

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра психиатрии с курсом общей психологии

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Пособие

для студентов лечебного, медико-психологического и педиатрического факультетов, интернов, клинических ординаторов и врачей психиатрического профиля

Гродно
ГрГМУ
2008

УДК 616.89 (076.1)

ББК 56.14

П 86

Рекомендовано Центральным научно-методическим советом
УО «Гр ГМУ» (протокол № 3 от 26.02.2008 г.).

Авторы: зав. каф. психиатрии с курсом общей психологии, д-р мед. наук,
проф. Е.Г. Королева;
доц., канд. мед. наук Э.Е. Шустер;
ассист., канд. мед. наук Э.П. Станько;
ассист. Е.В. Бузук.

Рецензент: доц., канд. мед. наук В.А. Карпюк.

П86 Психотерапия в психиатрической клинике. Пособие
для студентов лечебного, педиатрического и медико-
психологического факультетов, интернов, клинических ординато-
ров и врачей психиатрического профиля /Е.Г. Королева и др.-
Гродно: УО «ГрГМУ», 2008. - 136 с.
ISBN 978-985-496-436-2

В данном пособии освещены вопросы профилактики рецидивов и лечения психических и поведенческих расстройств. Четко, в доступной форме представлены группы психофармакологических средств, выделены основные механизмы и направления действия, подробно изложены побочные эффекты и осложнения. В каждой главе данного учебного пособия отражено, в какой мере специалист с высшим медицинским образованием может применить полученный объем знаний в повседневной практической работе. Предназначена для студентов лечебного, педиатрического и медико-психологического факультетов, интернов, клинических ординаторов и врачей психиатрического профиля.

УДК 616.89 (076.1)

ББК 56.14

ISBN 978-985-496-436-2

© УО «ГрГМУ», 2008

СОДЕРЖАНИЕ

1. Психотропные средства. Нейролептики	стр. 4
2. Транквилизаторы	стр. 12
3. Антидепрессанты	стр. 16
4. Нормотимики	стр. 21
5. Ноотропные средства	стр. 23
6. Основные положения лечения психических расстройств	стр. 19
7. Лечение психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных (ПАВ) веществ	стр. 58
8. Общие принципы лечения шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств	стр. 91
9. Лечение аффективных расстройств	стр. 110
10. Литература	стр. 132

ПСИХОТРОПНЫЕ СРЕДСТВА

По данным ВОЗ, в последнее время почти треть взрослого населения развитых стран принимают психофармакологические препараты (цит. по Мосолову С.Н., 1995).

К настоящему времени признается отвечающая современным взглядам Международная классификация этих препаратов, разработанная экспертами ВОЗ в 1966 г. В соответствии с ней все психотропные средства разделены на 6 основных групп:

- нейролептики (антипсихотические средства);
- транквилизаторы (анксиолитики);
- антидепрессанты;
- психостимуляторы;
- нормотимики (тимостабилизаторы);
- ноотропы.

В основу принципа классификации положены особенности клинического эффекта их применения в психиатрической практике, хотя химическая структура препаратов может существенно различаться. Полагают при этом, что сходный клинический эффект разных по химическому строению психофармакологических средств обусловлен сходным фармакодинамическим действием на нейротрансмиттерные системы головного мозга.

НЕЙРОЛЕПТИКИ

Исторически сформировавшееся название этого класса психотропных средств как нейролептиков (от греч. Neuron – нерв и lepticos – способный взять, воспринять) фактически пришло из оценки действия первого препарата этой группы – хлор-промазина (аминазина) в хирургической практике, где он был впервые использован в начале 50-х годов 20-го века для блокады нейровегетативных реакций в предоперационном периоде. Выявилась его способность вызывать сомноленцию, общую вялость и «эмоциональную блокаду» без нарушения сознания. Такое действие обозначили как нейролептическое, а препарат назвали нейролептиком. Уже в 1952 году Delay, Deniker применили его в психиатрической практике, выявив эффект «психомоторного безразличия» с редуцирующим влиянием на состояния возбуждения, тревоги, агрессии.

В последние годы все более принятым становится обозначение этих препаратов как антипсихотических (антипсихотиков), тогда как

смысл названия «нейролептики» скорее отражает характер побочных явлений при их применении.

Если первые нейролептики оказывали в основном тормозящий, успокаивающий, седатический эффекты, то в дальнейшем были синтезированы нейролептики, у которых они были выражены слабо или даже отсутствовали и, более того, выявлялось активирующее действие, но зато весьма выраженным оказалось антигаллюцинаторное, антибредовое терапевтическое действие.

В основном при сложных синдромах, полисиндромной психопатологической картине психоза используется сочетание 2-4 нейролептиков со сравнительно узким спектром терапевтической активности.

Обобщая же всю группу антипсихотиков, можно выделить следующие направления их клинического действия:

1. *Седатический* (проявляется в снижении двигательной активности, замедлении темпа психической деятельности).

2. *Антиксиолитический* (выражается в антитревожном эффекте, уменьшении или устранении эмоционального напряжения, страха психотического и невротического уровней).

3. *Антипсихотический* (обнаруживается в способности препарата уменьшать или полностью редуцировать психопатологические расстройства в виде бреда, галлюцинаций, психических автоматизмов, кататонических расстройств).

4. *Активирующий* (выражается в активизации двигательной и психической деятельности, энергезирующем, растормаживающем эффекте).

5. *Снотворный* (проявляется в способности вызывать сомнолентию, устранять нарушения сна).

6. *Антидепрессивный* (сравнительно редко отмечаемое у нейролептиков прямое тимоаналептическое действие при неглубоких депрессиях, как это характерно для эглонила, чаще носит вторичный характер за счет активного антиксиолитического действия).

7. *Нейротропный* (проявляется чаще в побочных экстрапирамидных, нейро-вегетативных явлениях).

8. *Соматотропный* (выражается во влиянии на функционирование внутренних органов, эндокринной системы, чаще оценивается как побочное, нежелательное, но иногда используется с терапевтической целью в клинике внутренних болезней, например, эглонил в гастроэнтерологии и другие препараты).

Препараты, терапевтически активные, но дающие меньше побочных экстрапирамидных явлений, обладают холинолитическим эффектом, то есть в их химической структуре имеется как бы «встроенное» антипаркинсоническое действие (M. Gelder, D. Gath, R. Mayou, 1997). К такого рода препаратам относят нейролептические средства так называемого второго поколения производных бензамида (сульпирид), индола (молиндон), гамма-карболина (карбидин) и дибензиазепина (клозапин). Самым существенным отличием этих новых нейролептиков от классических предшественников – производных фенотиазина (аминазин, трифтарин и др.), бутирофенона (галоперидол, триседил) - оказалось то, что они не вызывают или почти не вызывают экстрапирамидных побочных расстройств. Это обстоятельство позволило обозначить их как «атипичные» нейролептики.

Такой «рецепторный профиль» рисперидона определяет высокую антипсихотическую активность в отношении бреда и галлюцинаций, сравнимую с таковой у галоперидола, и в то же время активизирующий «пробуждающий» эффект в отношении негативной симптоматики, он благотворно влияет на нарушения мышления при шизофрении и почти не вызывает экстрапирамидных побочных явлений.

Общие показания

Нейролептики используются преимущественно для лечения психических расстройств психотического уровня, возникающих при шизофрении, а также других эндогенных и экзогенных (органических, психогенных) заболеваниях, независимо от их нозологической принадлежности. Среди нейролептиков последнего поколения появились препараты, которые могут в известной мере нивелировать и негативные психические расстройства, например, при шизофрении, способствуя смягчению аутизма, активизации при гипобулии, оживлению и адекватности эмоционального реагирования.

Побочные действия и осложнения

К побочным явлениям, как известно, относят те преходящие или достаточно стойкие эффекты фармакодинамического действия препаратов, которые являются нежелательными с позиций целей терапии. У нейролептиков к таковым могут быть отнесены психические и эмоциональные нарушения (двигательная заторможенность, вялость, эмоциональная индифферентность, апатичность), неврологические нарушения (паркинсонизм, акатизия, тасикинезия, острые дистонии,

поздние дискинезии), проявления соматотропного действия (ортостатическая гипотензия, кардиотоксические эффекты, эндокринные нарушения, гепатоксическое действие, нарушение аккомодации, задержка мочеиспускания и др.).

К осложнениям нейролептической терапии относятся аллергические дерматиты разной степени выраженности, лейкопения и агранулоцитоз, токсико-аллергические гепатиты с холестазом, желтухой, тромбофлебиты и тромбоэмболии. Самым тяжелым осложнением является злокачественный нейролептический синдром (ЗНС), развивающийся обычно на начальном этапе терапии, клиническая картина которого стремительно разворачивается в течение 24-72 часов и характеризуется выраженной гипертермией, повышением мышечного тонуса, нарастающим капилляротоксикозом, нарушением функции печени и почек и может привести в непродолжительные сроки к летальному исходу при явлениях острой сердечно-сосудистой и почечной недостаточности. ЗНС требует немедленной отмены препарата и проведения активной дезинтоксикационной терапии и применения антигистаминных средств, преимущественно, в условиях реанимационных отделений.

Отмечается терапевтическая эффективность сеансов ЭСТ, особенно на начальном этапе развития этого синдрома.

Основные синдромы

1. Тревожно-депрессивные (нетяжелые), невротические и неврозоподобные состояния при эндогенных, сосудистых, соматогенных, психосоматических расстройствах

<i>Препарат-нейролептик</i>	<i>Терапевтическое действие</i>	<i>Дополнительное действие</i>	<i>Побочные действия</i>	<i>Дозы Суточные</i>
Алимемазин Терален (производное фенотиазина)	«Мягкое» седативное, легкое снотворн., слаб. антибред. и антигаллюцинат.	—	мышечная релаксация, запоры, зад. мочеисп., нар. аккомодации, сухость во рту, лег. тремор, акатизия, гипокинезия	Малые-5-10мг средние-40-50мг большие-200-400мг

2. Психомоторное возбуждение различного генеза, галлюцинозно-бредовые, кататонические состояния, маниакальное возбуждение

<i>Препарат</i>	<i>Терапевтическое действие</i>	<i>Дополнительное действие</i>	<i>Побочные действия</i>	<i>Дозы суточные</i>
Галоперидол Сенорм (произв. бутирофенона) Деканоат (пролонг.)	Сильное антигалл. и антибред., стимулир.	Возбуждение при хорее Гентингтона	Экстрапирам., депрессия, сонливость, гипотенз., анорексия, диарея, анемия, тошнота, рвота, тахикардия	Малые 1-10мг большие 40-60мг- 25-50мг в/м 1раз в месяц
Зуклопентиксол Клопиксол (произв. тиоксантена) Депо (пролонг) Акуфаз (пролонг)	Седативное, антибредовое, антигаллюцинат. Для острых состоян.	Психопатоподобные сост., аффективн. вспышки	То же	Малые 2-8 мг большие 30-60мг 1-2мл 200-400мг) в 2-4нед. 1-2 раза 1-3мл. ч/р 2-3 затем таблетки
Клозапин азалептин лепонекс (дибензодиазепин)	Выраж. седативное Слабое антигаллюц. и антибредовое	Затяжные неразвернутые бредовые и кататонические	Потливость, гипотония, гранулоцитопения, пов. температуры	Малые 25-100мг Большие 200-400мг
Оланзапин Зипрекс (бензодиазепин)	То же + Умер. активирующее	Негативные симптомы: аутизм, р-ва мышления	То же+ сонливость, головокружение, пов. веса тела	Малые 5-10мг большие 20мг
Пенфлюридол Семап (пролонг)	То же +отчетливое стимулирующее	преобладание негативных р-в и нет депрессивной как амбулат. поддерживающ.	двигат.беспок., паркинсонизм, усталость	20-40мг до160мг 1раз в неделю

Тиопропера- зин мажептил	Выраж. ан- типсихот., сил. активи- зирующее	полиморф. бред хр. галлюцинат. гебефр. и катат. возбужд.	+ слезо-, слю- нотеч. импо- тенция, нар. серд. ритма	от 3-5мг до 30-40мг
Трифлупери- дол Триседил (бутирофенон)	Мощное ан- типсихот., седативное, кататон. симптомати- ку	+негативная с-ка	Гипотония, гипер- гидроз, судо- роги, желтуха	От 0,5-1 мг до 6-8мг
Трифлуопера- зин Стелазин трифтазин	+лег. акти- визация в малых дозах	+отвлеч. навяз- чив., тревога психот. и неврот. уровня	аритмия, ане- мия, амено- рея, задерж. мочеиспуска- ния	от 5-15мг до 40-60мг
Хлорпрома- зин аминазин	выраж. седа- тивное, умер. анти- психотич.	чувств. - образный бред, тревога, страх	гипотенз., та- хик. субфебрил., дис- пепсия, дизу- рия, депрессии	от12.5- 50мг доб00- 800мг
Рisperидон Рисполепт риспердал	выраж. ан- типсихот. умер. стиму- лирующ.	+апатико-абулич.	падение АД, тахикард.. беспокойство, бессоница	От 1-2 мг до 8 мг есть капли

3. Депрессивно-параноидные состояния в рамках шизоаффек- тивных психозов, шубообразные шизофрении, тревожные со- стояния

<i>Препарат</i>	<i>Терапевтиче- ское действие</i>	<i>Дополни- тельное действие</i>	<i>Побочные действия</i>	<i>Дозы</i>
Карбидин Дикарбин (произв. Индола)	седативный, умер.антидепре- с., антипсихо- тическ.	-	Гипотония, легк.экстрапир.	Малые 12.5-25мг. Большие 100-150мг
Левомепро- мазин тизерцин нозинан (фенотиазин)	антитревожное, седативное,лег. антидепрес- сивн.	помрачение сознания с возбуждени- ем и страхом	сонливость, гипотония, тахикардия, сухость, релаксация	Малые 25-50мг боль- шие350- 500мг.

Флупентик-сол Флюанксол Деканоат (пролонг)	от-четл. антибред. антигалл., анксиолитич., умер. антидепресс.	+до 3мг-депрессии с тревогой, адинамией, неврот. тревога	+судорожн. синдром.	от 1-3мг. до 20-35мг
Хлорпро-тиксен трускал	седативное, анксиолитич., умер. антидепресс.	тревож. депрес., неврот., сосуд., При травмах. Поведенч. р-а у детей. Психосоматич. р-ва	+сахарн. диабет Привыкание к препарату	от 10-30 мг до 600 мг.

4. Апато-абулические расстройства, кататонический ступор, сенистипатии, ипохондрия, органический генез

<i>Препарат</i>	<i>Терапевтическое действие</i>	<i>Дополнительное действие</i>	<i>Побочные действия</i>	<i>Дозы</i>
Перфеназин Этаперазин (фенотиазин)	антибред. и антигалл., сл. седативное, умер. активизирующ.	Галл.-бред. со ступором, навязчивости, ипохондрия, психопатии, неврозы	Экстрапир. анемия, лейкопения	Малые 10-20мг до 100-120мг
Сульпирид Эглонил бетамак	умер. психостим. и антидепрессив., слаб. антибредов.	вялость, анергия, затормож. при бреде, депрессия	пов. АД, двиг. бесп., сниж. секс.	от 50-100мг до 1600мг
Флуфеназин Лиоген Модитен- депо-пролонг	сильн. антипсих. +умерен. активир. умер. седативное	+апатия, безразличие	сухость, запоры, зад. мочеис.	от 1-4мг до 25-30мг
Флуспирилен Имап (пролонг)	умер. антипсихот. седативное, активизирующее	поддерж. терап. с аутизацией и гипобулией	бессонница депрессия	2-3мл (4-6мг) 1раз/нед.

5. Преимущественно негативная симптоматика, продуктивная симптоматика слабо выражена, отсутствуют депрессивные переживания

<i>Препарат</i>	<i>Терапевтическое действие</i>	<i>Дополнительное действие</i>	<i>Побочные действия</i>	<i>Дозы</i>
Пимозид орап (пролонг)	Умер. антипсихот. Выраж. стимулирующ.	поддерж. терап. при негат.с., а продукт. слабая	+сниж. настро.	от 1-2мг до10мг 1р/сут.

6. Психопатоподобные состояния с возбудимостью, агрессивностью, расторможенностью, паранойяльные состояния с дисфориями.

<i>Препарат</i>	<i>Терапевтическое действие</i>	<i>Дополнительное действие</i>	<i>Побочные действия</i>	<i>Дозы</i>
Перициазин Неулептил (фенотиазин)	отчетл. седат., сл. антипсихот.	-	то же + аменорея, импотенция, рост веса	Малые 5-10мг до 50-60 мг
Тиоридазин Меллерил сонапакс	анксиолитическое умер. антидепр. сл. антипсихот.	субдепрес. разл. генеза, гиперакт. у детей, эмоц.лаб.	Нар. месячн., эрекции аритмии	от 5-50мг до500-600мг

7. Хронические галлюцинаторные психозы, гебефреническое и кататоническое возбуждение, приступы полиморфного бреда.

<i>Препарат</i>	<i>Терапевтическое действие</i>	<i>Дополнительное действие</i>	<i>Побочные действия</i>	<i>Дозы</i>
Пипотиазин пипортил	+умер. актив.	+негл. затормож.	Те же	от 10мг до 50-60мг

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ (анксиолитики)

Транквилизаторы характеризуются наличием в качестве ведущего терапевтического действия анксиолитического эффекта (от англ. «anxiety» - тревога, беспокойство) и устраняют состояния эмоционального напряжения, волнения, тревоги, иногда их называют атарактиками (от лат. «ataraxia» - спокойствие, невозмутимость) по той же причине.

К настоящему времени известно и широко применяется в медицинской практике около 100 транквилизаторов.

В процессе клинического изучения определился достаточно широкий спектр их терапевтического действия, который включает:

- анксиолитическое;
- стресс-протекторное;
- снотворное и седативное;
- антидепрессивное;
- активирующее;
- миорелаксантное действие.

Указанные особенности терапевтического действия транквилизаторов определяют достаточно широкий круг состояний, при которых показано их применение. Тем не менее, наиболее эффективно их использование при невротических состояниях различной структуры, невротоподобных явлениях, при реакциях и состояниях декомпенсации у аномальных личностей с преобладанием тревожности, повышенной мнительности, склонности к навязчивым сомнениям, фобиям. Транквилизаторы при терапии невротозов чаще являются важным компонентом комплексного лечения, где ведущим методом является психотерапия. Снотворный эффект, особенно выраженный у так называемых «ночных» транквилизаторов, используется при нарушениях сна и за пределами невротических состояний. Противосудорожное действие некоторых средств этого класса выражено весьма значительно, и они, фактически, используются как антиконвульсанты (клоназепам, антилепсин, карбамазепин – финлепсин) у больных эпилепсией и при эпилептиформных синдромах в рамках различных экзогенных поражений головного мозга.

«Стресс-протекторное» действие транквилизаторов у психически здоровых людей, переживающих в сложных психологических ситуациях состояния эмоционального напряжения, беспокойства, тревоги, по мнению некоторых авторов (Губский Ю.И. с соавт., 1997),

отчасти может быть связано с некоторыми сторонами их фармакодинамического действия.

В отношении нередко отмечаемого легкого антидепрессивного эффекта при лечении транквилизаторами исследователями высказываются различные точки зрения: одни связывают его с опосредованным воздействием на серотонинергические рецепторы, другие полагают, что улучшение настроения является в этих случаях вторичным от анксиолитического эффекта.

Побочные действия

Нарушения сна, сонливость, повышенная утомляемость и слабость; нарушения памяти; депрессия; мышечная слабость; тремор; атаксия; снижение аппетита; желтуха; лихорадка; нарушения функции печени; недержание или задержка мочи; изменения массы тела; расстройства пищеварения (тошнота, рвота, понос или запор). Парадоксальные реакции – двигательное возбуждение, раздражительность, галлюцинации, агрессивность в поведении (чаще при злоупотреблении алкоголем, наркотиками и у лиц пожилого возраста). Редко аллергические реакции (дерматиты, ангионевротический отек, бронхиальная астма). При передозировке – угнетение дыхательного и вазомоторного центров.

<i>Препарат</i>	<i>Спектр действия</i>	<i>Показания</i>	<i>Побочные действия</i>	<i>Суточные дозы</i>
Алпразолам Ксанакс	Антидепрессивное	Агорафобии, панические расстройства, неглубокие тревожные депрессии (эндогенные, невротические, инволюционные)		От ,25-0,5 мг/сут (в 3 приема) до 6 мг/сут.
Амизил	Спазмалитическое действие.	Экстапирамидные нарушения, спазмы гладкой мускулатуры		От 4-6 мг/сут до 10-12 мг/сут
Буспирон	Без седации и миорелаксации	Тревожные состояния в рамках различных психических расстройств, невротическая депрессия		От 20-30 мг/сут до 60 мг/сут.

Гидрокси- зин Атаракс	Противорвотное, антигистаминное, противозудное действие	Зудящий дерматит, премедикация. Не вызывает привыкания		От 25-100 мг/сут до 300 мг/сут.
Диазепам Алаурин, Валиум, Реланиум, Седуксен, сибазон	Выражена противосудорожная активность.	Диэнцефальные кризы (парентерально). Эпилептический статус (парентерально).		Внутрь: От 15-30 мг/сут до 60 мг/сут.
Клоназепам Антилепсин	Вегетостабилизирующее действие	Панические реакции, эпилепсия		Взрослые: От 1,5 мг/сут до 70 мг/сут. Дети: 0,01-0,03 мг/кг в сутки
Клоразепат Транксен	Дневной транквилизатор	Тревожные состояния у больных с невротическими и соматоформными расстройствами		От 15-30 мг/сут до 60 мг/сут. Для пожилых – 3,75 мг на ночь
Лоразепам	Противосудорожный и снотворный эффекты, миорелаксирующее действие не выражено	Состояние страха, тревоги, нарушение засыпания, эпилептический статус (парентерально)		Внутрь: 1 мг/сут до 7,5 мг/сут. Пожилым: 0,5 мг/сут. В/м, В/в – 0,05-0,2 мг/кг (при эпилептическом статусе)
Мебикар	Не вызывает миорелаксации			От 0,5-1 мг/сут до 4 мг/сут.
Медазепам Рудотель	«Дневной» транквилизатор с активизирующим действием			20-30 мг/сут. Пожилым и пациентам с нарушениями функции почек – 5-10 мг/сут. Детям – 2 мг/кг в сутки

Нитразепам Радедорм	Выраженное снотворное и противосудорожное действие	Нарушения сна. Малые эпилептические припадки		5-10 мг на ночь. Пожилым, детям 2,5-5 мг/сут.
Новопассит	Седативное и анксиолитическое действие			15 мл/сут
Оксазепам Нозепам Тазепам				20-40 мг/сут. Пожилым и пациентам с нарушением функции почек – 10 мг/сут
Темазепам Сигнопам	Анксиолитическое, седативное, гипнотическое, противосудорожное, легкое антидепрессивное действие			20-30 мг/сут.
Тофизопам Грандаксин	«Дневной» транквилизатор с выраженной вегетостабилизирующей, противотревожной и стресс-протективной активностью.			150-300 мг/сут (в 2-3 приема)
Феназепам	Наиболее мощный транквилизирующий препарат	Абстинентный синдром при алкоголизме. Нарушения сна.		От 1-3 мг/сут до 10 мг/сут
Фенибут	Ноотропное действие	Астенические и тревожные состояния при органических поражениях ЦНС, соматических заболеваниях. Нарушения сна. Заикание и тики. Абстинентный синдром. Болезнь		0,5-1 г/сут

		Менъера.		
Хлордиазепоксид Либриум, Элениум	Сильное седативное, миорелаксирующее и анксиолитическое действие, слабое болеутоляющее действие	Невротические, невротизированные, психопатоподобные состояния с повышенной возбудимостью, страхами, навязчивостями. Функциональные кардиалгии, психосоматические заболевания (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и т.п.), спастические состояния, зудящие дерматиты.		От 5-10 мг/сут до 30-100 мг/сут

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Исследования последних лет на значительном, популяционном уровне материала показали, что «каждому восьмому человеку хотя бы раз в течение жизни в связи с депрессией требуется проведение специальной антидепрессивной или тимоаналептической лекарственной терапии» (Мосолов С.Н., 1995). Около 15% больных депрессией совершают самоубийства.

Следует отметить, что использование антидепрессантов последние два десятилетия перестало быть исключительно прерогативой психиатров, а как бы «стихийно» вошло в общемедицинскую практику при различных соматических заболеваниях в связи с частотой депрессивных проявлений у разного рода пациентов (от 5 до 8% от общей массы поликлинических и стационарных больных).

Обследование пациентов поликлиник выявило, что около 80% лиц с депрессией лечатся у врачей общей практики, предъявляя лишь соматические жалобы (Остроглазов В.Г., 1988), потому что среди таких пациентов основную массу составляют лица с психосоматическими расстройствами.

В настоящее время признается, что наиболее сильными антидепрессантами, блокирующими как обратный захват норадреналина,

так и серотонина, является «классическая триада антидепрессантов» - имипрамин, амитриптилин, анафранил (по Мосолову С.Н., 1995).

Все больше накапливается фактов, указывающих, что тимоаналептический аффект антидепрессантов неоправданно связывать лишь с влиянием на норадренергические и серотонинергические рецепторы, выясняется важная роль их действия на дофаминергические, холинергические, гистаминовые рецепторы.

Применение антидепрессантов наиболее эффективно при выраженных депрессиях различного нозологического генеза, то есть, их назначение оправдано как при эндогенных депрессивных состояниях (маниакально-депрессивный психоз, рекуррентная депрессия, шизофрения, инволюционная меланхолия), так и при экзогенных – реактивных, соматогенных, сосудистых депрессивных психозах. При непсихотических депрессивных состояниях они также с успехом используются, но обычно в малых дозах и как компонент в системе основной терапии (психотерапии при неврозах, соматотропной терапии при соматогенных, интоксикационных расстройствах, последствиях черепно-мозговых травм и др.).

Существенным для выбора того или иного антидепрессанта является определение структуры ведущего депрессивного синдрома: классической заторможенной депрессии или тревожной, ажитированной депрессии. Это связано со спектром антидепрессивных средств, который включает в себя собственно *тимоаналептическое (антидепрессивное), седативное и стимулирующее действия*. Последние два компонента действия у разных антидепрессантов представлены в разной степени, что определило разделение их на три основные группы:

антидепрессантов-седатиков (амитриптилин, миансерин, три-мипрамин, азафен, доксепин, фторацизин, амоксапин и др.);

антидепрессантов-стимуляторов (имипрамин, инказан, дезипрамин, виллоксазин, прозак и др.);

антидепрессантов со сбалансированным действием (пиразидол, лудиомил, анафранил, коаксил, новерил, досулепин и др.).

Побочные эффекты и осложнения

Холинолитические – сухость во рту, запоры, задержка мочеиспускания, угнетение перистальтики кишечника, нарушение аккомодации, задержка эякуляции, делириозная симптоматика – ТЦА (три-

циклические антидепрессанты), ИМАО (ингибиторы моноаминоксидазы).

Сердечно-сосудистые – нарушение сердечной проводимости – внезапная смерть, кардиомиопатия – ТЦА.

Гематологические – лейкопения, лейкоцитоз, тромбоцитопения.

Центральные – седация, атаксия, дизартрия, снижение порога судорожной активности, пароксизмы, тремор, инверсия фазы – ТЦА; гиперактивность, житация, дезориентировка, спутанность сознания – ИМАО, ИОЗС (ингибиторы обратного захвата серотонина).

Гипертонический криз – при взаимодействии ИМАО с ТЦА, симпатомиметиками, амфетаминами или тирамином.

Желудочно-кишечные – тошнота, колики в животе, диарея, метеоризм, анорексия – ИОЗС;

желтуха, гепатит –ИМАО.

Аллергические – токсико-аллергический гепатит, дерматиты (эритемный, буллезный, болезнь Лайелля), агранулоцитоз.

«Серотониновый» синдром (присутствие не менее 3-х следующих симптомов) – житация, изменение психического состояния (спутанность, гипомания), миоклонические судороги, гиперрефлексия, потливость, дрожь в теле, тремор, диарея, нарушение координации, лихорадка при комбинировании двух препаратов из группы ИОЗС, сочетании ИОЗС с ИМАО, солями лития.

1. Антидепрессанты – седатики

<i>Препарат</i>	<i>Спектр действия</i>	<i>Показания</i>	<i>Побочные действия</i>	<i>Суточные дозы</i>
Амитриптилин Триптизол, Саротен	Седативные свойства	Депрессивно-параноидный синдром при шизофрении	Сонливость, слабость, дезориентация, сухость во рту, запоры, задержка мочи, расстройства аккомодации, нарушение сердечной проводимости, снижение потенции, аллергические реакции.	Внутрь: От 12,5-75 мг/сут до 300-400 мг/сут В/м, в/в при тяжелых депрессиях по 20-40 мг 3-4 раза в сутки.

Альпра- золам Ксанакс	Сильное анксиоли- тическое и умеренное седативное действие	Тревожные де- прессии. Пани- ческое рас- стройство, аго- рафобия	Привыкание	От 0,25-0,5 мг/сут до 0,5-4,0 мг/сут
Тразодон		Неглубокие тревожные де- прессии, дис- фории органи- ческого генеза при деменции, психосоматиче- ские заболева- ния		Внутрь: 300- 600мг/сут. В/в капель- но: по 200мг 2 раза в день
Флувок- самин феварин, флуксиф- рал	Вегетоста- билизи- рующее действие	Невротические депрессии, со- матизирован- ные депрессии, обсессивно- компульсивные расстройства, панические атаки. Аллер- гические син- дромы.		От 100-200 1-2 раза в сутки (вече- ром), до 400 мг

2. Антидепрессанты – стимуляторы

<i>Препарат</i>	<i>Спектр дейст- вия</i>	<i>Показания</i>	<i>Побочные действия</i>	<i>Суточные дозы</i>
Имипрамин Мелипрамин		Заторможен- ность, ночной энурез у детей, невралгии и др. болевые синдро- мы.		Внутрь: Взрослые от 25-50 мг/сут до 300-400 мг/сут; Дети: от 5 мг до 25 мг на ночь; В/м – 75 мг/сут
Нортрипти- лин		Неглубокие за- торможенные депрессии.		От 75-150 мг/сут до 300 мг/сут.

Инказан		Астенодепрессивное состояние у больных алкоголизмом.		От 50-60 мг/сут (в первой половине дня) до 150-400 мг/сут; В/м, В/в 200-250 мг/сут.
Цефедрин		Депрессии с апатией и психомоторной заторможенностью.		От 75-100 мг/сут до 400-600 мг/сут.
Флуоксетин Прозак, Флоксет		Депрессивные состояния с идеями малоценности, соматовегетативными проявлениями, обсессивно-компульсивные расстройства, нервная булимия, предменструальный синдром.		От 20 мг до 80 мг/сут.

3. Антидепрессанты сбалансированного действия

<i>Препарат</i>	<i>Спектр действия</i>	<i>Показания</i>	<i>Побочные действия</i>	<i>Суточные дозы</i>
Венлафаксин		Эндогенные депрессии, в т.ч. тяжелые (не уступает классическим ТЦА).	Повышение АД.	От 75 мг/сут до 375 мг/сут.
Пароксетин		Обсессивно-компульсивные расстройства, социальная фобия.		От 20 мг/сут до 50 мг/сут (принимается 1 раз в сутки утром).
Пиразидол	Антидепрессивное действие сочетается со стимулирующим седативным и вегетостабилизирующим действием.	Дети, старики, больные с патологией ССС, соматизированные алкогольные депрессии.		От 50-100 мг/сут до 400-500 мг/сут; Парентерально – 150-200 мг/сут.

Сертралин Золофт стимулотон	Отличается отсутствием седации	Соматизированные депрессии, атипичная депрессия с булимией, органические расстройства.		50-200 мг/сут (1 раз в сутки независимо от приема пищи и времени суток).
Кломипрамин Анафранил, Гидифен, Кломинал	Является наиболее мощным из имеющихся тимоаналептических средств.	Депрессии эндогенного круга с напряженным аффектом, витальными переживаниями, циркадными проявлениями. Дистимические состояния в рамках психопатических нарушений у детей и подростков, навязчивые состояния. Паническое расстройство.		Внутрь и в/м: от 25 мг/сут до 150 мг/сут.

НОРМОТИМИКИ (тимостабилизаторы)

К классу нормотимиков относят лекарственные препараты, способные предупреждать развитие повторных приступов при эндогенных аффективных психозах – маниакально-депрессивном (МДП) и шизоаффективном (ШАП). Начинают терапию ими или на завершающем этапе приступа-фазы, или в межприступном промежутке, и продолжают в форме систематического приема этих средств годами, а порой десятилетиями.

Лечение проводится при ежедневном контроле концентрации лития в плазме крови, которая не должна превышать 1,2 – 1,4 мэкв/л.

Приводятся данные об эффективности солей лития и при других психических заболеваниях, в клинической структуре которых обнаруживаются периодические аффективные расстройства (у больных эпилепсией с частыми дистимиями и дисфориями, при психопатиях с аффективной неустойчивостью, у больных алкоголизмом с периодическими депрессивными расстройствами).

Побочные действия

Утомляемость, тошнота, рвота, диарея, отеки, увеличение массы тела, тремор, полиурия, повышенная жажда, дисфункция щитовидной железы, сердечная аритмия, аллергические реакции, агранулоцитоз, апластическая анемия.

Препарат	Спектр действия	Показания	Побочное действие	Суточные дозы
Вальпроевая кислота конвулекс	Нормотимическое противосудорожное действие.			От 0,15 г/сут до 0,9-1,2 г/сут.
Карбамазепин Тегретол, финлепсин	Нормотимическое, легкое активирующее, противосудорожное, транквилизирующее действие.	У больных с органической церебральной недостаточностью. Дисфории при эпилепсии.		От 0,2 г/сут до 1,2 г/сут.
Лития карбонат		Психопатии с фазными аффективными колебаниями		Нач. доза: 900мг/сут. Ср. доза: 1500-2100 мг/сут (для купирования маниакальных состояний) Проф.дозы: 600-1000мг
Лития оксидбутират	Нормотимическое антигипоксическое действие			Внутрь: средняя доза – 0,5-3 г/сут. в/м: 0,5-0,8 г/сут.

НООТРОПНЫЕ СРЕДСТВА

Ноотропы (греч. Noos –мысль и tropos – направление) – лекарственные средства, которые за счет прямого активирующего воздействия на метаболические процессы в центральной нервной системе, усиления энергетических возможностей нейронов, способности оказывать защитное действие при функционировании их в условиях гипоксии стимулируют умственную деятельность, улучшают память, обеспечивают ускорение процессов обучения.

В спектре психотропной терапевтической активности ноотропов выделяют следующие направления (Нисс А.И., 1985):

- психостимулирующее
- антиастеническое
- седатическое (транквилизирующее)
- антидепрессивное
- повышающее уровень бодрствования сознания
- антиэпилептическое
- ноотропное
- мнемотропное
- адаптогенное
- вазовегетативное
- антипаркинсоническое
- антидискинетическое.

Препарат	Спектр действия	Показания	Побочные действия	Суточные дозы
Аминалон гаммалон	Нейрометаболическое действие.	Нарушения памяти, внимания, головокружения, головная боль. При атеросклерозе сосудов головного мозга, гипертонической болезни, хронической цереброваскулярной недостаточности. Динамические нарушения мозгового кровообращения с парезами, параличами. Алкогольная энцефалопатия, поли-		Средняя доза: 0,5-1,5 г/сут

		невриты, олигофрения, ДЦП, Астеноипохондрическая, депрессивная симптоматика различного генеза.		
Винпоцетин Кавинтон	Сосудорасширяющее, нейрометаболическое, антиагрегантное действие.	Те же, что и предыдущий препарат + нарушение функции зрения и слуха в старческом возрасте.		Средняя доза: 15-30 мг/сут
Гинкго Билоба танакан	нейрометаболическое, антиагрегантное действие.	Те же, что и предыдущий препарат + нарушение периферического кровообращения и микроциркуляции (синдром Рейно).		Средняя доза: 120-140 мг/сут курс 3 месяца.
Глицин	Нейрометаболическое, седативное, антидепрессивное действие.	Повышенная раздражительность, нарушения сна, патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром, период ремиссии при тревожных, депрессивных состояниях.		Средняя доза: 0,4-0,7 мг/сут.
Глутаминовая кислота	Нейрометаболическое, антидепрессивное действие.	Те же, что и предыдущий препарат		Средние дозы: 60-150 мл/сут В/в: 10 мл/сут
Гопатеновая кислота пантогам	Нейрометаболическое действие	Те же, что и предыдущий препарат		Средние дозы: 1,5-3 г/сут детям: 0,75-3 г/сут. Курс 1-4 месяца.
Пирацетам ноотропил	Стимулирующее-нейрометаболическое, антиагрегантное действие.	Те же, что и предыдущий препарат		Средние дозы: 800-1600 мг/сут. Максимальные дозы: 20-30 г/сут.

	вие			
Пиритинол энцефабол				Средняя доза: 200-600 мг/сут
Фенибут	Умеренное анксиолитическое, седативное, ноотропное действие.	Астенические и тревожные состояния при органических поражениях ЦНС, соматических заболеваниях. Нарушения сна. Заикание и тики. Абстинентный синдром. Болезнь Меньера.		Средние дозы: 0,5-1 г/сут.
Циннаризин стугерон				Средняя доза: 75 мг/сут
Церебролизин				В/м 1 мл ежедневно или через день. Курс 20-40 инъекций.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕМЕНЦИИ

Цель лечения и ожидаемые результаты. Затормозить или приостановить прогрессирование деменции, поддержать как можно длительное и на возможно более высоком уровне функциональные способности пациента, упорядочить его поведение, купировать сопутствующие деменции поведенческие и иные психические расстройства.

Условия лечения. Стационарное лечение осуществляется при развитии состояний спутанности, острых психотических и аффективных расстройств, выраженных нарушениях поведения, для решения во-

просов нозологической принадлежности деменции в сложных в диагностическом отношении случаях; для решения социальных вопросов у одиноких больных и больных без определенного места жительства с деменцией средней и тяжелой степени. Во всех остальных случаях показано амбулаторное лечение.

Продолжительность лечения. В стационаре при обследовании и постановке диагноза – до 1 мес., при подборе лечения и купировании сопутствующих деменции нарушений – до 2 мес. В амбулаторных условиях – неопределенно долго. В далеко зашедших случаях при отсутствии возможности ухода за пациентом в домашних условиях – перевод в психоневрологический интернат.

Лечение состоит из 3 компонентов:

- 1) купирование поведенческих и других сопутствующих деменции нарушений
- 2) патогенетическое лечение, направленное на улучшение когнитивных функций
- 3) этиотропное лечение

Этиотропное лечение возможно в редких случаях, если причиной деменции является нейросифилис, гипотиреоз, болезнь Конова-Вильсона и некоторые другие расстройства с установленной этиологией. Патогенетическое лечение, направленное на улучшение когнитивных функций.

Препараты для лечения поведенческих и других сопутствующих деменции нарушений представлены ниже, в таблице 1. Во всех случаях следует по возможности стремиться к монотерапии. Наиболее важными симптомами-мишенями в лечении сопутствующих нарушений при деменции являются беспокойство, психомоторное возбуждение, параноидная симптоматика, а также агрессивность, тревога и депрессия. Для этих целей чаще всего назначаются нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты и нормотимики.

Табл. F1-1. Фармакотерапия поведенческих и других сопутствующих нарушений при деменции

Группа препаратов	Симптом-мишень	Препараты	Дозы (мг/сут)
Нейролептики (антипсихотики)	Бред, галлюцинации, возбуждение, агрессивность, эмоциональная лабильность, нарушения сна	Рisperидон	0,25 – 4
		Галоперидол	0,5 – 5
		Флупентиксол	1-15
		Зуклопентиксол	50-150
		Клозапин	12,5-100
		Хлорпротиксен	25-300
		Тиоридазин	10-150
Антидепрессанты	Депрессия, возбуждение, нарушения сна	Тианептин	25-37,5
		Миансерин	30-90
Транквилизаторы	Тревога, возбуждение	Оксазепам	20-60
		Феназепам	0,5-1,5
Нормотимики	Тревога, возбуждение	Карбамазепин	100-800
		Вальпроаты	250-1000

**F00 (F00.0 -G30.0; F00.1 -G30.1; F00.2-G30.8; F00.9-G30.9)
ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА (G30)**

Характер и алгоритм лечения Специфическими средствами лечения болезни Альцгеймера являются холиномиметические препараты (ингибиторы ацетилхолинэстеразы): амиридин (зарубежные аналоги – галантамин, донепезил, ривастигмин). Холиномиметические препараты показаны при деменции легкой и средней степени – то есть на начальных и средних этапах болезни.

Целью их применения является улучшение когнитивных функций, сохранение уровня функционирования пациента и замедление прогрессирования заболевания. Лечение проводится всегда в виде монотерапии одним из перечисленных препаратов-холиномиметиков.

Амиридин назначают в суточной дозе 20 мг, затем повышают ее до 40 мг, при хорошей переносимости – до 60 мг в сутки. Эффект развивается не ранее, чем через несколько недель приема и он тем выше, чем выше доза препарата. Для того чтобы сделать вывод об эффективности или неэффективности препарата, минимальный курс лечения должен составлять 2-3 месяца. Препараты-холиномиметики

назначают на неопределенно долгий срок. При неэффективности одного из лекарств (или развитии выраженных побочных явлений) возможно проведение пробного курса лечения другим препаратом этой же группы.

Ноотропы (пирацетам, пантогам и др.) и препараты, улучшающие мозговой кровоток – стугерон (циннаризин), винпоцетин (кавинтон), нимодипин, танакан и др. при данном заболевании неэффективны.

F01 СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Первичная профилактика сосудистой деменции включает в себя следующие мероприятия:

- лечение артериальной гипертензии – целевой уровень АД должен составлять не более 140/90 мм рт.ст. (при сахарном диабете - 135/85 мм рт.ст.); основными препаратами лечения гипертензии являются ингибиторы АПФ, мочегонные, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов и антагонисты АТ-II-рецепторов;
- лечение гиперлипидемии препаратом из группы статинов;
- контроль за показателями свертывающей системы крови; при наличии факторов риска (постоянная форма мерцательной аритмии, стеноз сонных артерий) – прием антикоагулянтов или антиагрегантов;
- отказ от курения;
- рациональное питание, контроль за массой тела.

Лечение. При уже возникшей сосудистой деменции всем больным показан прием антиагрегантов для профилактики повторных ишемических эпизодов. Препаратом выбора среди антиагрегантов является ацетилсалициловая кислота в дозе 100-325 мг/сут. При противопоказаниях к ее приему используют тиклопидин или клопидогрель. Для профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания используют те же группы препаратов, что и для первичной профилактики.

Для улучшения когнитивных функций используют холиномиметические препараты -амиридин и другие. Для улучшения мозговой гемодинамики и обменных процессов используют пирацетам (800-2400 мг/сут. в течение 4-6 недель), либо пикамилон 40-150 мг/сут 1-2 месяца, а также винпоцетин (кавинтон) 15 мг/сут, ницерголин 15-30 мг/сут, стугерон (циннаризин) 50-70 мг/сут, нимодипин по 90 мг/сут, танакан 120 мг/сут курсами по 2-3 месяца (следует отметить, что

прямых и точных доказательств того, что они улучшают когнитивные функции при сосудистой деменции, не получено).

Лечение поведенческих и других сопутствующих деменции психических нарушений – см. таблицу 1. Использование бензодиазепинов весьма нежелательно и должно быть сведено к минимуму, так как оно у этих пациентов нередко ведет к развитию спутанности и атаксии, может способствовать ухудшению когнитивных функций. По этим же причинам следует избегать использования барбитуратов (в виде валокордина, корвалола и т.д.). При возникновении необходимости (возбуждение, расторможенность, расстройства сна и т.д.) целесообразнее использовать невысокие дозы нейролептиков (антипсихотиков).

F02.0 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПИКА (G31.0)

Больные нуждаются в уходе и надзоре на самых ранних стадиях деменции в связи с грубыми нарушениями поведения и сопутствующими эмоционально-волевыми расстройствами. Лечение поведенческих нарушений – см. табл 1. Имеются данные, что при поведенческих нарушениях в рамках болезни Пика могут быть эффективны антидепрессанты группы СИОЗС.

F02.2 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ГЕНТИНГТОНА (G10)

Терапия сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом. Для купирования психотических расстройств предпочтительнее назначать производные фенотиазина и бутирофенона, так как они одновременно уменьшают гиперкинезы. Из нейролептиков группы тиоксантенов назначают зуклопентиксол и флупентиксол. При плохой переносимости типичных нейролептиков рекомендуется рисперидон или клозапин. Для лечения депрессивных состояний используют сульпирид и СИОЗС. Применения трициклических антидепрессантов следует избегать, так как они усиливают гиперкинезы и способствуют ухудшению когнитивных функций.

Для лечения двигательных нарушений применяют:

- 1) нейролептики – галоперидол, рисперидон, сульпирид;
- 2) препараты, действующие на ГАМК- и бензодиазепиновые рецепторы – клоназепам, вальпроаты.

Первичная профилактика заболевания заключается в направлении на медико-генетическую консультацию ближайших кровных родственников больного при решении вопроса о деторождении.

F02.1 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ КРЕЙТЦФЕЛЬДТА-ЯКОБА (A81.0)

Терапия сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений - в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом. Для купирования миоклоний назначают клоназепам и вальпроаты. Как правило, заболевание приводит к смерти в течение 6 месяцев.

F02.3 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА(G20)

Деменция присоединяется на более поздних этапах болезни Паркинсона, примерно в трети случаев вообще не возникает. Среди сопутствующих деменции психических и поведенческих расстройств часто встречается депрессия.

Общие правила ведения пациентов в целом сходны с сосудистой деменцией (F01). Рекомендуется отмена препаратов, которые могут ухудшить когнитивные функции, либо способствовать развитию психотических расстройств (холинолитики, амантадин, агонисты дофаминовых рецепторов). Из противопаркинсонических средств рекомендуют монотерапию препаратами L-ДОФА (леводопа, начиная с 500-1000 мг в сутки). К основной антипаркинсонической терапии добавляют селегилин (юмекс) 5-10 мг в сутки. Для улучшения когнитивных функций и купирования психотических расстройств рекомендуют препараты холиномиметического действия.

Следует избегать применения типичных нейролептиков (вызывают развитие нейролептического паркинсонизма) и трициклических антидепрессантов (холинолитические побочные эффекты). Для купирования поведенческих нарушений рекомендуют применять атипичные нейролептики (рисперидон, клозапин), бензодиазепины, антидепрессанты (тианептин, миансерин).

F02.8 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ ДРУГИХ УТОЧНЕННЫХ БОЛЕЗНЯХ, КЛАССИФИЦИРОВАННЫХ В ДРУГИХ РАЗДЕЛАХ

Нейросифилис. Развивается у 15 % нелеченных больных сифилисом. Для нейросифилиса характерен широкий спектр симптомов, он способен имитировать любое психическое и неврологическое за-

болевание. Может проявляться изолированной деменцией или амнестическим корсаковским синдромом (F04). Основными формами нейросифилиса являются:

- ранний сифилитический менигоэнцефалит;
- менингovasкулярный сифилис;
- прогрессивный паралич;
- спинная сухотка.

Лечение проводится врачами-дерматовенерологами. Основным методом является антибиотикотерапия, препаратом выбора - цефтриаксон. Альтернативными препаратами являются пенициллин и доксициклин. Методика лечения:

- пенициллин 30 млн ЕД/сут внутривенно в течение 14 дней;
- цефтриаксон 2 г/сут внутривенно в течение 14 дней;
- доксициклин 200 мг/сут в течение 2-4 недель.

F04 ОРГАНИЧЕСКИЙ АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫЙ АЛКОГОЛЕМ ИЛИ ДРУГИМИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий

Амнестический синдром характеризуется выраженными нарушениями памяти на недавние и отдаленные события при сохранении непосредственного воспроизведения; снижением способности к усвоению нового материала и дезориентировкой во времени. Характерной чертой являются конфабуляции. Интеллект обычно сохранен. Прогноз различен - в ряде случаев, где состояние вызвано кратковременной гипоксией, интоксикацией или травмой, может быть обратим. Адекватное и активное лечение существенно увеличивает шансы на благоприятный исход. В неблагоприятных случаях переходит в деменцию.

В системе лечебно-диагностических мероприятий выделяют следующие этапы:

1. Обследование (психиатрическое, соматическое, неврологическое и др.).
2. Симптоматическая терапия.
3. Этиотропная терапия.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. В стационаре - от 2 недель до 2-3 месяцев, амбулаторно – до 6 месяцев. При сохранении амнестического синдрома свыше этого срока - ведение в соответствии с протоколом ведения пациента, страдающего деменцией - см. раздел F00-F03.

Характер и алгоритм лечения:

- пирацетам - в остром состоянии 1-6 г/сут внутривенно в течение 2-4 недель. При лечении ишемического инсульта дозировки препарата могут повышаться до 4-12 г/сут на такой же период. При улучшении состояния переход к пероральному приему препарата 1,2 - 2,4 - 4,8 г/сут, реже до 4-8 г/сут (с учетом возраста и сомато-неврологического состояния больного) до 3 месяцев.

- пантогам внутрь 1000-1500 мг/сут;

- энцефабол (пиритинол) внутрь 300-600 мг/сут;

- фенибут внутрь 500-1500 мг/сут;

- церебролизин 5 мл/сут однократно внутримышечно или 10 - 30 мл/сут однократно внутривенно (в зависимости от тяжести состояния и возраста больного) в течение 2-4 недель.

Возможные побочные действия. На введение церебролизина изредка возможны аллергические реакции. При приеме пирацетама может отмечаться повышенная раздражительность, тревога, инсомния, обострение коронарной недостаточности у больных пожилого возраста - в этих случаях следует уменьшить дозу или отменить препарат. Следует исключить из рациона сладости.

Действия врача, если не достигается результат лечения. При отсутствии результатов лечения или неполном восстановлении памяти и ориентировки спустя 6 месяцев лечения – смена диагноза (перевод в группу деменций – F00-F03) и соответствующее дальнейшее ведение больного.

Особенности лечения в детском возрасте. У детей встречается довольно редко. Требуется интенсивного лечения, поскольку у детей и лиц молодого возраста часто является обратимым. Детям назначают пирацетам, как правило, в виде таблеток или сиропа; дозировки: до 5 лет – до 800 мг/сут, 5-16 лет до 1800 мг/сут. Дозы других ноотропов: пантогама – от 3 до 6 лет 250-500, от 7 до 14 лет – 500-1000 мг/сут, энцефабола – до 5 лет до 100, от 6 до 14 лет – от 100 до 300 мг/сут, фенибута – от 3 до 6 лет – от 62,5 до 125, 7 до 14 лет – от 100 до 500 мг/сут.

Этиотропная терапия. По времени начала этот этап совпадает с предыдущим.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. В основном совпадает с продолжительностью симптоматического лечения.

Характер и алгоритм лечения. Начало этиотропного лечения должно быть максимально приближено к началу симптоматической терапии. Этиотропное лечение применяется в случаях, где причина органического поражения или дисфункции мозга точно установлена - нейроинфекция, новообразования мозга, сосудистая патология, ЧМТ, эпилепсия, интоксикация. Лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение этой обнаруженной патологии:

- антибиотики;
- гормональные препараты;
- противовирусные препараты;
- иммунотерапия;
- антипиретики;
- противосудорожные;
- детоксикация;
- нейрохирургическое вмешательство и др.

F05 ДЕЛИРИЙ, НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫЙ АЛКОГОЛЕМ И ДРУГИМИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Купирование делирия. Начинается от момента выявления расстройства и заканчивается редукцией симптомов делирия.

Ожидаемый результат – купирование острой психотической симптоматики, упорядочивание поведения, восстановление нарушенного сознания и ориентировки.

Условия лечения – в условиях психиатрического стационара или отделения интенсивной терапии (ОИТР), в том числе соматического (неврологического) стационара. При сочетании делирия с тяжелой соматической патологией целесообразно лечение в специализированном стационаре с организацией (при необходимости) поста психиатрического наблюдения.

Продолжительность этапа – до выхода из болезненного состояния, как правило, 1-2 недели.

Характер и алгоритм лечения

1. Отмена препаратов, принимаемых пациентом (антихолинэргических, гипотензивных, психотропных, антиаритмических и

др.). Если полная отмена невозможна по клиническим показаниям, необходимо уменьшить дозы препаратов или заменить их на аналоги из других химических групп.

2. Медикаментозное лечение делирия должно быть построено в соответствии со следующими принципами:

а) препаратами выбора являются бензодиазепиновые транквилизаторы и антипсихотики; предпочтение отдается препаратам с наименее выраженными холинолитическими свойствами; купирование делирия следует начинать с применения бензодиазепиновых транквилизаторов, подключая антипсихотики в случае отсутствия эффекта первых;

б) при этом должны подбираться наиболее безопасные и хорошо переносимые данным пациентом психотропные препараты;

в) доза препарата должна быть минимальной и эффективной.

Для купирования делирия используются: диазепам - до 40 мг/сут, (высшая разовая доза 30 мг, высшая суточная доза - 70 мг), галоперидол - 5-10 мг/сут, рисперидон до 6 мг/сут, зуклопентиксол 2-10 мг/сут (реже до 20 мг/сут). Способ введения диктуется клиническим состоянием пациента: в остром состоянии предпочтителен парентеральный способ при наличии соответствующей формы препарата (диазепам, галоперидол, зуклопентиксол), или применение раствора для приема внутрь (галоперидол, рисперидон). Для максимально быстрого достижения эффекта рекомендуется внутривенное введение препарата (диазепам, галоперидол). Более эффективным может оказаться комбинированное применение транквилизатора и антипсихотика (например, диазепама и галоперидола). Комбинация препаратов позволяет также снизить дозировки каждого из препаратов, что снижает вероятность побочных эффектов.

Возможные побочные действия. При парентеральном (внутривенном) введении диазепама – антероградная амнезия. При передозировке диазепама возможна атаксия, сомноленция, угнетение дыхательной и сердечной деятельности. Такие состояния требуют экстренной помощи в условиях ОИТР: отмена препарата, детоксикация, мониторинг дыхания сердечной деятельности.

Наиболее частые побочные эффекты антипсихотиков – гипотензивный эффект и коллаптоидные состояния (требуют снижения дозы препарата, назначения глюкокортикоидов) и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм, острые дистонии, акатизия). Данные рас-

стройства купируются снижением дозы препарата; при отсутствии эффекта - назначением антихолинергических препаратов (тригексифенидил, циклодол), а также бета-адреноблокаторов (анаприлин) в случае акатизии.

Особенности в детском возрасте. Делирий у детей может возникнуть при воздействии куда менее интенсивной, чем у взрослых, внешней вредности. Дозировки препаратов для купирования делирия должны быть адаптированы с учетом возраста ребенка. Диазепам: 1-3 года – 2 мг/сут, 3-7 лет – 6 мг/сут, старше 7 лет – 8-10 мг/сут. Галоперидол: детям до 5 лет – ¼ дозы взрослых, от 6 до 15 лет – ½ дозы взрослых. Рисперидон: дети 5-14 лет – 0,5-2 мг/сут; 14-16 лет – 2-4 мг/сут.

Этиотропная терапия

Ожидаемый результат – компенсация патологического состояния, лежавшего в основе делирия.

Условия лечения – в условиях специализированного стационара, в наибольшей степени удовлетворяющего потребностям лечения данной конкретной патологии (терапевтического, неврологического, нейрохирургического профиля). Состояния, связанные с экстренной и тяжелой патологией – в ОИТР соответствующего профиля. При сочетании делирия с тяжелой соматической патологией целесообразно лечение в специализированном стационаре с организацией (при необходимости) поста психиатрического наблюдения.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики.

Характер и алгоритм лечения. Начало этиотропного лечения должно быть максимально приближено к началу симптоматической терапии. Этиотропное лечение применяется при верифицированном диагнозе органического заболевания мозга (нейроинфекция, новообразования мозга, сосудистая патология, ЧМТ, эпилепсия), соматического заболевания (пневмония, инфекционные болезни, сахарный диабет и др.) или интоксикации (гипотензивные препараты, психотропные, антигистаминные, холинолитики и др.). Лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение обнаруженной патологии и могут включать:

- антибиотики;
- гормональные препараты;
- противовирусные препараты;
- иммунотерапию;

- глюкозу или противодиабетические препараты;
- антипиретики;
- противосудорожные;
- детоксикацию;
- нейрохирургическое вмешательство и др.

F05.0 ДЕЛИРИЙ, НЕ НАКЛАДЫВАЮЩИЙСЯ НА ДЕМЕНЦИЮ

Продолжительность, ожидаемые результаты, этапы, уровень оказания помощи, обследование, лечение – см. F05.

F05.1 ДЕЛИРИЙ, ВОЗНИКАЮЩИЙ НА ФОНЕ ДЕМЕНЦИИ

Наряду с признаками делирия (см. F05.0), имеется разной степени выраженности деменция, включая локальные выпадения высших корковых функций или тотальное когнитивно-мнестическое снижение.

Продолжительность, ожидаемые результаты, этапы, уровень оказания помощи, обследование, лечение – см. F05.

К особенностям купирования делирия в данном случае относится необходимость использования более низких дозировок антипсихотиков и транквилизаторов. Для купирования делирия используются: диазепам - до 30 мг/сут, галоперидол – 3-9 мг/сут, рисперидон до 3 мг/сут, зуклопентиксол 2-6 мг/сут. На этапе этиопатогенетического лечения присоединяются терапия, описанная в разделах по стандартам лечения деменций (см. раздел F00-F03) и соответствующие психосоциальные мероприятия.

F05.8 ДРУГОЙ ДЕЛИРИЙ

Продолжительность, ожидаемые результаты, этапы, уровень оказания помощи, обследование, лечение – см. F05.

F05.9 ДЕЛИРИЙ НЕУТОЧНЕННЫЙ

Продолжительность, ожидаемые результаты, этапы, уровень оказания помощи, обследование, лечение – см. F05.

F06 ДРУГИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ИЛИ ДИСФУНКЦИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ЛИБО СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Группа клинически разнородных состояний, причинно связанных с дисфункцией мозга вследствие первичного мозгового заболевания (ЧМТ, инсульт, эпилепсия и т.д.), либо соматическим заболеванием, вторично поражающим головной мозг (эндокринные болезни, системная красная волчанка и т.д.), либо с экзогенной интоксикацией (исключая ПАВ). Общим для этих состояний является то, что по своим клиническим проявлениям они не относятся ни к деменции, ни к делирию. Их клинические проявления скорее напоминают те расстройства, которые не считаются «органическими» в узком смысле – например, депрессии, тревоги, бреда, галлюцинаций, диссоциативных симптомов и др.

Объединение таких разных расстройств в одну группу основано на гипотезе, что они непосредственно вызваны церебральным или соматическим заболеванием. В связи с этим, к важным критериям для постановки диагноза относятся такие как: 1) доказанное *наличие* основного заболевания (клинические проявления, анамнестические данные и т.д.); 2) *временная* связь (недели или месяцы) между возникновением основного заболевания и симптомами психической патологии; 3) *редукция симптомов* психического расстройства при излечении основного заболевания, а также 4) *отсутствие каких-либо иных объяснений* причины возникших психических расстройств (например, психосоциального стресса или наследственной отягощенности).

В лечебно-диагностических мероприятиях выделяют следующие этапы:

1. Обследование (психиатрическое, соматическое, неврологическое и др.).
2. Симптоматическая терапия (купирование симптомов психического расстройства).
3. Этиотропная терапия.

Уровень оказания помощи

Этап 1 – ОУ, Респ. У

Этап 2 - РУ, МУ, ОУ, Респ. У

Этап 3 - РУ, МУ, ОУ, Респ. У

Обследование и его кратность. Проводится одновременно с этапом 2, как правило, в стационарных условиях.

Перечень обязательных и дополнительных обследований – см. Общий раздел F00-F09. Кратность обследований определяется клиническими показаниями.

Экспериментально-психологическое обследование – см. раздел F00-F09 Приложения 5.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределённо долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – улучшение (или полное купирование) симптомов психического расстройства, упорядочение поведения.

Условия лечения – в условиях психиатрического стационара или амбулаторно в зависимости от тяжести расстройства и наличия социальной поддержки. Показаниями для амбулаторного лечения, как правило, являются непсихотические формы психических расстройств органической природы, сочетающиеся с относительной соматической сохранностью и отсутствием грубых неврологических нарушений. Показаниями для стационарного лечения являются психотические нарушения органической природы.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики). В стационаре - от 2 недель до 3 месяцев, амбулаторно – до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения определяется симптоматикой расстройства. В зависимости от этого используют либо антидепрессанты, либо нейролептики (антипсихотики), либо транквилизаторы. При необходимости к лечению добавляют также ноотропы, нормотики и противосудорожные средства, витамины, гипотензивные и др. Основным принципом применения психотропных препаратов является безопасность – то есть, выбирают психотропные препараты с наименьшим числом и выраженностью побочных эффектов. Как правило, дозы этих препаратов должны быть ниже, чем применяемые для лечения схожих синдромов из других рубрик классификации МКБ-10.

Применение психотерапии определяется потребностями личности пациента, степенью сохранности когнитивно-мнестических функций, особенностями симптоматики. Используют различные ва-

рианты когнитивно-поведенческой терапии, семейное консультирование.

Этиотропная терапия. По времени начала этот этап совпадает с предыдущим.

Ожидаемый результат – компенсация патологического состояния, связанного с церебральной, соматической патологией или интоксикацией, которая расценивается как причина психического расстройства.

Условия лечения – в условиях психиатрического стационара или амбулаторно при условии адекватного ухода за пациентом, наличия социальной поддержки. При необходимости - в условиях специализированного стационара, в наибольшей степени удовлетворяющего потребностям лечения данной конкретной патологии (терапевтического, неврологического, нейрохирургического профиля).

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. В основном совпадает с продолжительностью симптоматического лечения.

Характер и алгоритм лечения. Начало этиотропного лечения должно быть максимально приближено к началу симптоматической терапии. Этиотропное лечение применяется при верифицированном диагнозе органического заболевания мозга (нейроинфекция, новообразования мозга, сосудистая патология, ЧМТ, эпилепсия), или интоксикации. Лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение обнаруженной патологии и в зависимости от ее характера могут включать:

- антибиотики;
- гормональные препараты;
- терапию препаратами йода;
- противовирусные препараты;
- иммунотерапию;
- антипиретики;
- противосудорожные;
- детоксикацию;
- нейрохирургическое вмешательство и др.

F06.0 ОРГАНИЧЕСКИЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

В клинической картине доминирующими являются обманы восприятия, преимущественно в форме зрительного, слухового галлюциноза (реже – тактильного и др.), при ясном сознании и относительно сохранной критике, отсутствии выраженного интеллектуального снижения, при отсутствии доминирующего расстройства настроения и доминирующих бредовых идей.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – редукция (или полное купирование) галлюцинаторных расстройств, упорядочивание поведения.

Условия лечения – как правило, в условиях психиатрического стационара.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. В стационаре - от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Для купирования галлюцинаторной симптоматики применяются нейролептики (антипсихотики) – галоперидол, перфеназин, рисперидон и др. Доза их должна быть безопасной (хорошо переносимой конкретным пациентом) и минимальной эффективной. Эффективный препарат подбирается последовательной монотерапией. Комбинированное применение двух нейролептиков (антипсихотиков) допускается только как последний выбор при неэффективности 3-х последовательно назначенных антипсихотиков разных химических групп в адекватной дозе на адекватное время (не менее 3-х недель каждый), один из которых должен быть атипичным. Рекомендуются препараты с низким уровнем экстрапирамидных побочных эффектов (клозапин, рисперидон).

Следует помнить, что все антипсихотики снижают противосудорожный барьер, что необходимо учитывать при лечении больных эпилепсией. В наибольшей степени противосудорожный барьер снижается клозапином и нейролептиками фенотиазинового ряда (хлорпромазин, левомепромазин, трифлуоперазин и др.). Следует избегать пролонгированных форм типичных нейролептиков.

Рекомендуемые дозировки: галоперидол - 5-15 мг/сут, рисперидон 2-4 мг/сут, зуклопентиксол 2-10 мг/сут (реже до 20 мг/сут), трифлуоперазин – 5-15 мг/сут, клозапин - 50-200 мг/сут.

Возможные побочные действия. Наиболее частые побочные эффекты антипсихотиков – гипотензивный эффект и коллаптоидные состояния (требуют снижения дозы препарата, назначения глюкокортикоидов) и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм, острые дистонии, акатизия). Данные расстройства купируются снижением дозы препарата; при неэффективности этого - назначением антихолинэргических препаратов (тригексифенидил), а также бета-адреноблокаторов (анаприлин) в случае акатизии.

При **отсутствии эффекта медикаментозной терапии – ЭСТ** при отсутствии противопоказаний.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.1 КАТАТОНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

В настоящее время кататоническая симптоматика считается этиологически неспецифичной. Шизофрения не является единственным расстройством, для которого может быть свойственен кататонический синдром. Кататоническое возбуждение, ступор, а также изолированные симптомы кататонии (мутизм, негативизм, персеверативная деятельность, гипокинезия, мышечная ригидность) могут возникать как следствие церебральной патологии (сосудистая патология, эпилепсия и др.), инфекционных заболеваний (энцефалит), соматических болезней (тиреотоксикоз и др.), отравлений (угарный газ, ингаляционные анестетики и др.). С учетом вышесказанного, большое значение установление причин этого расстройства в каждом отдельном случае для его адекватного лечения.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределённо долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – редукция (или полное купирование) кататонических расстройств, упорядочивание поведения.

Условия лечения – как правило, в условиях психиатрического стационара.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. В стационаре - от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Предполагается, что кататонические симптомы могут быть следствием дисбаланса дофаминергической передачи в подкорковых ядрах и признаком гипофункции дофаминергической системы. В связи с этим нейролептики (антипсихотики) *не рекомендуются* в качестве препаратов первого выбора. В качестве первой линии препаратов используют бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам – до 40-60 мг/сут парентерально; клоназепам 4-8 мг/сут, реже – до 15-20 мг/сут). Из антипсихотиков более показаны атипичные препараты (рисперидон 2-4 мг/сут, клозапин 100-200 мг/сут).

Возможные побочные действия. При парентеральном (внутривенном) введении диазепама – антероградная амнезия. При передозировке диазепама возможна атаксия, сомноленция, угнетение дыхательной и сердечной деятельности. Такие состояния требуют экстренной помощи в условиях ОИТР: отмены препарата, детоксикации, мониторинга дыхания и сердечной деятельности.

Наиболее частые побочные эффекты антипсихотиков – гипотензия и коллаптоидные состояния (требуют снижения дозы препарата, назначения глюкокортикоидов) и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм, острые дистонии, акатизия). Последние купируются снижением дозы препарата; при неэффективности этого - назначением антихолинергических препаратов (тригексифенидил), а также бета-адреноблокаторов (анаприлин) в случае акатизии.

При **отсутствии эффекта медикаментозной терапии – ЭСТ** при отсутствии противопоказаний.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.2 ОРГАНИЧЕСКОЕ БРЕДОВОЕ (ШИЗОФРЕНОПОДОБНОЕ) РАССТРОЙСТВО

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

В клинической картине доминируют стойкие или рецидивирующие бредовые идеи (преследования, ревности, воздействия, изобретательства, реформаторства и т.д.), которые могут сопровождаться галлюцинациями, синдромом психического автоматизма, расстройствами мышления шизофреноподобного типа, изолированными кататоническими симптомами при ясном сознании и сохранности мнестических и когнитивных функций. Примером могут служить иктальные, постиктальные и интериктальные психозы при эпилепсии.

Не следует устанавливать диагноз органического бредового расстройства, если органическая причина носит неспецифический характер. Примеры: неврологические признаки минимальной мозговой дисфункции или увеличение мозговых желудочков (установленное с помощью методов нейровизуализации), являющиеся относительно частой находкой у больных шизофренией.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – редукция (или полное купирование) бредовых и галлюцинаторных расстройств, упорядочение поведения.

Условия лечения – как правило, в условиях психиатрического стационара.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. В стационаре - от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Для купирования бредовой и галлюцинаторной симптоматики применяют нейролептики (антипсихотики). Доза должна быть безопасной (хорошо переносимой конкретным пациентом), минимальной и эффективной. Эффективный препарат подбирается последовательной монотерапией. Комбинированное применение антипсихотиков допускается только как последний выбор при неэффективности 3 последовательно назначенных антипсихотиков разных химических групп в адекватной дозе на адекватное время (не менее 3-х недель каждый), один из которых должен быть атипичным. Рекомендуются препараты с низким уровнем экстрапирамидных побочных эффектов (клозапин, рисперидон). Следует помнить, что все антипсихотики снижают противосудорожный барьер, что необходимо учитывать при лечении больных эпилепсией. В наибольшей степени противосудорожный барьер снижается клозапином и нейролептиками фенотиазинового ряда (хлорпромазин, левомепромазин, трифлуоперазин и др.). Следует избегать пролонгированных форм типичных нейролептиков.

Рекомендуемые дозировки: галоперидол - 5-20 мг/сут, рисперидон – до 4-6 мг/сут, зуклопентиксол 2-10 мг/сут (реже до 20 мг/сут), трифлуоперазин – 5-20 мг/сут, клозапин 50-200 мг/сут.

Возможные побочные действия. Наиболее частые побочные эффекты антипсихотиков – гипотензия и коллаптоидные состояния

(требуют снижения дозы препарата, назначения глюкокортикоидов) и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм, острые дистонии, акатизия). Последние купируются снижением дозы препарата; при неэффективности этого - назначением антихолинергических препаратов (тригексифенидил), а также бета-адреноблокаторов (анаприлин) в случае акатизии.

При **отсутствии эффекта медикаментозной терапии – ЭСТ** при отсутствии противопоказаний.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.3 ОРГАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ)

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Широкий спектр расстройств настроения, выполняющих, с одной стороны, критерии расстройств настроения из соответствующих рубрик F30-33, а с другой стороны - критерий четкой причинной и временной связи с установленной органической причиной (см.разд. F06). Характерный пример – постинфекционная (постгриппозная) депрессия. Примеры расстройств, *не относящихся* к данной рубрике: депрессивный эпизод или расстройство адаптации, являющиеся психологическим ответом на известие о болезни или постановке диагноза (онкологического заболевания, эпилепсии и др.).

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – редукция (или полное купирование) эмоциональных расстройств, нормализация настроения, упорядочение поведения.

Условия лечения – в условиях психиатрического стационара или амбулаторно, в зависимости от тяжести состояния и наличия социальной поддержки и адекватного медицинского обслуживания. Неглубокие аффективные колебания могут быть пролечены амбулаторно или в условиях полустационара. Суицидальные высказывания и намерения при депрессии являются облигатным показанием для госпитализации.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. Амбулаторно или стационарно - от 2 недель до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Зависит от текущего синдрома и клинических характеристик расстройства. См. соответствующие подрубрики F06.30-F06.33.

Возможные побочные эффекты. - см. соответствующие подрубрики. F06.30-F06.33.

Действия при отсутствии эффекта медикаментозной терапии – см. соответствующие подрубрики F06.30-F06.33.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.30 МАНИАКАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Выполняются критерии F30 и F06.3. Симптоматика варьирует от гипоманиакального состояния до мании с психотическими симптомами.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Ожидаемый результат, условия лечения, продолжительность лечения – см. F06.3.

Характер и алгоритм лечения. См. правила лечения маниакального эпизода (раздел F30). Для купирования маниакальной (гипоманиакальной) симптоматики в целом показаны три группы препаратов - нормотимики, нейрорептики (антипсихотики), транквилизаторы. Возможна комбинированная терапия препаратами из этих групп. Нормотимики: карбонат лития 0,9-1,8 г/сут, карбамазепин 200-800 мг/сут, соли вальпроевой кислоты (вальпроаты) 300-1200 мг/сут, топирамат 200-400 мг/сут. Антипсихотики: левомепромазин 50-150 мг/сут, галоперидол 5-15 мг/сут, рисперидон 2-6 мг/сут, клозапин 100-300 мг/сут, зуклопентиксол 2-10 мг/сут (реже до 20 мг/сут). Транквилизаторы: диазепам 20-60 мг/сут, клоназепам 2-8 мг/сут.

Продолжительность терапии - см. F30.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.31 БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО ОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Расстройства, которые одновременно удовлетворяют диагностическим критериям F31 и F06.3.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Ожидаемый результат, условия лечения, продолжительность лечения – см. F06.3.

Характер и алгоритм лечения. См. принципы лечения биполярного аффективного расстройства (F31). Лечение маниакального эпизода – см. F06.30. Лечение депрессивного эпизода - см. F06.32. В межприступный период показана профилактическая терапия нормотимиками: карбонат лития 900-1200 мг/сут, карбамазепин 200-600 мг/сут, соли вальпроевой кислоты 300-900 мг/сут, топирамат – 200-300 мг/сут, ламиктал 100-200 мг/сут.

Продолжительность терапии - см. F31.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.32 ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Выполняются диагностические критерии одновременно F32 и F06.3. Симптоматика варьирует от субдепрессивного состояния до тяжелой депрессии с психотическими симптомами.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Ожидаемый результат, условия лечения, продолжительность лечения – см. F06.3.

Характер и алгоритм лечения. См. правила лечения депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства (F32 и F33). В выборе антидепрессанта предпочтение отдается препаратам с наименее выраженными холинолитическими побочными действиями - тианептин, мапротилин, сертралин в низких и средних терапевтических дозах, при выраженности тревожных компонентов депрессии используются антидепрессанты с седативным действием - тразодон 150 мг/сут, миансерин 60-90 мг/сут. При апатической депрессии бо-

лее эффективны моклобемид (150-450 мг/сут), флуоксетин (20-40 мг/сут), обладающие стимулирующим действием, однако их применение здесь требует осторожности.

Психотерапия: поддерживающая, когнитивно-бихевиоральная, личностно-ориентированная, семейное консультирование.

Продолжительность терапии - см. F32 и F33.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.3 СМЕШАННОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Расстройство, одновременно выполняющее диагностические критерии F31.6 и F06.3. Характерны смешанная депрессивная и маниакальная симптоматика, либо быстрая смена аффекта (альтернирующая симптоматика от мании к депрессии и наоборот).

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Ожидаемый результат, условия лечения, продолжительность лечения – см. F06.3

Характер и алгоритм лечения. Для купирования симптоматики показаны нормотимики. Возможна комбинированная терапия нормотимиками и антидепрессантами. Нормотимики: карбонат лития 0,9-1,2 г/сут, карбамазепин 200-800 мг/сут, соли вальпроевой кислоты 300-1200 мг/сут, топирамат 100-300 мг/сут, ламотриджин 100-200 мг/сут.

Продолжительность терапии - см. F31.6.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.4 ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО ОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Характерны клинические симптомы и диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства (F41.1) или панического расстройства (F41.0), или их комбинация в сочетании с критериями F06. Примерами органической патологии, могущей вызвать соответствующую симптоматику, являются эпилепсия (височная), тиреотоксикоз, феохромоцитома.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – уменьшение или полное купирование генерализованной тревоги, значительное снижение частоты или полное исчезновение панических атак, упорядочение поведения.

Условия лечения – амбулаторно; в условиях психиатрического стационара – при тяжелой тревоге, вызывающей выраженную социальную и профессиональную дезадаптацию.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. Амбулаторно или стационарно от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. См. лечение в разделе F41. Основные группы препаратов – транквилизаторы, антидепрессанты, нормотимики. Транквилизаторы: альпразолам 0,5-3 мг/сут, клоназепам 2-4 мг/сут, тофизолам 50-150 мг/сут, гидроксизин 50-200 мг/сут, медазепам 20-60 мг/сут. Транквилизаторы следует назначать на срок, не превышающий 1 месяца, с последующим перерывом такой же длительности, постепенно повышая и понижая дозировку. Антидепрессанты: кломипрамин 100-300 мг/сут, флуоксетин 40-60 мг/сут, флувоксамин 150-300 мг/сут, сертралин 100-300 мг/сут, эсциталопрам 10-30 мг/сут. Нормотимики: вальпроаты 300-1800 мг/сут; карбамазепин 400-1600 мг/сут.

Психотерапия: когнитивно-бихевиоральная, личностно-ориентированная, групповая, семейное консультирование.

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния - от 1 до 6 мес.

При отсутствии эффекта медикаментозной терапии. Комбинированная терапия препаратами разных групп (например, транквилизатор и нормотимик, транквилизатор и антидепрессант) при неэффективности монотерапии.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.5 ОРГАНИЧЕСКОЕ ДИССОЦИАТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Расстройство отвечает диагностическим критериям одного из расстройств из рубрики F44 (диссоциативное расстройство моторики или чувствительности, диссоциативная амнезия и др.) и одновременно критериям органического расстройства F06.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – редукция (или полное купирование) ведущих симптомов (например, прекращение диссоциативных судорог или амнезии), упорядочение поведения.

Условия лечения – как правило, амбулаторно; в условиях психиатрического стационара – при тяжелых состояниях, вызывающих выраженную социальную и профессиональную дезадаптацию.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. Амбулаторно или стационарно - от 2 недель до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Основное лечение - психотерапия: когнитивно-бихевиоральная, личностно-ориентированная, групповая, семейное консультирование. Могут добавляться антидепрессанты и транквилизаторы.

Продолжительность терапии - от 1 до 6 мес.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.6 ОРГАНИЧЕСКОЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ЛАБИЛЬНОЕ (АСТЕНИЧЕСКОЕ) РАССТРОЙСТВО

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Состояние, характеризующееся выраженной и постоянной эмоциональной несдержанностью или лабильностью, утомляемостью, разнообразными неприятными физическими ощущениями и болями, предположительно возникающими вследствие органического поражения мозга. Характерны головные боли, головокружения, плакси-

вость, вегетативная неустойчивость, гиперестезии. Чаще возникает в связи с цереброваскулярными заболеваниями или гипертонией.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределённо долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – редукция (или полное купирование) астенической симптоматики, стабилизация настроения, повышение трудоспособности.

Условия лечения – как правило, амбулаторно; в условиях психиатрического стационара – при выраженной церебральной симптоматике, вызывающей социальную и профессиональную дезадаптацию.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики. Амбулаторно или стационарно - от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Основные группы препаратов – транквилизаторы, антидепрессанты, нормотимики, ноотропы. Транквилизаторы: альпразолам 0,5-2 мг/сут; клоназепам 2-4 мг/сут, тофизопам 50-150 мг, медазепам 20-50 мг/сут. Транквилизаторы следует назначать на срок, не превышающий 1 месяца, с последующим перерывом такой же длительности, постепенно повышая и понижая дозировку. Антидепрессанты: кломипрамин 100-200 мг/сут, флуоксетин 20-60 мг/сут, флувоксамин 150-250 мг/сут, сертралин 100-200 мг/сут, пароксетин 40-60 мг/сут, эсциталопрам 10-30 мг/сут. Нормотимики: вальпроаты 300-1500 мг/сут; карбамазепин 400-1000 мг/сут. При выраженной эмоциональной неустойчивости, вспыльчивости, дисфорических реакциях – нейролептики тиоридазин, перициазин, сульпирид. Ноотропы – пантогам, фенибут, пиридитол.

Психотерапия: поддерживающая, когнитивно-бихевиоральная, ауто-тренинг, техника саморегуляции, личностно-ориентированная, групповая, семейное консультирование.

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния - от 1 мес до 6 мес.

При **отсутствии эффекта медикаментозной терапии** – комбинированная терапия препаратами разных групп (например, транквилизатор и нормотимик, транквилизатор и антидепрессант) при неэффективности монотерапии.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.7 ЛЕГКОЕ КОГНИТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Возникает как следствие перенесенного органического заболевания (дисфункции) мозга или другого соматического или инфекционного заболевания. Характеризуется снижением умственной продуктивности, легкими нарушениями памяти, снижением способности к длительной концентрации внимания, что ведет к трудностям в обучении и снижению работоспособности. Расстройства не столь значительны, чтобы пациенту мог бы быть установлен диагноз деменции (F00-F03) или органического амнестического синдрома (F04). Могут отмечаться также утомляемость, головные боли, несдержанность и эмоциональная лабильность. Расстройство обратимо, длительность его совпадает (или несколько превышает) длительность основного заболевания, которым оно было вызвано.

Такой диагноз не ставится, если состояние обусловлено другим психическим расстройством - например, депрессией.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и продолжается в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – улучшение когнитивных функций, повышение умственной работоспособности, сглаживание аффективных колебаний.

Условия лечения – амбулаторно; в условиях психиатрического стационара – при неэффективности амбулаторного лечения.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью симптоматики и основного заболевания. Амбулаторно или стационарно - от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Ноотропы внутрь: пирацетам 1,4-2,8 г/сут, пантогам 1000-1500 мг/сут, пиритинол 300-600 мг/сут, фенибут 500-1500 мг/сут. При эмоциональной лабильности – транквилизаторы тофизопам 50-150 мг/сут, альпразолам 0,25-0,5 мг/сут, медазепам 20-40 мг/сут, гидроксизин 50-100 мг/сут.

Психотерапия: тренинг когнитивных функций, семейная терапия.

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния: от 2 нед. до 6 мес.

Этиотропная терапия – см. F06.

F06.8 ДРУГИЕ УТОЧНЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ДИСФУНКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ФИЗИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

В эту рубрику относятся расстройства, обусловленные органическими факторами, но не отвечающие критериям вышеперечисленных расстройств рубрики F06. Примерами могут служить патологические аффективные состояния, возникающие в процессе терапии стероидами или психотропными препаратами, психозы при эпилепсии, не отвечающие критериям вышеперечисленных расстройств рубрики F06.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределённо долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – редукция симптомов расстройства, упорядочение поведения.

Условия лечения – амбулаторно; в условиях психиатрического стационара – при неэффективности амбулаторного лечения.

Продолжительность этапа определяется продолжительностью симптоматики и основного заболевания. Амбулаторно или стационарно - от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Зависит от доминирующей симптоматики. Отмена принимаемых ранее медикаментов. Антидепрессанты в случае доминирования депрессивного синдрома. Нейролептики (антипсихотики) – при доминировании бреда и галлюцинаций. Нормотимики - при наличии эмоциональной лабильности.

Этиотропная терапия – см. F06.

F07 РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ БОЛЕЗНЬЮ, ПОВРЕЖДЕНИЕМ ИЛИ ДИСФУНКЦИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

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

F07.0 ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Органическое расстройство личности характеризуется выраженными нарушениями в поведении, сфере эмоций и влечений, снижением способности справляться с целенаправленной деятельностью, когнитивными нарушениями (не достигающими степени деменции), подозрительностью, вязкостью мышления, излишне детализированным мышлением и речью. Страдает способность предвидеть и планировать последствия своих действий, контролировать с точки зрения социальных норм свое поведение, как это бывает, в частности, при так называемом лобном синдроме. Возможно формирование психопатоподобного поведения и антисоциальных тенденций. При значительных локальных повреждениях могут обнаруживаться симптомы выпадений, соответствующие локализации поражения – нарушения речи, счета, чтения, восприятия пространственных отношений и т.д. Указанные выше нарушения расцениваются при этом расстройстве как резидуальные симптомы перенесенного органического повреждения или заболевания - эпилепсии, инсульта, опухоли, нейрохирургической операции и др.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – упорядочение поведения, нормализация эмоциональной сферы, повышение уровня социальной адаптации, улучшение когнитивных функций.

Условия лечения – чаще амбулаторно; в условиях психиатрического стационара – при неэффективности амбулаторного лечения, состояниях декомпенсации и выраженных поведенческих нарушениях.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью – наличием и степенью выраженности симптоматики. Амбулаторно или стационарно от 2 недель до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. При преобладании эмоциональной лабильности: нормотимики (карбамазепин 400-1200 мг/сут, вальпроаты 600-1200 мг/сут, топирамат 100-200 мг/сут), транквилизаторы (диазепам 10-30 мг/сут, тофизопам 100-250 мг/сут, клоназепам 2-8 мг/сут, медазепам 20-40 мг/сут, феназепам 0,5-2 мг/сут). Депрессивный компонент: антидепрессанты со сбалансированным действием – мапротилин 50-200 мг/сут, миансерин 30-60 мг/сут, кломипрамин 50-200 мг/сут, флуоксетин 20-60 мг/сут, флувоксамин 100-250 мг/сут, сертралин 50-150 мг/сут, тианептин 37,5 мг/сут.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций, семейное консультирование.

Этиотропная терапия – см. F06.

F07.1 ПОСТЭНЦЕФАЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Включает резидуальные изменения после перенесенного вирусного или бактериального энцефалита. Среди симптомов – астения, раздражительность и эмоциональная лабильность, нетерпеливость и склонность к конфликтам, повышенная истощаемость, нарушения сна и аппетита, нарушения в сексуальной сфере, негрубое снижение когнитивных функций. Реже встречается резидуальный неврологический дефицит – параличи, парезы, афазия, апраксия, акалькулия, снижение слуха, зрения.

Расстройства обычно обратимы, что принципиально отличает данный синдром от органического расстройства личности.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – улучшение когнитивных функций, упорядочение поведения, нормализация эмоциональной сферы, социальная адаптация.

Условия лечения – амбулаторно; в условиях психиатрического стационара – при неэффективности амбулаторного лечения и выраженных поведенческих нарушениях.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью – продолжительностью и степенью выраженности симптоматики. Амбулаторно или стационарно - от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. При эмоциональной лабильности: нормотимики (карбамазепин 400-1200 мг/сут; вальпроаты 600-1200 мг/сут), транквилизаторы (диазепам 10-30 мг/сут; клоназепам 2-8 мг/сут; феназепам 0,5-2 мг/сут, тофизопам 100-250 мг/сут). Депрессивный компонент: антидепрессанты со сбалансированным действием – мапротилин 50-250 мг/сут, миансерин 30-60 мг/сут, кломипрамин 50-200 мг/сут, флуоксетин 20-60 мг/сут, флувоксамин 100-200 мг/сут, сертралин 50-150 мг/сут, эсциталопрам – 10-20 мг/сут, тianeптин 37,5 мг/сут. Снижение когнитивных функций: церебролизин 5 мл/сут однократно внутримышечно или 10-30 мл/сут однократно внутривенно (в зависимости от тяжести состояния и возраста больного) в течение 4 недель; пирацетам - 1-6 г/сут внутривенно в течение 2-4 недель. При улучшении состояния переход к пероральному приему препарата 1,2-4,8 г/сут, реже до 4-8 г/сут (с учетом возраста и соматоневрологического состояния больного) до 3 месяцев. Пантогам 1000-1500 мг/сут, пиритинол 300-600 мг/сут, фенибут 500-1500 мг/сут.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций.

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния - от 2 нед. до 6 мес.

Этиотропная терапия – см. F06.

F07.2 ПОСТКОНТУЗИОННЫЙ (ПОСТКОММОЦИОННЫЙ) СИНДРОМ

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Относится к резидуальным проявлениям перенесенной черепно-мозговой травмы и включает головную боль, головокружение, утомляемость, раздражительность, эмоциональную лабильность, трудности в концентрации внимания, нарушения сна, снижение памяти и др.

Характерно снижение толерантности к стрессу, эмоциональным нагрузкам и алкоголю. Возможно формирование на указанном фоне депрессии, тревоги, ипохондричности, фобий с опасениями неблагоприятного исхода болезни.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – улучшение когнитивных функций, упорядочение поведения, нормализация эмоциональной сферы, социальная адаптация.

Условия лечения – амбулаторно; в условиях психиатрического стационара – при неэффективности амбулаторного лечения и выраженных поведенческих нарушениях.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью -продолжительностью и выраженностью симптоматики. Амбулаторно или стационарно от 2 недель до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. При эмоциональной лабильности: нормотимики (карбамазепин 400-1200 мг/сут; вальпроаты 600-1200 мг/сут), транквилизаторы (диазепам 10-30 мг/сут; клоназепам 2-8 мг/сут; феназепам 0,5-2 мг/сут тофизопам 100-250 мг/сут, медазепам 20-40 мг/сут. Депрессивный компонент: антидепрессанты со сбалансированным действием – мапротилин 50-250 мг/сут, миансерин 30-60 мг/сут, кломипрамин 50-200 мг/сут, флуоксетин 20-60 мг/сут, флувоксамин 100-200 мг/сут, сертралин 50-150 мг/сут, тианептин 37,5 мг/сут.). Снижение когнитивных функций: церебролизин 5 мл/сут однократно внутримышечно или 10-30 мл/сут однократно внутривенно (в зависимости от тяжести состояния и возраста больного) в течение 4 недель; пирацетам - 1-6 г/сут внутривенно в течение 2-4 недель. При улучшении состояния переход к пероральному приему препарата 1,2-2,4-4,8 г/сут, реже до 4-8 г/сут (с учетом возраста и соматоневрологического состояния больного) до 3 месяцев. Пантогам 1000-1500 мг/сут, пиритинол 300-600 мг/сут, фенибут 500-1500 мг/сут.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций, семейное консультирование.

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния: от 2 нед. до 6 мес. Амбулаторное лечение может пролонгироваться до 2 лет.

Этиотропная терапия – см. F06.

F07.8 ДРУГИЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ РАСТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОВРЕЖДЕНИЯ ИЛИ ДИСФУНКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий.

Расстройства, не отвечающие критериям предыдущих подразделов F0. Примеры: правополушарные органические аффективные расстройства; когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции при прогрессирующих неврологических расстройствах (болезнь Альцгеймера, Паркинсона, Пика и т.д.). Когда при прогрессировании болезни состояние достигает степени деменции, диагноз необходимо изменить.

Этапы и уровни оказания помощи, обследование и его кратность – см. F06.

Симптоматическая терапия. Начинается от момента выявления расстройства и может продолжаться неопределенно долго в зависимости от степени редукции симптоматики.

Ожидаемый результат – улучшение когнитивных функций, упорядочение поведения, нормализация эмоциональной сферы, социальная адаптация.

Условия лечения – амбулаторно; в условиях психиатрического стационара – при неэффективности амбулаторного лечения и выраженных поведенческих нарушениях, а также при необходимости уточнения диагноза.

Продолжительность этапа определяется клинической целесообразностью – продолжительностью и выраженностью симптоматики..

Характер и алгоритм лечения. Зависит от качественных и количественных характеристик доминирующего синдрома.

Психотерапия: поддерживающая, тренинг когнитивных функций.

Продолжительность терапии зависит от клинического состояния: от 2 нед. до 6 мес. Амбулаторное лечение может пролонгироваться до 2 лет.

Этиотропная терапия – см. F06.

F1 ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

В системе лечебно-диагностических мероприятий выделяют четыре этапа:

1. **Диагностическая и мотивационная фаза** необходима для постановки диагноза, определения целесообразности лечебных мероприятий, постановки целей лечения, выбора лечебной программы. С пациентом заключают терапевтический договор, в котором отражены его права, обязанности и ответственность, а также права, обязанности и ответственность врача (в части случаев - и других специалистов, участвующих в оказании помощи). Проводится как амбулаторно, так и в стационаре. Занимает 2-5 дней.
2. **Детоксификация** - отмена психоактивного вещества и лечение состояния отмены. Основными целями являются купирование синдрома отмены и усиление мотивации пациента для дальнейшего лечения. Лечение проводят стационарно либо амбулаторно. Этот этап занимает от 1 недели до 1 месяца.
3. **Стабилизация** - включает поддерживающую психотерапию и использование медикаментов, ослабляющих влечение к ПАВ. Продолжительность колеблется в широких пределах – до 3-6 месяцев.
4. **Реабилитационная и постреабилитационная фаза** подразумевают психотерапевтическую и социальную работу с пациентом после достижения ремиссии. Показаны лечение в специализированных реабилитационных центрах, длительная амбулаторная психотерапия, посещение групп самопомощи “Анонимные наркоманы” и др. Длится неопределенно долго.

Условия лечения. Лечение острой интоксикации - неотложная помощь оказывается врачом скорой медицинской помощи, затем рекомендуется госпитализация в отделение токсикологии либо в отделение реанимации (интенсивной терапии).

Лечение при употреблении с вредными последствиями – в большинстве случаев амбулаторное.

Лечение при синдроме зависимости:

стационарное - при наличии резидуальных психотических расстройств и желании пациента; амбулаторное - в остальных случаях.

Лечение синдрома отмены - показания к стационарному лечению:

- отсутствие поддержки со стороны родственников;
- зависимость от двух и более веществ, сопутствующее употребление транквилизаторов;
- безуспешность попыток амбулаторного лечения;
- легкий доступ к веществу в амбулаторных условиях;
- другие зависимости в анамнезе;
- психопатоподобное поведение при синдроме отмены;
- повторная рвота и невозможность приема жидкости внутрь;
- агрессивные и суицидальные тенденции;
- сопутствующие психические расстройства, затрудняющие амбулаторное лечение;
- декомпенсированные соматические заболевания;
- острое соматическое заболевание;
- отсутствие возможности частого контакта с больным;
- травма головы с потерей сознания в анамнезе.

Амбулаторное – при неосложненном состоянии отмены.

Лечение психотических расстройств - как правило, в психиатрическом стационаре.

Лечение при резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройствах:

стационарное - при неоднократных неудачных попытках прекращения потребления ПАВ амбулаторно и при желании пациента; в остальных случаях - амбулаторное и полустационарное.

Средняя длительность лечения.

Лечение острой интоксикации - стационарно до 7-10 дней.

Лечение при употреблении с вредными последствиями - стационарно до 14 - 28 дней, амбулаторно – до 1-3 месяцев.

Лечение при синдроме зависимости - стационарно от 14 дней до 1-2 месяцев, амбулаторно – до 6-12 месяцев.

Лечение синдрома отмены - стационарно до 7-14 дней.

Лечение психотических расстройств - стационарно до 2-4 недель.

Лечение при резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройствах – стационарно до 2 мес., амбулаторно – неопределенно долго.

Характер и особенности психотерапии, психологической коррекции, семейной терапии.

Рекомендуется неконфронтационный подход, мотивирующий пациента к изменению или прекращению потребления. Психотерапия часто должна быть ведущим методом терапии и включает следующие основные направления.

1. Проблемно-ориентированные подходы. Включают когнитивно-бихевиоральный подход, тренинг социальных навыков, методы профилактики рецидивов.
2. Личностно-ориентированные подходы. Применяются методы личностного роста (гештальт- терапия, экзистенциально-гуманистическая терапия, арт-терапия) и психодинамические подходы.
3. Духовно-ориентированные подходы. Включают группы самопомощи (Анонимные Алкоголики и Анонимные Наркоманы), использование принципов традиционных, восточных и новых религий и духовных практик .
4. Социально- ориентированные подходы. Применяют терапию занятостью, спорт и общественную работу.

Дополнительные трудности. Правовые ситуации.

Для лечения детей и подростков до 14 лет требуется согласие родителей или заменяющих лиц, которое не всегда легко получить. Трудности возникают при отсутствии единого мнения между отцом и матерью. После 14- летнего возраста нужно согласие самого подростка, которое дается неохотно, обычно под давлением инспекции по делам несовершеннолетних, которая настоятельно рекомендует подростку самостоятельно обратиться к наркологу. В противном случае в связи с тем, что употребление может сочетаться с делинквентным поведением, подростку угрожает специальное воспитательное учреждение.

F10 ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

F10.0 ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ АЛКОГОЛЕМ

Лечение.

Неосложненная алкогольная интоксикация не требует специального лечения. Рекомендуется ввести 10-20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно для предупреждения алкогольной гипогликемии и 100 мг тиамина внутримышечно. При психомоторном возбуждении рекомендуют фиксацию и галоперидол 5-15 мг внутривенно или внутримышечно. При тяжелой алкогольной интоксикации с нарушением функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем лечение должно проводиться в отделении интенсивной терапии и реанимации, либо в отделении токсикологии.

F10.07 ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Лечение.

Для купирования психомоторного возбуждения используют внутривенно или внутримышечное введение диазепама 5-10 мг и галоперидола 5-15 мг. Следует учитывать угнетающий эффект диазепама и алкоголя на дыхательную функцию; в случае применения диазепама должно быть обеспечено непрерывное наблюдение за больным.

F10.1 УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Лечение.

Показана короткая интервенция, которая состоит из информирования пациента о последствиях злоупотребления, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя. Целью интервенции может быть не только полное воздержание, но и уменьшение количества потребляемого алкоголя (стратегия снижения вреда).

В некоторых случаях - применение антидепрессантов СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, сертралин).

F 10.3 СОСТОЯНИЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ, НЕОСЛОЖНЕННОЕ

Условия, характер и алгоритм лечения. Стационарное лечение рекомендуется при наличии хотя бы одного из следующих признаков:

- 1) упорная рвота;
- 2) суицидальные тенденции;
- 3) острое соматическое заболевание;
- 4) хроническое соматическое заболевание при его декомпенсации;
- 5) сопутствующие психические расстройства, затрудняющие амбулаторное лечение;
- 6) безуспешные попытки амбулаторного лечения в анамнезе;
- 7) делирии и судорожные приступы в анамнезе;
- 8) отсутствие родственников, которые могут участвовать в уходе за больным;
- 9) нет возможности частого контакта с больным;
- 10) тахикардия > 100 уд/мин;
- 11) травма головы с потерей сознания в анамнезе;

У подростков стационарное лечение почти всегда предпочтительнее, чем амбулаторное.

Медикаментозное лечение состоит из нескольких компонентов.

Витаминотерапия, препараты, предотвращающие развитие судорог и делирия (карбамазепин, бензодиазепины), препараты для купирования вегетативной симптоматики (клонидин, бета-адреноблокаторы). Тиамин назначается всем больным, которые обращаются по поводу злоупотребления алкоголем, с целью предупреждения энцефалопатии Гайе-Вернике и корсаковского синдрома. В течение трех дней его назначают внутримышечно по 100-300 мг/сут, затем продолжают его применение перорально. Для купирования вегетативной симптоматики (потливость, артериальная гипертензия, тахикардия, тремор), назначают бета-адреноблокаторы или клонидин. Из числа бета-блокаторов применяют пропранолол (анаприлин, обзидан, индерал) 40-80 мг/сут или атенолол 50-100 мг/сут или метопролол 50-150 мг/сут. Клонидин обладает некоторым седативным эффектом, который усиливается в сочетании с транквилизаторами. Препарат назначается внутрь в дозировке 75-150 мкг 3 раза в день, затем дозу постепенно понижают. При амбулаторном лечении необходимо предупредить пациента и его родственников о недопустимости сочетания препарата с алкоголем из-за взаимного усиления токсических

эффектов. Ни бета-блокаторы, ни клонидин не предупреждают развития судорог и делирия, поэтому их рекомендуется назначать в комбинации с другими средствами - транквилизаторами или карбамазепином.

Бензодиазепины являются основным средством в лечении синдрома отмены алкоголя, они уменьшают вероятность развития судорог и делирия. Длительнодействующие бензодиазепины более эффективны в предупреждении эпилептических приступов. Их недостатком является возможность кумуляции и развитие избыточного седативного эффекта. Бензодиазепины с более коротким периодом полувыведения (оксазепам, лоразепам) необходимо предпочесть, если у пациента имеются тяжелые заболевания печени. Следует иметь в виду, что у больных с алкогольной зависимостью повышена толерантность к бензодиазепинам и для достижения эффекта требуются более высокие дозировки, чем другим категориям больных. Следует учитывать, что пациенты с тяжелым синдромом отмены могут требовать назначения бензодиазепинов в течение 10 дней. В табл. F1-1 указаны примерные схемы дозирования бензодиазепинов при синдроме отмены. Указана доза препаратов в первый день лечения, в последующие дни она понижается на 25 % ежедневно.

У некоторых больных даже при простом синдроме отмены для достижения терапевтического эффекта требуются значительно большие дозы (до 100 мг диазепама в сутки). Недостатком бензодиазепинов является риск развития зависимости от них. После купирования синдрома отмены рекомендуется немедленно прекратить лечение ими, а больных следует предупредить о недопустимости самолечения. При амбулаторном лечении рекомендуется пероральное назначение бензодиазепинов. Примерная схема дозирования приведена в табл. F1-2.

Табл. F1-1. Схема применения бензодиазепинов при синдроме отмены алкоголя

Препарат	Доза	Интервал
Диазепам	5-20 мг внутрь или в/м или в/в	Каждые 6-8 часов
Лоразепам	1-2 мг внутрь, в/в или в/м	Каждые 4 часа
Оксазепам	15-30 мг внутрь	Каждые 4 часа
Хлоразепат	30 мг	Каждые 12 часов

Табл. F1-2. Схема амбулаторного лечения диазепамом при синдроме отмены алкоголя

День	Суточная доза диазепамы (мг)
1-й	40
2-й	40
3-й	30
4-й	20
5-й	15
6-й	10
7-й	5

Карбамазепин эффективен в отношении всех симптомов при синдроме отмены алкоголя и может быть препаратом выбора при лечении синдрома отмены легкого и среднетяжелого течения. Отсутствие взаимодействия с этанолом позволяет применять препарат даже при наличии алкоголя в крови. Рекомендуется применять в первые 2 дня 1200 мг/сут, третий и четвертый день 600 мг/сут, пятый и шестой день 400 мг/сут и на седьмой день 200 мг/сут. Монотерапия карбамазепином менее эффективна при тяжелом синдроме отмены, чем терапия бензодиазепинами. При комбинации препарата с бензодиазепинами обычно достаточно суточной дозировки 600-800 мг. Наиболее частые побочные действия препарата – тошнота, мозжечковая атаксия, головокружение. Реже встречается угнетение кроветворения, гипонатриемия, кожная сыпь. При кратковременном назначении (до 7 дней) препарата эти побочные действия проявляются крайне редко. Преимуществом карбамазепина является отсутствие у него эйфорического эффекта и риска развития зависимости от препарата. Использование пролонгированных форм препарата при лечении синдрома отмены алкоголя не рекомендуется из-за медленного наступления терапевтического эффекта.

Инфузионная терапия показана лишь при упорной рвоте, выраженном обезвоживании, в остальных случаях она нецелесообразна – достаточно оральной регидратации (обильное питье). Не следует назначать мочегонные средства при синдроме отмены алкоголя.

F10.4 СОСТОЯНИЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ

Условия, характер и алгоритм лечения. Во всех случаях показана госпитализация в отделение интенсивной терапии (реанимации) соматического стационара или в наркологическое (психиатрическое) отделение. При утяжелении состояния, появлении соматоневрологических осложнений рекомендуется перевод в отделение интенсивной терапии (реанимации).

Правила лечения и препараты – см.F10.3. Основным средством лечения являются бензодиазепины, которые назначают в первые дни внутримышечно или внутривенно, а после купирования острого возбуждения – внутрь. Карбамазепин при уже развившемся делирии неэффективен.

В дополнение к бензодиазепинам назначают галоперидол в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 6 часов. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг, в отдельных случаях возможно применение и больших доз (до 30-40 мг/сут). Галоперидол обязательно нужно сочетать с бензодиазепинами. Недостатком препарата является риск развития острых экстрапирамидных гиперкинезов, которые необходимо купировать введением диазепама или дифенгидрамина (димедрола), или центральных холинолитиков (напр., тригексифенидил, бипериден, бензатропин). Для лечения делирия можно также назначать зуклопентиксол.

Инфузионную терапию полиионными растворами назначают с целью регидратации в тех случаях, если больной не принимает жидкость внутрь. В остальных случаях рекомендуется оральная регидратация (обильное питье).

Применение фенотиазиновых нейролептиков (хлорпромазина, тизерцина, трифлуоперазина) противопоказано, так как данные препараты увеличивают вероятность развития соматических и неврологических осложнений.

F10.41 СОСТОЯНИЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С СУДОРОГАМИ

Лечение.

Основные принципы лечения – см. F10.3. Препаратами выбора являются в данном случае бензодиазепиновые транквилизаторы. Карбамазепин при уже развившихся судорогах неэффективен. При неосложненном синдроме отмены возможно применение карбамазепина или транквилизаторов перорально, наличие судорожных приступов

служит показанием к парентеральному введению бензодиазепинов, при делирии рекомендуют сочетание бензодиазепинов и галоперидола. Клонидин назначают при всех формах синдрома отмены в зависимости от уровня артериального давления.

Сведения о препаратах, используемых при лечении состояний отмены алкоголя, суммированы в таблице F1-3.

Табл. F1-3. **Выбор препаратов при состоянии отмены алкоголя**

Группа препаратов	Показания
Тиамин	Все больные
Клонидин или бета-адреноблокаторы	Выраженная вегетативная симптоматика
Карбамазепин	Синдром отмены неосложненный
Бензодиазепины	Все формы синдрома отмены
Галоперидол	Синдром отмены с делирием
Инфузионная терапия полиионными растворами	Выраженная дегидратация, невозможность оральной регидратации

F 10.2 СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Лечение.

Основные стадии (этапы) лечения – см. выше в разделе F1.

Психотерапевтическое лечение алкогольной зависимости носит эклектический характер, используются следующие методы – когнитивно-бихевиоральная терапия, гештальт-терапия, аутогенная тренировка и прогрессивная мышечная релаксация, суггестивные методы, телесная терапия. Важную роль играет образование пациентов, которое может проводиться в виде групповых лекций. При проведении индивидуальной психотерапии рекомендуются методики, направленные на сдерживание агрессии, психическая релаксация, методы управления стрессом. Одна из первоочередных задач психотерапии состоит в том, чтобы преодолеть отрицание алкоголизма самим больным. При алкоголизме используют также различные виды групповой терапии.

Одним из важных компонентов лечения пациента является посещение групп самопомощи. Наибольшую популярность имеет обще-

ство “Анонимные алкоголики”. Основу программы этого общества составляют так называемые “Двенадцать шагов”. По мере восхождения по этим ступеням больной признает наличие у себя тяжелого заболевания и приходит к необходимости полного отказа от алкоголя. Общество “Анонимные алкоголики” проводит собрания разного типа. Одни — с выступлениями докладчиков — открытые, куда допускаются все желающие. Другие, закрытые, проводятся в небольших группах и предназначены для того, чтобы проходящие лечение могли поделиться мыслями и переживаниями личного характера. Специальные собрания проводятся для новичков. Особый вид собраний — это занятия по программе “Двенадцать ступеней”. Обычно они закрытые и четко регламентированы. Каждое занятие посвящено одной из ступеней. Новичкам помогают выбрать куратора — члена общества “Анонимные алкоголики” с длительным стажем воздержания. В его задачи входят дружеское общение с новичком; разъяснение ему принципов программы организации; практические советы по воздержанию от спиртного; психологическая поддержка на начальных этапах воздержания. “Двенадцать ступеней” во многом похожи на стадии психотерапии. Первые ступени помогают осознать свою зависимость от алкоголя и признать утрату самоконтроля, последующие побуждают к самоанализу. Общество “Анонимные алкоголики” предлагает многие практические советы, которые врач может и должен поддерживать.

На ранней стадии выздоровления рекомендуется избегать существенных жизненных перемен и новых интимных связей. Особо подчеркивается роль отрицательных эмоций в срывах. Нужно избегать чувства голода, злости, одиночества и усталости, так как эти состояния побуждают к употреблению алкоголя.

При фармакологическом лечении используют дисульфирам, налтрексон и карбамазепин. Дисульфирам (тетурам, эспераль) используют как дополнительное средство лечения алкоголизма. Дисульфирам обладает способностью вызывать аверсивный эффект при приеме алкоголя, но на тягу к алкоголю не влияет. Суточная доза препарата обычно составляет 0,5 г. В сочетании с алкоголем дисульфирам вызывает реакцию непереносимости, которая в легких случаях проявляется небольшим недомоганием, в тяжелых — чувством жара, головной болью, одышкой, тошнотой, рвотой, потливостью, болью в груди, сердцебиением, артериальной гипотонией, обмороком, головокружением, спутанностью сознания и нечеткостью зрения. В особенно тя-

желых случаях возможны острая сердечная недостаточность, судороги, кома, остановка дыхания и смерть. Перед назначением дисульфирама больному объясняют цели терапии. Врач должен быть уверен, что больной не будет употреблять спиртное в течение 12 часов перед приемом дисульфирама. Во время лечения дисульфирама нельзя употреблять внутрь и наружно любые вещества, которые содержат этанол (соусы, уксус, лекарственные настойки, зубные эликсиры, лосьоны, солнцезащитные кремы, духи, дезодоранты). Если же такая реакция развилась, то основная цель терапии — поддержание АД и борьба с сердечной недостаточностью. Вводят 1 г витамина С в/вено, что блокирует превращение этанола в ацетальдегид, способствуя выведению неизмененного этанола. Вводят также антигистаминные препараты, например, дифенгидрамин (димедрол) 25—50 мг в/венно.

Дисульфирам изменяет метаболизм многих лекарственных средств. Назначение препарата противопоказано больным с полинейропатией, циррозом печени, психотическими состояниями, беременностью, суицидальными наклонностями, депрессией. Не назначается подросткам.

Налтрексон уменьшает влечение к алкоголю и снижает частоту рецидивов при алкогольной зависимости. Он назначается в дозировке 50 мг/сут. При одновременно существующей опиоидной зависимости препарат может быть назначен не ранее чем через 7 дней после последнего приема опиоидов и при отсутствии признаков синдрома отмены. Длительность лечения налтрексоном составляет не менее 6 месяцев. При хорошем эффекте препарата лечение рекомендуется продолжать неопределенно долго. Противопоказаниями к приему препарата являются острый гепатит и хронические гепатиты с повышением уровня АЛТ или АСТ более чем в 3 раза, а также необходимость приема опиатов с целью обезболивания.

Для уменьшения патологического влечения к алкоголю также назначают карбамазепин 200-600 мг/сут. Длительность лечения — не менее 6 месяцев. При хорошем эффекте препарата лечение рекомендуется продолжать неопределенно долго.

F10.5 ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО, ВЫЗВАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Для лечения применяют сочетание бензодиазепинов и нейролептиков с антипсихотическим эффектом. Бензодиазепины применяют в течение 2-3 недель, схемы применения и дозы — см. в разделе

F10.3. Если по истечении этого срока психотические симптомы продолжают персистировать, то показана монотерапия нейролептиками. Нейролептики, которые можно применять для лечения психотического расстройства, включают галоперидол (суточная доза от 3 до 20 мг), рисперидон (1-6 мг), зуклопентиксол (50-150 мг в сутки). При наличии психомоторного возбуждения, агрессии предпочтительно применение галоперидола или зуклопентиксола ацетата.

При хроническом течении заболевания у пациентов может отсутствовать критика к своему состоянию, нет мотивации к приему лекарственных средств. В этом случае для повышения комплайенса рекомендуется применение пролонгированных форм нейролептических препаратов. Пролонгированные нейролептики (фторфеназин-деканоат, галоперидол-деканоат, рисперидон-депо, флупентиксол-деканоат, зуклопентиксол-деканоат) применяют в тех же дозах, что и для лечения шизофрении (см. раздел F20).

F10.6 АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ВЫЗВАННЫЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ (КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ)

F10.73 ДЕМЕНЦИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Лечение.

Препаратом выбора для лечения алкогольного амнестического синдрома является тиамин, который вводят в течение 7-15 дней внутримышечно в дозе 200-300 мг/сут. Внутрь назначают поливитаминные препараты, содержащие витамины B1, B6, B12, PP. Лечение поведенческих нарушений – см. F00-F03.

При алкогольной деменции проводят такое же лечение, как и при амнестическом синдроме, однако эффективность его значительно ниже.

F11 ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ОПИОИДОВ

Характер и алгоритм лечения. Основным средством лечения острого отравления опиоидами является антагонист опиоидных рецепторов налоксон. Налоксон вводят внутривенно порциями по 0,2-0,4 мг. Инъекции повторяют каждые 2—3 мин. при условии, что предыдущие были неэффективны. Суммарная доза налоксона может дос-

тигать 10 мг. При невозможности внутривенного введения можно ввести препарат внутримышечно или подкожно. Признаком эффективности налоксона является восстановление дыхания через минуту после инъекции, затем несколько проясняется сознание, повышается артериальное давление, расширяются зрачки. Если по достижении общей дозы в 10 мг улучшение не наступает, то тяжесть состояния обусловлена не только опиоидной интоксикацией - в этом случае необходимо исключить другие причины комы. При внутривенном введении больной обычно приходит в сознание в течение нескольких минут, также восстанавливается дыхательная функция. Если после введения нескольких порций налоксона нет положительного эффекта, то показана интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции легких до восстановления самостоятельного дыхания.

После введения налоксона возможно развитие выраженного синдрома отмены, артериальная гипертензия, в редких случаях могут развиваться пароксизм мерцательной аритмии, отек легких.

Следует помнить, что действие налоксона продолжается лишь 60-70 минут и поэтому могут понадобиться повторные инъекции препарата. Больной должен находиться под наблюдением врача не менее суток.

При отсутствии эффекта от налоксона необходимо исключить другие состояния, которые могут быть причинами комы:

- состояние после эпилептического приступа;
- отравление седативными средствами;
- отравление смесями психоактивных веществ;
- отравление опиатами с очень высоким сродством к рецепторам (производные фентанила);
- гипоксическую энцефалопатию;
- иные причины комы (черепно-мозговая травма, гипогликемия и др.).

F11.3 СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ

Характер и алгоритм лечения. В терапии пациентов с зависимостью от опиоидов выделяют 4 фазы – диагностическая фаза, фаза отнятия наркотика, фаза реабилитации, постреабилитационная фаза. Диагностическая и мотивационная фаза необходима для определения целесообразности лечебных мероприятий, постановки целей лечения, выбора лечебной программы. С пациентом заключают терапевтический договор, в котором отражены его права и обязанности. В фазе

отнятия наркотика основными целями являются купирование синдрома отмены и усиление мотивации пациента для дальнейшего лечения. Лечение проводят стационарно либо амбулаторно. Этот этап занимает от 1 недели до 1 месяца. Реабилитационная фаза и постреабилитационная фаза подразумевают психотерапевтическую и социальную работу с пациентом. Психотерапию желательно проводить в специализированном стационарном отделении. Показаны лечение в специализированных реабилитационных центрах, длительная амбулаторная психотерапия, посещение групп самопомощи “Анонимные наркоманы”.

Как дополнительное средство лечения опиоидной зависимости используют блокатор опиоидных рецепторов налтрексон. Его назначают внутрь по 50 мг в день. До назначения налтрексона пациент должен не менее 7 дней воздерживаться от приема опиоидов. Налтрексон блокирует эйфорический эффект вводимых извне опиоидных препаратов, но не влияет на патологическое влечение к ним.

F11.4 СОСТОЯНИЕ ОТМЕМЫ ОПИОИДОВ

Характер и алгоритм лечения.

Показания к стационарному лечению синдрома отмены:

- отсутствие поддержки со стороны родственников;
- зависимость от двух и более веществ, сопутствующее употребление транквилизаторов;
- безуспешность попыток амбулаторного лечения;
- легкий доступ к наркотику в амбулаторных условиях;
- зависимость от алкоголя в анамнезе;
- психопатоподобное поведение при синдроме отмены;
- повторная рвота и невозможность приема жидкости внутрь;
- агрессивные и суицидальные тенденции;
- наличие коморбидных психических заболеваний;
- декомпенсированные соматические заболевания.

При купировании синдрома отмены применяют следующие группы лекарственных средств в различных сочетаниях.

Антиадренергические средства – клонидин.

Опиоиды – бупренорфин, трамадол.

Нейролептики – хлорпротиксен, левомепромазин.

Антидепрессанты – доксепин, amitриптилин.

Транквилизаторы – диазепам, клоназепам.

Селективно действующие опиаты - лоперамид, дифеноксилат.

Препарат, уменьшающий тонус мышц – баклофен.

Противорвотные средства – метоклопрамид, домперидон.

Ненаркотические анальгетики – кеторолак, ибупрофен.

При наличии острого или хронического активного гепатита назначение лекарств проводится с большой осторожностью. От назначения фенотиазиновых нейролептиков, трициклических антидепрессантов, карбамазепина следует воздержаться. Рекомендуются трамадол и клонидин, малые дозы оксазепам.

Выделяют следующие методики купирования состояния отмены.

Сочетание клонидин + транквилизаторы.

Сочетания нейролептиков, антидепрессантов и транквилизаторов между собой.

Детоксификация при помощи клонидина и диазепам.

Клонидин является агонистом центральных альфа-2-адренорецепторов и хорошо купирует вегетативный компонент синдрома отмены. Побочными эффектами препарата являются гипотензия, атриовентрикулярной блокада, брадикардия, запоры. При применении в больших дозах может развиваться лекарственный делирий. Гипотензивный эффект клонидина требует мониторинга артериального давления перед приемом каждой дозы препарата. Если на момент приема очередной дозы артериальное давление ниже 90/60 мм рт. ст., или ЧСС меньше 60 ударов в мин., то прием следует отложить до подъема артериального давления и увеличения ЧСС. Препарат применяют в суточной дозе 450–1500 мкг, кратность приема составляет 3-5 раз в день. Диазепам назначают внутрь 40-60 мг/сут, при выраженной симптоматике можно прибегнуть к внутримышечным (но не внутривенным!) инъекциям.

Детоксификация при помощи сочетаний различных медикаментов.

Используется клонидин по указанной выше схеме в сочетании с трамадолом 400 мг/сут внутрь и диазепамом 30-60 мг/сут внутрь. Вместо клонидина можно использовать трициклический антидепрессант доксепин 75-200 мг/сут, нейролептик хлорпротиксен 100-400 мг/сут или левомепромазин 100-300 мг/сут. Все эти препараты применяют перорально. Побочные действия доксепина и хлорпротиксена обусловлены их выраженным холиноблокирующим эффектом – де-

лирий, запор, сухость во рту, тахикардия. Преимущества этих препаратов в том, что они оказывают довольно выраженный седативный эффект. Обычно к проводимому лечению добавляют диазепам 30-60 мг/сут внутрь. Для купирования диареи можно использовать лоперамид, для лечения рвоты – метоклопрамид или домперидон. При сильных болях в мышцах дополнительно назначают нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, ортофен) и препараты, воздействующие на мышечный тонус (баклофен, мидокалм). При упорной бессоннице возможно дополнительное назначение на ночь оксibuтирата натрия по 1-2 г внутрь. Все эти препараты применяют 5-7 дней, затем необходимо постепенно снизить их дозировки и полностью отменить через 10-15 дней. В случае синдрома отмены метадона требуется более длительное применение препаратов – до 20 дней.

Не показаны при синдроме отмены опиатов гемодиализ, гемосорбция, форсированный диурез. Внутривенное капельное введение глюкозы и полиионных растворов проводится только при упорной рвоте и дегидратации, невозможности приема жидкости внутрь. После купирования явлений синдрома отмены пациенты часто предъявляют жалобы на бессонницу, раздражительность. Для купирования этих симптомов используют седативные нейрорептики и антидепрессанты (амитриптилин, доксепин, хлорпротиксен, миансерин).

F12 ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ

F12.0 ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания помощи – см.F1.

Условия лечения: стационарное - в токсикологическом отделении при сопоре или коме; в психиатрическом отделении - при психотических и выраженных поведенческих расстройствах, делирии; амбулаторное – при неосложненной интоксикации. В некоторых случаях может потребоваться насильственная госпитализация в психиатрический стационар.

Средняя длительность: до 7 суток.

Характер и алгоритм лечения. При сопоре или коме лечение проводится в отделении токсикологии или интенсивной терапии.

Главным методом терапии интоксикации/передозировки является проведение дезинтоксикационных мероприятий. Специфических антидотов не существует. Показано промывание желудка, при пероральном приеме каннабиноидов - активированный уголь, применение физиологического раствора, 5% раствора глюкозы. Эффективность методов экстракорпоральной детоксикации не доказана. Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики - обычно с этой целью применяют пропранолол (анаприлин, обзидан) 40-80 мг/сут или атенолол 50-100 мг/сут.

Бензодиазепины являются основным средством в лечении возбуждения при интоксикации и психотических расстройствах. Бензодиазепины - препараты выбора для купирования панических реакций, тревоги, агитации и кататонических расстройств. Они уменьшают вероятность развития судорог и делирия, а при уже развившемся делирии сокращают его продолжительность. Длительнодействующие бензодиазепины более эффективны в предупреждении эпилептических приступов. Схема их применения содержится в табл. F1-4.

Табл. F1-4. Схема применения бензодиазепинов при лечении интоксикации каннабиноидами

Препарат	Доза	Интервал
Диазепам	5-20 мг внутрь или в/в	Каждые 6 часов
Лоразепам	1-2 мг внутрь, в/в или в/м	Каждые 4 часа
Оксазепам	15-30 мг внутрь	Каждые 4 часа

Галоперидол показан только при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинации, психомоторного возбуждения. Его назначают в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 2 часа. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг. Галоперидол обязательно нужно сочетать с бензодиазепинами.

После устранения интоксикации рекомендуется проведение краткосрочного вмешательства.

Побочные эффекты и осложнения. Следует избегать применения фенотиазиновых нейролептиков (хлорпромазина и левомепромазина), так как данные препараты увеличивают вероятность развития делирия, судорог, обладают проаритмическим эффектом и нередко воспринимаются пациентами как наказание, особенно при парентер-

нальном введении. Необходимо также избегать трициклических антидепрессантов и клозапина, так как данные препараты увеличивают вероятность развития делирия.

F12.1 УПОТРЕБЛЕНИЕ КАННАБИНОИДОВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Характер и алгоритм лечения. Психотерапия, особенно краткосрочное вмешательство, имеет доказанный эффект на уменьшение или прекращение потребления.

Назначение антидепрессантов показано при сохраняющейся тревожной симптоматике и стойких аффективных нарушениях: применяются мапротилин в дозах 75-150 мг/сут в течение 1-3 месяцев; СИОЗС – сертралин и пароксетин.

Назначение нормотимиков (карбамазепина или вальпроатов) показано при дисфории и импульсивности, поскольку они улучшают способность пациента к психотерапии.

Препараты, вызывающие привыкание (бензодиазепины и корректоры) должны быть исключены.

Вмешательства должны быть краткими и неформальными в связи с низкой мотивацией пациента к изменению потребления.

F12.2 СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАННАБИНОИДОВ

Условия лечения: стационарное - при наличии резидуальных психотических расстройств и желании пациента, амбулаторное - в остальных случаях.

Средняя длительность – в стационаре 14-28 дней.

Характер и алгоритм лечения. Возможным средством для подавления зависимости является назначение антидепрессантов. Оно также показано при сохраняющейся тревожной симптоматике и стойких аффективных нарушениях. Применяются мапротилин в дозировках 75-150 мг в сутки в течение 1-3 месяцев; СИОЗС со стимулирующим действием (пароксетин) при дисфориях и апатии в дозах 10-50 мг в сутки, сертралин в дозах 50-150 мг в сутки.

Назначение нейролептиков (антипсихотиков) рекомендуется только при психотических расстройствах или выраженных поведенческих нарушениях (гетеро- и аутоагрессия) и только в стационаре. Используют «сильные» традиционные нейролептики (галоперидол, трифлуоперазин), как и при лечении расстройств из раздела F 2. При

нарушениях поведения применяют перициазин и тиоридазин. Перициазин дают в каплях (1 капля 4 % раствора содержит 1 мг) по 5-10 мг 2-3 раза в день. Тиоридазин применяют в таблетках в дозе 10-25 мг 2 или 3 раза в день. Антипсихотики слабо влияют на психотические расстройства при продолжении потребления каннабиноидов.

Назначение нормотимиков (карбамазепина или вальпроатов) показано при дисфории и импульсивности, так как они улучшают способность пациента к психотерапии.

Препараты, вызывающие привыкание (бензодиазепины и корректоры), должны быть исключены. Не следует использовать препараты без доказанной эффективности (ноотропы).

Прекращение потребления может быть достигнуто в течение 2-4 недель.

Следует воздерживаться от «сильных» антипсихотиков в форме депо-препаратов. При применении антипсихотиков часты экстрапирамидные побочные эффекты, седация и гипотензия.

Вмешательства должны быть краткими в связи с низкой мотивацией пациента к изменению потребления. Эффективно мотивационное вмешательство в группе или лично.

Реабилитация, психотерапия, психологическая коррекция, семейная терапия, правовые ситуации - см. см.F1.

F12.3 СИНДРОМ ОТМЕНЫ КАННАБИНОИДОВ

Условия лечения: стационарное, в психиатрическом отделении - при психотических и выраженных поведенческих расстройствах, делирии; амбулаторное – при неосложненном состоянии отмены.

Средняя длительность в стационаре - до 7 суток.

Характер и алгоритм лечения.

Бензодиазепины являются основным средством в лечении возбуждения при состоянии отмены. Бензодиазепины - препараты выбора для купирования панических реакций, тревоги и ажитации. Схема их применения отражена в табл.F1-5.

Табл. F1-5. Схема применения бензодиазепинов в лечении синдрома отмены каннабиноидов

Препарат	Доза	Интервал
Диазепам	5-20 мг внутрь или в/в	Каждые 6 часов
Лоразепам	1-2 мг внутрь, в/в или в/м	Каждые 4 часа
Оксазепам	15-30 мг внутрь	Каждые 4 часа

Бензодиазепины применяют только при выраженной тревоге и бессоннице, сроком до 3-5 дней, в остальных случаях пациент требует только внимания и участия. Нежелательно лечение таких больных с другими наркологическими пациентами.

Галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинации, психомоторного возбуждения. Его назначают в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 2 часа. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг. Галоперидол обязательно нужно сочетать с бензодиазепинами.

Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики. Обычно с этой целью применяют пропранолол (анаприлин, обзидан) 40-80 мг/сут. или атенолол 50-100 мг/сут.

После устранения кризисной ситуации рекомендуется проведение краткосрочного вмешательства и при согласии пациента - переход к детоксификации. Расстройства обычно купируются в течение нескольких часов или суток, возможно до недели.

Следует избегать применения фенотиазиновых нейролептиков (хлорпромазина и левомепромазина), так как данные препараты увеличивают вероятность развития делирия, судорог, обладают проаритмическим эффектом и воспринимаются пациентами, как наказание, особенно при парентеральном введении. Необходимо избегать назначения трициклических антидепрессантов и клозапина, так как данные препараты также увеличивают вероятность развития делирия. Начальные вмешательства должны быть краткими и конкретными в связи с низкой мотивацией пациента к изменению потребления.

F12.5 ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

F12.70 ФЛЭШБЭК

F12.75 ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ

Средняя длительность - в стационаре до 2 недель.

Характер и алгоритм лечения.

- Организация спокойного и безопасного окружения для возможного спонтанного разрешения симптомов.
- Применение бензодиазепинов быстрого действия в течение суток.

Галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинации, психомоторного возбуждения, которая не купировалась в течение суток после прекращения приема каннабиса или при ее значительной выраженности. Галоперидол назначают в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 2 часа. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг. Галоперидол обязательно нужно сочетать с бензодиазепинами. Возможно применение других «сильных» нейролептиков (трифлуоперазин, рисперидон и др.).

Психотические расстройства могут купироваться спонтанно в течение нескольких дней.

Расстройства с поздним дебютом могут сохраняться на протяжении месяцев и требуют дифференциальной диагностики с шизофренией и бредовыми расстройствами.

При применении антипсихотиков часты экстрапирамидные побочные эффекты, седация и гипотензия. Следует избегать назначения депо – антипсихотиков.

Может потребоваться осуществление принудительной госпитализации.

F12.7 РЕЗИДУАЛЬНЫЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ

F12.71 РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ (амотивационный синдром)

F12.72 РЕЗИДУАЛЬНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ

Средняя длительность – 2-4 месяца

Характер лечения. Специфические средства для подавления зависимости не разработаны. Поддерживающая психотерапия является наиболее обоснованным видом терапии. Необходимы также тренинги навыков, работа с группой и семьей. Психосоциальные подходы направлены на достижение адаптации в обществе.

Медикаментозное лечение сопутствующих психопатологических расстройств описано в разделе F12.2. Специфическая терапия амотивационного синдрома вследствие употребления каннабиноидов отсутствует.

Действия при отсутствии результата - помещение в реабилитационный центр для длительной терапии. Длительная психотерапия проводится редко из-за низкой мотивации пациента к изменению потребления.

F13 ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СЕДАТИВНЫХ И СНОТВОРНЫХ СРЕДСТВ

F13.2 СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ

Лечение.

Прежде всего следует решить, показана ли полная отмена препарата. Она не показана в случае пожилого возраста пациента, у больных с тяжелой сердечной недостаточностью, если ожидаемое время жизни пациента составляет менее 2 лет.

Тактика лечения зависит от дозы принимаемого препарата, длительности его приема, наличия коморбидных расстройств. При этом

следует разделять лечение коморбидного расстройства (чаще из группы тревожных) и собственно лечение синдрома отмены.

Показаниями к лечению в амбулаторных условиях являются:

- 1) суточная доза менее 40 мг/сут в пересчете на диазепам;
- 2) отсутствие тяжелых сопутствующих психических расстройств;
- 3) возможность регулярного контакта с врачом;
- 4) кооперация с родственниками пациента.

Во всех остальных случаях показано лечение в стационаре.

Одномоментная отмена транквилизатора возможна в случаях низкодозовой зависимости, ее можно проводить только в условиях стационара. При этом назначают карбамазепин 600-800 мг/сут. Недостатком одномоментной отмены является риск развития осложненного синдрома отмены с психозом и судорожных приступами.

Постепенная отмена может проводиться как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Транквилизатор заменяют на один из бензодиазепинов длительного действия в эквивалентной дозировке – лучше на клоназепам или диазепам. После этого начинают постепенное уменьшение дозировки (на 5-10 диазепамовых эквивалентов в неделю, эквивалентные дозы см. ниже). После полной отмены можно использовать карбамазепин в дозе 800 мг/сут (лучше всего двукратный прием пролонгированного препарата), который применяют не менее 1 месяца. Эти препараты назначают с целью предотвращения развития судорожных припадков. При повышении АД или выраженном треморе назначают бета-блокаторы или клонидин. При бессоннице назначают на ночь антидепрессант или нейрорептик, обладающий седативным эффектом (хлорпротиксен, доксепин, миансерин, тразодон). Применение инфузионной терапии при зависимости от бензодиазепинов противопоказано, так как ведет к ускоренному выведению препаратов из организма и утяжелению синдрома отмены. Исключением являются те случаи, когда у больных развивается рвота и они не могут принимать жидкость внутрь.

После проведения детоксификации дальнейшее лечение зависит от сопутствующих психических расстройств, выявленных у пациента. При сопутствующих тревожных расстройствах показано сочетание фармакологического лечения и когнитивно-бихевиоральной психотерапии (см. раздел F4). Если имеет место зависимость от алкоголя, то рекомендуется когнитивно-бихевиоральная психотерапия и посещение групп самопомощи “Анонимные алкоголики”.

Эквивалентные дозы бензодиазепинов и фенбарбитала (в мг): альпразолам – 1; диазепам – 5; клоназепам – 0,5; лоразепам – 1; оксазепам – 30; темазепам – 30; триазолам – 0,25; хлордиазепоксид – 25; фенobarбитал – 30.

F14 ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КОКАИНА

Условия лечения: стационарное - в токсикологическом отделении при сопоре или коме, в психиатрическом отделении - при психотических и выраженных поведенческих расстройствах, судорогах; полустационарное - при агрессивности и эмоциональных нарушениях, амбулаторное – при неосложненной интоксикации. В некоторых случаях может потребоваться принудительная госпитализация в психиатрический стационар.

Средняя длительность: в стационаре до 7 суток.

Характер и алгоритм лечения. При сопоре или коме лечение проводится в отделении токсикологии или интенсивной терапии. Специфических антидотов не существует. Показаны промывание желудка и активированный уголь при пероральном приеме кокаина.

Главным методом терапии гипертермии является проведение инфузионной терапии. Применяют физиологический раствор, 5% раствор глюкозы. Возможно внешнее охлаждение. Повышение кислотности мочи может ускорить экскрецию кокаина.

Бензодиазепины являются основным средством в лечении возбуждения при интоксикации и психотических расстройствах. При выраженном возбуждении, дисфории и судорогах начинают с внутримышечной инъекции 2-4 мл 0,5% раствора диазепама. Схема использования бензодиазепинов приведена в таблице F1-6.

Табл.F1-6. Схема применения бензодиазепинов в лечении острой интоксикации кокаином

Препарат	Доза	Интервал
Диазепам	5-20 мг внутрь или в/в	Каждые 6 часов
Лоразепам	1-2 мг внутрь, в/в или в/м	Каждые 4 часа
Оксазепам	15-30 мг внутрь	Каждые 4 часа

Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики - тахикардии, артериальной гипертензии. Обычно с этой целью применяют пропранолол (анаприлин, обзидан) 40-80

мг/сут или атенолол 50-100 мг/сут. При желудочковой тахикардии назначают также лидокаин и верапамил, при гипертензии – лабеталол, нифедипин, клонидин, нитропруссид.

Галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения. Его назначают в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 2 часа. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг. Галоперидол обязательно нужно сочетать с бензодиазепинами для предупреждения выраженных побочных действий.

Для купирования бессонницы применяются снотворные с коротким периодом действия - триазолам, зопиклон.

После устранения кризисной ситуации рекомендуется проведение краткосрочного вмешательства и при согласии пациента на воздержание - переход к детоксификации.

Расстройства обычно купируются в течение нескольких часов или суток, возможно, до недели, необходим пересмотр терапии при изменении состояния.

Начальные психотерапевтические вмешательства должны быть краткими, недирективными и конкретными в связи с низкой мотивацией к изменению потребления.

F14.1 УПОТРЕБЛЕНИЕ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Рекомендуется проведение краткосрочного вмешательства и при согласии пациента на воздержание - переход к детоксификации (см.далее F14.2).

F14.2 СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ

Средняя длительность – при лечении в стационаре 14 - 28 дней.

Характер и алгоритм лечения. Использование средств для подавления зависимости, а также терапии психотических и эмоциональных расстройств.

Для подавления зависимости существуют две стратегии:

1. Стратегия блокады заключается в использовании препаратов, блокирующих эйфорический эффект стимуляторов - то есть, антипсихотиков. Применяют «сильные» антипсихотики с мощным дофаминблокирующим эффектом – рисперидон, флупентиксол, зуклопентиксол, реже галоперидол и флуфеназин, в форме таб-

леток или депо-препаратов. Дозировки препаратов соответствуют средним при лечении расстройств раздела F2. Они подбираются индивидуально и зависят от переносимости.

2. Стратегия замещения. Используют антидепрессанты со стимулирующим эффектом – мапротилин 100-150 мг/сут., кломипрамин, имипрамин, дезипрамин в дозах 150-250 мг/сут.; СИОЗС – пароксетин 10-50 мг/сут в течение 3-6 мес.

Назначение нормотимиков (карбамазепина или вальпроатов) показано при дисфории и импульсивности, выраженных вегетативных расстройствах в дозах: карбамазепин – 400-600 мг в сутки (простой или ретард) и вальпроатов – 600-900 мг в сутки в течение 3-6 месяцев. Препараты, вызывающие привыкание (бензодиазепины и корректоры) должны быть исключены. Не следует использовать препараты без доказанной эффективности (ноотропы).

Поддерживающее лечение назначается на длительное время (до года и более).

Действия при отсутствии результата - применение психосоциальных подходов, госпитализация при желании пациента, назначение непрямых агонистов дофамина (амантадин, бромокриптин).

Другие трудности. Вмешательства должны быть краткими в связи с низкой мотивацией к изменению потребления. Эффективно мотивационное вмешательство в группе или лично.

F14.3. СОСТОЯНИЕ ОТМЕМЫ

Средняя длительность – при лечении в стационаре 7-10 дней.

Характер и алгоритм лечения. Назначение антидепрессантов показано при стойких аффективных нарушениях и сохраняющейся симптоматике. Используют антидепрессанты со стимулирующим и противотревожным эффектом – мапротилин 100-150 мг/сут, дезипрамин 150-250 мг/сут, пароксетин 10-50 мг/сут.

Основным средством в лечении возбуждения при отмене являются бензодиазепины. Время их использования должно ограничиваться 5-7 сутками. При выраженной дисфории начинают с внутримышечной инъекции 2-4 мл 0,5% раствора диазепамы.

Для купирования бессонницы применяются снотворные с коротким периодом действия (триазолам, золпидем, зопиклон), избегают приема фенотиазиновых нейролептиков или клозапина. Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной сим-

птоматики: тахикардии, артериальной гипертензии. Обычно с этой целью применяют пропранолол 40-100 мг/сут. или атенолол 50-100 мг/сут. При желудочковой тахикардии назначают также лидокаин и верапамил, при гипертензии – лабеталол, нифедипин, клонидин.

При тяжелой дисфории может быть использован перициазин в каплях (4% раствор, в 1 капле содержится 1 мг), начиная с 10 мг 3 раза в день (дозу можно увеличить до 20-30 мг на прием) или тиоридазин в дозе по 25-50 мг 3 раза в день (75-150 мг в сутки).

Назначение нормотимиков (карбамазепина или вальпроатов) показано при дисфории и импульсивности, выраженных вегетативных расстройствах в дозах: карбамазепин – 400-600 мг в сутки (простой или ретард) и вальпроаты – 600-900 мг в сутки в течение 14-28 дней. После устранения отмены рекомендуется проведение краткосрочного вмешательства и при согласии пациента на воздержание - переход к детоксификации.

Длительность купирования состояния обычно составляет до 14-20 дней.

Действия при отсутствии результата - непрямые агонисты дофамина (амантадин, бромокриптин).

Побочные эффекты и осложнения. Следует избегать применения фенотиазиновых нейролептиков (хлорпромазина и левомепромазина), так как при этом увеличивается вероятность развития делирия, судорог, гипотензии и аритмий. Бутирофеноны вызывают экстрапирамидные нарушения. Оланзапин и клозапин неэффективны и могут даже увеличивать потребление психоактивного вещества.

F14.5 ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

F14.70 ФЛЭШБЭК

F14.75 ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ

Средняя длительность – при лечении в стационаре до 2 недель.

Характер и алгоритм лечения. Организация спокойного и безопасного окружения для возможного спонтанного разрешения симптомов. Применение бензодиазепинов быстрого действия в течение суток. Схема применения бензодизепинов - см. в разделе F14.3.

Галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинации, психомоторного возбуждения, которая не купировалась в течение суток после прекращения приема кокаина или при ее значительной выраженности. Его назначают в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 2 часа. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг. Галоперидол обязательно нужно сочетать с бензодиазепинами. Возможно применение других высокопотенцированных антипсихотиков (трифлуоперазин, рисперидон).

Психотические расстройства могут купироваться спонтанно в течение нескольких дней, антипсихотический эффект развивается в течение нескольких дней или недель. Расстройства с поздним дебютом могут сохраняться на протяжении месяцев и требуют дифференциальной диагностики с шизофренией и бредовыми расстройствами.

Действия при отсутствии результата - при резистентности в разделе F2.

Начальные психотерапевтические вмешательства должны быть очень кратки (сессии от 15 до 30 минут), неформальны и конкретны.

F14.7 РЕЗИДУАЛЬНЫЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КОКАИНА

Характер и алгоритм лечения. Существуют доказательства эффективности дисульфирама в лечении зависимости от кокаина. Его рекомендовано применять в дозе 500 мг в сутки в течение 6-12 месяцев.

Поддерживающая психотерапия - наиболее обоснованный вид терапии (см. F1).

Психосоциальные подходы направлены на достижение адаптации в обществе. Необходимы также тренинги навыков, работа с группой и семьей. Медикаментозное лечение сопутствующих психопатологических расстройств описано в разделе F14.2.

Действия при отсутствии результата - показано сочетание фармако - психо - и социотерапии или помещение в реабилитационный центр для длительной терапии.

Другие трудности. Проведение длительной психотерапии удастся редко из-за низкой мотивации к изменению потребления у пациента.

F15 ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ДРУГИХ СТИМУЛЯТОРОВ, ВКЛЮЧАЯ КОФЕИН

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания помощи, обследование и его кратность, условия лечения, цель, ожидаемые результаты, средняя длительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, побочные эффекты – см.раздел F12.

F16 ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания помощи, обследование и его кратность, условия лечения, цель, ожидаемые результаты, средняя длительность, характер и алгоритм лечения, действия при отсутствии результата, побочные эффекты – см. раздел F14.

F17 ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ НИКОТИНА

F17.0 ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ТАБАКА (ОСТРАЯ НИКОТИНОВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ)

Общая характеристика.

Условия лечения – стационарные (отделение токсикологии) при тяжелой интоксикации, а также у детей и подростков; амбулаторное – при неосложненной интоксикации у взрослых.

Средняя длительность – в стационаре и амбулаторно до 24 часов.

Характер и алгоритм лечения

Специфических антидотов никотину не существует. При выраженной тошноте или рвоте проводится промывание желудка и парентеральное (в/венно капельно) применение физиологического раствора, 5% раствора глюкозы; применяется метоклопрамид.

При вегетативной симптоматике - головокружении, потливости, тахикардии, сердечной аритмии назначаются бета-адреноблокаторы. Обычно с этой целью применяют пропранолол (анаприлин, обзидан) 40-80 мг/сут или атенолол 50-100 мг/сут.

Для купирования интоксикации необходимо до 2-3 часов.

Пациенты, желающие сделать попытку оставить потребление табака, должны быть обеспечены в последующем эффективным лечением. С пациентами, не желающими оставить потребление табака, необходимо провести краткосрочное вмешательство, предназначенное для увеличения мотивации бросить курить.

F17.2 СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НИКОТИНА

F17.3 СИНДРОМ ОТМЕНЫ ТАБАКА

Условия лечения – амбулаторное.

Средняя длительность – до 2-3 месяцев: рекомендуется одномоментное прекращение курения или постепенное снижение дозы потребляемого никотина в течение до 3 - 4 недель.

Характер лечения. Используется сочетание фармакотерапии, поведенческой терапии и социальной поддержки.

Виды лечения:

- Совет бросить курить, сделанный врачом любой специальности.
- Минимальные короткие вмешательства, проводимые индивидуально интенсивно в течение 4 и более сессий.
- Применение группового консультирования.
- Медикаментозное лечение.

Общие правила, принципы и ориентиры при выборе препаратов:

Препараты первой линии:

- никотиновая заместительная терапия: использование жевательной резинки (доза никотина 2 мг), ингалятора, назального спрея, никотинового пластыря.

Препараты второй линии:

- клонидин,
- комбинация нескольких видов никотиновой заместительной терапии.

Препараты, которые не следует рекомендовать: антидепрессанты, бензодиазепины и бета-блокаторы.

Действия при отсутствии результата: авersive вмешательства (быстрое курение, быстрое вдыхание дыма, другие методы) увеличивают воздержание и могут использоваться у курильщиков, желающих бросить курить.

Другие трудности: увеличение веса – рекомендуется диета и физические упражнения, прием препаратов.

Особенности для детского возраста. Необходимо проводить скрининг педиатрических пациентов, их курящих родителей и обеспечивать строгие рекомендации относительно важности полного воздержания от использования табака, необходимости ограничить детей от вдыхания дыма. Рекомендация и поведенческие вмешательства, эффективные у взрослых, могут использоваться у детей и подростков.

У подростков при зависимости от никотина и желании прекратить потребление табака может использоваться фармакотерапия.

F18 ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕТУЧИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ

F18.0 ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ

Средняя длительность лечения - до 7 суток.

Характер лечения. При сопоре или коме лечение проводится в отделении токсикологии или интенсивной терапии. Специфических антидотов не существует. Показана ингаляция кислорода, применение физиологического раствора, 5% раствора глюкозы. Эффективность методов экстракорпоральной детоксикации не доказана. Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики - с этой целью применяют пропранолол (анаприлин, обзидан) 40-80 мг/сут или атенолол 50-100 мг/сут.

F18.1 УПОТРЕБЛЕНИЕ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

F18.2 СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ

Условия лечения: стационарное - при сформировавшейся зависимости с целью изоляции от асоциальной компании и строгого контроля за поведением; амбулаторное - при злоупотреблении ингалянтами без признаков зависимости, при этом обычно оказывается достаточным изолировать подростка от его асоциальной компании.

Средняя длительность: из-за накопления этих веществ в организме при хроническом злоупотреблении детоксификация от ингалянтов может потребовать 3-6 недель. Детоксификация и лечение нередко требуют продленного срока пребывания в стационаре – до 3-4 месяцев.

Виды лечения. Специфические средства для подавления зависимости не разработаны.

Назначение нейролептиков (антипсихотиков) рекомендуется только при выраженных поведенческих расстройствах (гетеро- и аутоагрессия), и только в стационаре. Применяются перициазин и тиоридазин. Перициазин дают в каплях (1 капля 4 % раствора содержит 1 мг) по 5-10 мг 2-3 раза в день. Тиоридазин применяют в таблетках в дозе 10-25 мг 2 или 3 раза в день.

Назначение антидепрессантов показано при стойких аффективных нарушениях:

применяются мапротилин, а также СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, сертралин) при дисфориях.

Часто требуется назначение нормотимиков-антиконвульсантов - появление миоклонических судорог и эпилептической активности на ЭЭГ, эпизодов импульсивности и дисфории являются показаниями для длительной поддерживающей терапии карбамазепином, вальпроатами, ламотриджином, топамаксом.

Для устранения когнитивных нарушений рекомендуется нейрокогнитивная реабилитация. Эффективность ноотропов при терапии этих расстройств не доказана.

Препараты, вызывающие привыкание – бензодиазепины и корректоры - должны быть исключены.

В связи с наличием у таких пациентов резидуальных органических поражений, следует воздерживаться от препаратов с высокой нейротоксичностью («сильных» антипсихотиков в любых формах, особенно депо). При применении антипсихотиков часты экстрапирамидные побочные эффекты, седация и гипотензия.

Психотерапия, психологическая коррекция, семейная терапия. Рекомендуется неконфронтационный подход и акцент на развитии основных жизненных навыков. Рекомендуется терапия действием: арттерапия, музыкотерапия, и занятия, которые вовлекают зрительно-мануальное взаимодействие. Семейная терапия, психообразование.

Особенности в детском и подростковом возрасте. Правовые ситуации. Закона об обязательном лечении токсикоманий в настоящее время не существует. Большинство злоупотребляющих ингалянтами - дети и подростки до 14 лет, поэтому для их лечения требуется согласие родителей или заменяющих их лиц, которое не всегда легко получить. Трудности возникают при отсутствии единого мнения между отцом и матерью. После 14 лет нужно согласие самого подростка. Дается оно еще более неохотно, обычно под давлением инспекции по делам несовершеннолетних, которая настоятельно рекомендует

подростку самостоятельно обратиться к наркологу. В противном случае, в связи с тем, что злоупотребление ингалянтами обычно сочетается с делинквентным (антисоциальным) поведением, подростку угрожает специальное воспитательное учреждение.

F18.5 ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

F18.70 ФЛЭШБЭК

F18.75 ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ

Средняя длительность – при лечении в стационаре до 2 недель.

Характер и алгоритм лечения:

- организация спокойного и безопасного окружения,
- применение бензодиазепинов быстрого действия,
- галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинации, психомоторного возбуждения, его назначают в дозе 0,5-2 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно каждые 2 часа. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг.

Возможно применение других высокопотенцированных антипсихотиков (трифлуоперазин, рисперидон). При применении антипсихотиков часты экстрапирамидные побочные эффекты, седация и гипотензия. Избегать назначения депо–нейролептиков.

Антипсихотический эффект развивается в течение 1-3 недель.

Действия при отсутствии результата - такие же, как и при резистентности в разделе F2.

Правовые ситуации - может потребоваться принудительная госпитализация.

F18.6 АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

F18.7 РЕЗИДУАЛЬНЫЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Характер лечения

Специфические средства для подавления зависимости не разработаны.

Детоксификация, медицинское и неврологическое обследование должны быть проведены до начала лечения указанных состояний.

Для оценки нейрокогнитивных нарушений и разработки индивидуальной программы нейрокогнитивной реабилитации должно быть проведено нейропсихологическое тестирование.

Программа нейрокогнитивной реабилитации проводится в школе или на индивидуальных занятиях, по индивидуальным программам. Необходима работа мультидисциплинарной команды - медицинское, неврологическое, психологическое, профессиональное, физическое восстановление, образовательные компоненты. Поддерживающая психотерапия.

Действия при отсутствии результата - помещение в реабилитационный центр.

Дополнительные трудности. Детоксификация от ингалянтов должна быть выполнена до планирования лечения; ингалянты остаются в жировых тканях тела, их эффекты могут сохраняться в течение недель или месяцев, воздействуя на познавательное функционирование и способность участвовать в лечении. Дефицит внимания, слабый контроль за импульсами и слабые социальные навыки не позволяют проводить групповую терапию.

Особенности для детского возраста. В связи с тем, что данная патология встречается преимущественно в детском и подростковом возрасте, все перечисленные выше подходы ориентированы как на взрослых, так и на детей и подростков.

F20-F29 ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

F20 ШИЗОФРЕНИЯ

Этап купирующей терапии (лечение острого состояния). Начинается от момента начала приступа болезни (обострения) и заканчивается установлением ремиссии или полной редукции симптомов психоза.

Условия лечения: чаще всего в условиях психиатрического стационара, включая, если это необходимо, принудительную (недобровольную) госпитализацию и лечение, согласно статье 30 Закона Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Стационарное лечение необходимо при наличии выраженных психотических расстройств и нарушений поведения, отсутствии у пациента критики и сознания болезни.

Лечение в полустационарных условиях (дневной стационар психоневрологического диспансера) может проводиться при неразвернутом приступе, нерезко выраженной психотической симптоматике и сохранении относительно правильного, социально-приемлемого поведения.

Лечение в амбулаторных условиях является исключением и может проводиться лишь при невыраженной психотической симптоматике, отсутствии угрозы для жизни пациента и окружающих, наличии у пациента достаточной критики к своему состоянию и его социально-упорядоченном поведении, установившихся отношениях сотрудничества с лечащим врачом и следовании плану лечения (комплаенса), а также заинтересованных в лечении членов семьи, проживающих совместно с пациентом.

Продолжительность этапа купирующей терапии составляет: при стационарном лечении – от 1 до 3 месяцев, при полустационарном лечении – от 1 до 3 месяцев, при амбулаторном лечении – от 2 до 3 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Главным методом терапии острых состояний, как и шизофрении в целом, является использование нейролептиков (антипсихотиков). Выбор препаратов и доз в каждом конкретном случае проводят на основании четырех основных показателей:

- психопатологической структуры приступа (обострения), характера и выраженности имеющейся у пациента психопатологической симптоматики;
- спектра психотропной активности препарата;
- реакцией пациента на лечение (есть ли лечебный эффект);
- степени переносимости препарата пациентом, наличия либо отсутствия побочных эффектов и осложнений.

При преобладании в картине обострения галлюцинаторно-параноидной симптоматики и синдрома психического автоматизма лечение в большинстве случаев следует начинать с «сильных» типичных (традиционных) нейролептиков с преимущественно антипсихотическим действием – галоперидола, трифлуоперазина, зуклопентиксол-ацетата, в том числе парентерально, либо в части случаев – с атипичных нейролептиков – рисперидона, клозапина (см. табл. F2-1). Если в картине психоза преобладают психомоторное возбуждение, агрессивность, враждебность, используют нейролептики с преимущественно седативным действием («слабые» типичные нейролептики) –

тизерцин, хлорпромазин, хлорпротиксен, флупентиксол, в том числе парентерально. Полиморфизм психотических расстройств с наличием кататонической и гебефренической симптоматики требует использования типичных «сильных» нейролептиков с широким антипсихотическим действием – мажептила, пипортила, либо атипичных нейролептиков (клозапина или рисперидона).

В случаях, где применение типичных (традиционных) нейролептиков в прошлых приступах болезни либо не дало результата, либо сопровождалось выраженными или опасными побочными эффектами (осложнениями), лечение следует начинать с атипичного нейролептика (антипсихотика) – рисперидона либо клозапина. Это же касается случаев, где имеется повышенный риск развития поздней дискинезии.

Чтобы правильно оценить эффективность терапии, подобрать нужную дозу препарата и уменьшить опасность побочных эффектов, следует избегать применения нейролептических «коктейлей» - то есть нескольких нейролептиков одновременно. Гораздо эффективнее и безопаснее использовать один препарат в достаточной дозе, чем два или более. Лишь иногда, в случаях сочетания галлюцинаторно-бредовой симптоматики с выраженным возбуждением, допустимо на непродолжительное время применение одновременно двух нейролептиков – одного с седативным, другого – с антипсихотическим действием (например, тизерцин + галоперидол либо хлорпротиксен + трифлуоперазин).

Недопустимо одновременное назначение двух препаратов с седативным действием (например, хлорпромазин + хлорпротиксен, хлорпромазин + тизерцин), либо двух препаратов с преимущественно антипсихотическим эффектом (например, галоперидол + трифлуоперазин, галоперидол + мажептил). Точно так же недопустимо одновременное назначение двух атипичных нейролептиков (клозапин + рисперидон). Типичные и атипичные нейролептики (например, рисперидон + галоперидол) также не должны назначаться одновременно. При отсутствии острых показаний, например, резкого психомоторного возбуждения либо тяжелой агрессии, дозу нейролептика (антипсихотика) повышают постепенно, в течение 7-10 дней до тех пор, пока либо будет достигнут лечебный результат, либо разовьются выраженные побочные эффекты. При этом доза нейролептика (антипсихотика) должна быть не максимальной, а минимально эффективной (диапазон доз см. в табл.F2-1). В целом считается, что для купирова-

ния острых состояний при шизофрении требуется доза нейролептика (антипсихотика), соответствующая 400-1000 хлорпромазиновым эквивалентам в сутки (см. табл. F2-2).

Действия врача, если намеченный результат не достигнут. Терапевтическая резистентность. Если проводимое лечение в течение 3-5 недель не дало отчетливого эффекта, необходимо сделать следующее:

- проверить, принимает ли пациент лекарства внутрь, если в этом есть сомнения – усилить контроль или перейти на инъекционное введение того же препарата;
- если пациент принимает лекарство, а эффекта нет, необходимо сменить препарат: для этого следует перейти с типичного нейролептика на атипичный (например, с галоперидола на рисперидон или с трифлуоперазина на клозапин), либо перейти на типичный нейролептик другой химической структуры – например, сменить производное фенотиазина трифлуоперазин на производное бутирофенона галоперидол, производное бутирофенона галоперидол на производное тioxантена зуклопентиксол и т.д.

Если и это не дало эффекта, такой случай относится к терапевтически резистентным. Случай шизофрении следует считать таковым при отсутствии улучшения, несмотря на прием адекватных доз препаратов на протяжении от 6 до 8 недель, если при этом было использовано два и более нейролептика, причем, один из них был атипичным. В таких случаях необходимо использование одного из противорезистентных мероприятий – электросудорожной терапии (ЭСТ), инсулиношоковой терапии, либо одномоментной отмены психотропных средств (методы «обрыва», «зигзага»). В редких, наиболее резистентных случаях, в качестве крайней меры возможно одновременное применение комбинации двух атипичных нейролептиков, комбинации атипичного нейролептика + антиконвульсанта (карбамазепина, либо вальпроатов).

Побочные эффекты. В случае, если применение первого нейролептика хотя и принесло эффект, однако сопровождается выраженными экстрапирамидными побочными явлениями, необходимо несколько снизить дозу препарата, не добавляя при этом корректор (антипаркинсоническое средство). Если это не привело к уменьшению побочных эффектов, следует добавить к лечению корректор в минимально эффективной дозе – циклодол (паркопан, ромпаркин), мидокалм, акинетон или бенактизин (амизил). До этого момента, а тем бо-

лее заранее, до появления экстрапирамидных побочных эффектов корректоры назначать не следует.

Если выраженные экстрапирамидные эффекты сохраняются и после добавления корректора, необходимо прекращение приема типичного (традиционного) нейролептика и перевод пациента на лечение атипичным препаратом – рисперидоном или клозапином. Если и это не дало результата, следует отменить нейролептики и продолжить лечение с использованием транквилизатора-бензодиазепаина, а если и это не дало результата – провести электросудорожную либо инсулиношоковую терапию.

Дополнительные трудности. В случаях, где в состоянии пациента и в ходе лечения возникают дополнительные трудности, необходимо использовать следующие препараты и их сочетания:

- выраженная склонность к агрессии или насилию со стороны пациента → добавление к нейролептику карбамазепина или вальпроатов;

- бессонница → атипичные нейролептики + бензодиазепины (продолжительность приема последних – не более 2-3 недель подряд);

- суицидальное поведение → переход на атипичные нейролептики;

- появление признаков поздней дискинезии → переход на клозапин или рисперидон;

- изменения формулы крови (лимфопения, агранулоцитоз) → категорически противопоказан клозапин, нежелательны галоперидол и хлорпромазин;

- развитие злокачественного нейролептического синдрома → переход на клозапин либо рисперидон, противопоказан галоперидол.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия. В качестве дополнительных к методам психофармакотерапии на этом этапе могут использоваться терапия средой, трудовая терапия в форме терапии занятостью, методы поведенческой и когнитивной психотерапии.

Этап долечивающей и стабилизирующей терапии

Начинается со времени выраженной редукции (купирования) симптомов психоза и начала формирования ремиссии.

Условия лечения. Проводится в полустационарных (дневной стационар) или амбулаторных условиях.

Продолжительность - широко варьирует от пациента к пациенту и зависит от характера течения заболевания. В среднем – от 3 до 9 месяцев.

Характер и алгоритм лечения

Пациент продолжает прием нейролептика (антипсихотика), который оказался эффективен в лечении острого состояния; речь на данном этапе идет только о монотерапии. После купирования острой симптоматики и установления ремиссии доза препарата несколько снижается до такого уровня, чтобы не вызывать побочных эффектов и существенно не снижать качества жизни пациента. Примерная продолжительность приема препарата после купирования первого приступа шизофрении должна составлять не менее 6 месяцев, после второго – 1-1,5 года, после третьего – 2-3 года и более.

Препарат и его дозу необходимо подбирать и изменять так, чтобы постепенно уменьшать седативный и увеличивать стимулирующий эффект. В случае возобновления острых симптомов психоза дозу нейролептика сразу же повышают до прежней.

Дополнительные трудности. Необходимо помнить, что именно на этом этапе растет вероятность развития у пациента постшизофренической (постпсихотической) депрессии, что опасно в плане суицида (см.F20.4). Появление ее симптомов требует добавления к нейролептику антидепрессанта, а также информирования близких пациента. В некоторых случаях возможен переход на традиционный нейролептик со стимулирующим действием (например, сульпирид, флупентиксол или трифлуоперазин в низкой дозе), однако это более опасно в плане вероятности обострения психоза. Лечение постшизофренической депрессии антидепрессантом должно продолжаться не менее 4-6 месяцев.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия. Их роль на этом этапе существенно возрастает. Используются: трудовая терапия, в том числе в форме профессионального обучения и переобучения; занятия по развитию и тренировке социальных навыков; поведенческая и когнитивная психотерапия. Обязательна психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

Этап коррекции негативной симптоматики и восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации. Начинается со времени формирования устойчивой ремиссии.

Условия лечения - проводится в амбулаторных условиях.

Продолжительность – от 6 до 12 месяцев, широко варьирует от пациента к пациенту.

Характер и алгоритм лечения. Продолжение приема нейролептика (антипсихотика) в дозе, не вызывающей выраженных побочных эффектов и существенно не снижающей качества жизни пациента. Необходимо избегать препаратов с выраженным седативным действием. Показано использование атипичных нейролептиков, особенно при необходимости поддержания достаточно высокого уровня социального и профессионального функционирования – например, при продолжении обучения, наличии специальности и сложных профессиональных навыков, квалифицированной работы и т.д., а также пролонгированных форм нейролептиков, особенно в случаях, где затруднен контроль за регулярностью приема препарата (подробнее см. далее этап профилактической терапии).

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия. Продолжаются психообразовательная работа с пациентом и его семьей, занятия по развитию социальных навыков, вовлечение пациента в группы самопомощи, психотерапия в форме поведенческой и когнитивной. Трудовая терапия строится в зависимости от тяжести заболевания, качества ремиссии и уровня социальной адаптации – она может проводиться в условиях лечебно-производственных мастерских, спеццехов либо обычного производства как в форме занятости, так и профессионального обучения, либо работы по специальности.

Этап профилактической (поддерживающей) терапии. Проводится постоянно.

Условия лечения – амбулаторно.

Продолжительность – от 1,5-2 лет до неопределенно длительного, в зависимости от типа течения болезни, непрерывного или эпизодического.

Характер и алгоритм лечения. Для профилактики будущих рецидивов болезни чаще используют тот же препарат, что применялся для купирования острого состояния, но в более низких дозах, как правило, в виде монотерапии. При переходе на более низкие дозы нейролептика (антипсихотика) делать это нужно постепенно, в течение 2-4 недель. Поддерживающая терапия может проводиться по двум методикам – непрерывной, наиболее частой, когда пациент принимает препарат постоянно, и прерывистой, когда пациент начинает прием препарата лишь при появлении продромальных явлений психоза либо острой психотической симптоматики. Непрерывную мето-

дику следует использовать в случаях шизофрении с непрерывным течением, прерывистую – лишь при формах, протекающих с отчетливой приступообразностью, наличием длительных ремиссий и лишь в тех случаях, где установлен постоянный терапевтический контакт с пациентом, его семьей и возможен постоянный мониторинг для выявления начальных проявлений рецидива.

Дополнительные трудности. При длительном приеме нейролептиков возрастает опасность развития поздней дискинезии – это тяжелое осложнение с годами развивается примерно у 20% пациентов, принимающих нейролептики, примерно у 5% каждый год. Для профилактики поздней дискинезии необходимо проводить мониторинг ее проявлений: при использовании типичных нейролептиков – раз в 4 месяца, при использовании атипичных нейролептиков – раз в 6 месяцев, при использовании клозапина – раз в 9 месяцев. При возникновении ее первых проявлений необходимо либо перейти на прием атипичных нейролептиков – клозапина или рисперидона, либо перейти на прерывистую методику поддерживающего лечения.

Если есть основания предполагать, что пациент не выполняет план лечения (отсутствие комплаенса), либо контроль за регулярностью приема по тем или иным причинам затруднен, следует использовать один из депо-препаратов – галоперидол-деcanoат, флуфеназин деkаноат, пипотиазин, флупентиксол деkаноат, зуклопентиксол деkаноат, рисперидон депо.

При этом необходимо сначала постепенно прекратить лечение обычным препаратом, затем ввести однократно тестовую дозу депо-препарата, чтобы оценить его переносимость и побочные эффекты. Тестовые дозы составляют: для галоперидола деkаноата – 25 мг, флуфеназина -12,5 мг, флупентиксола деkаноата – 20 мг, зуклопентиксола деkаноата – 100 мг, рисперидона-депо – 25 мг внутримышечно. Лечение депо-препаратом начинают с минимальной терапевтической дозы, в течение как минимум первого месяца дозу не следует увеличивать. Инъекции повторяют через максимально разрешенные промежутки времени – для галоперидола деkаноата и флюанксoла депо – 2-3 недели, флуфеназина-деkаноата и пипортила - 3-4 недели, зуклопентиксола деkаноата – 2-3 недели, рисперидона депо – 2 недели; более короткие интервалы при этом неэффективны. Недопустимо использование одновременно нескольких депо-препаратов.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия. Продолжение психообразовательных мероприятий с пациентом и его ок-

ружением. Участие в группах самопомощи. Поведенческая и когнитивная психотерапия, групповые занятия по развитию социальных навыков. Трудовая терапия в зависимости от качества ремиссии и достигнутого уровня социальной адаптации.

F20.0 ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Тип течения:

F20.00 НЕПРЕРЫВНЫЙ

F20.01 ЭПИЗОДИЧЕСКИЙ С НАРАСТАЮЩИМ ДЕФЕКТОМ

Условия лечения. Чаще всего стационарное – при наличии выраженной продуктивной симптоматики и при поведении, представляющем угрозу жизни и безопасности пациента и окружающих его лиц. Дневной стационар – при наличии продуктивной симптоматики, если она существенно не нарушает социальную адаптацию пациента и не обуславливает его опасность для себя и окружающих. Амбулаторное – в редких случаях, когда продуктивная симптоматика нерезко выражена и социальная адаптация существенно не нарушена.

F20.1 ГЕБЕФРЕНИЧЕСКАЯ (ГЕБЕФРЕННАЯ) ШИЗОФРЕНИЯ

Тип течения:

F20.00 НЕПРЕРЫВНЫЙ

F20.01 ЭПИЗОДИЧЕСКИЙ С НАРАСТАЮЩИМ ДЕФЕКТОМ

Условия лечения. Чаще всего стационарное – при наличии выраженной продуктивной симптоматики и при поведении, представляющем угрозу жизни и безопасности пациента и окружающих его лиц. Дневной стационар – при наличии продуктивной симптоматики, если она существенно не нарушает социальную адаптацию пациента и не обуславливает его опасность для себя и окружающих. Амбулаторное – в единичных случаях, когда продуктивная симптоматика нерезко выражена и социальная адаптация существенно не нарушена.

Неблагоприятное непрерывное течение и тяжесть дефекта требуют использования «сильных» типичных нейролептиков в средних и высоких дозах, либо атипичных нейролептиков. При продолжении терапии в амбулаторных условиях в связи с недостаточным комплай-

енсом целесообразно использование нейролептиков-депо пролонгированного действия.

Поддерживающая терапия проводится, как правило, по непрерывной методике.

F20.2 КАТАТОНИЧЕСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Тип течения:

F20.20 НЕПРЕРЫВНЫЙ

F20.21 ЭПИЗОДИЧЕСКИЙ С НАРАСТАЮЩИМ ДЕФЕКТОМ

F20.23 ЭПИЗОДИЧЕСКИЙ РЕМИТТИРУЮЩИЙ

Условия лечения. Чаще всего стационарное – при наличии выраженной продуктивной симптоматики и при поведении, представляющем угрозу жизни и безопасности пациента и окружающих его лиц. Стационарное лечение безусловно необходимо при острых приступах болезни с эпизодическим ремиттирующим течением (люцидная и онейроидная кататония). Дневной стационар – при наличии продуктивной симптоматики, если она существенно не нарушает социальную адаптацию пациента и не обуславливает его опасность для себя и окружающих. Амбулаторное – в единичных случаях, когда продуктивная симптоматика нерезко выражена и социальная адаптация существенно не нарушена.

Неблагоприятное непрерывное течение и тяжесть дефекта требуют использования «сильных» типичных нейролептиков в средних и высоких дозах, либо атипичных нейролептиков. В случаях эпизодического ремиттирующего течения (онейроидная кататония) необходим усиленный контроль за состоянием соматической сферы и лабораторных показателей, дезинтоксикационные мероприятия, в ряде случаев при неэффективности лечения нейролептиками – проведение нескольких сеансов ЭСТ.

F20.3 НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Тип течения:

F20.30 НЕПРЕРЫВНЫЙ

F20.31 ЭПИЗОДИЧЕСКИЙ С НАРАСТАЮЩИМ ДЕФЕКТОМ

F20.32 ЭПИЗОДИЧЕСКИЙ СО СТАБИЛЬНЫМ ДЕФЕКТОМ

Условия лечения. Стационарное – при наличии выраженной продуктивной симптоматики и при поведении, представляющем угрозу жизни и безопасности пациента и окружающих его лиц. Дневной стационар – при наличии продуктивной симптоматики, если она существенно не нарушает социальную адаптацию пациента и не обуславливает его опасность для себя и окружающих. Амбулаторное – в редких случаях, когда продуктивная симптоматика нерезко выражена и социальная адаптация существенно не нарушена.

Используются «сильные» типичные нейролептики либо атипичные нейролептики.

F20.4 ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

Условия лечения. Стационарное – при наличии выраженной депрессивной симптоматики и/или суицидальных тенденций. Дневной стационар и амбулаторное – при долечивании и наличии легкой депрессивной симптоматики без суицидальных тенденций, а также при условии достаточного комплайенса.

Продолжительность – 2-4 месяца, амбулаторно – 4-6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Необходимо дополнительное к нейролептику (антипсихотику) назначение какого-либо одного из антидепрессантов в средних дозах, преимущественно с седативным действием – доксемина, amitриптилина, amitриптилина-ретард, тианептина, тримипрамина, флувоксамина, либо антидепрессантов со сбалансированным действием – мапротилина, сертралина, эсциталопрама, кломипрамина. Использование антидепрессантов с выраженным стимулирующим действием (например, имипрамина, флуоксетина или моклобемида) противопоказано ввиду возможности вызвать обострение психотической симптоматики. При этом доза нейролептика (антипсихотика) может быть несколько снижена; возможен также переход к менее «сильному» антипсихотическому препарату.

Дополнительные трудности. Часть случаев постшизофренической депрессии может быть связана с наличием выраженных экстрапирамидных побочных эффектов и ослабевать при их уменьшении, в таких случаях также необходимо снижение дозы нейролептика, либо переход к менее «сильному» нейролептику (например, от галоперидола к флупентиксолу), либо добавление корректоров, либо переход на лечение атипичным нейролептиком (рисперидоном или клозапи-

ном). В связи с возрастанием опасности суицида, необходимо постоянное наблюдение, а при амбулаторном лечении – работа с семьей.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия – то же, что при F20.

При постшизофренической депрессии возрастает важность когнитивной и поведенческой психотерапии, тренинга социальных навыков, психообразовательной работы с пациентом и его ближайшим окружением.

F20.5 ОСТАТОЧНАЯ (РЕЗИДУАЛЬНАЯ) ШИЗОФРЕНИЯ

Условия лечения. Чаще всего полустационарное (дневной стационар), реже стационарное – для больных с неполной ремиссией и наличием отчетливой остаточной психотической симптоматики, либо невозможности начать реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях. Амбулаторное – для пациентов с маловыраженной остаточной психотической симптоматикой.

Продолжительность – то же, что при F20.

Характер и алгоритм лечения. При преобладании негативной симптоматики чаще используются нейролептики со стимулирующим эффектом (сульпирид, трифлуоперазин, флупентиксол или тиоридазин в невысоких дозах), атипичные нейролептики (рисперидон, клозапин) или депо-препараты в невысоких дозах в виде монотерапии.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия – то же, что при F20.

Наиболее важны тренинг социальных навыков, поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F20.6 ПРОСТАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Тип течения:

F20.60 НЕПРЕРЫВНЫЙ

Условия лечения. Чаще всего полустационарное (дневной стационар), реже стационарное – для больных с впервые установленным диагнозом для подбора лечения с целью сдерживания прогрессивности болезни. Амбулаторное – для пациентов со стабильной негативной симптоматикой.

Продолжительность – до 2-3 мес. в дневном стационаре.

Характер и алгоритм лечения. Традиционные «сильные» нейролептики (трифлуоперазин, галоперидол, мажептил, зуклопентиксол) в малых дозах, либо атипичные нейролептики (рисполепт или клозапин), либо традиционные нейролептики со стимулирующим эффектом (сульпирид, тиоридазин, флупентиксол). При низком комплаенсе переход на депо-нейролептики.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия – то же, что при F20.

Наиболее важны тренинг социальных навыков, поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F21 ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

Условия лечения. Как правило, амбулаторное. Стационарное и полустационарное – для больных с впервые установленным диагнозом для подбора лечения, либо в случаях грубо нарушенной социальной адаптации.

Характер и алгоритм лечения. Выбор психотропных препаратов зависит от преобладающей на это время психопатологической симптоматики. В части случаев необходим прием нейролептиков в невысоких дозах, однако он не носит столь постоянного и облигатного характера, как при формах расстройств, перечисленных выше. Показаны атипичные нейролептики либо депо-препараты в невысоких дозах, всегда в форме монотерапии. При наличии колебаний настроения, тревоги, неврозоподобной симптоматики – антидепрессанты и транквилизаторы.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия – тренинг социальных и коммуникативных навыков, когнитивная и поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F22 ХРОНИЧЕСКИЕ БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

F22.0 БРЕДОВОЕ РАССТРОЙСТВО

F22.8 ДРУГИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Условия лечения, продолжительность – то же, что при F20. В стационаре – 2-3 месяца.

Характер и алгоритм лечения. Длительное использование «сильных» типичных нейролептиков с антибредовым действием (галоперидола, трифлуоперазина, этаперазина), либо атипичных нейролептиков (клозапина, рисперидона).

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия – психологическая образовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F23 ОСТРЫЕ И ТРАНЗИТОРНЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

F23.0 ОСТРОЕ ПОЛИМОРФНОЕ ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО БЕЗ СИМПТОМОВ ШИЗОФРЕНИИ

F23.1 ОСТРОЕ ПОЛИМОРФНОЕ ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО С СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНИИ

F23.2 ОСТРОЕ ШИЗОФРЕНОПОДОБНОЕ ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

F23.3 ДРУГИЕ ОСТРЫЕ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО БРЕДОВЫЕ, ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

F23.8 ДРУГИЕ ОСТРЫЕ И ТРАНЗИТОРНЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Условия лечения, продолжительность – вначале, как правило, стационарное, продолжительностью 2-3 месяца, на последующих этапах – полустационарное и амбулаторное.

Характер и алгоритм лечения, дополнительные трудности, социально-трудовая реабилитация и психотерапия - те же, что и для этапа купирующей терапии при F20.

F24 ИНДУЦИРОВАННОЕ БРЕДОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Условия лечения, продолжительность – вначале, как правило, стационарное, продолжительностью 2-3 месяца, в связи с необходимостью разъединения пациента с партнером-индуктором. На последующих этапах – полустационарное и амбулаторное, но только при условии возможности разъединения пациента с партнером-индуктором.

Характер и алгоритм лечения – применение нейролептиков в малых и средних дозах.

Дополнительные трудности. Необходимо полное разъединение пациента и партнера-индуктора на весь период как стационарного, так и амбулаторного лечения; при возможности – лечение партнера-индуктора.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия – когнитивная и поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F25 ШИЗОАФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

F25.0 ШИЗОАФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, МАНИАКАЛЬНЫЙ ТИП

Условия лечения, продолжительность. Стационарное – при значительной выраженности психопатологической симптоматики, значительном нарушении социальной адаптации пациента, наличии угрозы жизни и безопасности пациента и окружающих. Продолжительность стационарного лечения - 2-3 месяца. Полустационарное и амбулаторное – при нерезко выраженной психопатологической симптоматике, относительной социальной адаптации и отсутствии угрозы жизни и безопасности пациента и окружающих.

Характер и алгоритм лечения. Выбор препаратов проводится в зависимости от выраженности и удельного веса двух групп расстройств – с одной стороны, галлюцинаторно-бредовой, кататонической и иной шизофренической симптоматики, а с другой стороны – аффективных нарушений. При значительной выраженности и преобладании симптомов первой группы используют какой-либо из «сильных» типичных нейролептиков (галоперидол, трифлуоперазин, зуклопентиксол ацетат), часто парентерально, либо какой-либо из атипичных нейролептиков (клозапин, рисперидон). При маниакальном аффекте прием нейролептика сочетают с приемом какого-либо из нормотимиков - чаще карбоната лития в дозах от 600-900 мг до 1200-1500 мг в сутки так, чтобы концентрация лития в плазме крови составила от 0,7 до 1,0 ммоль/л. При плохой переносимости солей лития, наличии противопоказаний к их приему, либо отсутствии эффекта от их применения используют карбамазепин в дозах 800-1200 мг в сутки, либо вальпроевую кислоту (вальпроат натрия) в дозе 100-1200 мг в сутки.

На этапе профилактической (поддерживающей) терапии используют либо сочетание приема одного из нейролептиков с одним из

нормотимиком, либо прием какого-либо из нормотимиков. При использовании для этого карбоната лития лечение начинают с 600 мг в день, постепенно повышая дозу так, чтобы концентрация лития в плазме крови составила 0,6-0,8 ммоль/л. Концентрация лития должна определяться в первые полгода – не реже 1 раза в 2 месяца, в последующем – не реже 1 раза в 4-6 месяцев. При изменении дозы препарата необходимо вновь проверить концентрацию через неделю.

Как на этапе купирования острого состояния, так и на остальных этапах лечения возможно также использование нормотимиков-антиконвульсантов – карбамазепина, вальпроатов, топирамата, ламотриджина (см. F31).

Дополнительные трудности. В случаях высокой частоты приступов болезни, при быстрой смене расстройств аффекта - от мании к депрессии и наоборот («быстрая цикличность») - в качестве нормотимика следует сразу же использовать карбамазепин либо вальпроевую кислоту. При отсутствии профилактического эффекта от приема солей лития в течение года следует перейти на поддерживающее лечение карбамазепином или вальпроевой кислотой. На этапе поддерживающего лечения дозы карбамазепина составляют от 600 до 1000 мг, вальпроевой кислоты – от 600 до 1200 мг в сутки. Для наступления профилактического эффекта при этом необходимо как минимум 3-4 месяца непрерывного приема.

В некоторых резистентных случаях возможен одновременный прием с профилактической целью карбамазепина и карбоната лития, при этом концентрация последнего в плазме крови не должна превышать 0,4-0,5 ммоль/л. Одновременное использование карбамазепина и препаратов вальпроевой кислоты не допускается.

В случае, если все проводимые мероприятия не дали результата, необходимо проведение нескольких сеансов ЭСТ.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия – трудовая терапия, терапия занятостью, когнитивная и поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F25.1 ШИЗОАФФЕКТИВНЫЙ ПСИХОЗ ДЕПРЕССИВНОГО ТИПА

Условия лечения, продолжительность. Стационарное – при значительной выраженности психопатологической симптоматики,

значительном нарушении социальной адаптации пациента, наличии угрозы жизни и безопасности пациента и окружающих. Продолжительность стационарного лечения - 2-3 месяца. Полустационарное и амбулаторное – при нерезко выраженной психопатологической симптоматике, относительной социальной адаптации и отсутствии угрозы жизни и безопасности пациента и окружающих.

Характер и алгоритм лечения. Выбор препаратов проводится в зависимости от выраженности и удельного веса двух групп расстройств – с одной стороны, галлюцинаторно-бредовой, кататонической и иной шизофренической симптоматики, а с другой стороны – аффективных нарушений. При значительной выраженности и преобладании симптомов первой группы используют какой-либо из типичных нейролептиков (галоперидол, трифлуоперазин, зуклопентиксол, флупентиксол) либо какой-либо из атипичных нейролептиков (клозапин, рисперидон). При депрессивном аффекте прием нейролептика сочетают с приемом какого-либо одного из антидепрессантов в средней или высокой дозе– трициклического (амитриптилин, кломипрамина, тримипрамина, тианептина и др.), либо СИОЗС (флувоксамина, сертралина, эсциталопрама, флуоксетина). При этом необходимо учитывать, что использование антидепрессантов с выраженным стимулирующим эффектом (имипрамина, флуоксетина) может в ряде случаев привести к обострению психотической симптоматики.

Дополнительные трудности. При отсутствии терапевтического эффекта возможно проведение сеансов ЭСТ, а также метода одномоментной отмены психотропных средств.

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия – трудовая терапия, терапия занятостью, тренинг социальных навыков, когнитивная и поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

F25.2 ШИЗОАФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, СМЕШАННЫЙ ТИП

Характер и алгоритм лечения. Применение нейролептиков (антипсихотиков), солей лития, карбамазепина, вальпроатов, топирамата, ламотриджина, антидепрессантов в зависимости от характера психопатологической симптоматики в соответствии с правилами, описанными в разделах F.25.0 и F.25.1

Социально-трудовая реабилитация и психотерапия – трудовая терапия, тренинг социальных навыков, когнитивная и поведенче-

ская психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его ближайшим окружением.

ШИЗОФРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

(Шизофрения, детский тип – относится к рубрике F20.8 Другие формы шизофрении)

Условия лечения. Как правило, стационарное. Госпитализация с согласия родителей или иного законного представителя до 14-летнего возраста ребенка. Амбулаторное лечение – в единичных случаях, когда продуктивная и негативная симптоматика нерезко выражена, поведение и социальная адаптация существенно не нарушены.

Продолжительность, этапы, характер и алгоритм лечения, дополнительные трудности, социально-трудовая реабилитация и психотерапия – в целом те же, что указаны в разд. F20.

Особенностями биологического лечения, в сравнении со взрослыми, является более медленное повышение доз психотропных препаратов, повышенное внимание к появлению побочных эффектов, соблюдение возрастных пределов дозировок, предпочтительность монотерапии перед полипрагмазией, повышенная осторожность при использовании депо-препаратов. К числу нейролептиков (антипсихотиков), которые более целесообразно использовать у пациентов детского и подросткового возраста, относятся тиоридазин, алимемазин, рисперидон, перициазин, флупентиксол, зуклопентиксол, сульпирид, галоперидол, трифлуоперазин. При необходимости лечение нейролептиком (антипсихотиком) может дополняться приемом антидепрессантов, транквилизаторов либо нормотимиков в возрастных дозировках.

Психотерапия: игровая, поведенческая, семейное консультирование, психообразовательная работа с семьей.

Таблица F2-1. Нейролептики: характер действия и уровни применяемых доз

(мг в сутки внутрь)

Препарат	Дозы		
	Низкие	Средние	Высокие
<i>Препараты преимущественного седативного действия («слабые» типичные нейролептики)</i>			
Хлорпромазин (аминазин)	50-150	150-400	400-1000
Левомепромазин (тизерцин)	50-100	100-400	400-600
Хлорпротиксен (труксал)	30-60	60-100	100-300
Тиоридазин (сонапакс, меллерил)	25-100	100-200	200-600
Зуклопентиксол (клопиксол)	2-30	30-75	75-150
Неулептил (перициазин)	10-50	50-75	75-100
Терален (алимемазин)	10-40	40-75	75-100
<i>Препараты преимущественно антипсихотического действия («сильные» типичные нейролептики)</i>			
Трифлуоперазин (трифтазин)	5-10	10-40	40-80
Галоперидол	3-6	6-20	20-80
Этаперазин (перфеназин)	10-20	20-60	60-100
Мажептил (тиопроперазин)	5-15	15-30	30-60
Флуфеназин (модитен)	3-10	10-15	15-20
Пипортил (пипотиазин)	30-60	60-90	90-120
Флупентиксол (флюанксол)	3-10	10-40	40-150
<i>Препараты преимущественно стимулирующего действия</i>			
Сульпирид (эглонил)	100-300	300-600	600-2000
<i>Атипичные нейролептики (антипсихотики)</i>			
Клозапин (лепонекс, азалептин)	50-100	100-300	300-600
Рisperидон (рисполепт)	2-3	3-5	5-10

Таблица F2-2. Дозы нейролептиков (антипсихотиков), эквивалентные 100 мг хлорпромазина внутрь (хлорпромазиновый эквивалент)

Препарат	Доза, эквивалентная 100 мг хлорпромазина	Относительная антипсихотическая мощность
Галоперидол	2-3	высокая
Трифлуоперазин	5	высокая
Тиоридазин	100	низкая
Этаперазин	10	средняя
Хлорпротиксен	75	низкая
Флюпентиксол	3	высокая
Флуфеназин	3-5	высокая
Зуклопентиксол	20	средняя
Сульпирид	200	низкая
Клозапин	50	средняя
Рisperидон	0,6-0,8	высокая

F30–F39. РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)

Этап купирующей терапии - лечение острой аффективной симптоматики. Начинается от момента начала лечения приступа болезни (обострения) и заканчивается установлением ремиссии или значительной редукции болезненных симптомов.

Условия лечения. Проводится как в стационарных, так и в полустационарных (дневной стационар) и амбулаторных условиях. В амбулаторных и полустационарных условиях может проводиться лечение пациентов с небольшой глубиной эпизодов аффективных расстройств (гипомания, легкий или умеренный депрессивный эпизод), при условии их упорядоченного поведения, установившихся отношениях сотрудничества с лечащим врачом и следовании плану лечения (комплаенса), наличии семейной поддержки, отсутствии суицидальных и социально-опасных тенденций.

В условиях психиатрического стационара должны обследоваться и лечиться случаи со значительной глубиной эпизодов, наличием суицидальных и социально-опасных тенденций, а также неэффективности предшествовавшего амбулаторного лечения. Стационарное лечение необходимо также при наличии выраженных психотических расстройств и значительных нарушений поведения, отсутствии у пациента критики и сознания болезни. При этом в некоторых случаях может потребоваться принудительная (недобровольная) госпитализа-

ция и лечение согласно статье 30 Закона Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Продолжительность этапа составляет: при стационарном лечении – от 1 до 3 месяцев, при полустационарном лечении – от 1 до 4 месяцев, при амбулаторном лечении – от 2 до 6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения – в зависимости от характера, глубины и психопатологической структуры приступа, см. разделы F30- F38.

Этап долечивающей и стабилизирующей терапии. Начинается от времени достижения ремиссии или значительной редукции симптомов болезни и продолжается вплоть до полного окончания фазы, включая нормализацию мозговых нарушений, которые являются предполагаемой основой фазы болезни. Включает «дозревание» ремиссии, исчезновение колебаний настроения и другой остаточной симптоматики.

Условия лечения: проводится, как правило, в амбулаторных или полустационарных условиях.

Продолжительность этапа составляет 4-6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения – в зависимости от характера, глубины и психопатологической структуры приступа, см. разделы F30- F39.

Этап профилактической (поддерживающей, противорецидивной) терапии. Начинается со времени установления прочной ремиссии и продолжается не менее 1 года, в некоторых случаях – неопределенно долго. Необходим не во всех, а лишь в следующих случаях:

- большая частота приступов заболевания (один приступ в год и более);
- невысокое качество ремиссии с сохранением остаточной аффективной симптоматики;
- если за последние 3 года пациент перенес тяжелый, либо затяжной (более 6 месяцев), либо терапевтически резистентный, либо угрожавший жизни эпизод болезни (например, с серьезными суицидальными тенденциями, отказами от еды, истощением и т.д.).

Условия лечения: амбулаторно.

Продолжительность – от 3-4 лет до неопределенно долгого. Может быть прекращено, если на протяжении 3-4 лет сохраня-

ется состояние полной ремиссии без остаточных симптомов; при этом необходима постепенность и осторожность, так как в ряде случаев прекращение лечения может привести к очередному обострению.

Характер и алгоритм лечения – в зависимости от характера, глубины и психопатологической структуры приступа, см. разделы F30- F38.

F 30 МАНИАКАЛЬНЫЙ ЭПИЗОД

Продолжительность – от 2 нед. до 3 мес.

Характер и алгоритм лечения

Соблюдаются все правила для лечения биполярного аффективного расстройства (F31). Для купирования состояния мании препаратами первого выбора являются нормотимики:

- карбонат лития внутрь в дозах от 900 до 1500 мг/сут под контролем содержания лития в плазме; дозу подбирают таким образом, чтобы содержание лития в плазме крови находилось в пределах от 0,7 до 1,2 ммоль/л, при этом кровь берется натощак через 10-12 часов после последнего приема препарата;

- если прием препаратов лития внутрь по каким-либо причинам затруднен, может быть использован оксибутират лития в виде 20% раствора для введения внутримышечно, внутривенно медленно струйно или внутривенно капельно в дозе от 1600 до 3000 мг/сут, контроль содержания лития в плазме крови проводится по тем же правилам;

- карбамазепин в дозах от 600 до 1200 мг/сут внутрь; особенно показан в случаях с быстрой сменой фаз, при значительном преобладании маний и смешанных состояниях, при неэффективности препаратов лития; повышает активность печеночных ферментов и тем самым ускоряет метаболизм других лекарственных средств; содержание карбамазепина в плазме крови должно находиться в пределах от 20 до 40 мкмоль/л (6-10 мкг/л);

- соли вальпроевой кислоты – вальпроаты (депакин и депакин-хроно, депамид, конвулекс, ацедипрол и др.) в дозах от 500 до 2000 мг/сут; особенно показаны при неэффективности препаратов лития и карбамазепина, при преобладании маниакальных состояний и быстрой цикличности; иногда могут вызывать нарушение функций печени и поджелудочной железы, а также лейко- и тромбоцитопению, увеличивать время кровотечения; со-

держание вальпроата в плазме крови должно находиться в пределах от 300 до 800 мкмоль/л;

- топирамат (топамакс) в дозах 200-300 мг в сутки.

Как правило, у одного пациента используется какой-либо один из препаратов-нормотимиков; при отсутствии эффекта одного из них следует заменить его другим – например, карбонат лития на карбамазепин, карбамазепин на вальпроат и т.д.

При наличии выраженного психомоторного возбуждения, дополнительных психотических (бредовых) симптомов, либо, если прием нормотимика (нормотимиков) не дал эффекта, к нормотимику следует добавить какой-либо один из препаратов-нейролептиков (антипсихотиков):

- галоперидол внутримышечно или внутрь в дозе от 10 до 40 мг/сут;

- клозапин внутрь в дозе от 100 до 400-500 мг/сут;

- рисперидон внутрь в таблетках или каплях в дозе от 2 до 6 мг/сут;

- зуклопентиксол внутрь в дозе 30-75 мг/сут либо зуклопентиксол ацетат внутримышечно в дозе 50-150 мг каждые 3 суток не более трех инъекций.

При использовании нейролептиков (антипсихотиков) следует руководствоваться правилами их использования в купировании острых состояний при шизофрении (см. F20).

Эффект от проводимого лечения должен наступить в течение 2-3 недель и выразиться в снижении интенсивности возбуждения, выравнивании настроения, нормализации сна, упорядочении поведения.

Действия врача, если намеченный результат не достигнут.

Терапевтическая резистентность. Если проводимое лечение через 3-4 недели не дало эффекта, необходимо сделать следующее:

- проверить, принимает ли пациент лекарство внутрь, особенно если лечение ведется амбулаторно; если в этом есть сомнение – усилить контроль за приемом лекарств или перейти на парентеральное введение препарата;

- к принимаемому пациентом нормотимику добавить нейролептик (антипсихотик); атипичные препараты (клозапин, рисперидон) имеют в таких случаях преимущество перед типичными;

- повысить дозу нормотимика; если и это не дало эффекта – провести замену нормотимика (например, карбонат лития на

карбамазепин или на вальпроат, карбамазепин на топирамат и т.д.);

- в редких случаях терапевтической резистентности возможно непродолжительное совместное назначение двух препаратов-нормотимиков – карбоната лития и карбамазепина в невысоких дозах; необходимо при этом иметь в виду, что такое сочетание повышает вероятность побочных эффектов каждого из них; сочетание карбамазепина и вальпроатов не используется;

- добавить к принимаемому нормотимику бензодиазепиновый транквилизатор в средних или высоких дозах – диазепам, клоназепам или лоразепам;

- при неэффективности описанных выше мероприятий провести курс ЭСТ (5-7 сеансов), после чего продолжить лечение нормотимиком в сочетании с антипсихотиком.

F30.0 ГИПОМАНИЯ

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31). В лечении чаще всего используются нормотимики, нейролептики (антипсихотики) применяются редко и в небольших дозах. ЭСТ практически не используется.

По сравнению с состояниями мании (F31.1) и мании с психотическими симптомами (F31.2) возрастают возможности и важность когнитивно-бихевиоральной терапии, обучения пациента и работы с семьей.

F30.1 МАНИЯ БЕЗ ПСИХОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Условия лечения – как правило, в условиях психиатрического стационара.

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31). В лечении с близкой частотой используются как нормотимики, так и нейролептики (антипсихотики). Выше, чем при гипомании частота терапевтически резистентных случаев, значительно более низок комплаенс. В некоторых случаях возникает необходимость использования ЭСТ.

F30.2 МАНИЯ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

Условия лечения – в условиях психиатрического стационара. Нередко возникает необходимость насильственной госпитализации.

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31). Нейролептики (антипсихотики) в лечении используются во всех случаях, начиная с первых дней терапии. Значительно чаще, чем при мании без психотических симптомов (F30.1), возникает необходимость использования ЭСТ.

F31 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Соблюдаются все правила и принципы, изложенные в общей части (F30–F39). Лечение приступов (эпизодов) мании – см. F30, депрессии – см. F32. В схему лечения на этапе купирующей терапии (этап 2) обязательно включается какой-либо из препаратов-нормотимиков, прием которого продолжается на последующих этапах лечения (3 и 4).

Профилактическая терапия. Наиболее широко используемым нормотимиком является карбонат лития, профилактический эффект при его длительном приеме отмечается примерно в 70% случаев. При проведении профилактической (противорецидивной) терапии доза его составляет обычно от 600 до 1200 мг в сутки. Лечение начинают с приема 300 мг в один прием, повышая дозу каждые 3-4 дня на 300 мг. Первое определение содержания лития в плазме крови следует сделать при приеме 600 или 900 мг препарата в 2 приема. Исследование повторяют вначале 1 раз в неделю, при этом необходимо, чтобы содержание лития составило от 0,6 до 0,8 ммоль/л (для детей – 0,4-0,6 ммоль/л). После того как правильная доза препарата подобрана, содержание лития в плазме нужно определять не реже чем 1 раз в 2 месяца в течение полугода, затем – не реже, чем каждые 4-6 месяцев. Чем выше доза препарата, необходимая для достижения нужной концентрации его в плазме, тем профилактический эффект слабее. Если в течение 1 года приема, несмотря на правильно проводимое лечение, профилактический эффект не наступил (то есть частота приступов не уменьшилась), необходимо перейти на прием другого препарата-нормотимика.

С этой же целью могут быть использованы препараты-антиконвульсанты – карбамазепин, соли вальпроевой кислоты (вальпроаты), топирамат, ламотриджин. Профилактическое лечение

карбамазепином начинают с приема 200 мг внутрь, повышая дозу на 100-200 мг каждые 3-4 дня до максимально переносимой; как только появляются первые побочные эффекты (выраженная седация и сонливость, атаксия, смазанность речи и др.) повышение дозы прекращают или даже немного ее уменьшают. Показателем правильной дозы препарата может служить наличие у пациента очень легкой седации. Обычная доза для поддерживающей терапии – от 600 до 800-1000 мг/сут. Терапевтическая концентрация карбамазепина в плазме крови при поддерживающем лечении должна находиться в пределах от 17 до 40 мкмоль/л или 4-10 мкг/мл. Профилактический эффект лечения не зависит напрямую от концентрации препарата в крови.

Профилактическое лечение вальпроатами начинают с дозы 150-200 мг, постепенно повышая дозу на 200 или 300 мг каждые 2-3 дня. Обычная доза – от 600 до 1200 мг в сутки в 2 или 3 приема. Терапевтическая концентрация вальпроата в плазме крови при поддерживающем лечении должна находиться в пределах от 350 до 700 мкмоль/л или 50-100 мг/л. Профилактический эффект лечения не зависит напрямую от концентрации препарата в крови.

Лечение топираматом назначают с дозы 25 мг 1 раз в день вечером в течение 1 недели, затем повышают дозу на 25 или 50 мг каждую неделю. Обычная доза составляет от 100 до 300 мг в сутки в два приема.

Лечение ламотриджином начинают с дозы 25 мг 1 раз в сутки, через 2 недели дозу повышают до 50 мг, затем дозу повышают каждые 1-2 недели на 25 или 50 мг. Обычная доза составляет от 100 до 400 мг в сутки в 2 приема. Лечение препаратом может быть начато не только в состоянии мании или ремиссии, но и в состоянии депрессии. Использование в качестве профилактической терапии препаратов-антиконвульсантов в сравнении с карбонатом лития предпочтительнее при высокой частоте приступов и быстрой цикличности (4 и более приступа за год).

Дополнительные трудности. Терапевтическая резистентность. В случаях быстрой цикличности при отсутствии профилактического эффекта от приема нормотимиков показано проведение курса ЭСТ с последующим продолжением приема одного из этих препаратов.

F31.0 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД ГИПОМАНИИ

Условия лечения – амбулаторно или в условиях полустационара.

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31). В лечении чаще всего используются нормотимики, нейролептики (антипсихотики) применяются редко и в небольших дозах. ЭСТ практически не используется.

F31.1 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД МАНИИ БЕЗ ПСИХОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Условия лечения – как правило, в условиях психиатрического стационара.

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31). В лечении с близкой частотой используются как нормотимики, так и нейролептики (антипсихотики). Выше, чем при гипомании, частота терапевтически резистентных случаев, значительно более низок комплаенс. В некоторых случаях возникает необходимость использования ЭСТ.

F31.2 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД МАНИИ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

Условия лечения – в условиях психиатрического стационара. Нередко возникает необходимость насильственной госпитализации.

Соблюдаются изложенные выше правила лечения маниакального эпизода (F30) и биполярного аффективного расстройства (F31). Нейролептики (антипсихотики) в лечении используются во всех случаях, начиная с первых дней терапии. Значительно чаще, чем при мании без психотических симптомов (F30.1), возникает необходимость использования ЭСТ.

Роль и возможности психотерапии и образования пациента минимальны или отсутствуют.

F31.3 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД ЛЕГКОЙ ИЛИ УМЕРЕННОЙ ДЕПРЕССИИ

Условия лечения. В условиях психиатрического стационара – при наличии суицидальных тенденций, необходимости подбора лечения, либо неэффективности амбулаторной терапии; в остальных случаях – амбулаторное или полустационарное.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), биполярного аффективного расстройства (F31), а также правила лечения легкого или умеренного депрессивного эпизода (F32.0 и F32.1).

Дополнительные трудности. Важной особенностью лечения на этапе купирования депрессии является предотвратить инверсию аффекта в манию либо гипоманию. С этой целью уже на этапе 2 необходимо использовать какой-либо из препаратов-нормотимиков (см. F31). Кроме того, на этапах 2 и 3 требуется осторожность при применении антидепрессантов; следует избегать ряда трициклических препаратов, способствующих инверсии аффекта – прежде всего, имипрамина и кломипрамина, и с осторожностью использовать препараты со стимулирующим действием – моклобемид, нуредаль, пиразидол, дезипрамин, флуоксетин и др.

На этапе 4 (профилактическая терапия) антидепрессанты не применяются – противорецидивное лечение проводится только препаратами-нормотимиками (см. F31).

F31.4 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД ТЯЖЕЛОЙ ДЕПРЕССИИ БЕЗ ПСИХОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Условия лечения. В условиях психиатрического стационара. Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), биполярного аффективного расстройства (F31), а также правила лечения тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2).

Продолжительность этапа долечивающей и стабилизирующей терапии сокращается до 1-2 месяцев - из-за опасности инверсии фазы прием антидепрессанта не должен быть затянут.

Дополнительные трудности – то же, что для F31.3.

F31.4 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД ТЯЖЕЛОЙ ДЕПРЕССИИ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

Условия лечения. В условиях психиатрического стационара.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), биполярного аффективного расстройства (F31), а также правила лечения тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами (F32.3).

Продолжительность этапа долечивающей и стабилизирующей терапии сокращается до 1-2 месяцев - из-за опасности инверсии фазы прием антидепрессанта не должен быть затянут.

Дополнительные трудности – то же, что для F31.3.

F31.6 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД СМЕШАННОГО ХАРАКТЕРА

Условия лечения. При значительной глубине колебаний настроения - в условиях психиатрического стационара; в остальных случаях – амбулаторно или в полустационаре.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), биполярного аффективного расстройства (F31), а также правила лечения смешанного аффективного эпизода (F38.00).

Дополнительные трудности – то же, что для F31.3.

F31.7 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, СОСТОЯНИЕ РЕМИССИИ

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39) и биполярного аффективного расстройства (F31). В ряде случаев показана профилактическая терапия нормотимиками – этап 4 (показания см. в общей части F30-39, методику проведения - в F31).

F32 ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД

Соблюдаются общие правила терапии аффективных расстройств (F30-39).

Условия лечения зависят от тяжести эпизода и выраженности симптоматики.

Длительность этапа купирующей терапии составляет от 6 до 12 недель.

Выбор антидепрессанта и его доз в каждом конкретном случае должен проводиться, опираясь на следующие факторы.

1. Глубина (тяжесть) депрессии. В лечении тяжелых депрессивных эпизодов в большей степени показаны так называемые «большие» антидепрессанты, обладающие сильным антидепрессивным (тимоаналептическим) действием – такие, как кломипрамин, amitриптилин и amitриптилин-ретард, имипрамин, а также мапротилин, флуоксетин, сертралин, пароксетин в достаточно высоких дозах, тогда как лечение легких и умеренной тяжести депрессивных состояний может успешно проводиться препаратами с менее сильным антидепрессивным действием («малым» антидепрессантам) – такими, как доксепин, тразодон, тианептин, флувоксамин, эсциталопрам, моклобемид и др.

2. Спектр психотропной активности препарата и его примерное соответствие психопатологической структуре депрессивного эпизода. Так, при депрессиях с тревогой и ажитацией необходимо использовать антидепрессанты с седативным и анксиолитическим действием (например, amitриптилин, миансерин, доксепин, тианептин, флувоксамин), при депрессиях с заторможенностью, адинамией и апатией – антидепрессанты со стимулирующим действием (например, имипрамин, флуоксетин, моклобемид), а при наличии в структуре состояния как тревоги, так и заторможенности или их чередовании – препаратов с так называемым сбалансированным действием (например, кломипрамин, мапротилин, сертралин, эсциталопрам).

3. Принимал ли пациент антидепрессанты ранее. Если да, и тот или иной препарат оказался эффективен, и для его приема в настоящее время нет явных противопоказаний – следует назначить данный препарат, так как высока вероятность, что он окажется эффективным и в данном приступе.

4. Возраст и соматическое состояние пациента. Если пациент молодого и среднего возраста и соматически здоров – выбор препаратов максимально широк, если же пациент старше 60 лет и у него обнаружены соматические болезни (особенно важны аденома простаты, ИБС и нарушения сердечного ритма, гипертоническая болезнь, сахарный диабет) – следует использовать антидепрессанты пусть и менее «сильные», но с лучшей переносимостью, меньшей частотой и выраженностью побочных эффектов.

5. Принимает ли пациент какие-либо другие лекарственные препараты – если да, то необходимо иметь в виду вероятность нежелательных лекарственных взаимодействий.

6. Если лечение проводится амбулаторно, необходимо учитывать также стиль жизни и характер работы пациента – так, не следует на-

значать препараты с сильным седативным эффектом (например, амитриптилин, либо флувоксамин в средних и высоких дозах) лицам, которые продолжают интенсивно работать или учиться, водить автомобиль, общаться с большим числом людей, вести активную социальную жизнь и т.д.

7. Период полувыведения препарата – от этого зависит кратность приема и схема лечения. Прежде чем начинать лечение, необходимо объяснить пациенту и его близким характер происходящего, особенности и «мишени» выбранного препарата, сроки, в которые планируется достигнуть результат, а также характер возможных побочных эффектов.

Лечение следует начинать с приема небольшой дозы препарата (например, для традиционных трициклических препаратов – 50 мг в сутки в один вечерний прием), после чего дозу за 3-5 дней повышают до среднетерапевтической. Для ряда более современных препаратов (например, тианептина или флуоксетина) среднетерапевтическая доза может быть назначена с самого начала лечения. Схема приема должна быть как можно более простой (то есть, количество приемов минимальным в соответствии с периодом полувыведения препарата), большая часть препарата должна приниматься, как правило, в вечернее время для уменьшения выраженности побочных эффектов.

Общее правило: на данном этапе у *одного пациента используется только один препарат-антидепрессант*. При наличии стойких расстройств сна к лечению на непродолжительное время может быть добавлен препарат-гипнотик (например, зопиклон или триазолом), при сохранении выраженной тревоги и ажитации – бензодиазепиновый транквилизатор (феназепам, альпразолам либо лоразепам) или нейролептик с седативным действием (тиоридазин, хлорпротиксен), однако без явной необходимости делать этого не следует.

При адекватной терапии первый назначенный антидепрессант оказывается эффективным примерно в 60% случаев. При этом признаки улучшения (то есть, ослабление хотя бы отдельных симптомов депрессии) должны появляться к концу 2-й недели приема полной дозы препарата, частичный ответ (то есть, ослабление симптомов депрессии хотя бы наполовину) – к концу 4-й – 6-й недели, а полный терапевтический ответ (то есть полное или почти полное исчезновение симптомов) – между 10-й и 12-й неделями лечения.

Терапевтическая резистентность. Что делать, если намеченный результат не достигнут. В части случаев эффекта от лечения не

наступает. Терапию считают неэффективной, если не наступает отчетливого улучшения через 4-6 нед. приема установленной дозы антидепрессанта. На практике самой частой причиной отсутствия эффекта является самовольное нарушение пациентом плана лечения (нон-комплаенс), часто обусловленное либо побочными эффектами препарата, либо обусловленным состоянием депрессии, пессимистическим взглядом пациента на возможность излечения. В связи с этим необходимо усилить контроль за приемом лекарства и постоянно обсуждать план лечения с пациентом. Еще одной причиной неэффективности препарата может стать нарушение его метаболизма в связи с поражением печени (гепатит), либо в связи с одновременным приемом пациентом препаратов или веществ, ускоряющих метаболизм антидепрессанта (например, антиконвульсантов, алкоголя либо пищеварительных ферментов). Низкая эффективность антидепрессанта может быть обусловлена также тяжелым курением. Действия врача в этих случаях вполне очевидны. Если причиной отсутствия эффекта является нарушение печеночного метаболизма иногда следует попробовать перейти на парентеральный путь введения антидепрессанта.

Если результат все же не достигнут, то следует перейти к лечению антидепрессантом другой химической группы или обладающего другим механизмом действия – например, заменить трициклический препарат на препарат из группы СИОЗС либо наоборот, либо заменить препарат, блокирующий обратный захват преимущественно серотонина на препарат, блокирующий обратный захват преимущественно норадреналина и т.д., и провести полный курс терапии новым препаратом.

Если три таких последовательных курса, проведенные препаратами разных групп и/или с разным механизмом действия, не дали эффекта, такой случай считается терапевтически резистентным и требует проведения специальных противорезистентных мероприятий. К их числу относятся:

- добавление к трициклическому антидепрессанту карбоната лития в невысокой дозе;
- добавление к антидепрессанту трийодтиронина в невысокой дозе (50 мкг в сутки);
- совместное применение двух антидепрессантов разных групп или с разным механизмом действия (например, один - блокатор обратного захвата серотонина, другой – норадреналина; либо трициклический антидепрессант + СИОЗС); подобные сочетания

требуют повышенной осторожности и могут проводиться только в условиях стационара;

- совместное применение трициклического антидепрессанта и атипичного антипсихотика (например, рисперидона);

- при отсутствии эффекта или невозможности проведения перечисленных мероприятий – курс ЭСТ с возобновлением терапии антидепрессантом.

Если имеется высокий риск суицида, либо продление лечения по каким-либо иным причинам не представляется возможным, курс ЭСТ должен быть проведен ранее, минуя перечисленные выше мероприятия.

Этап долечивающей и стабилизирующей терапии (этап 3).

Начинается от времени достижения ремиссии или значительной редукции симптомов депрессии и продолжается вплоть до полного окончания фазы, включая нормализацию мозговых нарушений, которые являются предполагаемой основой симптомов болезни.

Условия лечения. Проводится, как правило, в амбулаторных или полустационарных условиях.

Продолжительность этапа составляет 4-6 месяцев.

Характер и алгоритм лечения. Если для лечения острого состояния на этапе 2 применялись трициклические (гетероциклические) антидепрессанты или ингибиторы МАО в высоких дозах, то их дозы постепенно (1 раз в 3-6 дней) снижают до среднетерапевтических, а если при этом сохраняются побочные эффекты – то и далее, до полного исчезновения последних; чем доза препарата ближе к среднетерапевтической – тем лучше для достижения результата. Если на этапе лечения острого состояния депрессии использовался препарат группы СИОЗС и его переносимость была хорошей, то дозу его сохраняют неизменной. Прием антидепрессанта продолжают на протяжении от 4 до 6 месяцев (в зависимости от качества достигнутой ремиссии). Далее, если симптомы депрессии не возобновляются, лечение медленно прекращают, снижая дозу препарата как можно более постепенно, каждые 1-2 недели. Если при этом симптомы депрессии возобновляются – необходимо вернуться к приему полной дозы того же антидепрессанта.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Роль психотерапевтических воздействий на данном этапе значительно возрастает.

Этап профилактической (поддерживающей, противорецидивной) терапии. Начинается со времени установления стойкой ремиссии и продолжается не менее 1 года, в некоторых случаях – неопределенно долго. Необходим не во всех, а лишь в следующих случаях:

- большая частота приступов депрессии (один приступ в год и более);
- невысокое качество ремиссии с сохранением остаточной аффективной симптоматики;
- если за последние 3 года пациент перенес тяжелый, либо затяжной (более 6 месяцев), либо терапевтически резистентный, либо угрожавший жизни депрессивный эпизод (например, с внезапным началом, серьезными суицидальными тенденциями, отказами от еды, истощением, терапевтически резистентный и т.д.).

Условия лечения. Амбулаторно.

Продолжительность. От 3-4 лет до неопределенно долгого. Может быть прекращено, если на протяжении 3-4 лет сохраняется состояние полной ремиссии без остаточных симптомов; при этом необходима постепенность и осторожность, так как в ряде случаев прекращение лечения может привести к очередному обострению.

Характер и алгоритм лечения. Продолжается прием антидепрессанта, который оказался эффективным на предыдущих этапах; иногда возможно сочетание приема антидепрессанта с нормотимиком. Доза препарата должна быть столь невысокой, чтобы не вызвать побочных эффектов и не снижать качества жизни.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей. Роль психотерапевтических воздействий и психообразования на данном этапе значительно возрастает по сравнению со всеми предыдущими.

F32.0 ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД ЛЕГКИЙ

Условия лечения. Как правило, амбулаторно или в условиях дневного стационара.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32). Предпочтение необходимо отдавать «малым» антидепрессантам,

дающим меньше побочных эффектов (доксепин, тразодон, тианептин, моклобемид и др.), а также препаратам группы СИОЗС.

F32.1 ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД УМЕРЕННОЙ ТЯЖЕСТИ

Условия лечения. Амбулаторно, в условиях дневного стационара или в стационаре; при отсутствии социальной и семейной поддержки, у лиц, проживающих в одиночестве – как правило, в условиях стационара.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32). Выбор производится из всего спектра антидепрессантов, препараты назначаются в среднетерапевтических и высоких дозах.

F32.2 ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД ТЯЖЕЛЫЙ БЕЗ ПСИХОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Условия лечения. В условиях стационара.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32). Выбор производится из всего спектра антидепрессантов, препарат назначается в среднетерапевтических и высоких дозах. Для более быстрого достижения эффекта возможно начало лечения с внутримышечного или внутривенного использования антидепрессанта. В случаях, где имеется высокий риск суицида, либо есть какие-либо иные обстоятельства, не позволяющие дожидаться эффекта антидепрессивной терапии в течение обычного срока в 3-4 нед. (отказ от еды, истощение, непереносимость антидепрессантов и др.), необходимо проведение курса ЭСТ уже на ранних сроках.

F32.3 ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД ТЯЖЕЛЫЙ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

Условия лечения. В условиях стационара.

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32). В лечении чаще всего используются «большие» антидепрессанты. В начале курса лечения и/или при плохом комплаенсе они назначаются парентерально, дозы их повышают более интенсивно, доводя до высоких (см. табл.4 Приложения). Помимо антидепрессанта, в схему лечения должен быть включен нейролептик (антипсихотик) с антибредовым, антигаллюцинаторным и седативным действием; применение

нейролептиков (антипсихотиков) ведется по правилам, описанным для купирования острых психозов при шизофрении (см. (F20). При отсутствии эффекта терапии необходимо проведение курса ЭСТ.

В случаях, где имеется высокий риск суицида, либо есть какие-либо иные обстоятельства, не позволяющие дожидаться эффекта лекарственной терапии в течение обычного срока в 3-4 нед. (отказ от еды, истощение, непереносимость антидепрессантов, тяжелое некупируемое возбуждение и др.), необходимо проведение курса ЭСТ уже на ранних сроках лечения.

F33 РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Соблюдаются общие правила лечения аффективных расстройств (F30-39), а также правила лечения депрессивного эпизода (F32). Выбор препарата-антидепрессанта проводится по правилам, описанным в разделе F32. На этапе долечивающей и стабилизирующей терапии и этапе профилактической терапии (если в нем есть необходимость) используется препарат-антидепрессант, оказавшийся эффективным на этапе лечения острого состояния, как правило, в виде монотерапии. Доза его должна быть столь невысокой, чтобы не вызвать побочных эффектов и не снижать качества жизни пациента.

F33.0 РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

См. общий раздел F30-39, лечение депрессивного эпизода (F32) и лечение легкого депрессивного эпизода (F32.0).

F33.1 РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД УМЕРЕННОЙ ТЯЖЕСТИ

См. общий раздел F30-39, лечение депрессивного эпизода (F32) и лечение депрессивного эпизода умеренной тяжести (F32.1).

F33.2 РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ БЕЗ ПСИХОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

См. общий раздел F30-39, лечение депрессивного эпизода (F32) и лечение депрессивного эпизода тяжелого без психотических симптомов (F32.2).

F33.3 РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

См. общий раздел F30-39, лечение депрессивного эпизода (F32) и лечение депрессивного эпизода тяжелого с психотическими симптомами (F32.3).

F33.4 РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ РЕМИССИИ

В части случаев возможно проведение поддерживающей терапии антидепрессантами, как это описано в разд. F32, этап 4.

F34 ХРОНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)

F34.0 ЦИКЛОТИМИЯ

Условия лечения. Амбулаторно или в условиях полустационара.

Лечение – в зависимости от стадии болезни и характера симптомов: либо как при текущем эпизоде гипомании (F30.0), либо как при легком депрессивном эпизоде (F32.0). В состоянии интермиссии проводится поддерживающая терапия препаратом-нормотимиком, как это описано в разд. F31 продолжительностью не менее 1 года.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей.

F34.1 ДИСТИМИЯ

Условия лечения. Амбулаторно или в условиях полустационара.

Препаратами первого выбора являются антидепрессанты – группы СИОЗС, чаще флуоксетин, флувоксамин, сертралин или эсциталопрам и ингибиторы МАО в обычных дозах. Трициклические и гетероциклические антидепрессанты при данном расстройстве менее эффективны, а если и используются – то в малых и средних дозах, не вызывающих побочных эффектов. В случае отсутствия эффекта к лечению может быть добавлен карбонат лития в невысокой дозе, либо трийодтиронин. При отсутствии эффекта требуются действия по преодолению терапевтической резистентности (см. F32).

Для достижения эффекта часто требуется не менее 8-10 недель. На этапе долечивания необходимо продолжение приема препарата в течение 6-12 месяцев.

Психотерапия должна быть обязательной частью плана лечения и применяться с самого начала терапии: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, краткосрочная психодинамическая, гештальттерапия, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей.

F38 СМЕШАННЫЙ АФФЕКТИВНЫЙ ЭПИЗОД

Условия лечения. При значительной глубине колебаний настроения - в условиях психиатрического стационара; в остальных случаях – амбулаторно или в полустационаре.

Лечение проводят препаратами-нормотимиками по правилам, изложенным в разд. F31 для биполярного аффективного расстройства. Из их числа предпочтение следует отдавать антиконвульсантам (карбамазепину, вальпроатам, топирамату, ламотриджину), поскольку они эффективнее солей лития при феномене быстрой цикличности и быстрой смене фаз. В наиболее резистентных случаях возможно одновременное применение двух нормотимиков – например, лития и карбамазепина, либо лития и вальпроата (но не вальпроата и карбамазепина!). Если в лечении используются антидепрессанты, то дозы их должны быть невысокими, а продолжительность приема минимальна; прием их необходимо прекращать сразу же, как только симптомы депрессии купируются.

Для воздействия на симптомы мании (гипомании) используют нейролептики (антипсихотики) в невысоких дозах (см. F30).

На этапе долечивания используют нормотимик в обычной дозе, который оказался эффективным при лечении острого состояния. Длительность этапа долечивания должна быть как минимум в два раза больше, чем была длительность острого состояния.

Психотерапия: когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, краткосрочная психодинамическая, гештальттерапия, семейное консультирование; психообразовательная работа с пациентом и его семьей.

F38.10 РЕКУРРЕНТНОЕ КРАТКОВРЕМЕННОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Условия лечения. При значительной глубине депрессивных эпизодов - в условиях психиатрического стационара, в остальных случаях – амбулаторное или полустационарное.

Особенность терапии состоит в том, что уже на этапе лечения острого состояния (этап 2) назначают нормотимики-антиконвульсанты (предпочтительнее вальпроаты, ламиктал либо топирамат – см. F31) в качестве монотерапии, либо, если симптомы депрессии значительно выражены, – вместе с каким-либо антидепрессантом, лечение которым проводится в соответствии с правилами лечения депрессивного эпизода (см. F32). Продолжительность непрерывного приема нормотимика должна составлять не менее 1-1,5 лет.

Особенности в детском возрасте. Этап купирующей терапии (лечение острого состояния).

Условия лечения. Абсолютными показаниями для лечения в условиях психиатрического стационара являются депрессия с суицидальными тенденциями, выраженной тревогой, страхом, бессонницей, психомоторным возбуждением или обездвиженностью, мании психотического уровня, гипомании с антисоциальным поведением; относительными показаниями – вызванные болезнью грубые формы школьной дезадаптации, конфликтные ситуации в семье и в школе, отсутствие критики родителей к состоянию ребенка, тяжелые социально-бытовые условия, устойчивость депрессивной симптоматики к применяемому лечению, необходимость введения высоких доз психотропных препаратов либо применения инъекционной терапии.

Показаниями для амбулаторного лечения являются аффективные расстройства легкой или умеренной степени с умеренной дезадаптацией. В пользу возможности успешного амбулаторного лечения свидетельствуют также благополучная семейная ситуация, правильное отношение родителей к болезни ребенка, хорошие отношения между родителями ребенка и лечащим врачом, хорошие социально – бытовые условия.

Продолжительность лечения: стационарное – от 1 до 3 месяцев, полустационарное – 1-2 месяца, амбулаторное – от 2 до 6 месяцев.

Принципы лечения. При лечении детей выбор антидепрессантов в сравнении со взрослыми пациентами значительно более ограничен, поскольку должны быть исключены препараты, вызывающие или могущие вызвать существенные побочные эффекты. Кроме того, ла-

бильность аффекта, легкость его инверсии и перехода к маниакальному (гипоманиакальному) состоянию или же к возбуждению в рамках депрессивного аффекта требуют большой осторожности при использовании у детей и подростков антидепрессантов со стимулирующим действием. В связи с этим, перечень препаратов для лечения состояний депрессии у детей и подростков преимущественно ограничивается amitриптилином, кломипрамином, мапротилином, пиразидолом, доксепином, сульпиридом и препаратами группы СИОЗС - сертралином, флуоксетином и флувоксамином; для лечения депрессий подросткового возраста особенно показаны антидепрессанты-СИОЗС.

Правила подбора антидепрессанта в целом те же, что и у взрослых - см. F32. Как и у взрослых, у *одного пациента используется только один препарат-антидепрессант*. При наличии стойких расстройств сна к лечению на непродолжительное время может быть добавлен препарат-гипнотик, при сохранении выраженной тревоги и ажитации – бензодиазепиновый транквилизатор (феназепам, альпразолам, тофизолам либо лоразепам) или нейролептик с седативным действием (тиоридазин, хлорпротиксен, алимемазин), при наличии бредовых (бредоподобных) и галлюцинаторных переживаний – антипсихотик (предпочтительнее рisperидон), однако без явной необходимости делать этого не следует.

У пациентов подросткового возраста при затяжных депрессиях с обсессивно-компульсивными и дереализационно – деперсонализационными расстройствами может быть использовано внутривенное капельное введение 1% раствора amitриптилина или мапротилина в возрастной дозе, разведенного в 400 мл физиологического раствора. При депрессиях со снижением психического тонуса, потерей аппетита и сенестопатиями может быть использован сульпирид в возрастной дозе внутрь или в виде 5% раствора внутривенно капельно, разведенного физиологическим раствором.

При лечении гипоманий с психопатоподобным поведением используют тиоридазин, галоперидол, перициазин, клозапин, рisperидон, карбонат лития.

Применение карбоната лития сходно с его использованием у взрослых (см. F31), обычные дозы – от 300 до 900 мг/сут, содержание лития в плазме крови должно быть на уровне от 0,4 до 0,7 ммоль/л; контроль этого показателя следует проводить в начале лечения 1 раз в неделю, далее – 1 раз в 2-4 недели, затем – каждые 2-3 месяца. При

купировании маниакальных состояний вместо карбоната лития могут также использоваться нормотимики-антиконвульсанты – карбамазепин, вальпроаты и др. (F31).

Этап долечивающей и стабилизирующей терапии – принципы и правила лечения существенно не отличаются от таковых у взрослых.

Этап профилактической (поддерживающей) терапии. Для профилактики аффективных фазных расстройств в детском возрасте чаще используется карбонат лития с постепенным наращиванием суточной дозы в течение 10 – 12 дней, иногда – карбамазепин, вальпроаты, ламотриджин.

Лечение карбамазепином начинают со 100 или 200 мг в сутки, повышая дозу на 100 мг каждую неделю до того уровня, когда наступят легкие побочные эффекты (чаще всего седация и сонливость), после чего дозу слегка снижают - ее и считают оптимальной. Необходимо учитывать, что карбамазепин в терапевтических дозах нередко вызывает у детей чаще, чем у взрослых, побочные явления (излишняя седация, сонливость и др.), которые могут влиять на школьную успеваемость и вести к отказу от приема лекарства.

Лечение вальпроатами начинают с дозы 10 мг на 1 кг веса у детей и 15 мг на 1 кг веса у подростков в сутки, повышая ее на 5-10 мг на 1 кг веса в день один раз в неделю до возрастной оптимальной. При использовании ламотриджина лечение начинают с дозы 25 мг в сутки, повышая ее на 25 мг в сутки каждые две недели, обычная полная доза составляет 100-200 мг/сут.

Лечение топираматом начинают с 0,5-1 мг на 1 кг веса в сутки в 1 прием на ночь, повышая дозу на 1 мг на 1 кг веса в сутки один раз в 1-2 недели в два приема, обычная полная доза составляет 4-5 мг на 1 кг веса в сутки в два приема.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Т.Я., Вовин Р.Я., Личко А.Е. Биологическая терапия психических заболеваний. – Л., 1975. – 311 с.
2. Авруцкий Т.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – М., 1981. – 493 с.
3. Александровский Ю.А. Формулярная система применения психофармакологических препаратов// Журн. Психиатрия и психофармакотерапия, 1999. - № 2. – 3 с.
4. Бурназян Г.А. Психофармакотерапия. Краткое руководство для практических врачей. – Ереван, 1985. – 342 с.
5. Вовин Р.Я., Аксенова И.О., Дигилов А.Г., Скорик А. И., Рубитель А.В. Применение финлепсина при континуальном течении маниакально-депрессивного психоза в случаях резистентных к терапии литием// Сб. Вопросы психофармакотерапии. М., 1984.
6. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. Т. 2. (пер. с англ.). – Киев, 1997. – 435 с.
7. Гольман В.Н., Савельев В.С. Литий при лечении аффективных расстройств. /Научный обзор/ М., 1972. – 112 с.
8. Губский Ю.И., Шаповалова В.А., Кутько И.И., Шаповалов В.В. Лекарственные средства в психофармакологии. – Киев: Здоровья, 1997. – 282 с.
9. Гурович И.Я., Магалиф А.Ю. Антипаркинсонические средства – корректоры нейролептической терапии.// Сб. Вопросы психофармакотерапии. –М., 1967. С. 605-612.
10. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия (пер. с англ.) – М.: Медицина, 1994. Т. 2. С. 161-168.
11. Ковалев Г.В. Ноотропные средства. – Волгоград, 1990. – 367 с.
12. Машковский М.Д., Андреева Н.И., Полежаева И.А. Фармакология антидепрессантов. – М., 1983. – 240 с.
13. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб, 1995. – 566 с.
14. Мосолов С.Н., Александровский Ю.А., Вовин Р.Я. и др. Новый атипичный антипсихотик Сероквель //Журн. Психиатрия и психофармакотерапия. 1999. – № 2. – С. 16-22.
15. Темков И., Киров К. Клиническая психофармакология. М., 1971.
16. Харкевич Д.А. Фармакология. – М., 1981.- с. 172-194.

17. Цыбина М.И. Опыт клинического применения amitriptyline, fluvoxamine and tianeptine в терапии депрессивных состояний. Психиатрия и психофармакотерапия, 2000. - № 6. – С. 187-190.
18. Энциклопедия лекарств. – М., 2000.

Учебное издание

Королева Елена Григорьевна
Шустер Элеонора Ефимовна
Станько Эдуард Павлович
Бузук Евгений Валерьевич

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Пособие

Ответственный за выпуск: И.Г. Жук

Компьютерная верстка: С.В. Петрушина
Корректор: Л.С. Засельская

Подписано в печать 27.11.2008. Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Ризография.
Усл. печ. л. 7,90. Уч.-изд. л. 5,93. Тираж 50 экз. Заказ 65п

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждения образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0133347 от 29.06.2004. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.