

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим
на первинний психотичний епізод

Код МКХ-10: F 20-29

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення і неможливості створення належних умов лікування в позалікарняних умовах.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні методи
2. Психодіагностичні
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі

Лікувальна програма

Лікування первинного психотичного епізоду повинно бути як біологічним, так і психосоціальним. Медикаментозне лікування необхідно розпочати якомога раніше. Психомоторне збудження має бути усунене протягом перших 48 годин. Психомоторне збудження, яке триває на тлі терапії понад 48 годин, слід розглядати як її побічний ефект, що є підставою для термінового перегляду поточної терапевтичної тактики. На етапі активної терапії перевага надається антипсихотикам другого покоління, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 2-4 тижнів необхідно перейти до застосування іншого антипсихотика, в тому числі і першого покоління (за відсутності побічних екстрапірамідних та інших ефектів).

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною пацієнта та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з хворим з метою усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного лікування

1. Етап активної терапії:
 - нормалізація поведінки, усунення психомоторного збудження;
 - зменшення виразності (редукції) психотичної симптоматики;
 - відновлення критики.
2. Етап стабілізуючої антипсихотичної терапії:
 - купірування резидуальної продуктивної симптоматики;
 - відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
3. Етап профілактичної (підтримуючої) антипсихотичної терапії:
 - підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

У спеціалізованому стаціонарі термін перебування повинен бути максимально коротким до досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний – ступінь редукції психопатологічної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціальний – ступінь здатності до автономного соціального функціонування.

Можливі побічні дії та ускладнення

Екстрапірамідні розлади (в тому числі дистонічні реакції та акатізію) – слід уникати призначення антипсихотиків першого покоління (насамперед бутірофенону); антихолінергічних препаратів; при акатізії, можливо, застосування неселективних β -адреноблокаторів.

Пізня дискінезія – патогенетичної терапії не існує.

Нейроендокринні розлади (пов'язані з підвищенням рівня пролактину) – зміна препарату, що не впливає на рівень пролактину.

Метаболічні розлади (насамперед порушення вуглеводного обміну та збільшення маси тіла) – дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура. За необхідності – зміна базового засобу.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек, зміна антипсихотика.

Центральні холінолітичні ефекти (в тому числі когнітивні розлади) – призначення антихолінергічних препаратів.

Надмірна седация – призначення антипсихотика без седативної дії.

Злоякісний нейролептичний синдром – відміна всіх антипсихотичних препаратів, призначення данролену, бромокриптину та бензодіазепинів, контроль температури тіла, соматичного стану.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямовану на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, проведення стрес-менеджменту, тренінгу навичок самостійного життя.

Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія після першого епізоду триває від 1 до 3 років. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Особливі вимоги не передбачені.

*Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 05.02.2007 року № 59*

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим на шизофренію

Код МКХ-10: F 20-29

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення і неможливості створення належних умов лікування в позалікарняних умовах.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні методи
2. Психодіагностичні
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації при потребі інших спеціалістів

Лікувальна програма

Лікування повинно бути біологічним і психосоціальним.

Біологічна терапія

Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної (підтримуючої) терапії.

Етап активної терапії

На етапі активної терапії медикаментозне лікування необхідно розпочинати якомога раніше. Психомоторне збудження має бути усунене протягом максимально короткого терміну. Психомоторне збудження, яке триває на тлі терапії понад 48 годин, є підставою для перегляду поточної терапевтичної тактики. На етапі активної терапії перевага надається антипсихотикам другого покоління, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції. Враховується психофармакологічний анамнез. Перевага надається попередньо ефективному препарату. На початку терапії рекомендовано призначення одного антипсихотичного засобу. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 4-12 тижнів необхідно перейти до застосування іншого антипсихотика або підсилити дію антипсихотика, що використовується, призначивши психотропний препарат іншого класу. Тривалість першого етапу терапії – 8-12 тижнів.

Етап стабілізуючої терапії

Після досягнення очікуваних результатів активного лікування на етапі стабілізуючої терапії можливе зниження дози антипсихотика з метою підвищення

рівня соціального функціонування пацієнта. У разі неможливості дотримання режиму терапії рекомендується призначення депо-препаратів або антипсихотиків пролонгованої дії. Тривалість етапу терапії – не менше 6 місяців.

Етап профілактичної (підтримуючої) терапії

Рекомендовані мінімальні терапевтично ефективні дози антипсихотиків, що були застосовані на попередніх етапах терапії.

Тривалість етапу терапії – не менше 3 років, індивідуально.

Терапевтична резистентність

Якщо в разі дотримання режиму терапії, достатніх доз препарату та зміни послідовно двох антипсихотиків, один із яких другого покоління, з терміном призначення кожного з них не менше 4 тижнів не вдається досягти бажаного терапевтичного ефекту, йдеться про дійсну терапевтичну резистентність.

У цих випадках препаратом вибору є клозапін у дозі згідно з інструкцією. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 4 тижнів рекомендована комплексна терапія кількома антипсихотиками (в тому числі клозапіном) та одночасне застосування антипсихотиків із іншими видами біологічної терапії.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною пацієнта та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з хворим з метою усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:
 - нормалізація поведінки, усунення психомоторного збудження;
 - зменшення виразності (редукції) психотичної симптоматики;
 - часткове відновлення критики.
2. Етап стабілізуючої антипсихотичної терапії:
 - зворотній розвиток залишкової продуктивної симптоматики і редукція негативної, афективної та когнітивної симптоматики;
 - підвищення рівня соціальної адаптації.
3. Етап профілактичної (підтримуючої) антипсихотичної терапії:
 - підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

У спеціалізованому стаціонарі термін перебування повинен бути максимально коротким до досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний – ступінь редукції психопатологічної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – ступінь здатності до автономного соціального функціонування.

Можливі побічні дії та ускладнення

Екстрапірамідні розлади (в тому числі дистонічні реакції та акатізію) – слід уникати призначення антипсихотиків першого покоління (насамперед бутірофенону); антихолінергічних препаратів; при акатізії, можливо, застосування неселективних β -адреноблокаторів.

Пізня дискінезія – патогенетичної терапії не існує.

Нейроендокринні розлади (пов'язані з підвищенням рівня пролактину) – зміна препарату, що не впливає на рівень пролактину.

Метаболічні розлади (насамперед порушення вуглеводного обміну та збільшення маси тіла) – дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура. За необхідності – зміна базового препарату.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек, зміна антипсихотика.

Центральні холінолітичні ефекти (в тому числі когнітивні розлади) –призначення антихолінергічних препаратів.

Надмірна седация – призначення антипсихотика без седативної дії.

Злоякісний нейролептичний синдром – відміна всіх антипсихотичних препаратів, призначення данролену, бромокриптину та бензодіазепинів, контроль температури тіла, соматичного стану.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямовану на прийняття свого розладу, позитивне відношення до терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджменту), тренінгу навичок самостійного життя.

Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія триває не менше 3 років, індивідуально. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

*Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 05.02.2007 року № 59*

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим на біполярний розлад
F 30-39

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Згідно з МКХ 10

Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Необхідно прагнути до забезпечення безпечного та ефективного лікування по можливості в умовах найменш обмежувального режиму. При виборі цих умов лікар повинний враховувати: готовність і здатність пацієнта до співробітництва в рамках терапевтичного процесу; існуючий ризик суїцидальної чи агресивної поведінки; можливість і присутність соціально-психологічної підтримки в найближчому оточенні. Необхідність примусової госпіталізації визначається забезпеченням безпеки пацієнта від наслідків патологічної поведінки, а також створенням умов адекватного лікування.

Клініко – діагностична програма

1. Клініко – анамнестичні, клініко – психопатологічні методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі, для виключення соматичних чинників маніакального чи депресивного розладу

Лікувальна програма

Лікування повинно бути біологічним і психосоціальним.

Біологічна терапія

Процес лікування включає різні фази захворювання: активну терапію маніакального чи змішаного епізоду, активну терапію депресивного епізоду, профілактичну (підтримуючу) терапію. Зміст терапії залежить від ступеню тяжкості поточного психічного стану.

Активна терапія маніакального чи змішаного епізоду.

Для більшості пацієнтів у маніакальному стані показане лікування в умовах спеціалізованої психіатричної установи з обов'язковою медикаментозною терапією.

При менш тяжких маніакальних чи змішаних станах можливе призначення монотерапії вальпроатами, солями літію або антипсихотиками другого покоління. У

більшості випадків засобом потенціювання основного лікування є короткострокове призначення бензодіазепінов. Засобом другого вибору серед стабілізаторів настрою після вальпроатів і солей літію є карбамазепін.

Першою лінією вибору терапії при більш тяжких маніакальних чи змішаних станах, з урахуванням доведеного швидкого формування антиманіакального ефекту, є комбіноване призначення вальпроатів і антипсихотичних засобів. Залишається прийнятною схема комбінованого призначення солей літію і антипсихотиків. Серед антипсихотичних засобів перевагу варто віддавати антипсихотичним засобам другого покоління, у яких ризик виникнення побічних ефектів незначний, а також накопичуються за останні роки докази самостійних антиманіакальних можливостей цих препаратів. При психомоторному порушенні в деяких випадках варто застосовувати парентеральне введення антипсихотичних і бензодіазепінових препаратів. При цьому не слід прагнути до форсованого нарощування дози антипсихотика з метою досягнення максимального седативного ефекту.

У пацієнтів із змішаним епізодом перевагу варто віддавати призначенню вальпроатів, а не солей літію.

Призначення будь-яких антидепресантів при розвитку маніакального чи змішаного епізоду повинно бути обов'язково поступово скасовано.

При відновленні здатності пацієнтів до співробітництва в рамках терапевтичного процесу слід якомога раніше почати застосування реабілітаційних і психоосвітніх програм із пацієнтами та їхніми близькими.

Для пацієнтів з повторним епізодом манії, що приймають підтримуючу терапію, слід в першу чергу переконатися в дотриманні рекомендованого терапевтичного режиму, потім підвищити дозу препарату профілактичної терапії в межах його індивідуального переносимості. Тільки після цього при недостатньому ефекті варто додавати нові антиманіакальні засоби з препаратів першої лінії вибору.

При призначенні терапії варто враховувати переваги самого пацієнта і думку членів його родини в рамках попереднього досвіду лікування, як у плані ефективності, так і переносимість психотропних засобів.

При відсутності ознак позитивної терапевтичної реакції в гострому маніакальному стані протягом 10-14 днів слід додатково до прийнятих препаратів призначити препарати першої лінії вибору (вальпроати, солі літію або антипсихотики другого покоління) або засобу другого вибору (карбамазепін або антипсихотики першого покоління). Наявність ознак резистентності (відсутність терапевтичного ефекту при адекватній терапії понад 4х тижнів) є показанням для призначення клозапіна чи електросудомної терапії (ЕСТ). ЕСТ також є засобом вибору при виражених змішаних епізодах або маніакальному стані на при вагітності.

При наявності психотичної симптоматики в структурі маніакального чи змішаного епізоду призначення антипсихотичних засобів є обов'язковим, при цьому перевагу варто віддавати антипсихотикам другого покоління.

У середньому період активної терапії складає 3-4 місяці. Припинення активної терапії маніакального або змішаного епізоду повинне проводитися з поступовим скасуванням препаратів (не менш 2-х тижнів) тільки після досягнення стану ремісії. Один із базових препаратів – стабілізаторів (солей літію, вальпроатів, антипсихотиків другого покоління), що ефективно застосовувався під час активної

терапії в конкретного пацієнта, повинен розглядатися, як препарат першого вибору для подальшої профілактичної терапії.

Активна терапія депресивного епізоду

Основною умовою для лікування депресивного епізоду в рамках біполярного розладу є відмова від монотерапії антидепресантами.

Існує два основних підходи в лікуванні депресивного епізоду у пацієнтів із вказівкою в анамнезі на перенесений маніакальний епізод:

1. Одночасне комбіноване призначення антидепресантів групи СІЗЗС і препаратів стабілізаторів - солей літію, вальпроатів, антипсихотиків другого покоління.
2. Призначення тільки стабілізаторів - солей літію і ламотриджіна, як у монотерапії, так і в комбінації. При цьому варіанті, відсутність ознак позитивної терапевтичної реакції протягом 3-4 тижнів припускає додаткове призначення антидепресантів - СІЗЗС, бупропіона, венлафаксіна, інгібіторів МАО.

Існує ризик інверсії фази при призначенні антидепресантів, особливо трициклічних. У пацієнтів із вказівкою в анамнезі на випадки інверсії фази варто віддавати перевагу комбінованій терапії солями літію і ламотриджіна, а при наявності стійкої до терапії або тяжкої депресивної симптоматики варто розглядати можливість призначення ЕСТ.

Когнітивно-поведінкова і міжособистісна психотерапія повинні призначатися якомога раніше в сполученні з медикаментозним лікуванням.

Профілактична (підтримуюча) терапія.

Запобігання повторних епізодів біполярного розладу

Введення профілактичної підтримуючої терапії в даний час рекомендується після першого перенесеного маніакального епізоду.

Найбільша доказова база існує у відношенні профілактичної ефективності солей літію. Дозування препарату визначається моніторингом досягнутої концентрації в крові з розрахунку 0,5 - 1,2 мг/кв/л. Монотерапія препаратами літію більш ефективна в запобіганні маніакальних епізодів. Призначення препаратів літію знижує ризик суїцидальної поведінки у пацієнтів з біполярним розладом. При недостатній переносимості чи ефективності солей літію засобами профілактичної терапії можуть бути вальпроати (запобігання обох полюсів афективної патології), ламотриджін (переважно ефективний у запобіганні депресивних фаз), антисихотики другого покоління (найбільше інтенсивно поповнювана доказова база у відношенні їхньої профілактичної ефективності в запобіганні обох полюсів афективної патології).

При виборі засобу профілактичної терапії рекомендується:

- враховувати частоту, клінічні і функціональні наслідки кожного з полюсів афективної патології;
- віддавати перевагу одному з препаратів, що ефективно використовувалися в активній терапії останнього епізоду захворювання;

- враховувати позитивний попередній досвід профілактичного лікування і переваги самого пацієнта, що в значній мірі буде сприяти дотриманню терапевтичного режиму.

Недостатня ремісія, що полягає в наявності підпорогових афективних коливань, є підставою для призначення комбінованої профілактичної терапії. Зокрема, перевага симптомів маніакального спектра припускає комбінацію антипсихотиків з літієм або вальпроатами, депресивних симптомів - комбінацію літію або вальпроатів з ламотриджіном і антидепресантами. Часта зміна фаз у пацієнта з біполярним розладом також є показанням для призначення комбінованої профілактичної терапії.

На відміну від лікування уніполярного депресивного розладу застосування антидепресантів при депресивному епізоді у пацієнтів з біполярним розладом у середньому не повинно перевищувати 10-12 тижнів.

У зв'язку з підвищеним ризиком інверсії фази і несприятливим профілем побічних ефектів варто відмовитися від застосування в рамках довгострокової терапії антипсихотиків першого покоління (нейролептиків) і трициклічних антидепресантів.

Варто підкреслити особливу важливість реабілітаційних соціально-психологічних заходів, включаючи психотерапію, для досягнення результативності довгострокової профілактичної терапії. Психотерапія повинна бути спрямована на раціональний моніторинг і контроль проявів захворювання та на поліпшення міжособистісного функціонування.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з пацієнтом для усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:
 - Усунення ризику суїцидальної поведінки;
 - Зменшення виразності (редукція) депресивної або маніакальної симптоматики.
2. Етап профілактичної (підтримуючої) терапії:
 - Зворотній розвиток залишкової афективної симптоматики;
 - Відновлення попередньої захворюванню соціальної та трудової адаптації та подальша підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта;
 - Профілактика повторних епізодів манії або депресії.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування в спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний критерій – редукція маніакальної та депресивної симптоматики і стабільність досягнутого психічного стану протягом не менш 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Побічна дія стабілізаторів

Побічні ефекти	Літій	Вальпроати	Карбамазепин
Тремор	+++	-	-
Зниження когнітивних функцій	+++	-	+++
Порушення ниркової функції	+++	-	-
Шкірні реакції (дерматити, вугри)	++	-	+++
Нейроендокринні зміни	++	++	+
ЖКТ розлади (диспепсія)	++	+	+
Порушення печіночних функцій	+	++	++

Швидке скасування літію пов'язане з високим ризиком повторного маніакального епізоду.

Ламотриджін - повільна тітрація в зв'язку з високим ризиком тяжких дерматитів.

Холінергічний синдром: сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади (перш за всі, при використанні трициклічних антидепресантів) - відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седация - зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию із подальшим переключенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія - необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану з цим станом і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за всі, при використанні трициклічних антидепресантів та інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну - сімейна терапія; можливо переключення на антидепресант, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої проводимості та ортостатична гіпотензія) - контроль ЕКГ і при збільшенні QT до >400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант слід його замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (симптоми: психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, пронос, блювота, гіперрефлексія, тремор,

підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, унаслідок призначення комбінації антидепресантів - зменшення дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при комбінаціях з інгібіторами MAO інших антидепресантів. Через це категорично забороняється використовувати інгібітори MAO в комбінації з іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з родиною та пацієнтом, спрямовану на прийняття хвороби, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресостійкості в повсякденному житті (стресмеджмент), тренування навичок самостійного життя.

В даний час не існує можливості визначення індивідуальної тривалості підтримуючої терапії біполярного розладу. Успішна підтримуюча терапія, що забезпечує відсутність повторних епізодів протягом декількох років, є підставою для продовження її на максимально тривалий період. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно діючого законодавства.

*Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 05.02.2007 року № 59*

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим на панічний розлад

Код МКХ-10: F 40-48

У процесі диференційної діагностики необхідно виключити наступні патології:

- ендокринні порушення (гіпо- та гіпертиреоз, гіпоглікемічний стан при цукровому діабеті);
- деякі серцеві захворювання (стенокардію, аритмію, гіпертонічну хворобу);
- захворювання органів дихання, що зумовлюють частий та поверхневий подих (хронічний бронхіт та бронхіальну астму);
- неврологічні захворювання (епілепсію, гіпоталамічні порушення);
- абстинентний синдром, зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами;
- гормональні порушення, пов'язані з наднирниками;
- напади гіпотонії чи інші органічні зміни, зумовлені інфекцією або травмами.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників

Лікувальна програма

Лікування панічного розладу (ПР) включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається комбінуванню цих заходів.

Процес лікування ПР включає такі етапи: купірування панічної атаки (ПА), етап стабілізуючої терапії та профілактичної терапії.

Тривалість періоду купірування ПА становить від 6 тижнів до 2-3 місяців, періоду стабілізації – 4-6 місяців, періоду профілактичної терапії – не менше 1 року.

Фармакологічне лікування

На етапі купірування ПА провідна роль у лікуванні ПР належить антидепресантам, β -адреноблокаторам та бензодіазепинам.

Вибір антидепресантів зумовлюється особливостями симптоматики, психофармакологічним анамнезом, поточним використанням медикаментозних засобів. При цьому застосовуються препарати наступних груп: трициклічних, гетероциклічних антидепресантів, інгібіторів моноамінооксидази (МАО), селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н) та ін. Перевага надається антидепресантам групи СІЗЗС, СІЗЗС та Н та гетероциклічним, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції.

Бензодіазепини є симптоматичними засобами для купірування нападу. Застосовуються як типові бензодіазепини (седуксен, феназепам та ін.), так і атипіві (клоназепам, альпразолам). Термін використання бензодіазепинів не повинен перевищувати 3-4 тижнів.

Термін використання β -адреноблокаторів становить 2-3 місяці і більше.

Антидепресанти є патогенетичним засобом лікування ПР. Провідна роль у його лікуванні належить групі СІЗЗС.

При неефективності препаратів групи СІЗЗС призначають антидепресанти інших груп: трициклічні, гетероциклічні, СІЗЗС та Н, інгібітори МАО.

Фармакологічне лікування на етапі стабілізуючої терапії включає використання підтримуючих доз попередньо ефективних засобів.

Необхідність застосування антидепресантів на етапі профілактичної терапії визначається особливостями перебігу клінічної симптоматики.

Психотерапевтичне лікування ПР передбачає використання:

- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної психотерапії.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап купірування ПА:

- усунення гострої тривоги;
- зменшення страху;
- регрес соматовегетативного симптомокомплексу.

2. Етап стабілізуючої терапії:

- усунення агорафобічних проявів, у тому числі тривогу очікування та поведінку уникнення;

- запобігання виникненню ранніх рецидивів симптоматики;
 - відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
3. Етап профілактичної терапії:
- запобігання розвитку повторних ПА;
 - підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний – ступінь редукції клінічної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотнього захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, призначення антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла і т. п.) виникає, як правило, внаслідок комплексної терапії антидепресантами – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексне терапія інгібіторами MAO та іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямовану на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджменту), тренінгу навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

*Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 05.02.2007 року № 59*

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим
на генералізований тривожний розлад

Код МКХ-10: F 40-48

У процесі діагностичної процедури необхідно враховувати, що в 50-65% випадків генералізований тривожний розлад (ГТР) супроводжується коморбідними розладами (панічними атаками, депресивним епізодом, соціальними або простими фобіями, розладами особистості, станами залежності, obsесивно-компульсивним розладом).

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу.

Лікувальна програма

Лікування ГТР включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається комбінуванню цих заходів. Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної терапії. Тривалість етапу активної терапії – 6 тижнів, стабілізуючої – до 6 місяців, профілактичної – до 1 року.

Фармакологічна терапія

При лікуванні ГТР використовуються препарати різних фармакологічних груп. Препаратами першої лінії є селективні інгібітори зворотнього захоплення

серотоніну (СІЗЗС), інгібітори зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), трициклічні та гетероциклічні антидепресанти, парціальні агоністи 5 НТ-1а рецепторів (буспірон).

Препаратами другої лінії є нейролептичні засоби, інгібітори моноамінооксидази (МАО), антигістамінні засоби (Н₁ блокатори).

За необхідності призначають бензодіазепини (термін їх застосування не перевищує 3-4 тижнів).

Лікування ГТР із коморбідними станами включає:

1. При коморбідній депресії та коморбідних панічних атаках – СІЗЗС або СІЗЗС та Н.
2. При коморбідних obsесивно-компульсивних розладах – кломіпрамін або СІЗЗС.

Якщо після 6-тижневого лікування не спостерігається ніяких змін, необхідно перейти до застосування іншого препарату або комбінації препаратів.

Можливою є зміна психотерапевтичної тактики.

На етапах стабілізуючої та профілактичної терапії використовується попередньо ефективний фармакологічний засіб.

Психотерапевтичне лікування ГТР включає використання наступних методів або їх поєднання:

- релаксаційної терапії;
- недирективної психотерапії;
- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної психотерапії.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з пацієнтом та його родиною з метою усвідомлення ними сутності розладу та терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:
 - регрес соматичних симптомів;
 - зменшення виразності психологічних проявів.
2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:
 - зворотній розвиток залишкових психологічних проявів;
 - відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
3. Етап профілактичної терапії:
 - підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта;
 - профілактика рецидивів ГТР.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний – ступінь редукції тривожної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотнього захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, призначення іншого антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла і т. п.) виникає, як правило, внаслідок комплексної терапії антидепресантами – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO та іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямовану на прийняття хвороби, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджменту), тренінгу навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

*Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 05.02.2007 року № 59*

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим
на obsесивно-компульсивний розлад

Код МКХ-10: F 40-48

У процесі діагностичної процедури слід враховувати, що obsесивно-компульсивні розлади (ОКР) супроводжуються коморбідними станами (депресивним епізодом, простими та соціальними фобіями, панічними атаками, станом залежності, розладами харчової поведінки).

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу

Лікувальна програма

Лікування ОКР включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається їх комбінуванню.

Процес лікування ОКР включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної терапії. Тривалість активної терапії становить 12-16 тижнів, стабілізуючого етапу – від 6 місяців до 1 року, профілактичного – 1 рік.

Фармакологічне лікування

У фармакологічному лікуванні провідна роль належить антидепресантам: селективним інгібіторам зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторам

зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), трициклічним, гетероциклічним та іншим групам. Перелічені засоби використовуються у вищих дозах, ніж при лікуванні депресії.

Якщо в межах періоду активної терапії (12-16 тижнів) не спостерігається позитивних змін психопатологічної симптоматики, йдеться про резистентні форми ОКР. Подолання резистентності включає наступні стратегії:

- збільшення доз та тривалості призначення антидепресанту, що застосовується (якщо використовується трициклічний антидепресант, то збільшення його дози слід супроводжувати лабораторним моніторингом з метою підтримання концентрації препарату у крові в межах 300-400 мкг/л);
- перехід на застосування антидепресантів інших груп;
- зміна способу введення антидепресанту (з ентерального на парентеральний в умовах спеціалізованого стаціонару);
- підсилення ефекту антидепресантів шляхом одночасного призначення препаратів інших фармакологічних груп (наприклад, антипсихотиків другого покоління, антиконвульсантів, стабілізаторів настрою та ін.);
- комплексна терапія двома антидепресантами різних груп;
- електроконвульсивна терапія.

Етап стабілізуючої терапії включає використання підтримуючих доз попередньо ефективних засобів. Необхідність застосування фармакологічних засобів визначається особливостями перебігу клінічної симптоматики.

Психотерапевтичне лікування ОКР передбачає використання:

- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної терапії.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота пацієнтом та його родиною з метою усвідомлення сутності хвороби та терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:

- усунення соматичних проявів;
- зменшення виразності obsесивно-компульсивних порушень;
- зменшення депресивного фону настрою.

2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:

- нормалізація настрою;
- зворотній розвиток obsесивно-компульсивних проявів;
- відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

3. Етап профілактичної терапії:

- підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта;

- профілактика повторних епізодів ОКР.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний – ступінь редукції obsесивно-компульсивної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, призначення антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок комплексної терапії антидепресантами – зменшення дози або повне припинення лікування цими препаратами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO та іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямовану на прийняття хвороби, позитивне сприйняття терапії,

підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджменту), тренінгу навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

*Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 05.02.2007 року № 59*

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим
на посттравматичні стресові розлади

Код МКХ-10: F 40-48

У процесі діагностики необхідно враховувати характерну для посттравматичних стресових розладів (ПТСР) коморбідну патологію. Особливо часто спостерігається сполучення ПТСР із депресивними розладами, різними формами хімічної залежності, а також із панічними, obsесивно-компульсивними, тривожно-фобічними розладами.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу

Лікувальна програма

Лікування ПТСР включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається їх комбінуванню. Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної терапії.

Тривалість етапу активної терапії – 6 місяців, стабілізуючої – до 1 року, профілактичної – до 3 років.

Фармакологічна терапія

Фармакотерапія в більшості випадків має тривалий характер і полягає переважно в комбінованому застосуванні антидепресантів, транквілізаторів, тимостабілізаторів, ноотропних препаратів, β -адреноблокаторів, антипсихотичних засобів та інших засобів, причому основна роль належить антидепресантам. Терапія антидепресантами розпочинається з їх призначення разом із транквілізаторами або снодійними засобами, в разі потреби – і з β -адреноблокаторами. Вибір антидепресантів зумовлюється особливостями симптоматики, психофармакологічним анамнезом, поточним використанням медикаментозних засобів. Перевага надається антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н) та гетероциклічним, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до отримання бажаної терапевтичної реакції.

Призначення транквілізаторів має тимчасовий характер і становить, як правило, 3-4 тижні, в особливих випадках – не більше 3 місяців. Застосування снодійних засобів рекомендується виключно впродовж коротких курсів і у тому разі, коли у клінічній картині спостерігається поєднання симптомів порушень сну з афективними розладами. β -адреноблокатори призначають малими дрібними дозами. Нейролептичні засоби застосовують виключно в тих випадках, коли тривога супроводжується вираженим психомоторним збудженням та/або дезорганізацією мислення, а також у разі неефективності інших анксиолітичних та седативних засобів.

Психотерапевтичне лікування ПТСР включає використання наступних методів або їх поєднання:

- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної терапії;
- психодинамічної психотерапії.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з пацієнтом та його родиною з метою усвідомлення сутності розладу та терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:

- регрес основної психопатологічної симптоматики;
- афективна переоцінка травматичного досвіду.

2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:

- зворотній розвиток залишкових психологічних проявів;
- відновлення відчуття цінності власної особистості;
- створення нової когнітивної моделі життєдіяльності.

3. Етап профілактичної терапії:

- підтримка оптимального рівня функціонування пацієнта;
- профілактика рецидивів ПТСР.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний критерій – ступень редукції симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів) – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотнього захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, в першу чергу, при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, призначення антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок застосування комбінації антидепресантів – зменшення їх дози або повне припинення лікування цими препаратами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO та іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його

родиною, спрямовану на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджменту), тренінгу навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

*Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 05.02.2007 року № 59*

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим на дисоціативну амнезію

Код МКХ-10: F 40-48

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу

Лікувальна програма

Пацієнтам, хворим на дисоціативні розлади, необхідно проводити специфічну терапію, зумовлену клінічними проявами невротичного регістру, а також неспецифічну терапію, пов'язану із наявністю соматоневрологічних змін: зміцнювальну, тонізуючу, що підвищує реактивність. Поряд із цим проводиться психотерапія та реабілітаційні заходи.

Специфічною терапією для пацієнтів на дисоціативні розлади є психотерапія:

а) **індивідуально-орієнтована психотерапія** проводиться після зняття гостроти хворобливих переживань. Проводиться як індивідуально, так і в межах групової психотерапії та спрямована на виявлення і вивчення збільшення адаптаційних можливостей особистості, досягнення у пацієнта усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між, вагомістю переживань і особливостями системи відносин, корекцію неадекватних реакцій і форм поведінки, логічне переконання пацієнта, вироблення у нього адекватного ставлення до розладу. Частота – 3-5 разів на тиждень, тривалість – 4-6 тижнів.

б) **гіпнотерапія** – спрямована на фіксацію уваги на розслабленні, на седацію емоційних порушень, відновлення настрою, проводиться щодня, усього 8-10 сеансів.

- в) **аутогенне тренування** – модифікації, спрямовані на розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання; проводиться щодня, 10-15 сеансів під контролем лікаря, а потім самостійно протягом 3-4 місяців;
- г) **сімейна психотерапія** – спрямована на стабілізацію відносин у сім'ї;
- д) **тілесно-орієнтована психотерапія**.

Медикаментозне лікування:

- транквілізатори – короткостроковий курс лікування для купірування гострих проявів захворювання;
- нейролептики – при грубих поведінкових розладах, порушеннях свідомості;
- антидепресанти.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

У стаціонарі – зменшення емоційних порушень. Купірування афективних розладів, гострих невротичних розладів, дезактуалізація психогенної дезадаптації тощо, пом'якшення змін особистості, покращання якості життя хворого.

Амбулаторне – зменшення емоційних порушень, зменшення впливу психогенних факторів. Купірування невротичних та афективних розладів, порушень поведінки, покращання якості життя пацієнта.

Тривалість лікування – від 3 тижнів до 6 місяців.

Критерії якості лікування

Нормалізація емоційного стану та психологічних настанов пацієнта і, як наслідок, покращання якості життя.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, перехід на антидепресант, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо

використовувався трициклічний антидепресант слід його замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO та іншими антидепресантами.

Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги

Реабілітаційні заходи в амбулаторних умовах: прийом підтримуючого лікування протягом 3-6 місяців із поступовим зниженням доз препаратів; обов'язкове використання умовно-рефлекторного тренінгу упродовж тривалого часу, аутогенного тренування. Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямовану на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджменту), тренінгу навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня.

*Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 05.02.2007 року № 59*

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим на соматизований розлад

Код МКХ-10: F 40-48

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі

Лікувальна програма

Терапією даного розладу є комплексність та одночасність застосування медикаментозних та психотерапевтичних засобів. Використовується:

Психотерапія:

а) раціональна психотерапія – спрямована на роз'яснення пацієнту особливостей формування захворювання, неадекватного відношення до свого стану, переоцінки значущості виникаючих відчуттів, проводиться 2-3 рази на тиждень протягом 1 місяця;

б) групова психотерапія – спрямована на формування нових психологічних установок, проводиться щодня впродовж 21 дня;

в) аутогенне тренування має переважно симптоматичний характер і спрямоване на усунення симптомів, проводиться 2-3 рази на тиждень протягом 1 місяця;

г) тілесно-орієнтована психотерапія;

д) сімейна психотерапія використовується з метою створення сприятливого мікроклімату в сім'ї, проводиться 1 раз на тиждень протягом 2-3 місяців;

є) поведінкова (умовно-рефлекторна) терапія, проводиться 1 раз на тиждень протягом 2-3 місяців.

Медикаментозне лікування:

Транквілізатори; β -адреноблокатори; антидепресанти; нейролептики; нейрометаболічні, ангіотропні та вегетотропні препарати.

Тривалість лікування – від 3 до 6 місяців.

Критерії якості лікування

Нормалізація емоційного стану та психологічних настанов пацієнта і, як наслідок, покращення якості життя.

Можливі побічні дії та ускладнення

Можливі побічні дії, які пов'язані із застосуванням антидепресантів та транквілізаторів.

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотнього захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим призначенням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, перехід на антидепресант, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO та іншими антидепресантами.

Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги

Реабілітаційні заходи в амбулаторних умовах: призначення підтримуючого лікування впродовж 2-3 місяців із поступовим зниженням доз препаратів. Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною,

спрямовану на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджменту), тренінгу навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

*Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 05.02.2007 року № 59*

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим на неврастенію

Код МКХ-10: F 40-48

Умови, в яких повинна надаватися медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі

Лікувальна програма

Особливістю терапії даного розладу є комплексність та одночасність застосування медикаментозних та психотерапевтичних засобів.

Психотерапія:

а) раціональна – спрямована на роз'яснення пацієнту особливостей формування захворювання, неадекватного відношення пацієнта до ситуацій, що призвели до розладу, переоцінки своєї ролі та положення у психотравмуючій ситуації;

б) індивідуально-орієнтована – спрямована на всебічне вивчення особистості пацієнта, специфіки формування, структури і функціонування його системи відношень; досягнення у пацієнта усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відношень і захворюванням; допомога в розумінні ситуації, що є психотравмуючою, зміна відношення до цієї ситуації, корекція неадекватних реакцій і форм поведінки.

в) аутогенне тренування проводиться із застосуванням спеціально розроблених з урахуванням скарг пацієнта і симптоматики розладу та спрямована на розвиток і зміцнення саморегуляції, самоконтролю і самовладання, при цьому здійснюється вплив на загальноневротичну симптоматику, нейровегетативні

розлади, тривалість – 2-3 місяці, перші 2-3 тижні під контролем лікаря, потім самостійно.

Медикаментозне лікування:

- адаптогени природного походження;
- ноотропи;
- нейрометаболічні препарати;
- транквілізатори;
- антидепресанти.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

Редукція психопатологічної симптоматики, остаточна реконвалесценція.

Тривалість лікування – від 3 до 6 тижнів.

Можливі побічні дії та ускладнення

Можливі побічні дії, пов'язані із застосуванням антидепресантів та транквілізаторів.

Можливі побічні дії, пов'язані із застосуванням антидепресантів та транквілізаторів.

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади), перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотнього захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию із подальшим переключенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, перехід на застосування антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів МАО з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами МАО та іншими антидепресантами.

Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямовану на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджменту), тренінгу навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

*Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 05.02.2007 року № 59*

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим на депресивний епізод
та рекурентну депресією

F 30-39

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Згідно з МКХ 10

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, тяжких соматичних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко – діагностична програма

1. Клініко – анамнестичні, клініко – психопатологічні методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі, для виключення соматичних чинників депресивного розладу

Лікувальна програма

Лікування повинно бути біологічним і психосоціальним

Біологічна терапія

Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної (підтримуючої) терапії. Зміст терапії залежить від ступеню тяжкості поточного психічного стану.

Етап активної терапії

Підставою для початку медикаментозного лікування є наявність депресивної симптоматики протягом більше ніж 2 тижня. Перевага надається антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), починаючи з мінімальних доз передбачених інструкціями, з поступовим

нарощуванням доз до бажаної терапевтичної реакції. Враховується психофармакологічний анамнез. Перевага надається попереднє ефективному препарату. На початку терапії рекомендовано використання одного антидепресанта. При повній відсутності його терапевтичного ефекту протягом 4 тижнів необхідно перейти до іншого антидепресанта. При незначному поліпшенні афективного стану – ще 2 тижня продовжують розпочату терапію обраним препаратом, а в разі відсутності прогресу слід перейти до іншого антидепресанта. При наявності клінічно значущих симптомів тривоги, рекомендується призначення транквілізаторів (бензодіазепінів) строком на 1-2 тижня.

Залежно від тяжкості стану

При тяжкому депресивному епізоді, який потребує більш інтенсивного лікування, або при відсутності прогресу у лікуванні депресивного епізоду середнього ступеню тяжкості, зазначеними вище засобами, бажано призначати сучасні антидепресанти подвійної дії або трициклічні антидепресанти (бажаний лабораторний моніторинг трициклічного антидепресанту в крові).

Депресивний епізод обтяжений психотичною симптоматикою потребує обов'язкового поєднаного призначення антидепресантів і антипсихотиків другого покоління, що пов'язано, зокрема, із особливою схильністю пацієнтів цієї категорії до виникнення екстрапірамідних ускладнень.

Тривалість етапу активної терапії – 8-16 тижнів.

Етап стабілізуючої терапії

Терапія антидепресантами продовжується в дозах, які були обрані на етапі активного лікування. Тривалість етапу стабілізуючої терапії – не менш 6 місяців.

Етап профілактичної (підтримуючої) терапії

Профілактичне (підтримуюче) лікування необхідно всім пацієнтам протягом не менш 3 років, а пацієнтам з трьома та більше епізодами в минулому, з обтяженим депресією сімейним анамнезом та соматично обтяженим пацієнтам – більше трьох років. При вирішенні питання про відміну антидепресанту слід забезпечити поступове зменшення його дози протягом не менш 4 тижнів (для уникнення синдрому «віддачі»).

Терапевтична резистентність

Якщо, в разі дотримання режиму терапії, достатніх дозировок та при умові відсутності ознак біполярного розладу, протягом не менш 6 тижнів (для кожного із двох послідовно використаних антидепресантів), не настає бажаний терапевтичний ефект – йдеться про дійсну терапевтичну резистентність.

Для подолання терапевтичної резистентності рекомендується:

- підвищення дозировок та тривалості призначення антидепресанту, що використовується (якщо використовується трициклічний антидепресант то збільшення його дози слід супроводжувати лабораторним моніторингом з метою підтримання концентрації препарату у крові в межах 300-400 мкг/л);

- переключення на антидепресанти інших груп;

- зміна способу введення антидепресанту (з ентерального на парентеральний в умовах спеціалізованого стаціонару);

- підсилення ефекту антидепресантів шляхом одночасного призначення препаратів інших фармакологічних груп (наприклад антипсихотиків другого покоління, антиконвульсантів, стабілізаторів настрою та інші);
- комбінація двох антидепресантів різних груп;
- електроконвульсивна терапія.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з пацієнтом для усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:
 - Усунення ризику суїцидальної поведінки
 - Зменшення виразності (редукція) депресивної симптоматики
2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії
 - Зворотній розвиток залишкової депресивної симптоматики.
 - Відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації
3. Етап профілактичної (підтримуючої) антидепресивної терапії
 - Підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта
 - Профілактика повторних епізодів депресії

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний критерій – ступень редукції депресивної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців
2. Соціально-психологічний – ввідновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром: сухість в роті, порушення зору, когнітивні розлади (перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів) – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію, із подальшим переключенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку пов'язану із цим станом і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, переключення на антидепресант, що не викликають сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до >400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант слід його замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади, аж до розладів свідомості, ажитація, гіпергідроз, пронос, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при комбінаціях з інгібіторами MAO інших антидепресантів. Через це категорично забороняється використовувати інгібітори MAO в комбінації з іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з родиною та пацієнтом, спрямовану прийняття розладу, позитивне відношення до терапії, стресстійкості у повсякденному житті (стресмеджмент), тренінгу навичок самостійного життя.

Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія триває не менш 3-х років, індивідуально. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно діючого законодавства.

*Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 05.02.2007 року № 59*

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з психіатрії та наркології для студентів VI курсу, які навчаються за
спеціальністю «медична психологія»

Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим із епілептичним статусом

Шифр за МКХ-10: G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9.

Епілептичний статус – епілептичний напад, який триває більше 30 хвилин або повторні епілептичні напади, між якими у хворого свідомість не відновлюється.

Ознаки та критерії діагностики

За статистичними даними у близько 15% хворих на епілепсію траплявся епілептичний статус. Серед дорослих у близько 25% хворих вперше діагностована епілепсія проявляється епілептичним статусом; від 10 до 20% дітей, хворих на епілепсію у своєму житті мали хоча б один епілептичний статус.

Існує велика кількість різних типів епілептичного статусу (ЕС), однак практичне значення мають три основні його різновиди: ЕС судомних нападів, ЕС парціальних нападів та ЕС абсансів.

Головним патогенним діючим фактором при епілептичному статусі є судомний синдром. Судомний синдром безпосередньо ініціює розвиток ряду ускладнень, які безпосередньо можуть призвести до смерті хворого. Головним з цих розладів є порушення дихання, яке має циклічний характер – апное під час нападу та гіперпное в післясудомній стадії.

Умови, в яких повинна надаватися медична допомога

Хворий з епілептичним статусом має бути негайно госпіталізований у неврологічне або спеціалізоване епілептичне відділення, при продовженні епілептичного статусу, на фоні проведення медикаментозної терапії необхідне переведення хворого у відділення інтенсивної терапії, при наявності нейрохірургічної патології, яка проявляється епілептичним статусом – госпіталізація у нейрохірургічному відділенні.

Діагностика

1. При можливості – збір анамнезу у родичів або свідків початку статусу.
2. Неврологічний та соматичний огляд.
3. АКТ головного мозку.
4. ЕхоЕС при відсутності (АКТ).
5. ЛП (при необхідності).
6. Дослідження крові – загальний, біохімічний аналіз (електроліти, загальний білок, його фракції, печінкові проби), контроль згортання.

7. Загальний аналіз сечі.

8. При необхідності – визначення концентрації антиепілептичного препарату у плазмі крові.

Лікування

Звільнення повітроносних шляхів.

В/в катеризація, контроль життєво-важливих функцій.

Ранній початок медикаментозного лікування.

Медикаментозне лікування

Перший етап

1. Діазепам: дорослим в/в у дозі 5-10 мг на 1 кг ваги; дітям – доза 0,3 мг на 1 кг ваги (у дітей досить ефективною є ректальна форма препарату).

2. Замість діазепаму використовують лоразепам у дозі 2 мг в/в (дорослі: 0,05-0,1 мг/кг; діти – до 4 мг одноразово).

3. Одразу після діазепаму або лоразепаму в/в вводиться фенітоїн: дорослим 18 мг/кг ваги; дітям 10-15 мг/кг ваги (максимальний ефект настає через 20 – 30 хвилин після введення).

Другий етап

Фенобарбітал: дорослим в/в у дозі 10 мг на 1 кг ваги; дітям 4-6 мг/кг на 1 кг ваги. При цьому слід враховувати можливий розвиток депресії дихання, седативного ефекту, аритмії, падіння артеріального тиску, швидку дію препарату та тривалий період напіввиведення із організму.

Третій етап

У випадку продовження нападів в умовах відділення інтенсивної терапії необхідна інтубація хворого, проведення штучної вентиляції легень та введення внутрішньовенно тіопенталу натрію у дозі 100-200 мг на протязі 30 сек. А потім по 50 мг кожні 2-3 хв. до припинення нападів.

У випадках діагностування ураження головного мозку, яке потребує нейрохірургічне втручання, останнє необхідно проводити в ургентному порядку, у випадках цереброваскулярної патології або в плановому, після припинення ЕС та всестороннього дообстеження хворого.

Критерії ефективності та очікувані результати

Повне припинення нападів або значне зниження їх частоти та тяжкості. Комбінація діазепаму та фенітоїну припиняє епілептичний статус у 70-90% хворих. Хворий знаходиться в стаціонарі до повного припинення епілептичного статусу. Подальше амбулаторне лікування хворих показане під наглядом невролога, епілептолога чи психіатра.

***Джерело: наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 13.06.2008 року № 317***