт)	+	++	+++

Оланзапин (зипрекса)	++	+++	+++
----------------------	----	-----	-----

++++ - Сильное (максимальное выраженное) действие
+++ - Выраженное
++ - Умеренное
+ - Слабое
- - Отсутствует

Таблица 2

Нейролептики: уровни применяемых доз (мг)

Препарат	Дозы		
	малые	средние	высокие
Алимемазин (терален)	25-40	40-75	75-100
Галоперидол	5-10	10-30	30-100
Зуклопентиксол (клопиксол)	10-30	30-75	75-150
Карбидин	50-75	75-100	100-200
Кветиапин (сероквель)	100-300	300-600	600-750
Клозапин (лепонекс, азалептин)	50-100	100-300	300-600
Левомепромазин (тизерцин)	50-100	100-400	400-600
Оланзапин (зипрекса)	5-10	10-15	15-20
Перициазин (неулептил)	30-50	50-75	75-100
Перфеназин (этаперазин)	20-40	40-75	75-100
Пипотиазин (пипортил)	30-60	60-90	90-120
Рисперидон (рисполепт)	2-4	4-6	6-8
Сульпирид (эглонил)	200-400	400-600	600-2000
Сультоприд (топрал)	100-300	300-600	600-1200
Тиаприд (тиапридал)	100-200	200-400	400-600
Тиопроперазин (мажептил)	5-20	20-40	40-60
Тиоридазин (меллерил)	50-100	100-200	200-600
Трифлуоперазин (трифтазин)	5-15	15-50	50-100
Флупентиксол (флюанксол)	3-10	10-40	40-150
Флуфеназин (модитен)	3-10	10-15	15-20
Хлорпромазин (аминазин)	50-150	150-500	500-1000
Хлорпротиксен	30-60	60-100	100-300

Таблица 3

Нейролептики пролонгированного действия

Препарат	Дозы (мг)	Длительность действия
Галоперидол деканоат	50-300 в/м	2-3 недели
Зуклопентиксол ацетат (клопиксол-акуфаз)	50-200 в/м	3-4 суток
Зуклопентиксол деканоат (клопиксол депо)	200-750 в/м	2-3 недели
Пипотиазин пальмитат (пипортил Л4)	25-200 в/м	3-4 недели
Флупентиксол деканоат (флюанксол раствор для инъекций депо)	20-200 в/м	2-3 недели
Флуфеназин деканоат (модитен депо)	25-100 в/м	2-4 недели

Таблица 4

Корректоры экстрапирамидных побочных эффектов нейролептической терапии (антипаркинсонические средства)

Препарат	Среднесуточные дозы (мг)
Бенактизин (амизил)	3-8
Бипериден (акинетон) (в/м, в/в)	2-10
Толперизон (мидокалм)	100-450
Тригексифенидил (циклодол, паркопан, ромпаркин, апот-райгекс)	5-20

Таблица 5

Транквилизаторы и снотворные - уровни доз (мг)

Препарат	Дозы		
	малые	средние	высокие
Алпразолам (ксанакс, кассадан)	0,5-4	4-6	6-10
Бромазепам (лексилиум, лексотан)	3-12	12-18	18-36
Гидазепам	20-50	50-100	100-150
Гидроксизин (атаракс)	25-50	50-100	100-300
Диазепам (седуксен, реланиум, сибазон)	5-20	20-40	40-60

Золпидем (ивадал, санвал)	5-10	10-15	15-20
Зопиклон (имован)	3,75	7,5	15
Клоназепам (антелепсин, ривотрил)	0,5-2	4-8	8-16
Клоразепат (транксен)	15-30	30-40	40-60
Лоразепам (мерлит)	1-4	4-6	6-10
Медазепам (мезапам, рудотель)	10-20	20-40	40-60
Мидазолам (дормикум)	7,5	15	30
Нитразепам (радедорм, эуноктин)	2,5-5	5-10	10-15
Оксазепам (нозепам, тазепам)	10-20	30-60	60-90
Темазепам (сигнопам)	7,5	15	30
Тофизопам (грандаксин)	50-150	150-200	200-300
Триазолам (хальцион)	0,125-0,25	0,25-0,5	0,5-1
Феназепам	0,5-1,0	1,0-3,0	3,0-6,0
Флунитразепам (рогипнол)	0,5	1,0	1,5-2,0
Хлордиазепоксид (элениум)	20-40	40-60	60-100

Таблица 6

Антидепрессивные средства

Генерическое название	Минимальные дозы	Средние дозы	Максимальные дозы
Трициклические антидепрессанты			
Пипофезин	25-100	125-200	225-400
Амитриптилин	25-100 в/м + в/в 25-50	125-200 в/м + в/в 75-100	225-400 в/м + в/в 125-150
Доксепин	25-50 в/м + в/в 25-50	50-75 в/м + в/в 50-75	75-100 в/м + в/в 75-100
Имипрамин	25-75 в/м + в/в 25-50	100-250 в/м + в/в 75-100	250-400 в/м + в/в 125-150
Кломипрамин	25-75 в/м + в/в 25-50	100-225 в/м + в/в 75-100	250-300 в/м + в/в 100-150
Тианептин	12,5 - 25	37,5	50
Тримипрамин	25-125 в/м + в/в 25-50	150-250 в/м + в/в 75-125	275-400 в/м + в/в 150-200
Тетрациклические антидепрессанты			
Мапротилин	25-75	100-175 в/м +	200-250 в/м +

	в/м + в/в 25	в/в 50-75	в/в 100
Миансерин	15-30	30-90	120
Антидепрессанты другой химической структуры			
Тразодон	75-150	225-450	525-600
Селективные ингибиторы реаптейка серотонина			
Пароксетин	10	20	40-80
Сертралин	50	50-100	150-200
Флувоксамин	50	100-200	250-400
Флуоксетин	20	20	40-80
Циталопрам	20	40	40-60
Необратимые ингибиторы МАО			
Ниаламид	50-75 в/в + в/м	100-400 в/в + в/м	450-800 в/в + в/м 500-1000
Обратимые ингибиторы МАО			
Моклобемид	150	150-300	300-600
Пирлиндол	25-75 в/м + в/в 25-50	100-225 в/м + в/в 75-100	250-500 в/м + в/в 125-200

в/м - внутримышечно

в/в - внутривенно

Таблица 7

Антидепрессивные средства (спектр клинического действия)*

Спектр действия	Генерическое название препарата	Торговые названия препарата
Преимущественно седативное действие	Тримипрамин	Герфонал
	Доксепин	Синекван
	Амитриптилин	Эливел, амизол
	Тразодон	Триттико
	Миансерин	Леривон, миансан
	Флувоксамин	Феварин
	Пипофезин	Азафен
Сбалансированного действия	Мапротилин	Людиомил
	Тианептин	Коаксил
	Пирлиндол	Пиразидол
	Сертралин	Золофт
	Парксетин	Паксил
С преимущественно стимулирующим действием	Кломипрамин	Анафранил
	Флуоксетин	Прозак, продеп, портал, флуоксетин-акри, флуоксетин никомед
	Моклобемид	Аурорикс

	Имипрамин	Мелипрамин, прилойдган, импрамин
	Ниаламид	Ниаламид

* Расположение препаратов в настоящей таблице отражает континуальную клинико-терапевтическую классификацию, в которой сверху вниз убывает седативный и нарастает стимулирующий эффект. Указанная классификация не учитывает сравнительную силу тимоаналептического действия препаратов и не дифференцирует седативный и анксиолитический эффекты. В данную таблицу не включены некоторые антидепрессанты с недостаточно определенным положением в этом ряду, в частности циталопрам (имеющиеся данные позволяют условно отнести его к антидепрессантам сбалансированного действия).

Таблица 8

Возрастные дозы основных психотропных и ноотропных препаратов, применяемых у детей и подростков с нервно-психическими заболеваниями (мг/сут)

Название препарата	Интервал возрастных суточных доз в мг (средние - максимальные)		
	3 - 6 лет	7 - 14 лет	15 - 18 лет
Нейролептические средства			
Алимемазин (терален)	0.5-5.0	5.0-15.0	10.0-50.0
Галоперидол (сенорм)	0,1-0,3	0.75-4.5	1.5-9.0
Клозапин (лепонекс, азалептин)	6.25-37.5	12.5-75.0	25.0-200.0
Левомепромазин (тизерцин)	6.0-25.0	12.5-75.0	12.5-100.0
Перициазин (неулептил)	1,0-3.0	2.0-20.0	5.0-40.0
Пипотиазин (пипортил)	-	1.0-10.0	5.0-30.0
Сульпирид (эглонил)	25.0-50.0	50.0-100.0	100.0-200.0
Тиаприд (тиапридал)	-	50.0-150.0	100.0-300.0
Тиоридазин (меллерил, сонапакс)	5.0-30.0	10.0-75.0	25.0-125.0
Трифлуоперазин (стелазин, трифтазин)	0.25-5.0	1.0-15.0	5.0-40.0
Флупентиксол (флюанксол)	-	-	0.5-5.0
Флуфеназин деканоат (модитен депо)	-	1.0мл (25.0) 1 раз в 14-30 дней	1.0\1л-2.0мл (25.0-50.0) 1 раз в 14-30 дней
Хлорпромазин (аминазин)	6.0-25.0	12.5-100.0	25.0-200.0
Хлорпротиксен	3.75-7.5	7.5-45.0	15.0-100.0

Перфеназин (этаперазин)	2.0-4.0	4.0-20.0	8.0-30.0
Препараты лития			
Лития карбонат*		600,0-900,0	600,0-1200,0
Антидепрессанты			
Амитриптилин (амизол, эливел)	6,25-12,5	12,5-75,0	25,0-125,0
Доксепин (синекван)	6,25-12,5	12,5-50,0	25,0-100,0
Имипрамин (мелипрамин)	-	12,5-50,0	25,0-125,0
Кломипрамин (анафранил)	-	12,5-75,0	25,0-125,0
Мапротилин (людиомил)	-	12,5-50,0	25,0-100,0
Миансерин (леривон)	-	-	10,0-90,0
Моклобемид (аурорикс)	-	-	150,0-600,0
Пароксетин (паксил)	-	-	10,0-40,0
Пипофезин (азафен)	6,25-12,5	12,5-50,0	25,0-125,0
Сертралин (золот)	-	-	25,0-100,0
Тианептин (коаксил)	-	-	12,5-37,5
Тримипрамин (герфонал)	-	-	25,0-125,0
Флуоксетин (прозак, портал, продеп)	-	-	20,0-40,0
Флувоксамин (феварин)	-	-	100-300
Циталопрам (ципрамил)			20,0-40,0
Транквилизаторы и снотворные			
Алпразолам (ксанакс, кассадан, алзолам и др.)	-	-	0,125-1,5
Диазепам (реланиум, сибазон и др.)	1,0-5,0	2,5-10,0	5,0-20,0
Гидроксизин (атаракс)	25-50	25-100	50-100
Зопиклон (имован)	-	-	7,5-15,0
Лоразепам (мерлит)	-	0,5-1,0	1,0-3,0
Медазепам (рудотель, мезапам)	-	5,0-20,0	20,0-40,0
Нитразепам (эуноктин, радедорм)	1,25-2,5	2,5-5,0	2,5-7,5
Тофизопам (грандаксин)	-	25,0-50,0	50,0-100,0
Феназепам	0,125-0,25	0,25-1,0	1,0-3,0

Флунитразепам (рогипнол)	-	-	1,0-2,0
Хлордиазепоксид (элениум, хлозепид)	5,0-10,0	10,0-20,0	10,0-50,0
Антиконвульсанты			
Карбамазепин (финлепсин, тегретол)	50,0-150,0	100,0-400,0	400,0-600,0
Психостимуляторы			
Мезокарб (сиднокарб)	1,25-5,0	2,5-5,0	5,0-10,0
Ноотропы и гамкергические вещества			
Гамма-аминомасляная кислота (гаммалон, аминалон)	250,0-500,0	500,0-1000,0	1000,0-1750,0
Глицин	100,0-200,0	100,0-300,0	200,0-400,0
Ацетиламиноянтарная кислота (когитум)	5,0 мл - 10,0 мл	10,0 мл - 20,0 мл	20,0 - 30,0 мл
Никотиноилгамм-аминомасляная кислота (пикамилон)	10,0-20,0	20,0-40,0	40,0-100,0
Гопантеновая кислота (пантогам)	250,0-500,0	500,0-1000,0	750,0-1500,0
Пирацетам (ноотропил, пирабене)	200,0-400,0	500,0-1200,0	1000,0-1600,0
Пиритинол (энцефабол, пиридитол)	25,0-100,0	100,0-300,0	300,0-500,0
Фенибут	62,5-125,0	125,0-500,0	500,0-1000,0
Церебролизин	1 мл (40 мг активного вещества) на 10 кг массы тела		

* Контроль за концентрацией лития в плазме крови.

Таблица 9

Нормотимики (тимоизолептики)

	Лекарственная форма	Оптимальный интервал сут. доз	Частота приема од-кратной дозы	Примечания
Лития карбонат	таблетки по 0,3 г	0,6-1,2	3 раза в день	Контроль за концентрацией
Лития карбонат (контемнол)	таблетки по 0,5 г	0,5-0,15	1 раз в день	лития в плазме крови
Лития оксибутират	20% раствор для инъекций в ампулах по 2 мл	1,6-3,2	3 раза в день	Контроль за концентрацией лития в плазме крови

Карбамазепин (финлепсин, тегретол и др.)	Таблетки по 0,2 г	0,4-1,0	2 - 3 раза в день
Карбамазепин ретард (финлепсин ретард, тегретол ЦР)	таблетки по 0,2 и 0,4 г	0,4-0,8	1 раз в день
Вальпроат Натрия (ацедипрол, конвулекс, депакин, энкорат, апилепсин и др.)	таблетки по 0,15 и 0,3 г	0,6-1,4	2-3 раза в день
Вальпроевая кислота (депакин хроно)	таблетки по 0,3 и 0,5 г	0,5-1,5	1 раз в день