



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
(МИНЗДРАВ ЛНР)

ПРИКАЗ

«15» 11. 2018 г.

№ 701

г. Луганск

**Зарегистрировано
в Министерстве юстиции
Луганской Народной Республики
06.12.2018 за № 850/2494**

**Об утверждении Унифицированного клинического протокола
медицинской помощи «Расстройства личности вследствие болезни,
повреждения и дисфункции головного мозга»**

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 «Расстройства личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга» 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
«Расстройства личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции
головного мозга»**

I. Паспортная часть

1.1. Диагноз – расстройства личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга – это группа психических расстройств, характеризующаяся эмоциональной несдержанностью или лабильностью, утомляемостью, множеством неприятных физических ощущений (например, головокружение) и болями, но возникшее как следствие органического нарушения. При этом страдает выражение эмоций, потребностей и влечений. Познавательная деятельность может быть снижена в основном, или исключительно, в сфере планирования и предвидения последствий для себя и общества, как при так называемом лобном синдроме. Указанный синдром возникает не только при поражении лобных долей мозга, но и при поражении других окружающих областей мозга.

1.2. Коды состояния или заболевания согласно МКБ-10:

F07.0 Расстройства личности органической этиологии.

F07.1 Постэнцефалитный синдром.

F07.2 Постконтузионный синдром.

F07.8 Другие органические расстройства личности вследствие и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга.

F07.9 Органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга, неуточненное.

1.3. Целью Унифицированного клинического протокола медицинской помощи «Расстройства личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга» является:

установление единых требований к условиям и порядку проведения диагностического обследования лиц, обнаруживающих расстройства личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга;

унификация лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий среди лиц, страдающих расстройствами личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга, с учетом причины его вызвавшей, психопатологических особенностей синдрома, фазы 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 расстройствами личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга;

повышение качества жизни, уровня социальной адаптации лиц, страдающих расстройством личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга.

1.4. Данный У КП МП «Расстройства личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга» предназначен в первую очередь для специалистов, имеющих высшее медицинское образование по следующим специальностям:

- врачей-психиатров;
- врачей-психотерапевтов;
- врачей-наркологов;
- врачей других специальностей;
- практических психологов.

1.5. Дата разработки протокола – 2018 г.

1.6. Дата пересмотра протокола – 2021 г.

1.7. Список разработчиков У КП МП «Расстройства личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга»:

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

1	2
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
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

1	2
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;
- ЛРКПНБ – Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница;
- МЗ – Министерство здравоохранения;
- МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра;
- ОМКО ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР – организационно-методический консультативный отдел Государственного учреждения «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики;
- ПДТ – психодинамическая терапия;
- РЗЛ – расстройства зрелой личности;

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина;
СИОЗСиН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина;
ТЦА – трициклические антидепрессанты;
УЗ – учреждение здравоохранения;
УКП МП – Унифицированный клинический протокол медицинской помощи;
ЭЭГ – Электроэнцефалография;
ЦНС – центральная нервная система;
ЧМТ – черепно-мозговая травма;
ММПИ – Миннесотский многоаспектный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

II. Общая часть

2.1. Положения УКП МП «Расстройства личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга» направлены на оказание специализированной медицинской помощи пациентам с расстройствами личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга. В протоколе приведены методы диагностики и профилактики заболевания, которые позволят существенно улучшить состояние социального функционирования пациентов, уменьшить затраты на медицинскую помощь.

Для обеспечения последовательности оказания медицинской помощи пациентам в каждом лечебном учреждении должны быть разработаны и внедрены локальные протоколы медицинской помощи, в которых определен клинический маршрут пациента и объем лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с материально-техническим и кадровым обеспечением.

2.2. Распространенность экзогенно-органических расстройств определяется показателем 8,2:1000 населения, то есть 0,82%. Не исключены колебания этих показателей в разных регионах и разных группах населения в связи с различиями характера, интенсивности и широты воздействия экзогений. Диагноз – расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга, ставится мужчинам на 135,9% чаще, чем женщинам. Группа риска при этом заболевании, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга мужчины в возрасте 55-59 и женщины в возрасте 55-59.

2.3. В дополнение к установленным анамнестическим данным, или другим свидетельствам болезни, повреждения или дисфункции головного мозга, достоверный диагноз требует присутствия 2-х или более из следующих черт:

значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху;

измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии. В некоторых случаях наиболее яркой чертой может быть апатия;

выражения потребностей и влечений могут возникнуть без учета последствий или социальных условностей (больной может совершать антисоциальные акты, как например, воровство, предьявлять неадекватные сексуальные притязания, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правила личной гигиены);

когнитивные нарушения в форме подозрительности или параноидных мыслей или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактной темой (как например, религией, «что правильно, а что нет»);

выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, сверхвключения (расширенное включение в тематику побочных ассоциаций), вязкость и гиперграфия;

измененное сексуальное поведение (гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения).

Установление диагноза любого психического заболевания, относится исключительно к компетенции врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров. Изменение личности и поведения может быть резидуальным или сопутствующим расстройством при повреждении или дисфункции головного мозга. В некоторых случаях, различные проявления таких резидуальных или сопутствующих личностных и поведенческих симптомов могут говорить об разных типах и/или локализации интракраниального очага, но надежность такой диагностики не должна быть переоценена. Поэтому этиология основного заболевания должна быть установлена основными методами и, если известна, зафиксирована.

2.4. С целью эффективного внедрения данного УКП МП в практику оказания медицинской помощи необходимо создать систему мер по повышению информированности врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь, по вопросам практических методов распознавания симптомов обострения болезни и побочных эффектов от проводимой медикаментозной терапии, формирования навыков адекватного общения с такими больными, проведения психообразовательной работы с членами семей, освоения отдельных элементов психотерапии.

В рамках оказания первичной врачебной медицинской помощи врачи общей практики - семейные врачи, а также врачи других специальностей при выявлении у пациента признаков дисфункции головного мозга направляют его в учреждение здравоохранения психиатрического профиля для диагностики

психического расстройства и оказания ему специализированной психиатрической помощи.

Вторичная специализированная психиатрическая помощь оказывается врачами-психиатрами учреждений здравоохранения психиатрического профиля в амбулаторных условиях (в том числе, в условиях дневного стационара) и условиях стационара, предусматривает проведение диагностики, лечения, медико-социальной реабилитации и профилактики, диспансерное наблюдение за пациентами с данной патологией, а также направление пациентов в соответствии с медицинскими показаниями для оказания им третичной высокоспециализированной психиатрической помощи в УЗ соответствующего уровня.

Третичная (высокоспециализированная) психиатрическая помощь пациентам при расстройствах личности вследствие болезни, повреждениях и дисфункции головного мозга, осуществляется профильными учреждениями третичного уровня, предусматривает проведение диагностики, лечения, медико-социальной реабилитации пациентов с применением высокотехнологических методов, современных клинических и научно-практических разработок в сфере оказания психиатрической, психотерапевтической и реабилитационной помощи пациентам с расстройствами психики и поведения.

Для обеспечения преемственности этапов медицинской помощи пациентам с повреждением или дисфункцией головного мозга, в каждой медицинской организации необходимо разработать и внедрить локальный протокол медицинской помощи, в котором определить клинический маршрут пациента и объем лечебно-диагностических мероприятий согласно материально-техническому и кадровому обеспечению. Взаимодействие между учреждениями здравоохранения, оказывающими первичную, вторичную (специализированную) и третичную (высокоспециализированную) медицинскую помощь, может быть дополнительно определено соответствующими приказами Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики.

III. Основная часть

3.1. В МКБ-10 сформулированы следующие диагностические критерии, общие для группы расстройств.

3.1.1. F07.0 – Расстройство личности органической этиологии.

Расстройство со значительными изменениями привычного образа преморбидного поведения. Особенно страдают выражение эмоций, потребностей и влечений. Познавательная деятельность может быть снижена, в основном или исключительно, в сфере планирования и предвидения последствий для себя и общества, при так называемом лобном синдроме. Однако этот синдром возникает не только при поражении лобных долей мозга,

но и при поражении других окружающих областей мозга.

Критерии диагностики.

В дополнение к установленным анамнестическим данным или другим свидетельствам болезни, повреждения или дисфункции головного мозга, достоверный диагноз требует присутствия 2-х или более следующих черт:

значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху;

измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии. В некоторых случаях наиболее яркой чертой может быть апатия;

выражения потребностей и влечений могут возникнуть без учета последствий или социальных условностей (больной может совершать асоциальные акты, как например, воровство, предъявлять неадекватные сексуальные притязания, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правила личной гигиены);

когнитивные нарушения в форме подозрительности или параноидных мыслей или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактной темой (как например, религией, «что правильно, а что нет»);

выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, сверхвключения (расширенное включение в тематику побочных ассоциаций), вязкость и гиперграфия;

измененное сексуальное поведение (гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения).

Включаются: синдром лобной доли; личностный синдром лимбической эпилепсии; синдром последствий лоботомии; состояние после лейкотомии; органическая псевдоолигофреническая личность; органическая псевдопсихопатическая личность.

Исключаются: стойкое изменение личности после переживания катастроф (F62.0); стойкое изменение личности после психического заболевания (F62.1); постконтузионный синдром (F07.2); посэнцефалитный синдром (F07.1); специфические расстройства личности (F60).

3.1.2. F07.1 – Постэнцефалитный синдром.

Включаются резидуальные изменения, проявляющиеся вслед за выздоровлением от вирусного или бактериального энцефалита. Симптомы неспецифичны и варьируют у разных людей в зависимости от инфекционного возбудителя, а также возраста начала инфекции. Синдром обычно обратим, что является принципиальным отличием от органического личностного расстройства.

Диагностические критерии: общее недомогание, апатия, раздражительность; снижение когнитивного функционирования (трудности в

обучении); нарушение сна, аппетита; изменения в сексуальной сфере и социальных суждениях; резидуальные неврологические дисфункции (параличи, глухота, афазия, конструктивная апраксия, акалькулия);

Любой постэнцефалитный синдром должен быть уточнен причиной его вызвавшей:

F07.14 Постэнцефалитный синдром в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией).

F07.15 Постэнцефалитный синдром в связи с нейросифилисом.

F07.16 Постэнцефалитный синдром в связи с другими вирусными и бактериальными заболеваниями.

F07.18 Постэнцефалитный в связи со смешанными заболеваниями.

F07.19 Постэнцефалитный синдром в связи с неуточненными заболеваниями.

Исключается: расстройство личности органической этиологии F07.0.

3.1.3. F07.2 – Постконтузионный синдром.

Возникает вслед за травмой головы (обычно достаточно тяжелой, чтобы привести к потере сознания) и включает ряд различных симптомов, таких как головная боль, головокружение (не имеющие обычно черты истинного вертиго), утомляемость, раздражительность, трудность в сосредоточении и выполнении умственных задач, нарушение памяти, бессонница, сниженная толерантность к стрессу, эмоциональным нагрузкам или к алкоголю. Эти симптомы могут сопровождаться депрессией или тревогой из-за утраты чувства собственного достоинства и боязни постоянного повреждения мозга. Такие чувства усиливают основные симптомы, в результате чего появляется порочный круг. Некоторые больные становятся ипохондричными, нацеливаются на поиск диагноза и излечения и могут принять на себя роль постоянного больного. Этиология этих симптомов не всегда ясна, и считается, что как органические, так и психологические факторы могут быть ответственны за их проявление, поэтому нозологический статус этого состояния несколько неопределенный. Однако нет сомнения в том, что этот синдром часто встречается и доставляет беспокойство больным.

Диагностические критерии: по меньшей мере, 3 из выше обозначенных признаков должны присутствовать для постановки достоверного диагноза. Тщательная оценка по лабораторным данным (ЭЭГ, вызванные потенциалы с области мозгового ствола, нейроинтраскопия, окулонистагмография) может дать объективные сведения в поддержку симптомов, но часто эти данные отрицательные. Жалобы не обязательно связаны с рентными мотивами.

Включаются: постконтузионный синдром (энцефалопатия); посттравматический мозговой синдром, непсихотический.

3.1.4. F07.8 – Другие органические расстройства личности вследствие и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга.

Диагностические критерии:

болезни, которые обнаруживают соответствующие признаки личностных или поведенческих расстройств органического генеза, но не могут быть квалифицированы в предыдущих рубриках;

не достигающие степени деменции легкие когнитивные расстройства при атрофических церебральных заболеваниях (Альцгеймера, Паркинсона).

Исключается: делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05).

3.1.5. F07.9 – Органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга, неуточненное.

Включается: органический психосиндром.

IV. Этапы оказания медицинской помощи

4.1. Догоспитальный этап.

4.1.1. Первичная профилактика.

Не существует доказательной базы о специфических методах профилактики экзогенно-органических расстройств.

Особого внимания требуют пациенты с наличием психических и поведенческих расстройств в семейном анамнезе. Им необходимо предоставить рекомендации относительно здорового образа жизни, пояснить провоцирующую роль употребления психоактивных веществ в развитии заболевания при данном факторе риска.

Необходимо: повышать осведомленность населения о вредных последствиях употребления алкоголя и курения; предотвращать влияние экзогенных вредностей; генетическое консультирование; проводить санитарно-просветительную работу здорового образа жизни среди широких масс населения.

4.1.2. Диагностика.

При проведении клинического осмотра на амбулаторном приеме оценить объективные данные (физического и неврологического обследования) о заболевании, повреждении или дисфункции мозга или о системном физическом заболевании, которое может вызывать церебральную дисфункцию.

4.2. Стационарное лечение.

4.2.1. Диагностика.

4.2.1.1. Клинико-анамнестический и клинико-психопатологический методы.

4.2.1.1.1. Основой является применение принципов клинико-диагностического интервью и клинико-биографического анамнез:

постепенное снижение работоспособности, рассеянное внимание, повышенная утомляемость. Анамнестические сведения о заболевании, повреждении или дисфункции мозга или о системном физическом заболевании,

которое может вызывать церебральную дисфункцию, включая гормональные нарушения (не связанные с алкоголем или другими психоактивными веществами) и эффекты непсихоактивных препаратов;

предполагаемая связь по времени между развитием (или выраженной экзацербацией) лежащего в основе состояния заболевания, повреждения или дисфункции мозга и началом психического расстройства, симптомы которого возникают сразу или отставлены по времени;

выздоровление или значительное улучшение психического состояния после исчезновения или ослабления факторов, которые предполагаются в качестве причинных для данного состояния. Сбор и оценка данных (анамнестические данные пациента и его семьи, оценка жалоб на здоровье).

4.2.1.1.2. Объективные данные (физического и неврологического обследования) о заболевании, повреждении или дисфункции мозга или о системном физическом заболевании, которое может вызывать церебральную дисфункцию.

4.2.1.2. Психодиагностические методы.

4.2.1.2.1. Обязательные: методика «Соотношение пословиц, метафор и фраз»; методика «Простые аналогии»; методика «Классификация предметов»; методика незаконченных предложений.

4.2.1.2.2. Дополнительные: методика «Пиктограммы»; методика «Ответные ассоциации».

4.2.1.3. Методы инструментального обследования: ЭЭГ - возможно характерное, но не обязательное замедление основной активности.

4.2.1.4. Лабораторные методы обследования (носят дополнительный характер): глюкоза крови, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи.

4.2.1.5. Консультации врачей-специалистов:

консультация психолога (ЭПО) – для поступивших впервые в жизни или впервые в текущем году – необходимость оценки качественных параметров психических функций (для уточнения диагноза, оценки прогноза и эффективности терапии). Для иных категорий пациентов – по решению лечащего врача;

консультация невропатолога – исключение текущих неврологических расстройств;

консультации иных узких специалистов – сопутствующие соматические заболевания и/или патологические состояния.

4.2.2. Лечение.

4.2.2.1. Психотерапия и психокоррекция. Начинают лечение при наличии нарушения социального функционирования и желания пациента получать лечение в УЗ, которые оказывают вторичную медицинскую помощь.

4.2.2.1.1. Обязательные:

установление психотерапевтического альянса;

когнитивно-поведенческая психотерапия;

лично-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

4.2.2.1.2. Дополнительные:

семейная и групповая психокоррекция;

релаксационные методы;

гипносуггестивная терапия.

4.2.2.2. Медикаментозное лечение.

Фармакотерапия проводится в комплексе с психотерапией.

Атипичные нейролептики – предназначены для коррекции поведенческих нарушений.

Нормотимические препараты – предназначены для стабилизации настроения, медикаментозного контроля нарушений биологических ритмов.

Транквилизаторы – предназначены для устранения тревожных расстройств.

Антидепрессанты – СИОЗС; СИОЗСН (преимущественно); ТЦА (при выраженных депрессиях на фоне дисфункции головного мозга).

4.2.2.3. Психосоциальная реабилитация.

Психосоциальная реабилитация может использоваться в качестве дополнительной терапии в сочетании с психотерапией или фармакотерапией и включает: психообразование; тренинг социальных навыков; тренинг разрешения проблем, связанных с повышением уровня самооценки.

4.2.2.4. Другие физические методы. Дополнительные методы, которые не используются в качестве самостоятельных методов лечения: лечебная физкультура; физические упражнения (аэробные и анаэробные); иглорефлексотерапия.

4.2.2.5. Направление больных страдающих расстройствами личности и поведения вследствие болезни или дисфункции головного мозга для оказания стационарной помощи в случаях, когда их лечение неэффективно в амбулаторных условиях, состояние требует круглосуточного врачебного наблюдения, связано со значительным ухудшением психического здоровья, осуществляется при осознанном информированном согласии пациента на госпитализацию в специализированное УЗ. Длительность стационарного лечения в среднем составляет 30 дней.

4.2.2.6. Диспансерное направление.

4.2.2.6.1. Мониторинг эффективности и коррекция фармакологического лечения, контроль поведенческих нарушений, психопатологической симптоматики путем регулярных осмотров участковым врачом-психиатром.

4.2.2.6.2. Проведение психообразовательной и реабилитационной работы с пациентом и его родственниками (близкими).

4.2.2.6.3. Координация медико-социальной помощи.

4.2.2.6.4. Сроки амбулаторного лечения определяются динамикой состояния и составляют от 6 месяцев до года и более, у отдельных категорий больных – на протяжении всей жизни.

4.3. Специализированная помощь.

4.3.1. Клинико-anamнестический и клинико-психопатологический методы.

Основой является применение принципов клинико-диагностического интервью и клинико-биографический анамнез:

сбор и оценка данных (anamнестические данные пациента, оценка жалоб на здоровье);

сбор анамнеза заболевания с оценкой его динамических особенностей, особенностей жизни пациента, мировоззрения, формирования его как личности. Учитываются психотравмирующие моменты жизни пациента, особенности его развития в физическом и психологическом плане, соматические заболевания в течение жизни, обращая особое внимание на те, которые непосредственно или опосредованно влияют на нервную систему (травмы, интоксикации, вредные привычки и другое);

клинико-психопатологическое исследование психического состояния пациента с помощью структурированного диагностического интервью с описанием психического статуса на момент осмотра;

проведение консилиумов и клинических разборов с привлечением сотрудников кафедр.

4.3.2. Психодиагностические методы.

4.3.2.1. Обязательные: методика «Соотношение пословиц, метафор и фраз»; методика «Простые аналогии»; методика «Классификация предметов»; методика «Ответные ассоциации»; методика «Дискриминация свойств понятий»; методика незаконченных предложений; методика «10 слов»; методика «исключение».

4.3.2.2. Дополнительные: тест Лири; тест Люшера; тест Эббингауза; тематический апперцептивный тест (ТАТ); шкала Карпентера; шкала PANSS; шкала SAPS; шкала SANS; тест MMPI или CMPL; методика «Пиктограммы»; рисуночный тест «Несуществующее животное».

4.3.3. Методы инструментального обследования.

4.3.3.1. Обязательные (в динамике при приеме антипсихотиков): электрокардиография (с учетом влияния ряда антипсихотиков на длительность интервала QT, что обуславливает риск развития нарушений сердечного ритма, опасных для жизни).

4.3.3.2. Дополнительные (дифференциальная диагностика с психотическими расстройствами органического генеза): электроэнцефалография; эхоэнцефалография; магниторезонансная томография; компьютерная томография.

4.3.4. Лабораторные методы обследования (носят дополнительный характер):

глюкоза крови (с учетом обменных и эндокринных побочных эффектов ряда антипсихотиков и антипсихотиков);

общий анализ крови (обязательный мониторинг количества гранулоцитов и лейкоцитарной формулы при приеме клозапина).

4.3.5. Лечение.

4.3.5.1. Психообразование и психосоциальная реабилитация.

Направлены на создание условий для обеспечения благоприятного течения заболевания, профилактику рецидивов (обострений), освоение контроля симптомов болезни:

психообразовательная (обучающая) работа с семьей и/или близким окружением пациента;

индивидуальная психотерапия;

групповая психотерапия;

тренинг социальных навыков.

когнитивно-поведенческая терапия;

семейная психотерапия;

психодинамически-ориентированная психотерапия;

неспецифические формы психотерапии (флоротерапия, арттерапия, библиотерапия, зоотерапия, спортивные игры и прочее).

4.3.6. Медикаментозное лечение.

4.3.6.1. Этап активной терапии.

Лечение органических психических расстройств должно проводиться комплексно с использованием всего арсенала доступных терапевтических средств.

Комплексность предполагает проведение психофармакотерапии, психотерапии, социотерапии (работа с родственниками, ухаживающими лицами). Выбор условий лечения (амбулаторно, стационарно) зависит от тяжести состояния и определяется в каждом случае индивидуально. Показаниями для помещения больного в стационар являются острые и подострые психозы, нарушения сознания, состояния психомоторного возбуждения, наличие суицидальных тенденций, другие психические расстройства не купирующиеся в амбулаторных условиях (нарушения влечений, насильственные действия, судорожные припадки).

4.3.6.1.1. Этиотропная терапия направлена на устранение причины органического психического расстройства. Возможна в тех случаях, когда известна этиология заболевания (ЧМТ, нейроинфекция и прочее). Используются антибиотики, противовирусные препараты и другие препараты.

4.3.6.1.2. Патогенетическая терапия воздействует на механизмы развития болезненного процесса и включает в себя дегидратацию, детоксикацию, нормализацию мозговой гемодинамики и метаболизма.

4.3.6.1.3. Симптоматическая терапия направлена на устранение имеющейся продуктивной психопатологической симптоматики. Используется весь спектр психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, противоэпилептические средства) с учетом синдромальной структуры расстройства.

4.3.7. Физиотерапия. Процедуры проводятся для постановления корковых функций, процессов торможения и возбуждения, улучшения микроциркуляции,

стимуляции биоэлектрической активности мозга, активации его трофики и метаболизма.

4.3.8. Диетотерапия. Диетические ограничения и лечебная физкультура при увеличении массы тела.

4.4. Медикаментозное лечение.

4.4.1. Расстройства личности органической этиологии (F07.0).

4.4.1.1. Лечение.

Название препарата	Разовая доза,	Суточная доза,	Кратность приема (раз в день)	Продолжительность лечения, сутки
1	2	3	4	5
Нейролептики				
Тиоридазин	10-25 мг	30-75 мг	2	30-60
Перициазин	10 мг	60 мг	3	30
Левомепромазин	25 мг	25-75 мг	3	10-20
Хлорпротиксен	25 мг	25-75 мг	3	10-20
Амисульпирид	100 мг	300-600 мг	2	30-60
Хлопромазин	25 мг	25-75 мг	3	10-20
Кветиапин	100-200 мг	400-600 мг	2	30-60
Антигистаминные препараты				
Дипразин 2,5%	2.0 мл	2.0 мл	1	12
Транквилизаторы				
Диазепам	1.0 мл	4.0 мл	1-2	10
Феназепам	0,0005	0.01	3	10-15
Клоназепам	0.002	0.006	3	10-15
Ноотропные препараты				
Пирацетам	400 мг	1200 мг	3	30
Аминалон	250 мг	1000 мг	2	30
Ноофен	250 мг	750 мг	3	30
Противоэпилептические препараты				
Карбамазепин	200 мг	200-1200 мг	3	10-20
или Карбамазепин-ретард	300-500 мг	900-1000мг 5.0-10.0 мл	2	20-30
Вальпроат натрия	5.0-10.0 мл		1	10
Магния сульфат 25%				

4.4.1.2. Побочные эффекты: нейролептический синдром – скованность в теле, тремор конечностей, повышенное слюноотечение и прочее, купируется введением:

Название препарата	Разовая доза	Суточная доза	Кратность приема, (раз в день)	Продолжительность лечения, сутки
Глюкоза 5%	500,0 мл	500,0 мл	1	6
Тригексифенидил	1 – 2 мг	3 – 6мг	3	30

Условия лечения: преимущественно амбулаторное.

Стационарное лечение показано при состояниях декомпенсации и появлении продуктивных психопатологических расстройств на фоне психоорганического синдрома.

Длительность лечения: в стационаре – 1-2 месяца; амбулаторно – длительное.

Ожидаемые результаты лечения – компенсация состояния.

4.4.2. Постэнцефалитный синдром (F07.1).

4.4.2.1. Лечение.

Название препарата	Разовая доза	Суточная доза	Кратность приема, (раз в день)	Продолжительность лечения, сутки
Транквилизаторы				
Феназепам	0.5 - 1	1.5 - 3	3	30
Нитразепам	2.5	5	2	20
Оксазепам	10	20	2	30
Диазепам	10	30	3	30
Триоксазин	300	600	2	30
Мебикар	100	200	2	20
Нейролептики				
Арипипразол	10 мг	30 мг	1	30 - 60
Рisperидон	2 мг	4 мг	2	30 - 60
Ноотропные препараты				
Пирацетам	400 мг	1200 мг	3	40
Ноотропил	400 мг	1200 мг	3	40 - 60

Антидепрессанты: (СИОЗС, СИОЗСН) – таб. Циталопрам, таб. Эсциталопрам, капс. Флуоксетин, таб. Сертралин, таб. Пароксетин, капс. Венлафаксин, капс. Дулоксетин.

4.4.2.2. Побочные эффекты: нейролептический синдром – скованность во всем теле, тремор конечностей, повышенное слюноотечение; лечение – купирование нейролептического синдрома:

Название препарата	Разовая доза	Суточная доза	Кратность приема, (раз в день)	Продолжительность лечения, сутки
Глюкоза 5%	500.0 мл	500.0 мл	1	6
Тригексифенидил	1 – 2 мг	3 – 6 мг	3	30

Условия лечения: амбулаторное, дневной стационар.

Стационарное лечение – при неэффективности амбулаторного лечения (на протяжении 2-х месяцев).

Ожидаемые результаты лечения – улучшение психического состояния за счет восстановления церебральных функций.

4.4.3. Постконтузионный синдром (F07.2).

4.4.3.1. Лечение.

Название препарата	Разовая доза	Суточная доза	Кратность приема, (раз в день)	Продолжительность лечения, сутки
1	2	3	4	5
Снотворные препараты				
Нитразепам	10 мг	10 мг	1	20
Радедорм	5 – 10 мг	10 мг	1	20
Зопиклон	7.5 мг	7.5 мг	1	20
Нейролептики				
Арипипразол	10 – 15 мг	30 мг	1	30 – 60
Сульпирид	50-100 мг	100 мг	2-3	20 – 30
Амисульпирид	100 – 200 мг	200 – 800 мг	2	20 – 60
Перициазид	10 мг	30 мг	2	20 – 30
Кветиапин				

1	2	3	4	5
Транквилизаторы				
Триоксазин	300-400мг	600мг	2	20
Сибазон 0.5%	2.0мл	2.0 – 4.0мл	1-2	10
Антидепрессанты				
Амитриптиллин	25 – 50	75 – 200	1-3	30
Клофранил	25 – 50	75 – 200	1-3	30
Психостимуляторы				
Сиднокарб	5 – 10	15 – 30	1-2	10-30
Ацефен	100 - 250	100 – 900	1-3	10-30

4.4.3.2. Побочные эффекты: нейролептический синдром – скованность во всем теле, тремор конечностей, повышенное слюноотечение; лечение – купирование нейролептического синдрома:

Название препарата	Разовая доза	Суточная доза	Кратность приема, (раз в день)	Продолжительность лечения, сутки
Глюкоза 5%	500.0 мл	500.0 мл	1	6
Тригексифенидил	1 – 2 мг	3 – 6 мг	3	30

Условия лечения:

стационарное лечение – в подостром периоде после травмы;

амбулаторное лечение – систематическая восстанавливающая терапия, при этом повторные курсы нейрометаболической, дегидратационной терапии могут проводиться 1-2 раза в году в стационаре или дневном стационаре.

Длительность лечения: в стационаре – 60 дней; амбулаторно – на протяжении не менее 2 лет.

Ожидаемые результаты лечения – улучшение психического функционирования за счет нормализации нарушенных церебральных функций.

V. Индикаторы качества медицинской помощи

№ п/п	Индикатор качества	Пороговое значение	Методика измерения (вычисления)	Факторы влияния
1	2	3	4	5
1.	Наличие в учреждении здравоохранения локального клинического протокола	100% от потребности	Число медицинских работников, имеющих локальный протокол х 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 %	Число медицинских работников, задействованных в выполнении локального клинического протокола, показавших положительные результаты при проверке знаний по его выполнению х 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 х 100% / общее число больных, получивших лечение	Соблюдение и выполнение локального клинического протокола. Наличие лекарственных препаратов.

VI. Ресурсное и медикаментозное обеспечение

6.1. Кадровые ресурсы.

6.1.1. Для учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь:

врачи общей практики – семейные врачи, врачи-терапевты, врачи-неврологи, соответствующие Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения;

медицинские сестры – общей практики, семейной медицины, соответствующие Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения по данной специальности.

6.1.2. Для учреждений здравоохранения, оказывающих вторичную и третичную медицинскую помощь:

врачи-психиатры, врачи-терапевты, врачи-психотерапевты, врачи-неврологи детские, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения по соответствующим специальностям;

медицинские сестры, соответствующие Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения; практические психологи, коррекционные педагоги.

6.2. Материально-техническое обеспечение.

Обнащение: методические материалы для проведения психолого-педагогического обследования, электроэнцефалограф, компьютерный томограф, магнито-резонансный томограф.

6.3. Лекарственные средства.

6.3.1. Мозговые метаболиты и ноотропные препараты: ацетиламиноянтарная кислота, гамма-аминомасляная кислота, глицин, гопатеновая кислота, пирацетам, пиритинол, фенибут.

6.3.2. Препараты для коррекции нарушений поведения: рисперидон, арипипразол, оланзапин, кветиапин, зипразидон.

6.3.3. Препараты для лечения депрессии и тревожно-фобических, обсессивных расстройств: флуоксетин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам.

6.3.4. Противозащитные препараты и препараты для коррекции биполярных расстройств психики и поведения: вальпроевая кислота, топирамат, ламотриджин, леветирацетам.

VII. Перечень использованных литературных источников

1. 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.

2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии // Москва, 2004. – 491 с.

3. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999-2006). - Москва, 2007. - 572 с.

4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире: новое понимание, новая надежда. - ВОЗ, 2001.

5. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии - Москва, 1996.– 288 с.

6. Мосолов С.Н. (ред.). Справочное руководство по психотропным и противосудорожным препаратам, разрешенным к применению в России. Москва, 2002. – 175 с.

7. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. - Москва, 2001. - 238 с.

8. Мосолов С.Н. (ред.). Новые достижения в терапии психических заболеваний. - Москва, 2002 - 622 с.

9. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. - Донецк, 2004-271 с.

10. Тиганов А.С. Экзогенно-органические заболевания. Руководство по психиатрии под ред. А.С.Тиганова. -Т.1. -М., 1999. - С.155 – 248.

11. Закон Украины «О психиатрической помощи» от 22.02.2000 г. № 1489-III с изменениями (применяется в соответствии с ч. 2 ст. 86 Конституции Луганской Народной Республики).