



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
(МИНЗДРАВ ЛНР)

ПРИКАЗ

06. 11. 2018 г.

№ 671

г. Луганск

**Зарегистрировано
в Министерстве юстиции
Луганской Народной Республики
21.11.2018 за № 767/2411**

**Об утверждении Унифицированного клинического протокола
медицинской помощи «Маниакальный эпизод»**

В соответствии с пунктом 12 Положения об организации разработки медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи (порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и унифицированных клинических протоколов (клинических практических руководств) в Луганской Народной Республике, утвержденного постановлением Совета Министров Луганской Народной Республики от 25 октября 2016 года № 601 «Об утверждении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе здравоохранения Луганской Народной Республики»,

подпунктом 3.1.15 пункта 3.1 Положения о Министерстве здравоохранения Луганской Народной Республики, утвержденного постановлением Совета Министров Луганской Народной Республики от 11.04.2017 года № 172/17, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Маниакальный эпизод» согласно приложению к настоящему приказу.

2. Юридическому отделу Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики обеспечить подачу настоящего приказа на государственную регистрацию в Министерство юстиции Луганской Народной Республики.

3. Контроль за выполнением приказа оставляю за собой.

4. Настоящий приказ вступает в силу по истечении 10 (десяти) дней после дня его официального опубликования.

Исполняющий обязанности
Министра здравоохранения
Луганской Народной Республики

Н.А. Пащенко

Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Маниакальный эпизод»

I. Паспортная часть

1.1. Диагноз – Маниакальный эпизод – это аффективное расстройство, характеризующееся патологически повышенным фоном настроения и увеличением объема и темпа физической и психической активности.

1.2. Коды состояния или заболевания согласно МКБ-10:

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

1.3. Целью Унифицированного клинического протокола медицинской помощи «Маниакальный эпизод» (далее – УКП МП «МЭ») является:

установление единых требований к условиям и порядку проведения диагностического, лечебного и реабилитационного процессов для лиц, обнаруживающих признаки аффективного расстройства настроения в виде маниакального эпизода;

унификация лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий для лиц, страдающих аффективным расстройством настроения в виде маниакального эпизода с учетом психопатологических особенностей, стадии заболевания и клинической ситуации;

внедрение медико-организационных и лечебно-диагностических подходов, которые соответствуют принципам доказательной медицины, в процесс оказания медицинской помощи лицам с данной патологией;

обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества лечебно-диагностических мероприятий при оказании медицинской помощи лицам, страдающим аффективными расстройствами настроения в виде маниакального эпизода;

повышение качества жизни, уровня социальной адаптации лиц, страдающих аффективными расстройствами настроения в виде маниакального эпизода.

1.4. Данный У КП МП «МЭ» предназначен в первую очередь для специалистов, имеющих высшее медицинское образование по следующим специальностям: врачей - психиатров; врачей - психотерапевтов; врачей - наркологов; врачей других специальностей и медицинских работников; практических психологов.

1.5. Дата разработки протокола — 2018 г.

1.6. Дата пересмотра протокола — 2021 г.

1.7. Список разработчиков У КП МП «МЭ»:

Фамилия, имя, отчество	Должность
1	2
Рачкаускас Г.С.	Главный внештатный специалист по психиатрии Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики, главный врач Государственного учреждения «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики (далее – ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР), профессор кафедры дерматовенерологии, психиатрии и наркологии Государственного учреждения Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» (далее – ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Святителя Луки»), доктор медицинских наук, профессор
Радионова С.И.	Заведующая отделением интенсивной терапии ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР, доцент кафедры дерматовенерологии, психиатрии и наркологии ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Св. Луки», кандидат медицинских наук
Слотвинский А.С.	Главный врач Государственного учреждения «Бирюковская психиатрическая больница» Луганской Народной Республики, кандидат медицинских наук
Погребняк Л.Л.	Заместитель главного врача по медицинской части ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР
Кривонос А.В.	Врач-психиатр психиатрического отделения № 11 ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР
Демченко С.В.	Заведующая организационно-методическим консультативным отделением ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР

1	2
Савенко Л.М.	Заведующая отделением пограничных состояний ГУ "ЛРКПНБ" ЛНР
Шамровская Н.Н.	Врач-психиатр организационно-методического консультативного отделения ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР
Ковалева Н.В.	Заведующий психиатрическим отделением Государственного учреждения «Краснолучская центральная городская многопрофильная больница «Княгининская» Луганской Народной Республики, кандидат медицинских наук
Труняков Н.В.	Заведующий диспансерным отделением Государственного учреждения «Стахановская психиатрическая больница» Луганской Народной Республики
Занина В.В.	Заведующая диспансерным отделением ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР
Весельева О.Т.	Главный врач Государственного учреждения «Алчевская психиатрическая больница» Луганской Народной Республики
Десятниченко И.В.	Врач-психиатр психиатрического отделения № 2 ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР
Пащенко О.С.	Врач-психиатр отделения пограничных состояний ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР
Бобык О.А.	Врач психиатр диспансерного отделения ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР, ассистент кафедры дерматовенерологии, психиатрии и наркологии ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Святителя Луки»
Сигова А.В.	Врач – методист Государственного учреждения «Луганский республиканский медицинский информационно аналитический центр» Луганской Народной Республики

1.8. Перечень сокращений:

АД – антидепрессанты;

в/в – внутривенно;

в/м – внутримышечно;

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;

ГУ – Государственное учреждение;

ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР – Государственное учреждение «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики;

КМП – клинический маршрут пациента;

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия;

КТ – компьютерная томография;

ЛНР – Луганская Народная Республика;

ЛПМП – Локальный протокол медицинской помощи;

МЗ – Министерство здравоохранения;

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра;

МЭ – аффективные расстройства в виде маниакального эпизода;

ОМКО ЛРКПБ – организационно-методический консультативный отдел Луганской Республиканской клинической психиатрической больницы;

УЗ – учреждение здравоохранения;

УКП МП – Унифицированный клинический протокол медицинской помощи;

УПК ЛНР – Уголовно-процессуальный кодекс Луганской Народной Республики.

II. Общая часть

Медицинскую помощь пациентам при психических расстройствах в виде маниакального эпизода предоставляют в учреждениях здравоохранения:

врачи общей практики – семейные врачи, врачи других специальностей (при выявлении у пациента психического расстройства с симптомами маниакального эпизода);

врачи-психиатры, врачи-психотерапевты — в психиатрических кабинетах центральных городских многопрофильных больниц, поликлиник;

врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, медицинские и практические психологи специализированных психоневрологических учреждений.

Для эффективного внедрения УКП МП «МЭ» в практику оказания медицинской помощи в УЗ существует потребность в создании системы мер по повышению информированности врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь по вопросам практических методов распознавания симптомов болезни и побочных эффектов проводимой медикаментозной терапии, формированию навыков работы с такими больными, проведения психообразовательной работы с членами семей, освоения отдельных элементов психотерапии.

III. Основная часть

3.1. Диагностика МЭ.

В процессе диагностики берется во внимание все, что имеет отношение к признакам аффективного расстройства в виде маниакального эпизода.

Настроение у больного приподнято неадекватно обстоятельствам и может варьировать от беспечной веселости до почти неконтролируемого возбуждения. Подъем настроения сопровождается повышенной энергичностью, приводящей к гиперактивности, чрезмерному объему и скорости речевой продукции, повышению витальных влечений (аппетит, сексуальное влечение), снижению потребности во сне, отмечается завышенная самооценка, легко высказываются сверхоптимистичные идеи и идеи величия. Критика снижается или отсутствует. Больной утрачивает способность критической оценки собственных проблем, возможны неадекватные поступки с негативными последствиями для социального статуса и материального благополучия. При этом повышенная самооценка и идеи превосходства превращаются в бредовые идеи величия, раздражительность и подозрительность, трансформируются в бред преследования. В тяжелых случаях могут отмечаться экспансивно-парафренические переживания величия или бредовые идеи о знатном происхождении. В результате скачки мыслей и вербального напора речь больного зачастую оказывается малопонятной для окружающих.

На сегодняшний день достаточно условно выделяют три степени тяжести маниакальных расстройств, диагностика которых осуществляется в соответствии с критериями МКБ-10.

3.1.1. F30.0. – Гипомания.

А. Наблюдаются повышенное настроение или раздражительность, (совершенно нехарактерные для данного человека в преморбидном состоянии), которые сохраняются в течение как минимум четырех дней подряд.

Б. Проявляются – в определенной степени отражаясь на деятельности личности в повседневной жизни – по меньшей мере три симптома из числа следующих:

- 1) повышенная активность или физическое беспокойство;
- 2) повышенная говорливость;
- 3) затруднения при сосредоточении внимания или повышенная отвлекаемость;
- 4) сниженная потребность во сне;
- 5) повышенная сексуальная энергия;
- 6) умеренно выраженная расточительность либо другие проявления неосмотрительного или безответственного поведения
- 7) повышенная общительность или фамильярность.

В. Расстройство не соответствует критериям мании (F30.1 и F30.2), биполярного аффективного расстройства (F31-), депрессивного эпизода (F32-), циклотимии (F34.0) или нервной анорексии (F50.0).

Г. Наиболее часто используемый критерий исключения. Данный эпизод нельзя объяснить употреблением психоактивного вещества (F10-F19) или каким-либо из органических психических расстройств (как они описаны в F00-F09).

3.1.2. F30.1 – Мания без психотических симптомов.

А. Отмечается преимущественно приподнятое настроение, экспансивность, раздражительность, совершенно нехарактерные для данного человека в преморбидном состоянии. Это изменение настроения отчетливо выражено и сохраняется по меньшей мере на протяжении недели (если состояние не является настолько тяжелым, что возникает потребность в госпитализации).

Б. Проявляются симптомы, приводящие к тяжелому нарушению деятельности личностного в повседневной жизни, – по меньшей мере три (если изменение настроения выражается в раздражительности, то четыре из числа следующих:

- 1) повышение активности или физическое беспокойство;
- 2) повышенная говорливость («речевое давление»);
- 3) ускорение течения мыслей или субъективное ощущение «скачки идей»;
- 4) расторможенность, пренебрежение общепринятыми социальными нормами, приводящие к поведению, неадекватному обстоятельствам;
- 5) сниженная потребность во сне;
- 6) завышенная самооценка или идеи величия;
- 7) повышенная отвлекаемость либо постоянные перемены в деятельности или планах;
- 8) опрометчивое или безрассудное поведение при отсутствии осознания его возможных опасных последствий (кутежи, авантюристические предприятия, крайне неосторожное управление автомобилем и прочее);
- 9) заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость.

В. Галлюцинации или бред отсутствуют, хотя могут быть расстройства восприятия (например, субъективная гиперacusия, восприятие красок как особенно ярких).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод не может быть объяснен употреблением психоактивного вещества (F10-F19) или каким-либо из органическим психическим расстройством (в смысле F00-F09).

3.1.3. F30.2 – Мания с психотическими симптомами.

А. Эпизод удовлетворяет критериям мании без психотических симптомов (F30.1), за исключением критерия В.

Б. Эпизод не соответствует ни критериям шизофрении (F20.0-F20.3), ни критериям шизоаффективного расстройства маниакального типа (F25.0).

В. Присутствуют бред или галлюцинации, не относящиеся к перечисленным в качестве типичных для шизофрении в пп. 1б-1г критерия G1.1 для F20.0-F20.3 (то есть это не должны быть совершенно нереальные по содержанию или культурально неадекватные бредовые идеи либо галлюцинации в форме голосов, которые ведут текущий комментарий поведения больного или говорят о нем в третьем лице). Наиболее характерны бред величия, отношения, эротический или персекуторный.

Г. Наиболее часто используемый критерий исключения. Эпизод нельзя объяснить употреблением психоактивного вещества (F10-F19) или каким-либо из органических психических расстройств (в смысле F00-F09).

Пятый знак может быть использован для определения бреда или галлюцинаций как конгруэнтных или не конгруэнтных настроению:

F30.20 с соответствующими настроению психотическими симптомами (такими как бред величия или «голоса», сообщающие больному о его сверхчеловеческих силах).

F30.21 с не соответствующими настроению психотическими симптомами (такими как «бред отношения или преследования» либо «голоса», говорящие с субъектом на эмоционально нейтральные темы).

3.1.4. F30.8 – Другие маниакальные эпизоды.

3.1.5. F30.9 – Маниакальный эпизод, неуточненный.

3.2. При выявлении МЭ необходимо проводить лабораторные исследования:

клинический анализ крови;
 биохимический анализ крови;
 глюкоза крови;
 общий анализ мочи.

Дополнительные (по показаниям): экспресс-тест мочи, данные химико-токсикологических исследований на наличие наркотических, психотропных веществ.

3.3. Методы инструментального обследования МЭ:
 электроэнцефалография (по показаниям);
 магнитно-резонансная томография (по показаниям);
 компьютерная томография (по показаниям).

3.4. Психодиагностические методы.

3.4.1. Обязательные:

Стандартизированный многофакторный метод исследования MMPI;

Опросник акцентуация характера Леонгарда (модификация Шмишека);
Метод цветowych выборов Люшера;
Тест «Классификация предметов»;
Шкала мании по Янгу.

3.4.2. Дополнительные:

Проективная методика «Дерево»;
Методика «Исключение четвертого лишнего»;
Шкала самооценки Дембо-Рубинштейна.

3.5. Дифференциальная диагностика. Проводится с рядом личностных расстройств (гипертимный, циклоидный, истероидный типы):

с маниакальными состояниями, вызванными соматическими и неврологическими заболеваниями (опухоли, рассеянный склероз, системная красная волчанка, гипертиреоз, туберкулез и прочее);

с маниакальными состояниями, связанными с приемом ряда лекарств и наркотиков;

МЭ с психотическими симптомами – с фебрильным приступом шизофрении.

3.6. Лечение МЭ.

Приоритет в лечении МЭ отдается комплексу фармакотерапии, психотерапии, психосоциальной терапии и реабилитации.

Лечение невыраженных форм гипоманиакальных состояний возможно в амбулаторных условиях. Направление больных МЭ для оказания стационарной помощи осуществляется в случаях нарушения социального функционирования, наличия социально-опасных тенденций в поведении, требующие круглосуточного медицинского наблюдения.

3.6.1. Стационарная помощь оказывается УЗ, которые оказывают вторичную и третичную специализированную психиатрическую помощь.

Направление в УЗ, оказывающих третичную психиатрическую помощь проводится в случаях наличия коморбидности, низкой мотивации к терапии, нестойкой трудовой и социальной адаптации, частых госпитализаций, требующих применения высокотехнологичных медицинских процедур высокой сложности.

Длительность пребывания в стационаре зависит от скорости редукции симптоматики. Долечивание возможно в полустационарных или амбулаторных условиях.

Врачам-психиатрам, врачам-психотерапевтам в своих оценках следует обратить внимание на наличие и выраженность сопутствующих заболеваний с целью учета их возможного влияния на процесс и результаты лечения.

3.7. В системе фармакотерапевтических лечебных мероприятий выделяют три относительно самостоятельных этапа:

купирующая терапия, направленная на лечение текущего состояния;

стабилизирующая терапия, направленная на предупреждение обострения предшествующего состояния;

профилактическая (поддерживающая) терапия, направленная на предупреждение рецидива (повторного состояния).

Выписка из стационара проводится на этапе стабилизирующей или поддерживающей терапии при достижении достаточного уровня социального функционирования, отсутствия социально-опасных тенденций в поведении, требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Больные подлежат диспансерному/консультативному наблюдению по месту жительства, что предусматривает следующие мероприятия:

мониторинг эффективности и коррекции фармакологического лечения, контроль поведенческих нарушений, психопатологической симптоматики путем регулярных осмотров участковым врачом-психиатром;

проведение психообразовательной и реабилитационной работы с пациентом и его родственниками (близкими);

координация медико-социальной помощи.

3.8. Психосоциальная реабилитация.

3.8.1. Психообразование с семьей и пациентом, направленные на принятие психического расстройства, позитивное отношение к терапии, стрессоустойчивости в повседневной жизни, социальной адаптации.

3.8.2. Тренинг социальных навыков.

3.8.3. Тренинг разрешения проблем, связанных с повышением уровня самооценки.

IV. Этапы оказания медицинской помощи

4.1. Догоспитальный этап.

Вопросы установления диагноза психического заболевания и оказания психиатрической помощи относятся исключительно к компетенции врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров. Однако не исключается участие врачей других специальностей в оказании психиатрической помощи.

В рамках оказания медицинской помощи пациентам данного контингента на догоспитальном этапе врачи общей практики, семейные врачи, а также врачи других специальностей оценивают психологическое состояние пациента, относящегося к группе риска развития МЭ и направляют пациента на консультацию к специалисту (психиатру, психотерапевту).

При выявлении симптомов или признаков МЭ пациента направляют в УЗ психиатрического профиля для диагностики

психического расстройства и оказания ему специализированной психиатрической помощи.

Специализированная психиатрическая помощь оказывается врачами-психиатрами, врачами-психотерапевтами учреждений здравоохранения психиатрического профиля в амбулаторных условиях, что предусматривает проведение диагностики, лечения, медико-социальной реабилитации и профилактики МЭ, динамическое наблюдение за пациентами с данной патологией, а также направление для оказания им стационарной психиатрической помощи в УЗ соответствующего уровня по медицинским показаниям.

4.2. Госпитальный этап.

Госпитальный этап оказывается в учреждениях здравоохранения психиатрического профиля, которые оказывают вторичную (специализированную) и третичную (высокоспециализированную) психиатрическую помощь.

4.2.1. Специализированная психиатрическая помощь.

4.2.1.1. Диагностика.

4.2.1.1.1. Клинико-анамнестический и клинико-психопатологический методы.

Основой является применение принципов клинико-диагностического интервью и клинико-биографического анамнеза.

4.2.1.1.1.1. Сбор и оценка данных (анамнестические данные пациента и его семьи, оценка жалоб на здоровье).

4.2.1.1.1.2. Сбор анамнеза заболевания с позиций психодинамического похода. Обращают внимание на течение беременности, родов, преморбидные особенности личности, наличие соматических, неврологических заболеваний, приемом ряда лекарств и наркотиков. Наличие социальной поддержки; психологические и социальные амортизационные факторы.

4.2.1.1.1.3. Дифференциальная диагностика МЭ проводится с рядом личностных расстройств (гипертимный, циклоидный, истероидный типы); с маниакальными состояниями, вызванными соматическими и неврологическими заболеваниями (опухоли, рассеянный склероз, системная красная волчанка, гипертиреоз, туберкулез и другое); с маниакальными состояниями, связанными с приемом ряда лекарств и наркотиков; МЭ с психотическими симптомами – с приступом шизофрении, шизоаффективного расстройства (маниакальный тип).

4.2.1.1.1.4. Определение коморбидности с маниакальным состоянием (со смешанными тревожными расстройствами, злоупотреблением психоактивных веществ, наркотиков).

4.2.1.1.1.5. Дополнительные:

выявление конфликтной ситуации и конфликтных отношений.

4.2.1.1.2. Психодиагностические методы.

4.2.1.1.2.1. Обязательные:

Стандартизированный многофакторный метод исследования ММРІ;
 Опросник акцентуация характера Леонгарда (модификация Шмишека);
 Метод цветowych выборов Люшера;
 Тест «Классификация предметов»;
 Шкала мании по Янгу.

4.2.1.1.2.2. Дополнительные:

Проективная методика «Дерево»;
 Методика «Исключение четвертого лишнего»;
 Шкала самооценки Дембо-Рубинштейна.

4.2.1.1.3. Методы инструментального обследования (дополнительные при дифференциальной диагностике с психическими расстройствами органического генеза):

электроэнцефалография;
 магнитно-резонансная томография;
 компьютерная томография.

4.2.1.1.4. Лабораторные методы обследования:

клинический анализ крови;
 биохимический анализ крови;
 глюкоза крови;
 общий анализ мочи.

Дополнительные (по показаниям): экспресс-тест мочи, данные химико-токсикологических исследований на наличие наркотических, психотропных веществ.

4.2.1.1.5. Консультации врачей-специалистов.

При наличии и выраженности проявлений сомато-неврологических нарушений, данных об употреблении лекарственных, психотропных, наркотических веществ, а также в случае необходимости дифференциальной диагностики.

4.2.1.2. Лечение.

4.2.1.2.1. Психотерапия и психокоррекция. Начинают лечение при наличии нарушения социального функционирования.

4.2.1.2.1.1. Обязательные:

установление психотерапевтического альянса;
 когнитивно-поведенческая психотерапия;
 личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

4.2.1.2.1.2. Дополнительные:

семейная и групповая психотерапия;
 релаксационные методы;
 гипносуггестивная терапия.

4.2.1.2.2. Медикаментозное лечение.

Фармакотерапия МЭ проводится в комплексе с психосоциальной терапией.

Процесс лечения включает в себя следующие этапы:

активной (купирующей) терапии;
стабилизирующей терапии;
профилактической (поддерживающей) терапии.

На этапе купирующей терапии препаратами выбора являются соли лития, карбамазепин, соли вальпроевой кислоты. Желательно (при доступности методики) контролировать концентрацию лития в плазме крови (она должна быть в пределах 0,8-1,2 ммоль/л) и иметь в виду, что токсичность препарата может проявляться при уровне его концентрации в крови, близком к уровню, при котором происходит его лечебное воздействие, например, 2,0 ммоль/л и выше. При нарушении сна добавляют снотворные средства (гипнотики) - нитразепам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, доксиламин и другие. При выраженном психомоторном возбуждении, агрессивности, наличии маниакально-бредовой симптоматики назначают нейролептики (обычно галоперидол, хлорпромазин, левомепромазин и другие, которые при необходимости вводятся парентерально), дозы которых по мере достижения лечебного эффекта постепенно уменьшают до полной отмены. Из атипичных нейролептиков применяются: арипипразол, оланзапин, буприпион, сертралин. Использование нейролептиков необходимо из-за того, что эффект нормотимиков проявляется только через 7-10 дней лечения. При моторном возбуждении и расстройствах сна используют нейролептики с седативным эффектом (хлорпромазин, левомепромазин, тиоридазин, хлорпротиксен и другое). При отсутствии эффекта в первый месяц лечения необходим переход к интенсивной терапии: чередование высоких доз инцизивных нейролептиков с седативными, присоединение парентерально вводимых анксиолитиков (бромдигидрохлор фенилбензодиазепин, диазепам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин).

В случаях резистентной мании возможна комбинированная терапия солями лития и карбамазепином, солями лития и клоназепамом, солями лития и солями вальпроевой кислоты.

На втором этапе применения солей лития должно продолжаться в среднем 4-6 месяцев для предупреждения обострения состояния. Вопрос о прекращении терапии препаратами лития решается в зависимости от особенностей течения заболевания и необходимости проведения профилактической терапии.

Общие рекомендации по минимальной продолжительности поддерживающей терапии - в течение 6 месяцев после наступления ремиссии. При отмене терапии считается целесообразным медленно снижать дозы препарата в течение как минимум 4 недель. В случае положительного ответа на медикаментозное лечение оно должно длиться не менее 12 месяцев. При этом профилактическая терапия может длиться не менее 3-х лет, индивидуально. Возможно осуществление продолжительной диспансерной помощи.

Больные МЭ с наличием коморбидности, низкой мотивации к терапии, нестойкой трудовой и социальной адаптации, частых госпитализаций, которые требуют применения высокотехнологичных медицинских процедур высокой сложности, направляются в УЗ, которые оказывают третичную медицинскую помощь (ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР).

4.2.1.2.3. Психосоциальная реабилитация.

Психосоциальная реабилитация используется в сочетании с психотерапией или фармакотерапией и включает:

4.2.1.2.3.1. Психообразование с семьей и пациентом, направленную на принятие психического расстройства, позитивное отношение к терапии, стрессоустойчивости в повседневной жизни, социальной адаптации.

4.2.1.2.3.2. Тренинг социальных навыков.

4.2.1.2.3.3. Тренинг разрешения проблем, связанных с повышением уровня самооценки.

4.2.1.2.4. Другие физические методы.

Дополнительные методы, которые не используются в качестве самостоятельных методов лечения:

лечебная физкультура;

физиотерапевтические методики: электрофорез, электросон и другие.

4.2.2. Высокоспециализированная психиатрическая помощь.

4.2.2.1. Диагностика.

4.2.2.1.1. Основой комплексной оценки состояния пациента является тщательно собранный анамнез, который охватывает соответствующую историю жизни, семейное положение, уровень социального функционирования, профессиональной трудоспособности, психическое состояние с учетом наличия социально-опасных тенденций, коморбидной психической патологии и качества жизни.

4.2.2.1.2. Использование высокотехнологичных методов клинко-психопатологического и клинко-анамнестического исследования (клинические консилиумы, разборы, технологии телемедицины).

4.2.2.2. Дополнительные методы психодиагностического исследования.

4.2.2.2.1. Клинко-анамнестические и клинко-психопатологические методы.

4.2.2.2.1.1. Сбор и оценка данных (анамнестические данные пациента и его семьи, оценка жалоб на здоровье) с учетом диагностических критериев МКБ-10.

4.2.2.2.1.2. Сбор анамнеза заболевания с позиций психодинамического подхода. Обращают внимание на наследственность, течение беременности и родов у матери пациента, фармакоанамнез, наличие социальной поддержки; психологические и социальные амортизационные факторы.

4.2.2.2.1.3. Оценка с позиции представления текущего риска для себя или окружающих.

4.2.2.2.1.4. Дифференциальная диагностика с рядом личностных расстройств (гипертимный, циклоидный, истероидный типы), с маниакальными состояниями, вызванными соматическими и неврологическими заболеваниями (опухоли, рассеянный склероз, системная красная волчанка, гипертиреоз, туберкулез и другие), с маниакальными состояниями, связанными с приемом ряда лекарств и наркотиков; МЭ с психотическими симптомами – с фебрильным приступом шизофрении.

4.2.2.2.1.5. Определение коморбидности с маниакальным состоянием (со смешанными тревожными расстройствами, злоупотреблением психоактивных веществ, наркотиков).

4.2.2.2.1.6. Проведение консилиумов и клинических разборов с привлечением сотрудников кафедр.

4.2.2.2.2. Психодиагностический метод.

4.2.2.2.2.1. Обязательные:

стандартизированный многофакторный метод исследования ММРІ; опросник акцентуаций характера Леонгарда (модификация Шмишека);

метод цветовых выборов Люшера;

тест «Классификация предметов»;

Шкала мании по Янгу.

4.2.2.2.2.2. Дополнительные:

проективная методика «Дерево»;

методика «Исключения четвертого лишнего»;

Шкала самооценки Дембо-Рубинштейна.

4.2.2.2.3. Методы инструментального обследования.

4.2.2.2.3.1. Дополнительные (дифференциальная диагностика с психическими расстройствами органического генеза):

электроэнцефалография;

компьютерная томография;

магнитно-резонансная томография;

эхоэнцефалография.

4.2.2.2.4. Лабораторные методы обследования.

4.2.2.2.4.1. Неспецифичные, носят дополнительный характер:

клинический анализ крови;

биохимический анализ крови;

глюкоза крови;

общий анализ мочи.

4.2.2.2.4.2. Дополнительные:

экспресс – тест мочи;

данные химикотоксологических исследований на наличие наркотических, психотропных веществ;

анализ мочи методом хроматографии;

экспресс-тесты на выявление наркотических средств по анализу мочи.

4.2.2.3. Лечение.

4.2.2.3.1. Психотерапия и психокоррекция.

4.2.2.3.1.1. Обязательные:

установление психотерапевтического альянса;
 психообразование как основа психотерапии, психокоррекции;
 когнитивно-поведенческая психотерапия;
 краткосрочная психодинамическая терапия;
 межличностная терапия;
 наркопсихотерапия;
 семейная и групповая психотерапия;
 релаксационные методы;
 психодинамическая терапия.

4.2.2.3.1.2. Медикаментозное лечение.

В начале терапии рекомендовано оценить предыдущую терапию (целесообразность, дозировка, продолжительность, эффективность и прочее).

Медикаментозное лечение МЭ назначается в комплексе с психотерапией.

Процесс лечения включает в себя следующие этапы:

активной (купирующей) терапии;

стабилизирующей терапии;

профилактической (поддерживающей) терапии с учетом ранее проведенного комплексного лечения на уровне оказания вторичной специализированной психиатрической помощи.

На этапе купирующей терапии препаратами выбора являются соли лития, карбамазепин, соли вальпроевой кислоты. При нарушении сна добавляют снотворные средства. При выраженном психомоторном возбуждении, агрессивности, наличии маниакально-бредовой симптоматики назначают нейролептики, дозы которых по мере достижения лечебного эффекта постепенно уменьшают до полной отмены. При моторном возбуждении и расстройствах сна используют нейролептики с седативным эффектом.

При отсутствии эффекта в первый месяц лечения необходим переход к интенсивной терапии.

На втором этапе применение солей лития должно продолжаться в среднем 4-6 месяцев для предупреждения обострения состояния. Вопрос о прекращении терапии препаратами лития решается в зависимости от особенностей течения заболевания и необходимости проведения профилактической терапии.

Общие рекомендации по минимальной продолжительности поддерживающей терапии - в течение 6 месяцев после наступления ремиссии. При отмене терапии считается целесообразным медленно снижать дозы препарата в течение как минимум 4 недель.

При фармакотерапии необходимо регулярно проверять психическое состояние пациента с тем, чтобы при необходимости начать дополнительную коррекцию с применением высокотехнологических методов лечения.

4.2.2.3.3. Психосоциальная реабилитация и психообразование.

4.2.2.3.3.1. Обязательные.

Психосоциальная реабилитация используется в сочетании с психотерапией или фармакотерапией и включает:

психообразование с семьей и пациентом, направленную на принятие психического расстройства, позитивное отношение к терапии, стрессоустойчивости в повседневной жизни, социальной адаптации;

тренинг разрешения проблем, связанных с повышением уровня самооценки;

тренинг социальных навыков.

4.2.2.3.3.2. Дополнительные:

арт-терапия;

музыкотерапия;

кинотерапия.

4.2.2.3.4. Другие методы.

Дополнительные методы, которые не используются в качестве самостоятельных методов лечения:

лечебная физкультура;

физиотерапевтические методики: электрофорез, электросон и другое.

4.3. Медикаментозное лечение, при выявлении у пациента симптомов или признаков МЭ:

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Единицы измерения	Разовая доза	Кратность применения (р/день)
1	2	3	4	5
Производные бензодиазепина				
	Клоназепам	мг	1-2	1-2
Растворы электролитов	Натрия хлорид	мл	100-250	1
Производные карбоксамида				
	Карбамазепин	мг	200-400	2-3
Производные жирных кислот				

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Единицы измерения	Разовая доза	Кратность применения (р/день)
1	2	3	4	5
	Вальпроевая кислота	мг	300-500	1-3
	Гамма-аминомасляная кислота	гр	0,5-1	2-3
Третичные амины				
	Бипериден	мг	2	2-3
	Тригексифенидил	мг	2	2-3
Алифатические производные фенотиазина				
	Левомепромазин	мг	25	1-2
	Хлорпромазин	мг	25-50	2-3
Пиперидиновые производные фенотиазина				
	Перициазин	мг	5-10	2-3
	Тиоридазин	мг	25	3-4
Производные бутирофенона				
	Галоперидол	мг	1,5	1-3
Производные индола				
	Сертиндол	мг	4	1
Производные тиоксантена				
	Зуклопентиксол	мг	2	2-3
	Хлорпротиксен	мг	25	1-2
Диазепины, оксазепины и тиазепины				
	Кветиапин	мг	25-50	1-2
Бензамиды				
	Сульпирид	мг	50-100	1-2
Препараты лития				
	Лития карбонат	мг	300	2-3

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Единицы измерения	Разовая доза	Кратность применения (р/день)
1	2	3	4	5
Другие антипсихотические средства				
	Рisperидон	мг	2-4	1-2
Производные бензодиазепаина				
	Бромдигидрохлорфенилбензо-диазепин	мг	0,5-1	1-2
	Диазепам	мг	5	1-3
	Хлордиазепоксид	мг	10	1-2
	Нитразепам	мг	5	1-2
Бензодиазепино-подобные средства				
	Зопиклон	мг	7,5	1
Эфиры алкиламинов				
	Доксиламин	мг	15	1
Ноотропные препараты				
	Пирацетам	мг	200-400	2-3
	Фенибут	мг	250	2-3

V. Индикаторы качества медицинской помощи

№ п/п	Индикатор качества	Пороговое значение	Методика измерения (вычисления)	Факторы влияния
1.	Наличие в учреждении здравоохранения локального клинического протокола	100% от потребности	Число медицинских работников, имеющих локальный протокол x 100%. /общее число медицинских работников, задействованных в процессе профилактики, диагностики и лечения	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
2.	Обеспечение обучения медицинского персонала, задействованного в реализации данного протокола	> 99 %	Количество медицинских работников, задействованных в выполнении локального клинического протокола, показавших положительные результаты при проверке знаний по его выполнению x 100% / на общее количество медицинских работников, задействованных в реализации данного протокола	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
3.	Удельный вес больных с улучшением	90 %	Общее число больных с улучшением x 100% / общее число больных, получивших лечение	Соблюдение и выполнение локального клинического протокола. Наличие лекарственных препаратов. Соблюдение врачебных рекомендаций больным

VI. Ресурсное и медикаментозное обеспечение клинического протокола

6.1. Кадровые ресурсы.

Врачи общей практики – семейные врачи, врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, медицинские и практические психологи.

6.2. Материально-техническое обеспечение.

Оснащение: набор экспериментально-психологических и тренинговых материалов; компьютер с программным обеспечением и принтером; компьютерный томограф; магнитно-резонансный томограф; электроэнцефалограф.

6.3. Лекарственные средства (порядок перечня лекарственных средств не означает приоритетности их применения, препараты приведены в алфавитном порядке):

анксиолитики;

антипсихотики: нейролептики, атипичные антипсихотики;

нормотимики.

VII. Перечень использованных литературных источников

1. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. – Донецк, 2004 – 271 с.
2. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Шмуклер А.Б. К введению стандартов качества диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - Т. 9, № 1.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии // Москва, 2004. – 491 с.
4. Краснов В.Н., Гурович И.Я. (ред.) Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. - Москва, 1999. - 224 с.
5. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра [Текст] / В.Н. Краснов – М. Практическая медицина, 2011. – 432 с.
6. Кучер Е.О. Проблема комплайенса у больных с рекуррентным депрессивным расстройством [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18 / Кучер Евгения Олеговна. – СПб., 2009 – 21 с.
7. Марута Н.А. Возможности антидепрессивной терапии в XXI веке [Текст] / Н.А. Марута // Нейро News. – 2008. - № 6(11). – С. 24-30.
8. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии - Москва, 1996.– 288 с.

9. Мосолов С.Н. (ред.). Справочное руководство по психотропным и противоэпилептическим препаратам, разрешенным к применению в России. Москва, 2002. – 175 с.
10. Мосолов С.Н. (ред.). Новые достижения в терапии психических заболеваний. - Москва, 2002 - 622 с.
11. Доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных «Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств» - Киев, 2009.
12. Денисенко М.М. Клиникопсихопатологические предикторы суицидального поведения у больных с экзогенными и эндогенными депрессиями [Текст] / М.М. Денисенко // Таврический журнал психиатрии – 2010.
13. Решетников М.М. Базисное руководство по психотерапии [Текст] / М.М. Решетников. – М.: Речь, 2012. – 784 с.
14. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине : руководство для врачей [Текст] / А.Б. Смулевич; - М. : Медицинское информационное агентство, 2007. – 560 с.
15. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. М., 2004 г.
16. Бобров А.С. Эндогенная депрессия. Иркутск. 2001 г.
17. Мишиев В.Д. Современные депрессивные расстройства. Руководство для врачей. Львов, 2004 г.
18. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М. 2007 г.
19. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: – М. : Медицина, 2002. – 544 с.
20. Закон Украины «О психиатрической помощи» от 22.02.2000 № 1489-III с изменениями (применяется в соответствии с ч. 2 ст. 86 Конституции Луганской Народной Республики).