

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30» октября 2015 года
Протокол №14

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1. Название протокола: Расстройства психологической адаптации в детском возрасте.

2. Код протокола:

3. Коды МКБ-10:

F94.0 Элективный мутизм.

F98.0 Энурез неорганической природы.

F98.1 Энкопрез неорганической природы.

F98.2 Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте.

F98.4 Стереотипные двигательные расстройства.

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АЛТ –	аланинаминотрансфераза
АСТ –	аспартатаминотрансфераза
ВВК –	военно-врачебная комиссия
В\м –	внутримышечно
В\в –	внутривенно
КТ –	компьютерная томография
ЛС –	лекарственные средства
МЗСР –	Министерство здравоохранения и социального развития
МНН –	международное непатентованное название (генерическое название)
МРТ –	магнитно-резонансная томография
МСЭК –	медико-социальная экспертная комиссия
ОАК –	общий анализ крови
ОАМ –	общий анализ мочи
ПЭТ –	позитронно-эмиссионная томография
РЭГ –	реоэнцефалография
РК –	Республика Казахстан
Р-р –	раствор

- СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
 СПЭК – судебно-психиатрическая экспертная комиссия
 ЭКГ – электрокардиограмма
 ЭПО – экспериментально-психологическое обследование
 ЭЭГ – электроэнцефалограмма
 ЭхоЭГ – эхоэлектроэнцефалограмма

5. Дата разработки протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: дети.

7. Пользователи протокола: детские психиатры, детские психотерапевты, врачи ПМСП.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которые могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

8. Определение: Группа психических расстройств детского возраста, отражающая срыв механизмов психологической адаптации, и клиническая картина которых ограничены личностным и невротическим регистром. [1,8]

9. Клиническая классификация: нет.

10. Показания для госпитализации [2,3]

- психопатологические расстройства с десоциализирующими проявлениями, которые не купируются в амбулаторных условиях *или*
- решение экспертных вопросов (МСЭК, ВВК, СПЭК).

11. Диагностические исследования:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- экспериментально-психологическое обследование.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (печеночные пробы);
- ЭКГ – проводятся с целью мониторинга изменений соматического состояния на фоне основной терапии;
- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах

11.3 Минимальный перечень обследований, которые необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию, согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ОАМ – не реже 1 раза в месяц;
- ОАК – не реже 1 раза в месяц;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин (прямой и непрямой, уровень глюкозы в крови) – не реже 1 раза в месяц;
- ЭКГ – не реже 1 раза в месяц;
- ЭПО (для поступивших впервые в жизни или впервые в текущем году). ЭПО для иных категорий пациентов – по решению лечащего врача.

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах.

12. Диагностические критерии [1,8-10]:

12.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы: появление симптомов наряду с нарушениями сна, тревогой на фоне дистрессовой (чаще внутрисемейной) обстановки.

Анамнез:

- зависимость возникновения и течения (динамики) невроза с психогенной (субъективно значимой психотравмирующей) ситуацией;
- содержательная связь между характером психотравмы и клиническими проявлениями невроза и патологической фиксацией на фрустрации и переживаниях, связанных с ней.

12.2 Физикальное обследование: диагностически значимых изменений со стороны кожных покровов и внутренних органов (включая центральной и периферическую нервную систему) нет.

12.3 Лабораторное обследование: специфических диагностических признаков нет.

12.4 Инструментальное обследование: специфических диагностических признаков нет.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта (педиатра) – исключение соматических заболеваний;
- консультация невропатолога – исключение текущих неврологических расстройств;
- консультация гинеколога (для женщин) – исключение гинекологических расстройств;
- консультации иных узких специалистов – сопутствующие соматические заболевания и/или патологические состояния.

12.6 Дифференциальный диагноз [8-10]:

Таблица 1 – Дифференциальная диагностика

Параметры	Нарушения психологической адаптации	Реакции протеста
Клиническая картина	Связь с психогенией, ограниченность клинической картины невротическим регистром	Ситуационная зависимость клинических проявлений.
Инструментальное обследование	Не информативно	

13. Цели лечения: обратное развитие психопатологических нарушений, стабилизация состояния пациента, подбор поддерживающей психо-(фармако)терапии.

14 Тактика лечения:

При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и/или нетяжелом уровне расстройства рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. В

случае усложненной клинической картины (за счет коморбидных состояний) и/или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о госпитализации.

14.1 Немедикаментозное лечение:

Комплаенс- терапия, различные виды психотерапии, трудотерапия.

Режимы наблюдения (в зависимости от состояния пациента):

- общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении.
- режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях.
- режим лечебных отпусков – возможность нахождения, по решению ВКК вне отделения от нескольких часов до нескольких суток, с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта.

14.2 Медикаментозное лечение:

Основная терапия – препаратов, имеющих 100% вероятность применения нет.

Дополнительные медикаменты (таблица 2):

Антидепрессанты – предназначены для купирования сопутствующих депрессивных проявлений. Выбрать нужно один из перечисленных препаратов группы СИОЗС или ИОЗСН (сертралин, флуоксетин, флувоксамин). В случае неэффективности указанных препаратов или в случае наличия тяжелых депрессивных нарушений рекомендуется применять амитриптилин.

Транквилизаторы – предназначены для устранения тревожных расстройств (диазепам, тофизопам,)

Нормотимические препараты – предназначены для стабилизации настроения, медикаментозного контроля нарушений биологических ритмов (карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин).

Малые нейролептики – предназначены для коррекции поведенческих нарушений (хлорпротиксен, тиоридазин, сульпирид)

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном и стационарном уровне:

Таблица 2 – Дополнительные медикаменты [4-7,9,12-19]:

Рекомендуется монотерапия: одно из нижеперечисленных препаратов.

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Сертралин (УД – А)	До 50мг\сутки внутрь	До купирования проявлений депрессии и тревоги
Флувоксамин (УД – А)	До 50 мг\сутки внутрь	
Флуоксетин (УД – А)	До 20мг\сутки внутрь	
Диазепам (УД – А)	До 10мг\сутки внутрь	Не более 7-10 дней (непрерывно)

Тофизопам (УД – А)	До 75мг\сутки внутрь	До купирования проявлений тревоги
Хлорпротиксен (УД – В)	50- 100 мг\сутки внутрь	До исчезновения поведенческих нарушений и стабилизации эмоционального фона
Тиоридазин (УД – В)	50- 100мг\сутки внутрь	
Сульпирид (УД – В)	До 600 мг\сутки внутрь	
Карбамазепин (УД – В)	200-400 мг\сутки внутрь	
Вальпроевая кислота (УД – В)	300-600 мг\сутки внутрь	
Ламотриджин (УД – А)	50-100 мг\сут внутрь	

14.3 Другие виды лечения: нет.

14.4 Хирургическое лечение: нет.

14.5. Профилактические мероприятия [8-10]:

Первичная профилактика – семейная психотерапия и психокоррекция.

Вторичная профилактика – обоснованное назначение психофармакопрепаратов и психотерапии.

Третичная профилактика – комплаенс-терапия, психосоциальная реабилитация, реализация психообразовательных программ для членов семей пациентов.

14.6 Дальнейшее ведение (после стационара) – формирование и укрепление комплаенса.

15. Индикаторы эффективности лечения:

- Отсутствие или отчетливая тенденция к регрессии симптомов.
- Настроенность больного и\или его семьи на продолжение медикаментозного и немедикаментозного лечения на амбулаторном этапе.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Разработчики:

1) Алтынбеков С.А. – доктор медицинских наук, профессор, директор Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии, главный внештатный психиатр МЗСР РК.

2) Павленко В.П. – доктор медицинских наук, доцент РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова», ответственный по курсу психиатрии и наркологии.

3) Мукушев М.Х. – «Восточно – Казахстанский психоневрологический диспансер», заместитель главного врача.

4) Мажитов Т.М. – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии АО «Медицинский университет Астана», клинический фармаколог.

17. Конфликта интересов нет.

18. Рецензенты:

1) Толстикова А.Ю. – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова.

2) Семке А.В. – доктор медицинских наук, профессор Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательского института психического здоровья», заместитель директора по научной и лечебной работе, РФ г. Томск.

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1. Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.

2. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 г. № 193-IV.

3. Приказ и.о. Министра Здравоохранения РК № 15 от 06.01.2011 «Об утверждении положения о деятельности психиатрических организаций в РК»

4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.

5. Арана Дж., Розенбаум Дж. Руководство по психофармакотерапии.-4-е изд. – 2001.

6. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М. «Восток» 1996г- 288 с.

7. Яничак и соавт Принципы и практика психофармакотерапии. Киев.-1999.-728 с.

8. Блейхер В.М., Крук И.В.. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.

9. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.Тиганова Т 1-2 – Москва «Медицина»,1999.

10. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежневского. – Москва «Медицина»,1985.

11. Приказ МЗ РК от 20 декабря 2010 года №986 «Об утверждении Правил оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи».

12. Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б. Дмитриевой- Москва, 2009.- 993с.

13. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред.Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.-Москва.-2009.-896с.

14. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации

- обществ биологической психиатрии (WFSBP) А.Хасан, П.Фалкаи, Т.Воброк, Д.Либерман, Б.Глентой, В.Ф.Гаттаз, Х.Ю.Меллер, С.Н.Мосолов и др.\ [Электронный ресурс] http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr_2014-02_sch.pdf
15. [Электронный ресурс] www.fda.gov (официальный сайт Управления по пищевым продуктам и лекарственным препаратам США).
 16. [Электронный ресурс] www.ema.europa.eu (официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств).
 17. American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.
 18. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:553–564
 - 19 American psychiatric association . Practice guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder.- 2004 (Copyright 2010).-96p