



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
(МИНЗДРАВ ЛНР)

ПРИКАЗ

«11» июня 2019 г.

№ 504

г. Луганск

Зарегистрировано в Министерстве юстиции  
Луганской Народной Республики  
25.06.2019 за № 311/2860

**Об утверждении Унифицированного клинического протокола  
медицинской помощи «Умственная отсталость»**

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 25.10.2016 № 601, 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 «Умственная отсталость» 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.

Министр здравоохранения  
Луганской Народной Республики

Н. А. Пащенко

Приложение  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Луганской Народной Республики  
от «11» июня 2019 № 504

**Унифицированный клинический протокол медицинской помощи  
«Умственная отсталость»**

**I. Паспортная часть**

1.1. Диагноз – Умственная отсталость – группа различных наследственных, врождённых или рано приобретённых состояний общего психического недоразвития.

1.2. Коды состояния или заболевания согласно МКБ-10:

F70-F79 Умственная отсталость;

F70 Умственная отсталость легкой степени:

F70.0 С указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения;

F70.1 Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения;

F70.8 Другие нарушения поведения;

F70.9 Без указаний на нарушение поведения;

F71 Умственная отсталость умеренная:

F71.0 С указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения;

F71.1 Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения;

F71.8 Другие нарушения поведения;

F71.9 Без указаний на нарушение поведения;

F72 Умственная отсталость тяжелая:

F72.0 С указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения

F72.1 Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения;

F72.8 Другие нарушения поведения;

F72.9 Без указаний на нарушение поведения;

F73 Умственная отсталость глубокая:

F73.0 С указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения

F73.1 Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения;

F73.8 Другие нарушения поведения;

F73.9 Без указаний на нарушение поведения;

F78 Другие формы умственной отсталости:

F78.0 С указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения

F78.1 Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения;

F78.8 Другие нарушения поведения;

F78.9 Без указаний на нарушение поведения;

F79 Умственная отсталость неуточненная:

F79.0 С указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения;

F79.1 Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения;

F79.8 Другие нарушения поведения;

F79.9 Без указаний на нарушение поведения.

1.3. Целью Унифицированного клинического протокола медицинской помощи «Умственная отсталость» является:

установление единых требований к условиям и порядку проведения диагностического обследования лиц, обнаруживающих умственную отсталость; унификация лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий в отношении лиц, страдающих умственной отсталостью;

обеспечения оптимальных объёмов, доступности и качества лечебно-диагностических мероприятий при оказании медицинской помощи лицам, страдающим умственной отсталостью;

1.4. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Умственная отсталость» предназначен для врачей психиатров, психотерапевтов, наркологов, врачей других специальностей, практических психологов.

1.5. Дата разработки протокола – 2019 г.

1.6. Дата пересмотра протокола – 2022 г.

1.7. Список разработчиков Унифицированного клинического протокола медицинской помощи «Умственная отсталость»:

Фамилия, имя, отчество	Должность
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 дермато-

	венерологии, психиатрии и наркологии Государственного учреждения Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» (далее – ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Св. 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.
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. Св. Луки».
Сигова А.В.	Врач-методист Государственного учреждения «Луганский республиканский медицинский информационно аналитический центр» Луганской Народной Республики.

### 1.8. Перечень сокращений:

ЛНР – Луганская Народная Республика;  
 ЛПМП – Локальный протокол медицинской помощи;  
 МЗ ЛНР – Министерство здравоохранения Луганской Народной Республики;  
 МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра;  
 У КП МП – Унифицированный клинический медицинской помощи;  
 АЛТ – аланинаминотрансфераза;  
 АСТ – аспартатаминотрансфераза;  
 КТ – компьютерная томография;  
 ЛС – лекарственные средства;  
 МЗСР – Министерство здравоохранения и социального развития;  
 МНН – международное непатентованное название;  
 МРТ – магнитно-резонансная томография;  
 МСЭК – медико-социальная экспертная комиссия;  
 ОАК – общий анализ крови;  
 ОАМ – общий анализ мочи;  
 РЭГ – реоэнцефалография;  
 СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина;  
 СПЭК – судебно-психиатрическая экспертная комиссия;  
 УЗДГ – ультразвуковая доплерография;  
 ЭКГ – электрокардиограмма;  
 ЭПО – экспериментально-психологическое обследование;  
 ЭЭГ – электроэнцефалограмма;  
 ЭхоЭГ – эхоэлектроэнцефалограмма;  
 ЛРКПНБ – Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница;  
 ОМКО – организационно-методический консультативный отдел;  
 IQ – уровень умственного развития;  
 Ro-графия – рентгенография.

## **II. Общая часть**

2.1. Положения унифицированного клинического протокола направлены на оказание специализированной медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью. В протоколе приведены методы диагностики и профилактики заболевания, которые позволяют 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.

## **III. Основная часть**

### **3.1. Клинические диагностические критерии:**

#### **3.1.1. Умственная отсталость легкой степени (раздел F70):**

Для лёгкой умственной отсталости характерна в целом относительно хорошая механическая память. В ряде случаев эти больные способны приобрести значительный запас сведений и элементарные навыки чтения, письма и счета. Иногда хорошая механическая память и относительно богатая по запасу слов речь могут маскировать слабость мыслительной деятельности и неспособность к образованию абстрактных понятий.

Эти больные не проявляют самостоятельности и инициативы в работе (учёбе), основную трудность составляет переход к мыслительным задачам, решение которых требует замены привычного способа деятельности новым и ещё неизвестным. Эмоциональная и волевая стороны личности при лёгкой умственной отсталости достаточно разнообразны, однако общими чертами являются недостаточная способность к самообладанию и подавлению влечений, импульсивность на фоне повышенной внушаемости и склонности к подражательству.

При правильном воспитании и обучении, с привитием больным трудовых навыков они могут овладевать целым рядом неквалифицированных профессий, прежде всего, ручного труда, проявляют хорошую бытовую приспособленность к жизни. Таким образом, эти больные в большинстве своём обучаемы (вспомогательная программа школы) и в дальнейшем могут жить самостоятельно.

В МКБ-10 при характеристике этой группы пациентов отмечается, что в целом у большинства лиц с лёгкой умственной отсталостью поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминает проблемы у людей с нормальным уровнем интеллекта, чем специфические проблемы у

больных с более глубокими степенями психического недоразвития. Согласно МКБ-10, при клинико-психологическом обследовании с использованием надлежащих стандартизованных тестов больных с лёгкой умственной отсталостью коэффициент умственного развития (IQ) ориентировочно составляет от 50 до 69.

### 3.1.2. Умственная отсталость умеренная (раздел F71):

Эти больные способны накопить некоторый запас сведений, механическая память у многих из них достаточна развита. Такие больные овладевают также и речью, хотя запас слов у них невелик, речь аграмматична, а понимание и использование речи ограничено. При умеренной умственной отсталости сознание своего «Я» более или менее развито. Многие из больных эгоцентричны, требуют к себе повышенного внимания, проявляют радость при положительной оценке их действий и обиду, когда их ругают.

Специальные образовательные программы могут дать возможность больным с умеренной умственной отсталостью определённые возможности для приобретения ряда основных навыков и умений, однако объем усваиваемого материала крайне низок. При достаточном моторном развитии пациенты с умеренной умственной отсталостью могут овладевать простыми видами труда, но их работа носит механический характер, они не в состоянии изменить свою деятельность согласно изменившейся обстановке. К самостоятельной жизни эти больные, как правило, не приспособлены и нуждаются в постоянной опеке и в уходе за ними.

По МКБ-10, при психологическом обследовании с использованием стандартизованных тестов больных с умеренной умственной отсталостью коэффициент их умственного развития ориентировочно составляет 35-49.

### 3.1.3. Умственная отсталость тяжёлая (раздел F72):

Клиническая картина тяжёлой умственной отсталости сходна, прежде всего, с симптоматологией умеренной умственной отсталости. Отмечается низкий уровень социального функционирования, что проявляется в практически полной невозможности усвоить элементарные школьные знания, бытовые умения и навыки. Обычно эти больные выводятся из системы обучения, в дальнейшем на протяжении всей жизни нуждаются в опеке и постоянном уходе за ними. В отличие от пациентов с умеренной умственной отсталостью, у этих больных наблюдаются выраженные расстройства моторной сферы, что также затрудняет даже их простую социальную адаптацию.

Согласно МКБ-10, коэффициент умственного развития пациентов с тяжёлой умственной отсталостью колеблется в пределах от 20 до 34.

### 3.1.4. Умственная отсталость глубокая (раздел F73):

Для больных, страдающих глубокой умственной отсталостью, характерным является резкое снижение реакции на окружающее. Больные либо совершенно не реагируют на все происходящее вокруг, либо дают неадекватные реакции, откликаясь на любой раздражитель, ни на одном из них не задерживаясь. Членораздельная речь отсутствует, в обращённой к ним речи больные воспринимают интонацию, но не понимают смысла. Предоставленные



самим себе, многие из них остаются неподвижными, другие находятся в бесцельном постоянном движении, ползают, хватают предметы, могут быть агрессивны или же отмечается аутоагрессия. Состояния двигательного возбуждения возникают периодически и часто без всяких видимых причин. Проявления удовольствия или неудовольствия примитивны. Соматическое благополучие, ощущение сытости приводят к благодушию и спокойствию, а чувство голода или иные неприятные ощущения выражаются в криках с выражением неудовольствия, в ажитации или других сходных проявлениях. В ответ на неизвестное может наблюдаться страх, плач. Часто отмечаются извращённые или изменённые влечения: булимия или же извращения пищевого влечения, гиперсексуальность, например, сопровождающаяся упорной мастурбацией, и другие. С глубоким недоразвитием всей психической деятельности коррелируют и различные, в том числе, грубые дефекты физического развития: диспластичность, деформации черепа, пороки и аномалии развития. Нередко наблюдаются и неврологические симптомы, в том числе парезы и параличи.

По МКБ-10, коэффициент умственного развития пациентов с глубокой умственной отсталостью составляет менее 20.

3.1.5. Другие диагностические рубрики умственной отсталости (раздел F78, F79):

Категория F78 – другие нарушения поведения – рекомендована к использованию только в тех случаях, когда оценка уровня интеллектуального развития крайне затруднена или невозможна в связи с сопутствующими сенсорными или соматическими нарушениями (слепота, глухонмота и др.).

Категория F79 – умственная отсталость – используется только при отсутствии достаточной информации о больном, что не позволяет отнести его к какой-либо другой диагностической рубрике.

### 3.2. Экспериментально-психологическое обследование.

Экспериментально-психологическое обследование больного проводится при установке диагноза, затем не реже 1 раза в 2 года.

Экспериментально-психологическое исследование включает:

а) исследование памяти:

заучивание 10 слов (методика А.Р. Лурия);

воспроизведение рассказа;

зрительное восприятие образа;

тест зрительной реакции Бастона.

б) исследование интеллекта:

тест Векслера;

тест прогрессивных матриц Равенна;

понимание переносного смысла пословиц и поговорок;

общей осведомлённости;

сложные и простые аналогии;

сравнение понятий;  
 выделение существенных признаков;  
 исключение лишнего;  
 картинки и тесты с нелепостями;  
 рисуночные тесты.

Таблица 1. Критерии умственной отсталости по Векслеру.

Рубрика МКБ-10	Степень умственной отсталости	IQ умственного развития
F70	Лёгкая	50-69
F71	Умеренная	35-49
F72	Тяжёлая	20-34
F73	Глубокая	до 20

Дополнительные диагностические мероприятия, проводимые на амбулаторном и стационарном уровнях, представлены в таблице 2.

При лабораторных исследованиях специфичных диагностических признаков умственной отсталости нет.

У большинства больных с умственной отсталостью выявляются различные структурные изменения головного мозга, иногда - и костей черепа. Проведение инструментальных исследований даёт возможность уточнения этих изменений, в некоторых случаях используется и при проведении дифференциальной диагностики умственной отсталости.

Рентгенография черепа позволяет выявить костную гипертрофию или уточнить диагноз гидроцефалии, при которой имеются утончение костей, расхождение швов. В качестве более тонких методов исследования черепа и головного мозга больного могут использоваться эхоэнцефалография, реоэнцефалография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография. Хотя бы однократно пациенту с умственной отсталостью необходимо проведение электроэнцефалографического исследования.

Таблица 2. Основные диагностические обследования с учётом уровня оказания психиатрической помощи.

Амбулаторный уровень	Стационарный уровень
Основные:	
Экспериментально-психологическое обследование	Экспериментально-психологическое обследование. Консультация логопеда, Общий анализ крови – не реже 1 раза

	<p>в месяц.  Общий анализ мочи – не реже 1 раза в месяц.  Биохимический анализ крови – не реже 1 раза в месяц.</p>
Дополнительные:	
<p>Консультация логопеда.  Общий анализ крови – по показаниям.  Общий анализ мочи – по показаниям.  Биохимический анализ крови – по показаниям.  Электрокардиография – по показаниям (с целью мониторинга изменений соматического состояния на фоне основной терапии).  Электроэнцефалография – однократно; повторно – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах  Рентгенография черепа – по показаниям. Эхоэнцефалография – при появлении симптомов угнетения сознания  Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография – по показаниям, с целью исключения сходных по клинике проявлений текущего органического процесса головного мозга.  Консультация офтальмолога – по показаниям, с целью исключения грубых дефектов зрения.  Консультация отоларинголога – по показаниям, с целью исключения грубых дефектов слуха.</p>	<p>Электроэнцефалография – повторно в динамике при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах  Эхоэнцефалография – при появлении симптомов угнетения сознания  Рентгенография черепа – по показаниям.  Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография – по показаниям, с целью исключения сходных по клинике проявлений текущего органического процесса головного мозга (например, демиелинизирующие заболевания, новообразования головного мозга и прочие).</p>

### 3.3. Эпидемиология.

По данным Всемирной организации здравоохранения, а также ряда зарубежных авторов, показатели распространённости умственной отсталости в популяции колеблются в пределах от 1 до 3% населения. В регионах, где имеет место воздействие экопатогенных факторов, а также наблюдаются изолированные социальные группы, распространённость данной патологии может достигать 7 %. Среди лиц мужского пола умственная отсталость

встречается примерно в 1,5 раза чаще, чем среди женщин. Подобное соотношение наиболее заметно при лёгкой степени психического недоразвития, а при выраженных степенях интеллектуальной недостаточности, как правило, количественной разницы между больными мужского и женского пола не наблюдается.

### 3.4. Особенности оказания медицинской помощи.

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. Для эффективного внедрения УКП МП «Умственная отсталость» 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 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 умственной отсталости 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 умственной отсталости, 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 умственной отсталостью, в каждом УЗ целесообразно разрабатывать и внедрять локальный протокол медицинской помощи, в котором определен 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.

### 3.5. Догоспитальный этап.

Положения протокола	Необходимые мероприятия
1. Первичная профилактика	<p>1. Повышение осведомлённости населения о вредных последствиях употребления алкоголя и курения; предотвращение влияния экзогенных вредностей на беременную женщину, генетическое консультирование, широкое профилактическое применение фолиевой кислоты в ранние сроки беременности, раннее выявление аномалий плода во время беременности, благополучные роды.</p> <p>2. Выполнение общепринятых программ активной иммунизации для предотвращения инфекций, последствием которых может быть умственная отсталость (энцефалит, менингит, врождённые инфекции).</p>
2. Диагностика	<p>При выявлении (подозрении) симптомов или признаков или признаков умственной отсталости у больного направление его в учреждение здравоохранения психиатрического профиля вторичного и третичного уровня.</p> <p>Экспериментально-психологическое обследование.</p>
3. Лечение	<p>После установления диагноза умственной отсталости в УЗ вторичной/третичной помощи:</p> <p>1. Мониторинг выполнения индивидуальных программ реабилитации, назначенных специалистами врачами-психиатрами.</p> <p>2. Мониторинг фармакологического лечения, назначенного специалистами врачами-психиатрами, мониторинг побочных эффектов и осложнений.</p> <p>3. Симптоматическая помощь, лечение сопутствующей</p>

	патологии в соответствии с действующими медико-технологическими документами соответствующего профиля.
4. Диспансерное наблюдение	<p>После установления диагноза умственной отсталости по наблюдению и рекомендациям специалистов УЗ вторичной/третичной помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведение психообразовательной работы с родителями и членами семей.</li> <li>2. Оказание консультативной помощи, координация медико-социальной помощи с использованием ресурсов, реабилитационных учреждений, общественных организаций.</li> </ol>

### 3.6. Стационарное лечение.

Положения протокола	Необходимые мероприятия
1. Клинико-анамнестический и клинико-психопатологический методы	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предоставление рекомендаций по диспансерному наблюдению в УЗ, которые оказывают первичную медицинскую помощь.</li> <li>2. Проведение психообразовательной работы с членами семей, направленной на создание условий для обеспечения благоприятного течения заболевания, профилактику поведенческих расстройств, а также рекомендации относительно психологических, образовательных вмешательств и социальной поддержки.</li> <li>3. Объективные данные, физическое и неврологическое обследование.</li> </ol>
2. Психодиагностические методы	<p>Обязательные:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Исследование памяти: методика А.Р. Лурия; воспроизведение рассказа; зрительное восприятие образа; тест зрительной реакции Бастона.</li> <li>2. Исследование интеллекта: тест Векслера; тест прогрессивных матриц Равенна; понимание переносного смысла пословиц и поговорок; общей осведомлённости; сложные и простые аналогии; выделение существенных признаков; исключение лишнего; картинки и тесты с нелепостями;</li> </ol>

	рисуночные тесты.
3. Методы инструментально-го обследования	ЭЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга, КТ, МРТ головного мозга, Ро-графия черепа по показаниям.
4. Лабораторные методы обследования.	Неспецифичны, носят дополнительный характер: 1. Общий анализ крови, мочи; 2. Биохимический анализ крови;
5. Консультации врачей-специалистов	консультация психолога для оценки качественных параметров психических функций; консультация генетика; консультация офтальмолога, отоларинголога для исключения грубых дефектов слуха и зрения; консультация невролога – для исключения текущих неврологических расстройств; консультация логопеда.
Лечение	
1. Медико-социальная реабилитация	1. Психолого-педагогическая коррекция. 2. Мероприятия по адаптации больного в условиях семьи и (или) специализированного учреждения на максимально возможном уровне, обучение социальным, трудовым навыкам и умениям; решение вопросов профессиональной пригодности, получения профессии (при лёгких степенях интеллектуального снижения).
2. Медикаментозное лечения	Фармакотерапия умственной отсталости проводится 1. Лекарственными средствами первого ряда являются: мозговые метаболиты для улучшения памяти, внимания, ускорение процесса нового материала – Ноотропил 800-1200 мг/сутки, Церебралезин – 2,0 в сутки, Кортексин – 1,0 в сутки, Глютаминовая кислота – 1 г/сутки, Аминалон 1500-2000 мг/сутки, Фенибут 750-1000 мг/сутки; сосудорасширяющие препараты для улучшения мозгового кровообращения: Актовегин – 2,0 в сутки, Винпоцетин – 10 мл/сутки, Кавинтон – 20 мг/сутки; витамиотерапия: витамины группы В, аскорбиновая кислота. При наличии психопатологических симптомов: нейролептики – Галоперидол – 3-4,5 мг/сутки, Трифтазин – 10 мг/сутки, Рисполепт – 4 мг/сутки, Солиан – 200-400 мг/сутки, Кветиапин – 25-100 мг/сутки; антиконвульсанты – при наличии эпилептических приступов: Вальпроаты – 600-1500 мг/сутки,

	<p>Карбамазепин – 600-800 мг/сутки, Ламиктал – 100-200 мг/сутки, Топиромат – 50-100 мг/сутки;  нормотимики при наличии аффективных расстройств: карбамазепин – 400 мг/сутки, депакинхроно – 600 мг/сутки;  антидепрессанты при наличии аффективной симптоматики: Флуоксетин – 20-40 мг/сутки, Ципролекс – 10-20 мг/сутки, Амитриптилин – 25-50 мг/сутки, Пиразидол – 50-100 мг/сутки;  транквилизаторы при наличии невротической или неврозоподобной симптоматики: Адаптол – 600-100 мг/сутки, Афобазол – 30 мг/сутки, Феназепам – 1 мг/сутки, Мебикар – 30 мг/сутки;  корректоры поведения при наличии поведенческих расстройств: Неулептил – 20 мг/сутки, Сонапакс – 30-60 мг/сутки, Аминазин – 100-150 мг/сутки;  дегидратирующая терапия при наличии гидроцефалии: Диакарб, Фурасемид, р-р сернокислой магнезии, Лазикс. Длительность терапии 3-4 недели.</p>
3. Психосоциальная реабилитация	<p>Основные мероприятия заключаются в выработке у больного трудовых и жизненных навыков, семейная психотерапия, терапия социальных навыков, тренинг разрешения проблем, адаптации пациента к проживанию в социуме.</p>
4. Другие физические методы	<p>Дополнительные методы при наличии неврологической симптоматики: лечебная физкультура, физические упражнения</p>
5. Диетотерапия	<p>Неспецифична.  При метаболических нарушениях – исключение из рациона больного продуктов, противопоказанных при данном виде нарушений обмена веществ (аминоацидурия, галактоземия, фенилкетонурия, мукополисахаридоз, болезнь Тея-Сакса).</p>
6. Госпитализация	<p>Направление пациентов с умственной отсталостью для оказания стационарной помощи в случаях, когда состояние требует круглосуточного врачебного наблюдения, связано со значительным ухудшением состояния психического здоровья, осуществляется при осознанном информированном согласии пациента или его опекуна на госпитализацию в специализированное УЗ.</p>
7. Диспансерное наблюдение	<p>1. Мониторинг эффективности и коррекция фармакологического лечения, контроль поведенческих</p>



	<p>нарушений, психопатологической симптоматики путём регулярных осмотров участковым врачом-психиатром.</p> <p>2. Проведение психообразовательной и реабилитационной работы с пациентами и их родственниками.</p> <p>4. Координация медико-социальной помощи, формирование и укрепление комплайенса.</p>
--	---

### 3.7. Специализированная помощь.

Положения протокола	Необходимые мероприятия
1. Диагностика	<p>1. Основой комплексной оценки состояния пациента является тщательно собранный анамнез, который охватывает соответствующую историю жизни, семейное положение, уровень социального функционирования, профессиональной трудоспособности и психическое состояние с учетом основных дефиниций расстройства, коморбидной психической патологии и качества жизни.</p> <p>2. Использование высокотехнологичных методов клинико-психопатологического и клинико-анамнестического исследования (клинические консилиумы, разборы, технологии телемедицины). Дополнительные методы психодиагностического, исследования.</p> <p>При диагностике умственной отсталости нельзя ограничиваться только установлением факта общего психического недоразвития пациента, поэтому целью становится формулирование исчерпывающего диагноза, отражающего в первую очередь:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценку выраженности интеллектуального дефекта и его особенностей;</li> <li>2) клиническую и психологическую характеристику структуры дефекта;</li> <li>3) наличие коморбидных нарушений;</li> <li>4) этиологические факторы;</li> <li>5) степень адаптации к среде;</li> <li>6) социально-психологические факторы, участвующие в формировании клиники заболевания и его социальной адаптации.</li> </ol>
1.1. Клинико-анамнестические и клинико-психопатологические	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сбор и оценка данных (анамнестические данные пациента и его семьи, оценка жалоб на здоровье) с учётом диагностических критериев МКБ-10.</li> <li>2. Сбор анамнеза заболевания с позиций</li> </ol>

методы	<p>психодинамического подхода. Обращают внимание на наследственность, течение беременности и родов у матери пациента, фармакоanamнез, наличие социальной поддержки; психологические и социальные амортизационные факторы.</p> <p>3. Проведение консилиумов и клинических разборов с привлечением сотрудников кафедр.</p>
1.2. Психодиагностический метод	<p>Исследование нарушений мышления.</p> <p>Классификация предметов</p> <p>Существенные признаки</p> <p>Простые аналогии</p> <p>Сравнение понятий</p> <p>Исследование ассоциаций</p> <p>Пиктограммы: метод А.Р. Лурия</p> <p>Исследование нарушений интеллекта.</p> <p>Тест Векслера</p> <p>Тест прогрессивных методик Равенна</p> <p>Понимание переносного смысла пословиц и поговорок</p> <p>Сложные и простые аналогии</p> <p>Сравнение понятий</p> <p>Выделение существенных признаков</p> <p>Исключение лишнего</p>
2. Методы инструментального обследования	<p>Дополнительные (дифференциальная диагностика с психическими расстройствами органического генеза):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. электроэнцефалография;</li> <li>2. компьютерная томография;</li> <li>3. магнито-резонансная томография.</li> </ol>
3. Лабораторные методы обследования	<p>Неспецифичные, носят дополнительный характер:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. глюкоза крови;</li> <li>2. общий анализ крови, мочи.</li> </ol>
Лечение	
1. Психолого-педагогическая коррекция	<p>Основные мероприятия заключаются в выработке у больного трудовых и жизненных навыков, умения общаться с другими больными. Важным является проведение семейной психотерапии, когда родственникам разъясняются все особенности больного и его возможности, указываются те способности больного, которые могут быть относительно хорошо развиты и будут способствовать его лучшей социальной адаптации. Следует отметить, что необходимо как можно более раннее вовлечение больного и его родственников в интенсивную, сосредоточенную на реабилитации, деятельность.</p>
2. Медикаментозное	Терапия умственной отсталости включает комплексное

лечение	<p>и поэтапное воздействие разнообразных и социальных факторов. Патогенетическая терапия возможна при некоторых формах олигофрении с установленными этиологией и патогенезом: фенилкетонурия, гомоцистинурия, галактоземия и др., компенсирующая гормонотерапия при эндокринопатиях.</p> <p>При умственной отсталости назначаются ноотропы, мозговые метаболиты, сосудорасширяющие препараты. Дегидратирующую терапию проводят при выявленной внутричерепной гипертензии. Обязательно использование витаминотерапии, особенно витаминов группы В, улучшающих метаболические процессы в ЦНС.</p> <p>Симптоматическое лечение больных с умственной отсталостью проводят в случае, когда сопутствующие психопатологические синдромы препятствуют оптимальной адаптации пациента, утяжеляют его состояние: эпилептические приступы, психозы, выраженные нарушения поведения, аффективные расстройства.</p> <p>При умственной отсталости со значительным нарушением поведения, требующим лечения (агрессивное, аутоагрессивное поведение, двигательная расторможенность) применяются антипсихотические препараты: рisperилепт, кветиапин; нейролептические средства с выраженным седативным действием, имеющим лекарственные формы для парентерального введения (хлорпромазин, левомепромазин, сультоприд, зуклопентиксол).</p> <p>Медикаментозное лечение может быть назначено исключительно врачом-психиатром с обязательным мониторингом состояния больного в процессе фармакологического лечения, необходимо отслеживать наличие побочных действий препарата и его эффективности.</p>
3. Психосоциальная реабилитация и психообразование	<p>Основной целью психосоциальной реабилитации больных с умственной отсталостью является адаптация пациента к проживанию в социуме, в семье, обучение социальным, трудовым навыкам и умениям, решение вопросов профессиональной пригодности, получение профессии при лёгких степенях умственной отсталости. Психосоциальная реабилитация применяется вместе с другими методами. Целью такой реабилитации является</p>

	сокращение сроков интеграции в обществе и улучшения функционирования.
--	---

#### **IV. Описание этапов медицинской помощи**

4.1. Медико-санитарная помощь больным с умственной отсталостью оказывается в амбулаторных условиях по месту регистрации (проживания) пациента и предусматривает мероприятия по охране психического здоровья, профилактике психических расстройств, медико-социальной реабилитации и формированию здорового образа жизни.

4.1.1. В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи врачи общей практики – семейные врачи, а также врачи других специальностей при выявлении симптомов или признаков умственной отсталости у больного направляют его в учреждение здравоохранения психиатрического профиля для диагностики психического расстройства и оказания ему специализированной психиатрической помощи.

4.1.2. Вторичная специализированная психиатрическая помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара оказывается врачами-психиатрами учреждений здравоохранения психиатрического профиля и предусматривает осуществление консультаций, проведение диагностики, лечения, медико-социальной реабилитации и профилактики умственной отсталости, диспансерное наблюдение пациентов с данной патологией, а также направление пациентов в соответствии с медицинскими показаниями для оказания им третичной высокоспециализированной психиатрической помощи (консультативной, в условиях дневного стационара, стационарных условиях).

4.1.3. Стационарная психиатрическая помощь больным осуществляется высокоспециализированными 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 больным.

#### 4.2. Критерии диагностики.

Умственная отсталость – диффузное тотальное недоразвитие, при котором страдает не только познавательная деятельность, но и психика в целом. Обнаруживаются признаки недоразвития интеллекта и мышления, других психических функций: восприятия, памяти, внимания, речи, моторики, эмоционально-волевой сферы.

Расстройство психики сопровождается следующими симптомами:

1. Недоразвитие психики, включая недоразвитие познавательных особенностей;
2. Недостаточность высших сторон познавательной деятельности;

3. Недоразвитие абстрактного мышления;
4. Повышенная внушаемость;
5. Некритичность;
6. Неспособность принять самостоятельное решение в сложных жизненных ситуациях;
7. Импульсивность поступков;
8. Нарушение активного внимания;
9. Низкий уровень логической памяти;
10. Неадекватность аффектов переживаемым событиям;
11. Бедность запаса слов;
12. Дефекты произношения.

#### 4.3. Лечение умственной отсталости.

Лечение умственной отсталости носит симптоматический характер. Принимаются препараты, стимулирующие мозговой метаболизм ноотропы: (Аминалон, Церебралезин, Глутаминовая кислота), витамины группы В, дегидратирующие средства (Сульфат магния, Диакарб, Лазикс), биогенные стимуляторы (алоэ). При наличии сопутствующего судорожного синдрома назначается приём противосудорожных препаратов (Карбамазепин, Депакин, Ламиктал, Кепра, Топомакс). При психопатоподобных невротоподобных расстройствах, при наличии продуктивных психических расстройств применяются нейролептики (Аминазин, Галоперидол, Трифтазин, Неулептил, Рисполепт, Солиан, Кветирон). Специфическая патогенетическая терапия возможна при некоторых метаболических формах умственной отсталости: фенилкетонурия, галактозамия, кретинизм.

#### 4.4. Диспансерное наблюдение.

Пациенты с умственной отсталостью требуют постоянного, но не обязательно частого наблюдения врача-психиатра. У больных с лёгкой умственной отсталостью, проживающих с родственниками, обычно достаточно осмотра 2 (два) раза в год. Пациенты, находящиеся в специализированных интернатах, наблюдаются психиатрами интерната,

Сроки амбулаторного наблюдения определяются уровнем социальной адаптации: при лёгкой умственной отсталости - до получения профессии и трудоустройства, при умеренной, тяжёлой и глубокой - постоянно. При наличии сопутствующих психопатологических расстройств частота осмотров и решение вопроса о возможной госпитализации определяется выраженностью симптоматики и определяется в каждом случае индивидуально.

## V. Ресурсное и медикаментозное обеспечение

5.1. Для учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь.

Кадровые ресурсы:

Врачи общей практики – семейные врачи, врачи - терапевты, врачи-терапевты участковые, соответствующие действующим квалификационным требованиям к специалистам с высшим медицинским образованием по соответствующим специальностям.

5.2. Для учреждений здравоохранения, оказывающих вторичную и третичную медицинскую помощь.

Кадровые ресурсы: врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, соответствующие действующим Квалификационным требованиям к специалистам с высшим медицинским образованием по соответствующим специальностям.

5.3. Материально-техническое обеспечение.

Оснащение: набор экспериментально-психологических и тренинговых материалов, компьютер с программным обеспечением и принтером, ультразвуковой доплерограф, электроэнцефалограф.

Лекарственные средства (порядок перечня лекарственных средств не означает приоритетности их применения):

а) транквилизаторы:

1. производные бенздиазепина (Диазепам; Феназепам; Нозепам; Рудотель);

2. транквилизаторы прочих химических групп (Грандаксин; Мебикар, Афобазол).

б) антидепрессанты (Дулоксетин; Агомелатин; Венлафаксин; Сертралин; Флувоксамин; Миртазапин; Флуоксетин, Пиразидол);

в) вегето-стабилизаторы: Беллатаминал; Белласпон;

г) ноотропы: Фенибут; Аминалон; Пирацетам, Глютаминовая кислота;

д) витамины группы В, аскорбиновая кислота;

е) нейролептики (Галоперидол, Трифтазин, Аминазин, Неулептил, Сонапакс, Солиан, Кветиапин, Рисполепт).

## VI. Индикаторы качества медицинской помощи

№ п/п	Индикатор	Пороговое значение	Методика измерения (вычисления)	Факторы влияния
1	Наличие в УЗ локального	100% от потреб-	Число медицинских работников, имеющих	Наличие приказа по УЗ Об утвер-

	клинического протокола	ности	локальный протокол х 100% / общее число медицинских работников, задействованных в диагностике, лечении и профилактике	ждении и внедрении локального клинического протокола
2	Обеспечение обучения медицинского персонала, задействованного в реализации протокола.	> 99 %	Число медицинских работников, задействованных в выполнении локального клинического протокола, показавших положительные результаты при проверке знаний 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. Соблюдение больным врачебных рекомендаций

**VII. Перечень источников, которые были использованы при разработке Унифицированного клинического протокола медицинской помощи «Умственная отсталость»**

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., 2007. – 707 с.
2. Александровский Ю.А. Психиатрия и психофармакотерапия. Избранные лекции и выступления. – М., 2014. – 430с.
3. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии. – С-11, 2002. – 312 с.
4. Диагностика заболеваний. Харьков. Белгород, 2009
5. Журнал «Психиатрия и психофармакотерапия».2010-2016

6. Клиническое руководство по психическим расстройствам. / Под ред. Д. Барлоу. – СПб., 2008. – 324 с.
7. Муров В. А. Психические нарушения. – М., 2008
8. Пасичник О.А., Юдин Ю.Б. «Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача». Киев, 2000
9. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Колчев А.И., Лытаев С.А. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики. – С-116, 2005. – 317с.
10. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии. – Т. 1,2,- М., 1999. – 966 с.;
11. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. – Киев, 2015. – 277 с.