

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
8 ноября 2022 г. № 108

**Об утверждении клинических протоколов**

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с аффективными расстройствами настроения (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами приема пищи (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами сна неорганической этиологии (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, не классифицированными в других рубриках (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами психологического (психического) развития (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте (взрослое и детское население)» (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387 «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 мая 2016 г. № 502 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

**Первый заместитель Министра**

**Е.Н.Кроткова**

СОГЛАСОВАНО

Управление делами Президента  
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности  
Республики Беларусь

Государственный пограничный  
комитет Республики Беларусь

Государственный комитет  
судебных экспертиз  
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел  
Республики Беларусь

Министерство обороны  
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным  
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия  
наук Беларуси

Брестский областной  
исполнительный комитет

Витебский областной  
исполнительный комитет

Гомельский областной  
исполнительный комитет

Гродненский областной  
исполнительный комитет

Могилевский областной  
исполнительный комитет

Минский областной  
исполнительный комитет

Минский городской  
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
08.11.2022 № 108

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**

**«Оказание медицинской помощи пациентам с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте (взрослое и детское население)»**

### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте, соответствующими шифрам F90-F98 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

## **ГЛАВА 2**

### **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, ОБЫЧНО НАЧИНАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

8. Гиперкинетические расстройства (F90 по МКБ-10):

характерны три группы симптомов:

невнимательность (несоответствующая возрасту неспособность сосредотачиваться на неинтересных вещах);

гиперактивность (хаотичная бесцельная деятельность, вредящая окружению);

импульсивность (неспособность откладывать вознаграждение).

Для диагностики гиперкинетических расстройств симптомы должны сохраняться более 6 месяцев и приводить к существенному ухудшению функционирования.

Нарушение активности и внимания (F90.0 по МКБ-10):

гиперкинетические расстройства без явных проявлений сопутствующих расстройств поведения.

Гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1 по МКБ-10):

характерно добавление проявлений расстройств поведения (невнимательность, гиперактивность, импульсивность) к симптомам гиперкинетических расстройств.

9. Расстройства поведения (F91 по МКБ-10):

стойкий паттерн поведения, при котором пациент склонен к стойкому нарушению социальных границ других людей, важнейших соответствующих возрасту социальных норм и правил. Такое поведение не соответствует уровню развития и нарушает социальное функционирование. Данная группа расстройств является самой распространенной у несовершеннолетних пациентов, чаще встречается у мальчиков (до 16 %), может пройти по мере взросления или переходит в антисоциальное расстройство личности у совершеннолетних пациентов. Раннее начало расстройства является плохим прогностическим признаком.

10. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста (F93 по МКБ-10):

Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой (F93.0 по МКБ-10):

определяющим симптомом является выраженный или не соответствующий развитию дистресс, либо интенсивный и несоответствующий реальности страх, в связи с разлукой с человеком, к которому несовершеннолетний пациент привязан (обычно родители) или домом.

Сепарационная тревога имеет три ключевые характеристики:

интенсивный и постоянный страх или беспокойство до и во время разлуки;

поведенческие и соматические симптомы до, во время и после разлуки;

постоянное избегание или попытки уйти от ситуаций разлуки.

Симптомы тревоги сопровождаются соматическими проявлениями. По мере взросления распространенность расстройства падает, но есть риск перехода в иные формы тревожных расстройств.

Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте (F93.1 по МКБ-10):

основным признаком специфических фобий является страх и избегание в ответ на целый ряд специфических сигналов, ситуаций или объектов. Часто присутствует убеждение, что объект или ситуация приведет к причинению персонального вреда. К распространенным у несовершеннолетних пациентов фобиям относится страх крови, болезни, темноты, насекомых, животных, людей с необычной внешностью. Несовершеннолетние пациенты, страдающие тревожными расстройствами, часто социально некомпетентны, застенчивы, зависимы от родителей. Отказ от посещения учреждения образования при тревожных расстройствах у несовершеннолетних пациентов является поводом для принятия трехсторонних мер – родители, врач-специалист, учреждение общего среднего образования.

Социальное тревожное расстройство в детском возрасте (F93.2 по МКБ-10):

в основе расстройства лежит страх и избегание социального взаимодействия или социально ориентированных проектов из-за убеждения, что другие люди оценят несовершеннолетнего пациента негативно. Такие несовершеннолетние пациенты имеют ограниченное число друзей, сконцентрированы на себе и социально некомпетентны. Характерен отказ от посещения учреждения образования.

11. Расстройства социального функционирования, начало которых специфично для детского и подросткового возраста (F94 по МКБ-10):

Элективный мутизм (F94.0 по МКБ-10):

характеризующийся постоянной неспособностью говорить в определенных условиях (например, учреждение общего среднего образования, социальные ситуации), несмотря на сохраненную способность нормально говорить в других ситуациях (например, дома). Это относительно редкое, но достаточно серьезное состояние, и, если его оставить без лечения, может привести к значительным негативным социальным и академическим нарушениям. Несовершеннолетние пациенты с расстройством, характеризующимся постоянной неспособностью говорить в определенных условиях, сильно различаются по своей способности использовать невербальную коммуникацию, некоторые из них неспособны сообщить даже о своих витальных потребностях.

Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте (F94.1 по МКБ-10):

начинается в первые пять лет жизни и характеризуется устойчивыми отклонениями модели детских социальных взаимоотношений, что связано с эмоциональным нарушением и реактивностью по отношению к изменениям окружающей обстановки (боязнь, сверхбдительность, бедность социальных взаимосвязей со сверстниками, агрессивностью по отношению к себе и другим, страданием и остановкой развития в некоторых случаях). Синдром, вероятно, возникает как непосредственный результат полного отсутствия заботы о ребенке со стороны родителей, как результат злоупотреблений и жестокого обращения с ним.

Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу (F94.2 по МКБ-10):

особая модель аномального социального функционирования, которая возникает в первые пять лет жизни и имеет тенденцию сохраняться, несмотря на выраженные перемены в окружающей обстановке, а именно диффузное, неизбирательно сфокусированное привязчивое поведение, требующее к себе внимания, и неразборчиво дружественное поведение; плохо модулированные взаимодействия со сверстниками. В зависимости от обстоятельств могут присоединяться эмоциональные и поведенческие расстройства.

12. Тики (F95 по МКБ-10):

включают Транзиторные тики (F95.0 по МКБ-10), Хронические моторные тики или вокализмы (F95.1 по МКБ-10), Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром де ла Туретта) (F95.2 по МКБ-10):

от 4 до 12 % несовершеннолетних пациентов страдают тиками в определенный момент своего развития. В среднем 3–4 % болеют хронической формой расстройства и у 1 % отмечается синдром де ла Туретта. По мере взросления возрастает частота

спонтанных ремиссий. В целом расстройство протекает волнообразно и тяжесть симптомов не всегда коррелирует с проводимым лечением.

13. Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F98 по МКБ-10):

Энурез неорганической природы (F98.0 по МКБ-10):

непроизвольное мочеиспускание во время ночного или дневного сна. Неорганический энурез не связан с другими заболеваниями нервной системы. Около 10 % несовершеннолетних пациентов мочатся в постель ночью. Некоторые несовершеннолетние пациенты не удерживают мочу в течение дня. Несмотря на высокие показатели ремиссии, энурез и недержание мочи могут приобретать хроническое течение, при этом 1–2 % несовершеннолетних пациентов страдают ночным энурезом и менее 1 % – дневным. Почти у половины несовершеннолетних пациентов, страдающих энурезом, наблюдаются коморбидные расстройства (расстройство дефицита внимания с гиперактивностью, расстройства поведения, депрессивные расстройства).

Энкопрез неорганической природы (F98.1 по МКБ-10):

заболевание, которым страдают 1–3 % несовершеннолетние пациенты старше 4 лет (определяющий возраст). По мере взросления распространенность расстройства снижается. Важно выделять два принципиальных вида энкопреза – с запором и без. В целом, 30–50 % несовершеннолетних пациентов с энкопрезом имеют сопутствующие эмоциональные и поведенческие расстройства (тревожные, расстройства поведения, расстройство дефицита внимания с гиперактивностью).

Заикание (запинание) (F98.5 по МКБ-10):

начало расстройства наблюдается в возрасте 2–7 лет, пик – к 5 годам, у мальчиков заикание встречается в 3 раза чаще, чем у девочек. 80 % несовершеннолетних пациентов, которые страдают заиканием до 5 лет, прекращают заикаться примерно после первого года учебы в учреждении общего среднего образования.

### ГЛАВА 3

## ДИАГНОСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, ОБЫЧНО НАЧИНАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

14. Перечень обязательного общеклинического обследования в стационарных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация учителя-дефектолога;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам).

15. Перечень обязательного общеклинического обследования в условиях отделения дневного пребывания:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация учителя-дефектолога;  
ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;  
ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;  
БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;  
флюорография ОГК не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам).

16. Перечень обязательного общеклинического обследования в амбулаторных условиях:

консультация психолога с целью психологической диагностики;  
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;  
консультация учителя-дефектолога;  
ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;  
ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;  
флюорография ОГК не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам).

17. Перечень дополнительного обследования:

электрокардиограмма (далее – ЭКГ) (перед назначением трициклических антидепрессантов);

БИК: определение концентрации глюкозы, общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, 1 раз в 3 месяца (при приеме антипсихотиков второго поколения);

измерение объема талии, взвешивание, определение индекса массы тела, в соответствии с центильными таблицами, 1 раз в 3 месяца (при приеме антипсихотиков второго поколения);

электроэнцефалограмма (однократно при лечении тиков).

18. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 14–17 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

#### ГЛАВА 4

### МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОБЫЧНО НАЧИНАЮЩИМИСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

19. Гиперкинетические расстройства (F90 по МКБ-10):

лечение осуществляется:

в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания;  
в стационарных условиях при значительных поведенческих нарушениях, представляющих угрозу безопасности окружающих лиц, поведенческих нарушениях, не поддающихся лечению в амбулаторных условиях;

в условиях отделения дневного пребывания, при необходимости уточнения диагноза.

Лечение при легких и умеренных проявлениях гиперкинетических расстройств включает психотерапевтические вмешательства (тренинг родительской компетентности, тренинги социальных навыков и контроля импульсивного поведения, семейная психотерапия), рекомендации по организации воспитания, обучения, режима несовершеннолетнего пациента, способов наказания и поощрения. Все мероприятия проводятся одновременно.

Фармакотерапия назначается при тяжелых проявлениях гиперкинетических расстройств, а также при легких и умеренных проявлениях – при отсутствии эффекта

от проводимых психосоциальных мероприятий (не менее 8 недель), при нежелании несовершеннолетнего пациента и (или) близких родственников принимать психосоциальную поддержку. ЛС назначают, начиная с малых доз, с последующим титрованием дозы.

Антидепрессанты:

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, 75 мг, 150 мг – у несовершеннолетних пациентов, начать с 75 мг/сутки, повышая до 300 мг/сутки при хорошей переносимости.

Антипсихотические ЛС:

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, раствор для приема внутрь 1 мг/мл – 0,25–4 мг/сутки;

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, – стартовая доза 5 мг/сутки внутрь, через 5 дней до 10–15 мг/сутки, максимальная суточная доза – 30 мг/сутки.

Медикаментозное лечение при условии хорошей переносимости должно проводиться так долго, как того требуют симптомы. По мере взросления у большинства несовершеннолетних пациентов симптомы гиперкинетического расстройства становятся легче или даже наступает спонтанная ремиссия. Дозы ЛС в таком случае должны снижаться или медикаментозное лечение полностью прекращается.

Нарушение активности и внимания (F90.0 по МКБ-10):

лечение проводится согласно частям четвертой–пятой настоящего пункта.

Гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1 по МКБ-10):

лечение проводится согласно частям первой–пятой настоящего пункта.

20. Расстройства поведения (F91 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи подразумевает обязательное вовлечение семьи, посредством функциональной терапии выявляются проблемные места в семейной коммуникации, воспитании, регулировании поведения несовершеннолетнего пациента и проводится индивидуальная, групповая и семейная психотерапия.

Использование фармакотерапии показано при неэффективности психотерапевтических методов.

При наличии коморбидных состояний (депрессии, тревоги, фобий, импульсивности) могут назначаться:

противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием (соли вальпроевой кислоты);

антидепрессанты (флуоксетин, сертралин, флувоксамин), антипсихотики (рисперидон, кветиапин, аripипразол, оланзапин).

ЛС назначают, начиная с малых доз, с последующим титрованием дозы. Лечение проводят как в виде монотерапии, так и в виде комплексной терапии при комбинировании ЛС различных групп.

ЛС нормотимического действия:

соли вальпроевой кислоты – с 2 лет, – таблетки 300 и 500 мг, гранулы 250 мг, сироп 5,7 % – при массе тела до 25 кг – 10–30 мг/кг/сутки внутрь;

при массе тела больше 25 кг – 10–50 мг/кг/сутки внутрь;

карбамазепин, таблетки 200 мг, внутрь, начальная доза 100 мг в сутки, максимальная суточная доза 600 мг/сутки внутрь.

Антидепрессанты:

флуоксетин, капсулы 20 мг – начать с 20 мг внутрь, затем до 40 мг/сутки;

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг – начальная доза 25 мг внутрь вечером, затем увеличение на 25 мг каждые 4–7 дней, доза более 50 мг/сутки дается в несколько приемов;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – начать с дозы 25 мг внутрь, затем 50 мг/сутки, максимальная суточная доза – 200 мг.

Антипсихотические ЛС:

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, раствор для приема внутрь 1 мг/мл – 0,25–4 мг/сутки;

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг – стартовая доза 5 мг/сутки, внутрь, через 5 дней до 10–15 мг/сутки, максимальная суточная доза – 30 мг/сутки.

оланзапин, таблетки 5 мг, 10 мг – 5–15 мг/сутки внутрь.

Ожидаемый результат: уменьшение степени выраженности поведенческих расстройств, улучшение социальной, семейной адаптации и адаптации в учреждении образования.

21. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста (F93 по МКБ-10):

Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой (F93.0 по МКБ-10):  
лечение:

осуществляется в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания; в стационарных условиях при значительных поведенческих нарушениях, представляющих угрозу безопасности окружающих лиц, поведенческих нарушениях, не поддающихся лечению в амбулаторных условиях либо в условиях отделения дневного пребывания, необходимости уточнения диагноза;

в качестве мер первого выбора показана поведенческая терапия с близкими родственниками;

когнитивно-поведенческий подход должен быть ведущим при работе с несовершеннолетним пациентом.

ЛС из группы антидепрессантов, перечисленные в пункте 19 настоящего клинического протокола, используются для лечения данного психического расстройства в дополнение к психотерапевтическим методам.

Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте (F93.1 по МКБ-10):

лечение:

релаксация, а также психотерапевтические методики, основанные на когнитивно-поведенческом подходе – подвергание воздействию в естественных условиях (in vivo) или имитация посредством компьютерных технологий виртуальной реальности (e-терапия), тренинг умения справляться с непредвиденными обстоятельствами, тренинг для близких родственников по воспитанию, тренинг социальных навыков.

Если у пациента не наступает улучшения после завершения достаточно длительной терапевтической программы, или когда пациент отказывается от участия в терапии, основанной на выработке навыков, или когнитивно-поведенческая терапия недоступна, необходимо рассмотреть возможность назначения ЛС. Следует избегать назначения ЛС при тревожных расстройствах несовершеннолетним пациентам до 6 лет.

ЛС, применяемые при фобическом тревожном расстройстве:

антидепрессанты:

флуоксетин, капсулы 20 мг – начать с 20 мг внутрь, затем до 40 мг/сутки;

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг – начальная доза 25 мг внутрь вечером, затем увеличение на 25 мг каждые 4–7 дней, доза более 50 мг/сутки дается в несколько приемов;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – начать с дозы 25 мг внутрь, затем 50 мг/сутки, максимальная суточная доза – 200 мг;

анксиолитики – бензодиазепины:

альпрозолам, таблетки 0,25 мг, 0,5 мг – 0,25–0,1 мг/сутки, внутрь на короткое время при выраженной тревоге;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг – 0,125–2 мг/сутки, внутрь на короткое время при выраженной тревоге;

снотворные и седативные ЛС:

мелатонин, капсулы 1 мг, таблетки 3 мг – 1,5–3 мг за полчаса до сна.

Социальное тревожное расстройство в детском возрасте (F93.2 по МКБ-10):

лечение указано в части третьей настоящего пункта.

22. Расстройства социального функционирования, начало которых специфично для детского и подросткового возраста (F94 по МКБ-10):

Элективный мутизм (F94.0 по МКБ-10):

лечение является мультидисциплинарным и нацелено на ослабление тревоги, улучшение внешней речи и избавление от связанных с элективным мутизмом нарушений. Во всех подходах акцент делается на поведенческих компонентах когнитивно-поведенческой терапии. Используются задачи на постепенное воздействие

и вознаграждение за речевое поведение. Чрезвычайно важно вовлечение в процесс терапии родителей. Также необходимо интенсивное вовлечение учителей и координация действий с ними, так как симптомы у несовершеннолетних пациентов с элективным мутизмом чаще всего проявляются в учреждении образования.

В лечении элективного мутизма используются ЛС:

антидепрессанты:

флуоксетин, капсулы 20 мг – начать с 20 мг внутрь, затем до 40 мг/сутки;

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг – начальная доза 25 мг внутрь вечером, затем увеличение на 25 мг каждые 4–7 дней, доза более 50 мг/сутки дается в несколько приемов;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – начать с дозы 25 мг внутрь, затем 50 мг/сутки, максимальная суточная доза – 200 мг.

23. Тики (F95 по МКБ-10):

лечение осуществляется в амбулаторных условиях. При его неэффективности, при выраженной социальной дезадаптации – в условиях отделения дневного пребывания или в стационарных условиях.

Показана когнитивно-поведенческая психотерапия. Для хорошо мотивированных пациентов эффективным является тренинг выработки противоположного навыка. Также эффективны релаксационный тренинг, воздействие и предотвращение реакции, управление непредвиденными обстоятельствами.

Фармакотерапия:

антипсихотические ЛС:

сульпирид, капсулы 50 мг, 100 мг, 200 мг – с 6 лет – 5–15 мг/кг/сутки;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, раствор для приема внутрь 1 мг/мл – с 6 лет 0,25–4 мг/сутки;

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг – с 6 лет 2,5–5 мг/сутки, при весе менее 50 кг – максимальная доза 10 мг/сутки; более 50 кг – максимальная доза 15 мг/сутки (для лечения синдрома де ла Туретта);

оланзапин, таблетки 5 мг, 10 мг – с 13 лет 2,5–20 мг/сутки (для лечения синдрома де ла Туретта);

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг – с 3 лет – 0,05–0,15 мг/кг/сутки (для лечения синдрома де ла Туретта);

антидепрессанты назначают при обсессивно-компульсивном расстройстве;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – 6–12 лет – 25–50 мг/сутки; 13–17 лет – 50–200 мг/сутки;

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг – с 8 лет – 25–300 мг/сутки (для лечения обсессивно-компульсивного расстройства);

кломипрамин, таблетки 25 мг – с 6 лет: от 25 мг/сутки до 3 мг/кг/сутки (для лечения обсессивно-компульсивного расстройства);

при тяжелом течении психического расстройства, при наличии самоповреждений, показано назначение альфа-адреномиметика:

клонидин, таблетки 0,15 мг, – начальная доза 0,075 мг на ночь, затем дозу ЛС наращивают на 0,05 мг в 5–7 дней, максимальная суточная доза составляет 0,45 мг. Лечение клонидином необходимо начинать в стационарных условиях под контролем ЭКГ и артериального давления;

бензодиазепиновый транквилизатор:

клоназепам, таблетки 0,25 мг, 0,5 мг, 1 мг, 2 мг – 0,125–4 мг/сутки;

противоэпилептические ЛС:

топирамат, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – 25–200 мг/сутки;

леветирацетам, таблетки 250 мг, 500 мг, 750 мг, 1000 мг – 250–3000 мг/сутки.

При тяжелых формах заболевания, которые сопровождаются выраженными самоповреждениями, социальной дезадаптацией, при неэффективности медикаментозного лечения может использоваться хирургическое лечение – стереотаксическая имплантация электродов в подкорковые ядра.

24. Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F98 по МКБ-10):

Энурез неорганической природы (F98.0 по МКБ-10):

лечение осуществляется в амбулаторных условиях, продолжительность лечения – по необходимости;

лечение должно быть комплексным и включать:

поведенческое вмешательство, направленное на:

усиление мотивации и устранение чувства вины;

обучение навыкам потребления жидкости и пользования туалетом: употреблять больше жидкости в течение дня, не спешить, находясь в туалете, сидеть в расслабленной позе, отказаться от маневров удержания мочи;

прекращение всех неэффективных мер, таких, как наказание несовершеннолетнего пациента, ограничение жидкости, попытки будить и заставлять подняться, прием неэффективных ЛС, использование других альтернативных методов лечения;

рекомендован расчетный период, для простого наблюдения и фиксирования «сухих» и «мокрых» ночей в течение четырех недель. Несовершеннолетних пациентов просят с помощью символов отмечать на графике мокрые и сухие ночи (тучи и солнце, звездочки и другие).

Необходимо проведение специфического лечения – тренинга пробуждения. Тренинг пробуждения – будильник заводится перед отходом ко сну, несовершеннолетнего пациента инструктируют, что когда будильник звонит, он должен его выключить в течение трех минут, посетить туалет и снова завести будильник. Если несовершеннолетний пациент все выполняет правильно, получает в награду два жетона в виде наклейки и затем поощрение.

Фармакотерапия применяется, когда несовершеннолетний пациент не мотивирован, семья испытывает сложности с проведением тренинга пробуждения или нужна быстрая краткосрочная ремиссия (для поездки на экскурсию).

Показана семейная психотерапия.

Коморбидные расстройства должны лечиться отдельно.

ЛС для лечения энуреза:

антидепрессанты:

амитриптилин, таблетки 25 мг – 6–10 лет – 12,5 мг/сутки, 11–16 лет – 25 мг/сутки;

гормональные ЛС для системного использования:

десмопрессин, таблетки 0,1 мг, 0,2 мг – в течение 2 недель доза 0,2 мг/сутки, если улучшения нет – повышение до 0,4 мг/сутки. Прием до 12 недель, затем ЛС отменяют, возобновляют при необходимости;

продолжительность лечения – по необходимости.

Энкопрез неорганической природы (F98.1 по МКБ-10):

лечение осуществляется в амбулаторных условиях;

в условиях отделения дневного пребывания, в стационарных условиях при необходимости уточнения диагноза либо неэффективности проводимых мероприятий;

показано вербализация чувств и установок несовершеннолетних пациентов, изменения диеты и питьевого режима, обсуждение неэффективных вмешательств;

обучение навыкам пользования горшком: несовершеннолетних пациентов просят садиться на горшок три раза в день после приема пищи и сидеть 5–10 минут в расслабленной позе; важно, чтобы при этом их ноги стояли на полу.

Поощрение в позитивной манере, фиксация успехов;

при отсутствии энкопреза с запором слабительные не показаны;

лечение длительное;

коморбидные расстройства лечатся отдельно.

Заикание (запинание) (F98.5 по МКБ-10):

показано общение в поддерживающей манере, помогающей несовершеннолетнему пациенту говорить более плавно.

Общий психологический подход заключается в том, чтобы научить близких родственники говорить с несовершеннолетним пациентом медленно, используя короткие и простые предложения, стараясь снять нервное напряжение, которое несовершеннолетний пациент может чувствовать при разговоре.

Если заикание препятствует обучению или общению со сверстниками, применяется поведенческая методика, называемая методом регулирования дыхания. Несовершеннолетнего пациента просят прекратить говорить перед моментом заикания и глубоко вздохнуть, затем задержать дыхание и выдохнуть перед тем, как продолжить речь.

Перед несовершеннолетним пациентом одна за другой ставятся цели и разрабатываются стратегии их достижения:

- уменьшение заикания в поддерживающей среде;
- сократить тяжесть и продолжительность защитного поведения;
- предварительная разработка стратегий, как несовершеннолетнему пациенту справляться в том или ином случае, когда ему нужно говорить;
- расширение социальных взаимодействий несовершеннолетнего пациента;
- ребенка обучают тому, как на основе когнитивно-поведенческой терапии распознать и минимизировать воздействие негативных чувств, вызывающих заикание;
- применение ЛС при заикании показано только для лечения коморбидных психических и поведенческих расстройств, требующих фармакотерапии;
- логопедическая помощь, которая носит дифференцированный характер, зависит от тяжести речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей несовершеннолетнего пациента, может осуществляться в организации здравоохранения (частота определяется индивидуально).

Приложение  
к клиническому протоколу  
«Оказание медицинской помощи  
пациентам с поведенческими  
и эмоциональными расстройствами,  
обычно начинающимися в детском  
и подростковом возрасте  
(взрослое и детское население)»

## **ПЕРЕЧЕНЬ**

**структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к применению при поведенческих и эмоциональных расстройствах, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте**

1. Тест интеллекта Д.Векслера.
2. Психометрические шкалы стандартизированного диагностического опросника Вандербильта («Метод диагностики гиперкинетических расстройств у детей» Т.А.Емельянцева, В.С.Кириллюк, И.И.Наливко).
3. Интервью о практике воспитания.
4. Опросники для изучения чувствительности к наказанию и вознаграждению у детей в возрасте до 18 лет (SPSRQ-C) и подростков (SPSRQ-J).
5. Опросник Т.Ахенбаха для родителей и учителей, формы Т.Ахенбаха для родителей (CBCL), учителей (TRF) и самоотчетов подростков (YSR).
6. Йельская глобальная шкала оценки тяжести тиков (Yale Global Tic Severity Rating Scale – YGTSS).
7. Бристольская таблица кала (Bristol Stool Chart).