



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Руководство mhGAP-IG

по оказанию помощи в связи
с психическими и неврологическими
расстройствами, а также
расстройствами, связанными
с употреблением психоактивных
веществ, в неспециализированных
учреждениях здравоохранения

Версия 2.0



Программа действий ВОЗ
по ликвидации пробелов в области
психического здоровья

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0.

1. Mental Disorders – prevention and control. 2. Nervous System Diseases. 3. Psychotic Disorders. 4. Substance-Related Disorders. 5. Guideline. I. World Health Organization.

ISBN 978 92 8 905305 1 (NLM classification: WM 140)

Оригинал «mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings» опубликован на английском языке штаб-квартирой Всемирной организации здравоохранения в Женеве в 2016 г.

© **Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г.**

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим

предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования: «Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения». Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро; 2018 г. Лицензия: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing>.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий

вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Руководство mhGAP

по оказанию помощи в связи
с психическими и неврологическими
расстройствами, а также расстройствами,
связанными с употреблением
психоактивных веществ,
в неспециализированных
учреждениях здравоохранения

Версия 2.0



Программа действий ВОЗ
по ликвидации пробелов в области
психического здоровья



Всемирная организация
здравоохранения

mhGAP-IG 2.0 » Содержание

Предисловие	iii	» ECP Основной уход и практика	5
Выражение признательности	iv	» MC Главная диаграмма.....	15
Введение	1	» DEP Депрессия.....	19
Как использовать версию 2.0 mhGAP-IG.....	3	» PSY Психозы	33
		» EPI Эпилепсия	51
		» CMH Психические и поведенческие расстройства в детском и подростковом возрасте	69
		» DEM Деменция	93
		» SUB Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	105
		» SUI Самоповреждение/самоубийство	131
		» OTH Прочие значимые жалобы на психическое здоровье	141
		Выполнение Руководства mhGAP-IG.....	151
		Словарь терминов.....	159

mhGAP-IG 2.0 » Предисловие

Расстройства психического и неврологического характера, а также расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПНВ), широко распространены и составляют существенную долю бремени болезней и инвалидности во всем мире. В связи с этим, остается большой разрыв между имеющимися возможностями и ресурсами систем здравоохранения, экстренно необходимыми и доступными для того, чтобы уменьшить это бремя. Приблизительно один из десяти человек имеет расстройство психического здоровья, и лишь 1% работников здравоохранения во всем мире оказывает помощь больным с психическими расстройствами. Расстройства ПНВ существенным образом препятствуют развитию способностей детей к учебе и мешают взрослым нормально функционировать как в семьях и на работе, так и в обществе в целом.

Признавая настоятельную необходимость оказания услуг людям с расстройствами ПНВ и лицам, осуществляющим уход за ними, а также для того, чтобы ликвидировать разрыв между имеющимися ресурсами и большой потребностью в таких услугах, Отдел ВОЗ по охране психического здоровья и зависимости от психоактивных веществ в 2008 г. начал реализацию Программы действий ВОЗ по ликвидации пробелов в лечении психических расстройств (Программа mhGAP). Основные задачи Программы mhGAP — усиление приверженности правительств, международных организаций и других заинтересованных сторон в выделении финансовых и кадровых ресурсов для лечения расстройств ПНВ, а также расширение охвата основными мероприятиями стран с низким и средним уровнем дохода. С помощью этих поставленных целей в Программе mhGAP предоставляется руководство, основанное на фактических данных, и инструменты, позволяющие продвигаться к достижению целей Комплексного плана действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг.

В 2010 г. было разработано Руководство программы ВОЗ по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (Руководство mhGAP-IG) для лечения расстройств ПНВ в неспециализированных медицинских учреждениях, цель которого – оказание помощи в осуществлении Программы mhGAP. Будучи простым техническим инструментом, основанном на руководящих принципах Программы mhGAP, Руководство mhGAP-IG помогает осуществлять комплексное лечение приоритетных состояний ПНВ с использованием протоколов для принятия объективных клинических решений. Существует

широко распространенная, но ложная точка зрения, что все мероприятия в области психического здоровья сложны и могут быть осуществлены только сотрудниками узкого профиля. Исследования, проведенные в последние годы, наглядно доказали возможность оказания фармакологической и психосоциальной помощи в неспециализированных медицинских учреждениях. С момента выпуска в 2010 г. Руководство mhGAP-IG широко используется целым рядом заинтересованных сторон, в том числе министерствами здравоохранения, научными учреждениями, неправительственными организациями и другими благотворительными фондами и научными работниками в целях расширения масштабов услуг по охране психического здоровья. Версия 1.0 Руководства mhGAP-IG используется более чем в 90 странах всех регионов ВОЗ. Материалы по mhGAP были переведены на более чем 20 языков, в том числе на шесть официальных языков ООН.

Через пять лет после первоначального выпуска руководящие принципы mhGAP были уточнены с учетом новых данных и опубликованы в 2015 г. И сейчас мы с удовольствием представляем вашему вниманию версию 2.0 Руководства mhGAP-IG, которая отражает не только эти обновления, но и обширные комментарии пользователей, тем самым повышая удобство и простоту его использования.

Мы надеемся, что данное руководство останется ключевым техническим средством для предоставления медицинской помощи лицам, страдающим психическими расстройствами по всему миру, и приблизит нас к достижению цели обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

Shekhar Saxena

Директор Департамента психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами
Всемирная организация здравоохранения



**Всемирная организация
здравоохранения**

mhGAP-IG 2.0 » Выражение признательности

Разработка концепции

Shekhar Saxena, директор Департамента психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами, ВОЗ.

Составление проекта и редакционная коллегия

Tarun Dua, Nicolas Clark, Neerja Chowdhary, Alexandra Fleischmann, Fahmy Hanna, Chiara Servili, Mark van Ommeren.

Содействие

Ценные сведения, консультативная помощь и рекомендации предоставлены специалистами штаб-квартиры ВОЗ, сотрудниками региональных и страновых офисов ВОЗ и многими международными экспертами. Этот ценный вклад имел большое значение для обновления руководящих принципов Программы mhGAP и/или разработки версии 2.0 Руководства mhGAP-IG.

Штаб-квартира ВОЗ

Valentina Baltag, John Beard, Alexander Butchart, Dan Chisholm, Nathalie Drew, Jane Ferguson, Berit Kieselbach, Nicola Magrini, Chris Mikton, Eyerusalem Kebede Negussie, Alana Officer, Anne Margriet Pot, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, David Ross, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Wilson Were.

Региональные и страновые офисы ВОЗ

Nazneen Anwar (Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии); Florence Baingana (ВОЗ-Сьерра-Леоне); Andrea Bruni (Региональное бюро для стран Америки) Anderson Chimusoro (ВОЗ-Зимбабве); Manuel de Lara (ВОЗ-Турция); Bahtygul Karriyeva (ВОЗ-Туркменистан); R Kesavan (ВОЗ-Либерия); Devora Kestel (Региональное бюро для стран Америки); Lars Foddgard Moller (Европейское региональное бюро); Maristela Goldnadel Monteiro (Региональное бюро для стран Америки); Matthijs Muijen (Европейское региональное бюро); Julius Muron (ВОЗ-Либерия); Sebastiana Da Gama Nkomo (Региональное бюро для стран Африки); Jorge Jacinto Rodriguez (Региональное бюро для стран Америки); Khalid Saeed (Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья); Caroline Saye (ВОЗ-Либерия); Yutaro Setoya (ВОЗ-Фиджи); Xiao Sobel (Региональное бюро для стран западной части Тихого океана); Saydah Taylor (ВОЗ-Либерия); Salma Tiili (ВОЗ-Гвинея); Xiangdong Wang (Региональное бюро для стран западной части Тихого океана); Eyad Yanes (ВОЗ-Сирия).

Основные международные эксперты

Lindsey America-Simms, Kenneth Carswell, Elizabeth Centeno-Tablante, Melissa Harper, Sutapa Howlader, Kavitha Kolappa, Laura Pacione, Archana A. Patel, Allie Sharma, Marieke van Regteren Altena.

Административная поддержка

Adeline Loo, Cecilia Ophelia Riano.

Стажеры

Farnoosh Ali, Lakshmi Chandrasekaran, Paul Christiansen, Anais Collin, Aislinne Freeman, Anna Fruehauf, Ali Haidar, Huw Jarvis, Steven Ma, Emma Mew, Elise Paul, Charlotte Phillips, Pooja Pradeeb, Matthew Schreiber.

Технические рецензенты

Необходимые сведения и отзывы относительно разработки уточненных руководящих принципов Программы mhGAP и/или версии 2.0 Руководства mhGAP-IG были предоставлены международными экспертами:

Albert Akpalu (Колледж медико-санитарных дисциплин, Университет Ганы и Общество больных эпилепсией Ганы); Sophia Achab* (Сотрудничающий центр ВОЗ, Hopitaux Universitaires de Geneve (HUG), Женева, Швейцария); Emiliano Albanese* (Сотрудничающий центр ВОЗ, Hopitaux Universitaires de Geneve (HUG), Женева, Швейцария); Robert Ali* (Комитет по контролю за наркотиками и алкоголем Южной Австралии (DASSA), Сотрудничающий центр ВОЗ по лечению наркомании и алкоголю, Университет Аделаиды, Австралия); Fredrick Altice (Школа медицины и Школа общественного здравоохранения Йельского университета, Нью-Хейвен, США); Jose Ayuso-Mateos (Автономный университет Мадрида, CIBER, Испания); Corrado Barbui* (Сотрудничающий центр ВОЗ по исследованиям и подготовке специалистов в области психического здоровья и оценке предоставления услуг, Университет Вероны, Италия); Gretchen Birbeck (Мичиганский государственный университет, Мичиган, США); Anja Busse (Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Вена, Австрия); Vladimir Carli* (Национальный центр исследования суицидов и профилактики психических заболеваний (NASP), Каролинский институт, Стокгольм, Швеция); Sudipto Chatterjee* (Parivartan, Sangath, Индия); Dixon Chibanda (Университет Зимбабве, проект Friendship Bench, Хараре, Зимбабве); Janice Cooper (Центр Картера, Либерия); Wihelmus (Pim) Cuijpers* (Свободный Университет Амстердама, Амстердам, Нидерланды); Gauri Divan (Sangath, Гоа, Индия); Christopher Dowrick*

(Институт психологии, здоровья и общества, Ливерпульский университет, Ливерпуль, Соединенное Королевство); Joshua Duncan (проект Building Back Better, CBM, Сьерра-Леоне); Julian Eaton* (CBM International, Того, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство); Rabih El Chammay (Министерство здравоохранения, Бейрут, Ливан); Peter Hughes (Королевский колледж психиатров, Соединенное Королевство); Asma Humayun* (Meditrina Healthcare, Исламабад, Пакистан); Gabriel Ivbijaro* (Медицинский центр Wood Street, Лондон, Соединенное Королевство); Nathalie Jette* (Hotchkiss Brain Institute and O'Brien Institute for Public Health, Университет Калгари, Канада); Lynne Jones (Государственная служба здравоохранения, Соединенное Королевство); Marc Laporta (кафедра психиатрии, Университет Макгилл, Центр сотрудничества ВОЗ/ПОЗ по научным исследованиям и Университета психического здоровья Дугласа, Монреаль, Канада); Anita Marini (НПО Cittadinanza, Римини, Италия); Farrah Mateen (Massachusetts General Hospital, Гарвардская медицинская школа, США); Zhao Min* (Шанхайский центр лечения больных наркоманией, Школа медицины университета Цзяотун, Шанхай, Китай); Charles Newton*, Кенийский институт медицинских исследований, Килифи, Кения); Olayinka Omigbodun* (Центр психического здоровья детей и подростков (ССАМН), больница университетского колледжа, Ибадан, Нигерия); Akwasi Osei* (Министерство здравоохранения, Аккра, Гана); Amrita Parekh (Дасра, Мумбай, Индия); Alfredo Pemjean* (Департамент психического здоровья, Министерство здравоохранения, Сантьяго, Чили); Nematalli Perera (медицинский факультет, Университет Коломбо, Шри-Ланка); Michael Phillips (Центр по исследованию и профилактике суицидов и Консультационный центр по методам исследования, Шанхайский центр психического здоровья, факультет медицины Шанхайского Университета Цзяотун и Центр сотрудничества с ВОЗ по исследованиям и подготовке специалистов по предотвращению суицидов, Beijing

Huilongguan Hospital, Пекин, Китай); Martin Prince* (Институт психиатрии, психологии и неврологии, Королевский колледж, Лондон, Соединенное Королевство); Atif Rahman* (Институт психологии, здоровья и общества, Ливерпульский университет, Ливерпуль, Соединенное Королевство); Richard Rawson* (Комплексные программы по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами, Калифорнийский университет, Лос-Анджелес, Калифорния, США); Tahilia Rebello (Колумбийский университет, США); Rajesh Sagar (Всеиндийский институт медицинских наук, Нью-Дели, Индия); Ley Sander (Институт неврологии UCL, Лондон, Соединенное Королевство); Alison Schafer (World Vision, Найроби, Кения); Kunnukattil S Shaji (Государственный Медицинский колледж, Триссур, Индия); Pratap Sharan* (Всеиндийский институт медицинских наук, Нью-Дели, Индия); Vandad Sharifi Senejani (Тегеранский университет медицинских наук, Тегеран, Исламская Республика Иран); Kolou Simliwa Dassa* (Министерство здравоохранения, Ломе, Того); Leslie Snider (Peace in Practice, Амстердам, Нидерланды); Chhit Sophal (Министерство здравоохранения, Камбоджа); Jessica Maria-Violanda Spagnolo (Факультет общественного здравоохранения Университета Монреаля, Монреаль, Канада); Emmanuel Streeel (Консультант по общественному психическому здоровью и наркотической зависимости, Бельгия); Scott Stroup (Колледж терапии и хирургии Колумбийского университета, Институт психиатрии штата Нью-Йорк, Нью-Йорк, США); Athula Sumathipala (Университет Кия, Соединенное Королевство); Kiran Thakur (Госпиталь Джона Хопкинса, Балтимор, США); Rangaswamy Thara (Фонд исследований шизофрении, Индия); Graham Thornicroft* (Институт психиатрии, психологии и неврологии, Королевский Колледж, Лондон, Соединенное Королевство); Mark Tomlinson (Университет Стелленбош, Южная Африка); Nyau Tun (Yangon General Hospital, Мьянма); Carmen Valle (CBM, Фритаун, Сьерра-Леоне); Pieter Ventevogel (Верховный

комиссар ООН по делам беженцев, Женева, Швейцария); Inka Weissbecker* (Международная медицинская служба, Вашингтон, США); Mohammad Taghi Yasamy (Женева, Швейцария); Lakshmi Vijayakumar* (Центр SNEHA по предотвращению суицидов, Ченнаи, Индия); Abe Wassie (Кафедра психиатрии, медицинский факультет университета Аддис-Абебы и госпиталь Амануэль, Эфиопия)*.

* Члены группы по уточнению руководящих принципов Программы mhGAP.

Дополнительные сведения были предоставлены нижеупомянутыми рецензентами в ходе пилотных испытаний, взаимодействий или обсуждений в рамках фокус-групп:

Helal Uddin Ahmed (Бангладеш), Suzan Akwii Otto (Уганда), Robinah Alambuya (Уганда), Latifa Saleh Al Harbi (Саудовская Аравия), Alaa Iddin Al Masri (Иордания), Laila Alnawaz (Турция), Ebtisam Al Rowdhan (Саудовская Аравия), Roseline Aposu (Нигерия), Manar Awwad (Иордания), Raul Ayala (Мексика), Namsenmoh Aumar (Центрально-Африканская Республика), Madhur Basnet (Непал), Gertrude Bayona (Уганда), Rose Beaugrand (Сьерра-Леоне), Tadu Bezu (Эфиопия), Gaurav Bhattarai (Непал), Jihane Bou Sleiman (Ливан), Brian Byekwaso (Уганда), Jules Claude Casumba (Южный Судан), Alice Clement (Нигерия), Gretel Acevedo de Pinzon (Панама), Barkon Dwah (Либерия), Mufumba Emmanuel (Уганда), Olivia Gabula (Уганда), Kamal Gautam (Непал), Renee Gerritzen (Непал), Shree Ram Ghimire (Непал), Sudip Ghimre (Непал), Ijeh Ter Godwin (Нигерия), Kebeh Selma Gorpudolo (Либерия), Teen K. Grace (Нигерия), Georgina Grundy-Campbell (Соединенное Королевство и Турция), Esubalew Haile (Южный Судан), Tayseer Hassooun (Сирия), Mahmoud Hegazy (Турция), Zeinab Hijazi (Ливан), Fred Kangawo (Уганда), Sylvester Katontoka (Замбия), Fred Kiyuba (Уганда), Humphrey Kofie (Гана), Moussa Kolie (Гвинея),

Samer Laila (Турция), Richard Luvaluka (Уганда), Paul Lwevola (Уганда), Scovia Makoma (Уганда), Joao Marçal-Grilo (Соединенное Королевство), Soo Cecilia Mbaidoo (Нигерия), Colette McInerney (Лаос), Saeed Nadia (Соединенное Королевство), Ruth Nakachwa (Уганда), Juliet Namuganza (Уганда), Emily Namulondo (Уганда), Margaret Namusobya (Уганда), Amada N. Ndorbor (Либерия), Sheila Nduanabangi (Уганда), Joel Ngbede (Нигерия), Fred Nkotami (Уганда), Zacharia Nongo (Нигерия), Emeke Nwefoh (Нигерия), Philip Ode (Нигерия), Mary Ogezi (Нигерия), Martha Okpoto (Нигерия), Sagun Ballav Pant (Непал), Monica Reverga (Нигерия), Мара Н Puloka (Королевство Тонга), Muhannad Ramadan (Иордания), Nick Rose (Соединенное Королевство), Brigid Ryan (Австралия), Joseph s. Quoi (Либерия), Nidhal Saadoon (Турция), Latifa Saleh (Саудовская Аравия), Dawda Samba (Гамбия), Nseizere Mitala Shem (Уганда), Michel Soufia (Ливан), Shadrach J. Suborzu II (Либерия), Wafika Tafran (Сирия), Angie Tarr Nyankoon (Либерия), Lilas Taqi (Турция), Yanibo Terhemem C (Нигерия), Nongo Terseer (Нигерия), Samnieng Thammavong (Лаос), Manivone Thiako (Лаос), Joshua Tusaba (Уганда), Chanthala Vinthasai (Лаос), Anna Walder (Сьерра-Леоне), Abdulwas Yusufi (Эфиопия).

Независимые эксперты, принимавшие участие в обзоре уточненных руководящих принципов Программы mhGAP:

Atalay Alem (Университет Аддис-Абебы, Эфиопия), Laura Amato (Совместная группа Cochrane по контролю за наркотиками и алкоголем, Италия), Satinder Aneja (Медицинский колледж Леди Хардинг, Индия), Pierre Bastin (Клиника Болье, Швейцария), Gayle Bell (Институт неврологии, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство), Донна Bergen (Медицинский центр Университета Rush, штат Иллинойс, США), Jose Bertolote (Медицинская школа Botucatu, Бразилия), Irene Bighelli (Университет Вероны, Италия), Stephanie Burrows (Клинический центр Университета Монреаля, Канада), Erico Castro-

Costa (Фонд Освальдо Круза (FIOCRUZ), Бразилия), Tony Charman (Институт психологии, психиатрии и неврологии, Королевский колледж, Соединенное Королевство), Marek Chawarski (Йельский медицинский колледж, США), Vera da Ros (Управление по контролю за снижением вреда и соблюдению прав человека, Бразилия), Carlos Felipe D'Oliveira (Национальная ассоциация по предупреждению суицидов, Бразилия), Kieren Egan (Сотрудничающий центр ВОЗ по психическому здоровью, HUG, Швейцария), Eric Emerson (Центр по вопросам исследований инвалидности и стратегии Сиднейского университета, Австралия), Saeed Faroog (Кафедра психиатрии Lady Reading Hospital, Пакистан), Melissa Gladstone (Университет Ливерпуля, Соединенное Королевство), Charlotte Hanlon (Университет Аддис-Абебы, Эфиопия), Angelina Kakooza (Университет Макерере, Уганда), Rajesh Kalaria (Университет Ньюкасла, Соединенное Королевство), Eirini Karyotaki (Университет Vrije, Нидерланды), Mark Keezer (Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство), Nicole Lee (Turning Point, Австралия), Valentina Lemmi (Лондонская школа экономики, Соединенное Королевство), Harriet MacMillan (McMaster University, Канада), Carlos Martinez (Министерство здравоохранения, Аргентина), Daniel Maggin (Университет Иллинойса, США), Silvia Minozzi (Совместная группа Cochrane по контролю за наркотиками и алкоголем, Италия), Zuzana Mitrova (Совместная группа Cochrane по контролю за наркотиками и алкоголем, Италия), James Mugisha (Национальная ассоциация по предотвращению суицидов, Уганда), Adesola Ogunniyi (University College Hospital, Нигерия), Денис Падручный (Информационно-учебный центр психиатрии и наркологии, Беларусь), Amrita Parekh (Фонд общественного здравоохранения Индии), Khara Sauro (Университет Калгари, Канада), Shoba Raja (Basic Needs, Индия), Brian Reichow (Центр по исследованию детства, Йельский медицинский колледж, США), Maria Luisa Scattoni (Istituto Superiore di Sanita, Италия),

Suvasini Sharma (Медицинский колледж Lady Hardinge и дочерняя детская клиника Kalawati Saran, Индия), Pratibha Singh (Аспирантура медицинского образования и исследований, Индия), Lorenzo Tarsitani (Tarsitani, Policlinico Umberto Sapienza, Римский университет, Италия), Wietse Tol (Фонд Питера Алдермана, Уганда); Sarah Skeen (Университет Стелленбош, Южная Африка), Manjari Tripathi (Всеиндийский институт медицинских наук, Индия), Ambros Uchtenhagen (Университет Цюриха, Швейцария), Chris Underhill (Basic Needs, Соединенное Королевство), Anna Williams (Институт психиатрии, психологии и неврологии, Королевский колледж, Соединенное Королевство).

Рабочая группа

Графический дизайн и верстка: Erica Lefstad
Печать: Pascale Broisin, Frederique Claudie Rodin, ВОЗ, Женева

Финансовая поддержка

Финансовую поддержку в разработке и выпуске Руководства оказали следующие организации:

Autism Speaks (США); CBM; Fountain House Inc.; правительство Японии; правительство Республики Корея; правительство Швейцарии; Национальный институт психического здоровья (США); Syngenta.

ВВЕДЕНИЕ

Программа действий по ликвидации пробелов в лечении психических расстройств (mhGAP) – обоснование

По данным Атласа психического здоровья ВОЗ за 2014 год, более 45% населения мира живет в странах, в которых на каждые 100 тыс. человек приходится менее 1 врача-психиатра и еще меньшее – неврологов. Совершенно очевидно, что если бы мы полагались исключительно на специалистов, способных предоставить медицинскую помощь людям, страдающим от психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПНВ), миллионы людей были бы лишены возможности получить помощь, в которой они нуждаются. Но даже если такая помощь и предоставляется, она зачастую либо не основана на фактических данных, либо не отличается высоким качеством. В связи с этим была разработана данная программа действий по ликвидации пробелов (Программа mhGAP), с целью расширения масштабов лечения пациентов с расстройствами ПНВ.

Подход mhGAP состоит из мер профилактики и лечения приоритетных состояний ПНВ, которые определяются на основе фактических данных об эффективности и целесообразности расширения масштабов этих мероприятий в странах с низким и средним уровнем дохода. Приоритетные состояния были определены на основе критериев, указывающих на значительное бремя болезней (принимая во внимание смертность, заболеваемость и инвалидность), огромные экономические затраты или нарушения прав человека. К ним относятся депрессия, психозы, самоповреждения/самоубийства, эпилепсия, деменция, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, а также психические и поведенческие расстройства у детей и подростков. Руководство mhGAP-IG представляет собой ресурс для применения руководящих принципов mhGAP, основанных на фактических данных, в неспециализированных медицинских учреждениях.

Версия 1.0 Руководства mhGAP-IG широко использовалась государствами-членами ВОЗ и другими заинтересованными сторонами, что указывает на необходимость такого инструмента. На страновом уровне ее использовали с помощью различных методов: в большинстве случаев в качестве основного инструмента в поэтапном подходе для

наращивания масштабов оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами на региональном, национальном и субнациональном уровнях; в качестве инструмента по созданию потенциала широкого круга работников здравоохранения высшего и среднего звена; в качестве справочного руководства для разработки и обновления учебных программ для студентов и аспирантов в области здравоохранения.

Разработка версии 2.0 Руководства mhGAP

Обновленные руководящие принципы Программы mhGAP, комментарии и оценка пользователей версии 1.0 Руководства mhGAP-IG способствовали пересмотру и доработке обновленной версии mhGAP-IG. В 2015 г. была закончена и опубликована полная новая версия руководящих принципов Программы mhGAP, завершающая процесс разработки принципов руководства, в том числе процесс пересмотра фактических данных, синтеза и формулировки рекомендаций благодаря усилиям международной группы независимых экспертов и представителей учреждений с соответствующим опытом работы: врачей, ученых, руководителей программ, производителей и потребителей услуг. Подробные методы и обновленные рекомендации можно найти на странице mhGAP Evidence Resource Centre по адресу: www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en.

Были получены комментарии экспертов из всех регионов ВОЗ, использовавших пакет mhGAP-IG в течение последних трех лет для обучения непрофильных специалистов в области здравоохранения и оказания услуг ПНВ в нескольких местах реализации. Затем предварительный проект версии 2.0 Руководства mhGAP-IG, основанный на комментариях экспертов и других пользователей, был распространен среди большого числа рецензентов со всего мира, тем самым позволяя озвучить различные мнения в рамках такого интенсивного процесса пересмотра. Благодаря этому процессу были объединены в одно целое комментарии, полученные от целого ряда конечных пользователей, в том числе непрофильных специалистов, оказывающих медицинские услуги, и больных с расстройствами ПНВ, проживающих во всех регионах ВОЗ. Информация от конечных пользователей была собрана с помощью вопросника, а также в результате обсуждений на местах

в рамках фокус-групп, проведение которых координировала ВОЗ. Данные, полученные в рамках этого процесса от рецензентов, вошли в версию 2.0 Руководства mhGAP-IG.

Кроме того, некоторые пользователи mhGAP-IG отметили факт наличия только печатной версии, предположив, что интерактивные электронные, интернет- (e-) или мобильные (m-) версии mhGAP-IG могут иметь преимущества с точки зрения улучшения простоты использования, дополнительной функциональности и снижения затрат. Таким образом, mhGAP-IG 2.0 была разработана и укомплектована для работы с несколькими доменами: бумагой, электронными средствами и мобильной версией e-mhGAP-IG, которая в настоящее время находится на стадии разработки и будет выпущена в ближайшее время.

На основе обширных комментариев пользователей, обновленных руководящих принципов Программы mhGAP 2015 г. и новых возможностей, предоставляемых электронной версией, были внесены следующие ключевые обновления:

- » обновленное содержание различных разделов на основе новых доказательств, отзывов и рекомендаций пользователей mhGAP;
- » использование вертикальной алгоритмической модели, что позволяет получать упорядоченную и упрощенную клиническую оценку;
- » новый алгоритм для наблюдения во всех модулях;
- » два новых модуля: «Основной уход и практика» (который служит обновлением для главы «Общие принципы ухода» версии 1.0) и «Выполнение Руководства mhGAP-IG»;
- » обновленные модули «Психозы» (посвящен психозам и биполярному расстройству), «Психические и поведенческие расстройства в детском и подростковом возрасте» (охватывает темы расстройства психологического развития, поведенческие и эмоциональные расстройства), «Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ» (охватывает расстройство, связанные с употреблением алкоголя и наркотических веществ).

Использование версии 2.0 Руководства mhGAP-IG

MhGAP-IG – это примерное руководство, поэтому крайне важно адаптировать его в соответствии с уникальной национальной или местной ситуацией. Пользователи могут выбрать свои варианты приоритетных состояний или мер по адаптации и реализации Руководства в зависимости от имеющихся в наличии и преобладающих ресурсов. Это необходимо для того, чтобы обеспечить охват состояний, составляющих большую часть бремени болезней в конкретной стране, а также для того, чтобы Руководство mhGAP-IG 2.0 отвечало местным условиям, которые влияют на лечение пациентов с расстройствами ПНВ в медицинском учреждении. Процесс адаптации следует использовать как возможность для достижения консенсуса по техническим вопросам по целому ряду заболеваний. Адаптация подразумевает языковой перевод, а также проведение мероприятий, приемлемых для данных социокультурных условий и подходящих для местных систем здравоохранения.

Целевая группа пользователей Руководства mhGAP-IG – неспециализированный медицинский персонал медицинских учреждений первого и второго уровня. Это врачи первичной медицинской помощи, медицинские сестры и другие работники сектора здравоохранения. Хотя Руководство mhGAP-IG 2.0 предназначено для использования в первую очередь неспециалистами, оно может оказаться полезным и для специалистов в области охраны психического здоровья. Кроме того, специалисты играют важную роль в обучении, поддержке и руководстве, и mhGAP-IG 2.0 определяет, в каких случаях необходимо обращаться к ним за консультацией или лечением в целях повышения эффективности использования ограниченных ресурсов. Специалистам будет также полезно обучение по различным аспектам общественного здравоохранения в рамках программ и организации обслуживания пациентов. Реализация mhGAP-IG в идеале требует скоординированных действий со стороны экспертов общественного здравоохранения и менеджеров, а также со стороны узкопрофильных специалистов с опытом работы в области общественного здравоохранения. Поэтому обучение использованию Руководства mhGAP-IG лучше всего проводить в рамках системного подхода с участием специалистов по планированию услуг здравоохранения, руководителей и вырабатывающих политику лиц таким образом, чтобы планируемые мероприятия поддерживались необходимой инфраструктурой/ресурсами, например, наличием основных




лекарственных средств. Обучение использованию Руководства mhGAP-IG также необходимо постоянно включать в действующие механизмы, чтобы обеспечить надлежащую поддержку, контроль и переподготовку поставщиков услуг здравоохранения.


Как пользоваться Руководством mhGAP-IG 2.0


MhGAP-IG – это примерное руководство, поэтому крайне важно адаптировать его в соответствии с уникальной национальной или местной ситуацией. Пользователи могут выбрать свои варианты приоритетных состояний или мер по адаптации и реализации руководства в зависимости от ситуации.


- » MhGAP-IG 2.0 начинается с раздела «Основной уход и практика», представляющего собой примеры правильных клинических методов и общих руководящих принципов взаимодействия медицинских работников с лицами, нуждающимися в психиатрической медицинской помощи. Всем пользователям Руководства mhGAP-IG необходимо ознакомиться с этими принципами и придерживаться их в максимально возможной степени.
- » MhGAP-IG включает главную диаграмму, в которой представлена информация об общеизвестных проявлениях приоритетных расстройств. Этот модуль направляет врача к соответствующим модулям. В первую очередь необходимо лечить наиболее серьезные состояния. В версии 2.0 Руководства mhGAP-IG к главной диаграмме был добавлен раздел «Признаки приоритетных состояний ПНВ» для облегчения определения экстренных ситуаций и обращения к инструкциям для оказания надлежащей помощи.
- » Модули, организованные по принципу отдельных приоритетных расстройств, служат инструментами для принятия клинических решений и оказания помощи. Каждый модуль представлен в другом цвете, что позволяет легко их дифференцировать. Каждый модуль начинается с введения, в котором объясняется, какие расстройства в нем описаны, а также кратко описываются основные этапы оценки состояния и лечения.

» Каждый модуль состоит из трех разделов:

-  **Оценка**
-  **Лечение**
-  **Последующее наблюдение**

 **Раздел «Оценка»** представлен в виде блок-схемы с несколькими ответвлениями для составления клинической оценки. Модуль начинается с общих признаков предполагаемых расстройств. Далее из списка вопросов по клинической оценке необходимо спуститься ниже, выбрав ответы «Да» или «Нет» для получения дальнейших инструкций, чтобы сделать конечную клиническую оценку. Важно, чтобы пользователи Руководства mhGAP-IG начинали с верхней части оценки и продвигались через все точки принятия решений для разработки комплексного плана оценки и лечения.

 **Раздел «Лечение»** состоит из подробных пунктов проведения мероприятий и предоставляет информацию о том, каким образом следует вести случаи конкретных получивших оценку состояний. Это включает проведение большого числа технических, психосоциальных и фармакологических вмешательств, когда это необходимо.

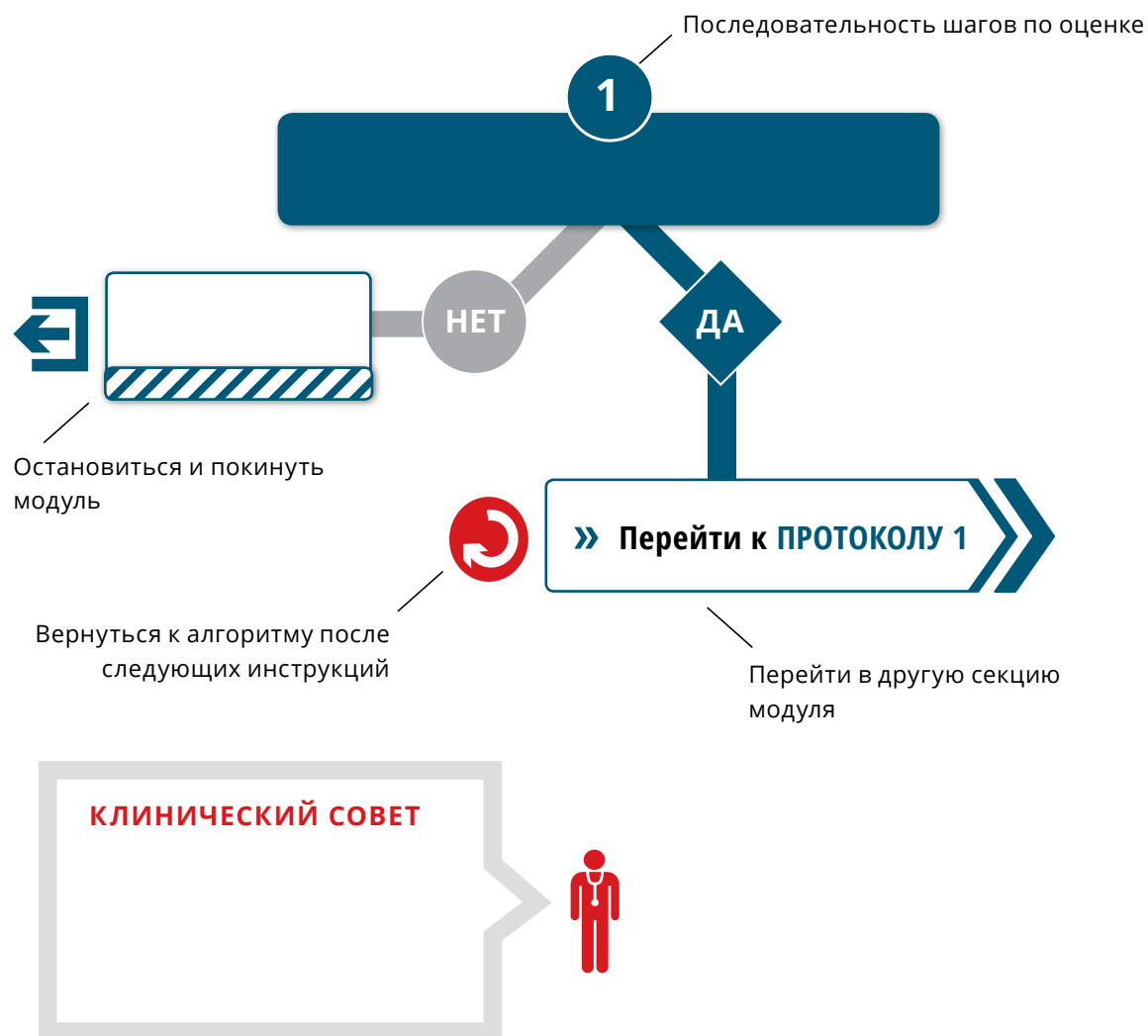
 **В разделе «Последующее наблюдение»** представлена подробная информация о том, как продолжить клинические отношения, и подробные инструкции по проведению последующих наблюдений.

» В Руководстве mhGAP-IG 2.0 используется ряд символов, чтобы выделить некоторые аспекты внутри модулей. Список символов и их объяснение приводится на следующей странице. Во всех модулях важные моменты также выделяются во вставке «Ключевые клинические советы».

» В руководстве также включен модуль, в котором вкратце описываются этапы его выполнения.

» В конце руководства имеется словарь используемых в нем терминов.

Визуальные элементы и символы



Оценка



Лечение



Последующее наблюдение



Направление в больницу



Медикаментозное лечение



Психосоциальные вмешательства



Обращение к специалисту



Дети/подростки



Женщины детородного возраста, беременные или кормящие грудью



Взрослые



Пожилые люди



ВНИМАНИЕ!



Запрет



Дальнейшая информация

ОСНОВНОЙ УХОД И ПРАКТИКА

В этом модуле описываются принципы основного ухода за всеми, кто обращается за медицинской помощью, включая пациентов с расстройствами ПНВ и лиц, осуществляющих уход за ними. Первый раздел этого модуля охватывает общие принципы оказания медицинской помощи и направлен на обеспечение соблюдения конфиденциальности информации о лицах с расстройствами ПНВ, обращающихся за медицинской помощью, на построение хороших отношений между поставщиками и пользователями медицинских услуг и лицами, осуществляющими уход за ними, а также на оказание помощи, основываясь на непредвзятости, заботе и поддержке. Второй раздел охватывает основные моменты лечебной практики в области психического здоровья и направлен на предоставление общего обзора оценки и ведения случаев ПНВ в неспециализированных медицинских учреждениях для поставщиков услуг здравоохранения.

А. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

- Используйте хорошие коммуникативные навыки
- Содействуйте обеспечению уважения личности и сохранению человеческого достоинства

В. ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

- Оценка физического здоровья
- Проведение клинической оценки расстройств ПНВ
- Лечение расстройств ПНВ

А. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

I. Используйте хорошие коммуникативные навыки

Хорошие коммуникативные навыки позволяют работникам здравоохранения оказывать высококачественные медицинские услуги взрослым, подросткам и детям с психическими и неврологическими расстройствами, а также с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПНВ). Рассмотрим основные навыки и советы, которые способствуют улучшению общения:

СОВЕТ № 1

Создайте обстановку, способствующую свободному общению

- » По возможности примите человека в уединенном месте.
- » поприветствуйте человека, представьтесь и назовите свою должность/роль в приемлемой для местной культуры манере.
- » Установите зрительный контакт и используйте язык жестов и мимику, чтобы способствовать доверительным отношениям.
- » Объясните, что информация, обсуждаемая в ходе посещения, будет сохранена в тайне и не будет распространяться без заранее полученного на это разрешения.
- » Если вместе с человеком присутствуют лица, осуществляющие уход, предложите поговорить с пациентом один на один (за исключением детей младшего возраста) и получите согласие на распространение медицинских данных.

- » Во время беседы с молодой женщиной предусмотрите присутствие еще одной женщины-сотрудницы или лица, осуществляющего уход.

СОВЕТ № 2

Вовлекайте человека

- » Как можно больше вовлекайте человека (обязательно с его согласия, с согласия лиц, осуществляющих уход за ним, и членов семьи) во все аспекты оценки и лечения. Это относится к детям, подросткам и пожилым людям.

СОВЕТ № 3

Сначала выслушайте

- » Слушайте внимательно. Сопереживайте и сочувствуйте.
- » Не перебивайте человека с расстройством ПНВ.
- » Если человек неясно излагает свою историю, будьте терпеливы и попросите разъяснить.
- » Беседуя с детьми, используйте слова, которые им понятны. Например, можно поговорить об их интересах (игрушках, друзьях, школе и пр.).
- » Общаясь с подростками, дайте им понять, что вы понимаете их чувства и положение.

СОВЕТ № 4

Всегда оставайтесь дружелюбным, уважительным и неосуждающим

- » Ведите себя вежливо.
- » Не судите о людях по их поведению и внешнему виду.
- » Оставайтесь спокойным и терпеливым.

СОВЕТ № 5

Используйте хорошие навыки вербальной коммуникации

- » Используйте простой язык. Выражайтесь ясно и кратко.
- » Задавайте открытые вопросы, которые обобщают и разъясняют показания.
- » Подведите итог и повторите основные моменты.
- » Позвольте человеку задать вопросы относительно предоставленной информации.

СОВЕТ № 6

Ведите себя деликатно, когда люди рассказывают о тяжелом опыте (например, изнасиловании, насилии или самоповреждении)

- » Трудные случаи требуют большей деликатности с вашей стороны.
- » Напомните человеку, что все, что он говорит вам, останется конфиденциальным.
- » Признайте, что человеку может быть трудно рассказывать о своей ситуации.

II. Содействуйте уважению личности и сохранению человеческого достоинства

К лицам с расстройствами ПНВ следует относиться с уважением и достоинством в соответствии с культурными особенностями. Медицинские работники обязаны прилагать все усилия для уважения и содействия желаниям и предпочтениям людей с расстройствами ПНВ, а также помогать и привлекать их самих и лиц, осуществляющих за ними уход, самым инклюзивным образом. Лица с расстройствами ПНВ зачастую являются более уязвимыми к нарушениям прав человека. Поэтому крайне важно, чтобы в медицинских учреждениях, медицинские работники содействовали обеспечению прав людей с расстройствами ПНВ в соответствии с Международными нормами о правах человека, в том числе Конвенции ООН о правах инвалидов (CRPD).*

* Для получения дополнительной информации обратитесь к сайту CRPD: www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html.

Что можно делать

- » Относитесь к людям с расстройствами ПНВ с уважением и достоинством.
- » Следите за соблюдением врачебной тайны людей с расстройствами ПНВ.
- » Обеспечьте людям с расстройствами ПНВ уединенность в клинических условиях.
- » Всегда предоставляйте доступ к информации и по возможности объясняйте факторы риска и преимущества планируемого лечения в письменной форме.
- » Убедитесь, что человек дает свое согласие на лечение.
- » Содействуйте самостоятельной и независимой от кого-либо жизни в обществе.
- » Обеспечьте людям с расстройствами ПНВ доступ к поддерживаемым вариантам принятия решений.

Чего нельзя делать

- » Нельзя относиться к людям с расстройствами ПНВ пристрастно.
- » Нельзя игнорировать приоритеты или пожелания людей с расстройствами ПНВ.
- » Нельзя принимать решения от имени или вместо человека с расстройствами ПНВ.
- » При объяснении планируемого лечения не перегружайте свою речь профессиональной терминологией.

В. ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

I. Оцените состояние физического здоровья

Лица с расстройствами ПНВ подвержены более высокому риску преждевременной смертности от предотвратимых заболеваний и, следовательно, они всегда должны получать оценку физического состояния в рамках комплексной оценки состояния здоровья. Обязательно изучите историю перенесенных заболеваний, в том числе показания физического здоровья и анамнез расстройства ПНВ. После чего необходимо провести оценку физического здоровья для выявления взаимозависимых условий и образовательную работу с пациентом относительно профилактики заболевания. Эти действия всегда необходимо проводить с информированного согласия человека.

Оценка физического здоровья

- » **Изучите общий анамнез и задайте вопросы о факторах риска**, таких как гиподинамия, неправильное питание, курение, употребление алкоголя и/или употребление психоактивных веществ, опасное поведение и хронические заболевания.
- » **Проведите физический осмотр.**
- » **Примите во внимание дифференциальный диагноз.**
Исключите физическое состояние и первопричины заболевания ПНВ, основываясь на истории болезни, результатах физикального осмотра и основных лабораторных анализов по мере необходимости и доступности. Выявите сопутствующие заболевания.
- » **Выявление сопутствующих заболеваний.**
Зачастую человек одновременно может иметь несколько расстройств ПНВ. Важно провести оценку состояния и уметь его контролировать в случае проявления.

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

Лица с тяжелыми психическими расстройствами имеют в 2–3 раза больше шансов умереть от предотвратимых заболеваний, таких как инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания. Уделяйте большое внимание снижению риска с помощью образовательных бесед и наблюдения.



Укрепление физического состояния здоровья

- » Проводите лечение сопутствующих заболеваний одновременно с лечением расстройств ПНВ. Если необходимо, направьте на консультацию/лечение к специалисту.
- » Проведите разъяснительную работу по изменяемым факторам риска для профилактики заболевания и поощрения здорового образа жизни.
- » Для поддержания физического здоровья лиц с расстройствами ПНВ работники здравоохранения должны:
 - проводить консультации о важности физической активности и здорового питания;
 - просвещать людей о вреде употребления алкоголя;
 - поощрять прекращение употребления табака и психоактивных веществ;
 - проводить разъяснительную работу по другим неосторожным видам поведения (напр., незащищенным половым контактам);
 - проводить регулярные проверки физического здоровья и вакцинацию;
 - подготавливать людей к изменениям в жизни, таким как половое созревание и менопауза, а также обеспечивать необходимую поддержку;
 - с женщинами детородного возраста — обсуждать планы по беременности и методы контрацепции.

II. Проведите оценку ПНВ

Проведение оценки расстройства ПНВ включает в себя следующие шаги. Сначала изучите текущую жалобу. Затем изучите общий анамнез человека. Спросите о любых предыдущих проблемах ПНВ, проблемах с физическим здоровьем. Поговорите на предмет семейного анамнеза расстройств ПНВ и психосоциального анамнеза. Проведите наблюдение за человеком (исследование психического состояния), поставьте дифференциальный диагноз и определите расстройство ПНВ. В рамках оценки, если это необходимо, проведите физикальный осмотр и получите результаты основных лабораторных анализов. Проводите оценку только с информированного согласия человека.



СБОР АНАМНЕЗА

1 Изложение жалоб на болезнь

Наличие основного симптома или причины, из-за которой человек обращается за помощью.

- » Спросите, когда, по какой причине и как началась болезнь.
- » На этом этапе важно собрать как можно больше информации о вероятных симптомах и их проявлениях у больного.

2 Наличие расстройства ПНВ в анамнезе

- » Спросите об аналогичных проблемах в прошлом, случаях госпитализации в психиатрическую клинику или назначения лекарственных препаратов для лечения расстройства ПНВ, а также о любых попытках суицида в прошлом.
- » Выясните, употребляет ли человек табак, алкоголь и психоактивные вещества.

3 Общая история болезни

- » Спросите о проблемах с физическим здоровьем и лекарственных препаратах.
- » Попросите человека перечислить лекарственные препараты, которые он принимает в настоящее время.
- » Спросите о наличии аллергии на лекарственные препараты.

4 Расстройства ПНВ в семейном анамнезе

- » Исследуйте наличие расстройства ПНВ в семейном анамнезе и спросите, наблюдались ли у кого-нибудь в семье подобные симптомы или кто-нибудь лечился от расстройства ПНВ.

5 Психосоциальный анамнез

- » Спросите человека о текущих стрессовых факторах, методах борьбы со стрессами и наличии социальной поддержки.
- » Спросите об обычно выполняемой социально-профессиональной деятельности (как человек функционирует дома, на работе и как взаимодействует с окружающими).
- » Получите основную информацию о человеке, включая место жительства, уровень образования, послужной список, семейное положение, число и возраст детей, доходы, семейный состав и условия проживания.

Что касается детей и подростков, поинтересуйтесь, есть ли у них лицо, которое осуществляет за ними уход, а также каковы характер и качество отношений между ними.

Предположите наличие приоритетного состояния ПНВ и перейдите к соответствующему модулю (модулям) для оценки



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПНВ

1 Физический осмотр

» Проведите целевой физический осмотр, используя информацию, полученную в результате оценки состояния на наличие расстройства ПНВ.

2 Обследование психического состояния (ОПС)*

» Задайте вопросы больному и обратите внимание на то, как выглядит и как ведет себя человек, на его настроение и реакцию, о чем он думает, на любые проявления расстройства восприятия и познания. Для получения подробной информации см. симптомы в главной диаграмме (МС).

3 Дифференциальный диагноз

» Рассмотрите дифференциальный диагноз и исключите состояния, которые имеют похожие симптомы, проявляющиеся в настоящее время.

4 Основные лабораторные анализы

» Запросите результаты лабораторных анализов, по необходимости и возможности, в целях исключения причин соматических заболеваний.

5 Определите наличие расстройства ПНВ

» Определите наличие расстройства ПНВ, используя соответствующий модуль (модули).
» Оцените наличие других симптомов ПНВ и приоритетных состояний (см. главную диаграмму).
» Руководствуйтесь соответствующими протоколами по алгоритму управления и лечения.



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

После того, как подозрение на наличие расстройства ПНВ подтвердится, при любых обстоятельствах оценивайте возможность самоповреждения/самоубийства (» SUI)

* Обследование психического состояния, адаптированное для неспециалистов, может включать следующее: поведение и внешний вид – симптомы и признаки, связанные с тем, как человек выглядит или действует; настроение и реакции – симптомы и признаки, связанные с управлением и выражением эмоций или комплексом ощущений; содержание мысли – симптомы и признаки, связанные с предметом мыслей, включая заблуждения, паранойю, подозрительность и суицидальные мысли; расстройство восприятия – сенсорные восприятия, возникающие в отсутствии соответствующего (внешнего) раздражителя (например, слуховые или зрительные галлюцинации). Человек может иметь или не иметь представление о нереальности восприятия; познание – симптомы, признаки и клинические данные, свидетельствующие о нарушении умственных способностей и процессов, связанных с вниманием, памятью, суждением, размышлением, решением проблем, принятием решений, пониманием и целостностью этих функций.

III. Лечение расстройств ПНВ

По завершении клинической оценки руководствуйтесь алгоритмом лечения Руководства mhGAP-IG для оказания помощи при расстройствах ПНВ. Основные моменты лечения представлены в блок-схеме, расположенной ниже.



ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ПНВ

*Многие расстройства ПНВ – хронические и требуют долгосрочного мониторинга и последующего наблюдения.
Лечение расстройств с течением времени включает в себя следующие этапы:*

1 Разработайте план лечения совместно с больным и лицом, осуществляющим уход



T

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

План лечения в письменной форме должен включать следующее:

- Фармакологические вмешательства (если они назначены)
- Психосоциальные вмешательства
- Направления к врачам-специалистам
- План последующего систематического наблюдения за состоянием больного
- Ведение других сопутствующих соматических и/или других заболеваний ПНВ

2 При всех обстоятельствах предлагайте человеку и лицу, осуществляющему уход, проведение психосоциальных вмешательств.

3 Если предписано, проводите лечение расстройства ПНВ при помощи медицинских препаратов.

4 Если это предписано и доступно, обращайтесь за консультацией к специалистам или к услугам стационара.

5 Обеспечивайте наличие соответствующего плана для последующего наблюдения.

6 Выполняйте свою деятельность сообща с лицом, осуществляющим уход, и членами семьи в целях оказания помощи человеку с расстройством ПНВ.

Устанавливайте тесные связи с работниками сферы образования, общественных услуг (включая жилье) и т. п.

8 Изменяйте планы лечения для особых групп населения с учетом их особенностей.

1 Планирование лечения

- » Обсудите и определите цели лечения с учетом готовности и предпочтений пациента.
- » Если человек согласен, пригласите к обсуждению лицо, осуществляющее уход за ним.
- » Поощряйте самоконтроль симптомов и объясните, когда обращаться за медицинской помощью в срочном порядке.

2. Психосоциальные вмешательства

2 Психообразование

Предоставьте человеку информацию о расстройстве ПНВ, в том числе:

- » что представляет собой расстройство, течение болезни и последствия;
- » доступные способы лечения и ожидаемые благоприятные результаты лечения;
- » продолжительность лечения;
- » важность соблюдения лечения, в том числе действий, которые может выполнить сам пациент (напр., прием лекарственных препаратов или осуществление актуальных психологических вмешательств, таких как выполнение расслабляющих упражнений) и помощь, которую может оказать в этом отношении лицо, осуществляющее уход;
- » описание потенциальных побочных эффектов любых прописываемых препаратов (кратковременного или длительного приема), прием которых человек с расстройством ПНВ (и лица, осуществляющие уход) обязаны контролировать;
- » потенциальное вовлечение социальных работников, кураторов, медицинских работников и других доверенных членов местного сообщества.
- » Руководствуйтесь разделом «Лечение» соответствующего модуля/модулей для получения конкретной информации относительно расстройства ПНВ.

В. Снижайте стресс и укрепляйте социальную поддержку

Устранить текущие психосоциальные стрессоры:

- » Выявите и обсудите актуальные психосоциальные проблемы, которые вызывают стресс у человека и/или влияют на его жизнь, в частности проблемы в семейных отношениях и на работе, наличие источника средств к существованию, жилищные и финансовые проблемы, трудности, связанные с доступом к основной защите и услугам, стигму, дискриминацию и т. д.
- » Для того, чтобы помочь человеку справляться со стрессом, обсудите с ним возможные методы решения проблем.
- » Оцените и контролируйте ситуации, связанные с неправильным лечением, жестоким обращением (например, бытовое насилие) и отсутствием заботы (например, забота о детях или пожилых людях). Обсудите с человеком возможность обращения к заслуживающим доверия агентствам по обеспечению защиты прав или к неофициальным организациям по защите прав. Если необходимо, обратитесь к правовым и общественным ресурсам.
- » Определите членов семьи, которые могут оказать поддержку и постарайтесь привлечь их насколько это возможно и целесообразно.
- » Усиьте социальную поддержку и попытайтесь восстановить социальные связи человека.
- » Определите прежнюю общественную деятельность, которая, при возобновлении, сможет обеспечить прямую или косвенную психосоциальную поддержку (например, семейные праздники, общение с соседями, общественная и религиозная деятельность и т. д.).
- » Научите справляться со стрессом, например с помощью методов релаксации

С. Содействуйте функционированию в повседневной деятельности

- » Насколько возможно, окажите помощь человеку в продолжении регулярной социальной, образовательной и профессиональной деятельности.
- » Содействуйте включению человека в хозяйственную деятельность.

- » При необходимости предложите человеку пройти курсы по развитию навыков жизнеобеспечения и/или навыков общения.

Д. Психологическое лечение

Психологические методы лечения представляют собой лечебные вмешательства, проведение которых требует длительного времени и которые обычно осуществляются специально обученными специалистами. Тем не менее такие вмешательства могут выполняться обученным неспециализированным медперсоналом под руководством специалистов, а также путем оказания управляемой самопомощи (например, возможности использования электронных программ в области психического здоровья или книг по самопомощи).

Лечебные вмешательства, перечисленные ниже, кратко описаны в словаре специальных терминов.

Пример лечебного вмешательства	Рекомендуется для
Поведенческая активация	DEP
Обучение приемам релаксации	DEP
Терапия, направленная на решение проблем	DEP
Когнитивно-поведенческая терапия (CBT)	DEP, CMH, SUB, PSY
Лечение методом управления непредвиденными обстоятельствами	SUB
Семейное психологическое консультирование или психотерапия	PSY, SUB
Интерперсональная психотерапия (ИПТ)	DEP
Психотерапия, направленная на активизацию мотивации	SUB
Обучение родителей навыкам ухода	CMH

3 Фармакологические вмешательства

- » Следуйте рекомендациям по психофармакологии, представленным в каждом модуле.
- » Используйте фармакологические вмешательства, когда они доступны и указаны в алгоритме управления и в представленной таблице.
- » При выборе адекватной и эффективной медикаментозной терапии необходимо учитывать побочные эффекты лекарственных препаратов (в краткосрочной и долгосрочной перспективе), эффективность предыдущего лечения, совместимость лекарственных препаратов или влияние лекарств на заболевание.
- » Найдите нужную информацию в Государственном фармацевтическом справочнике или Фармацевтическом справочнике ВОЗ.
- » Расскажите человеку о рисках и преимуществах лечения, возможных побочных эффектах, продолжительности лечения и важности соблюдения режима лечения.
- » Соблюдайте осторожность при проведении медикаментозного лечения в особых группах: при лечении пожилых людей, лиц с хроническими заболеваниями, беременных и кормящих грудью женщин, детей/подростков. Проконсультируйтесь со специалистами по мере необходимости.

4 Направление к специалисту/в больницу в случае необходимости

- » Будьте внимательны в ситуациях, которые могут потребовать направления к специалисту/в больницу, например в таких случаях, как неэффективность лечения, серьезные побочные эффекты после медикаментозных вмешательств, сопутствующие заболевания и/или расстройства ПНВ, риск самоповреждения/суицида.

5 Последующее наблюдение

- » После первоначальной оценки состояния здоровья организуйте последующий визит.
- » После каждого визита, планируйте последующую встречу и стимулируйте посещение. Обговаривайте время приема, чтобы оно было одинаково удобно для обеих сторон.
- » **Первые посещения для последующего наблюдения должны происходить чаще, пока не наметится улучшение симптомов в результате лечения.** Когда симптомы начнут ослабевать, проводите консультации реже, но регулярно.
- » **На каждой последующей встрече оцените следующее:**
 - реакцию на лечение, побочные эффекты при приеме лекарств и приверженность лечению и психосоциальным вмешательствам;
 - общее состояние здоровья (регулярно оценивайте состояние физического здоровья);
 - уход за собой (напр., питание, личную гигиену, одежду), функционирование в собственной среде;
 - психосоциальные аспекты и/или изменения условий проживания, которые могут повлиять на лечение;

- понимание лечения человеком и лицом, осуществляющим уход за ним, и их ожидания от лечения. Проясните любые недопонимания.

» На протяжении всего периода последующего наблюдения:

- отмечайте любой прогресс на пути к намеченным целям и усильте приверженность лечению;
- поддерживайте регулярную связь с человеком (и если целесообразно, с лицом, осуществляющим уход за ним). По возможности определите социального работника или другое доверенное лицо в местном сообществе, которое будет поддерживать связь с человеком (напр., члена семьи);
- объясните, что человек может вернуться в клинику в любое время между последующими посещениями в случае необходимости (например, в связи с побочными эффектами лекарственных препаратов и т. д.);
- разработайте план действий на случай, если человек не явится на прием;
- используйте возможности семьи и ресурсы местного сообщества, чтобы связаться с людьми, которые пропустили консультацию;
- если состояние человека не улучшается или ухудшается, проконсультируйтесь со специалистом;
- документируйте в истории болезни все ключевые аспекты взаимодействия с человеком и членами его семьи.

» Обратитесь к разделу «Лечение» соответствующего модуля (-ей) для получения информации относительно последующего наблюдения за лицами с конкретными расстройствами.

6 Вовлечение в процесс лечения лица, осуществляющего уход

- » При необходимости и с согласия пациента привлекайте лицо, осуществляющее уход, или члена семьи к процессу оказания помощи.
- » Необходимо осознавать, что уход за людьми с расстройствами ПНВ может быть сложным.
- » Объясните лицу, осуществляющему уход, что важно уважать достоинство и права человека с расстройством ПНВ.
- » Оцените степень психологического воздействия на лиц, осуществляющих уход.
- » Определите потребности лица, осуществляющего уход, для обеспечения необходимой поддержки и возможностей в сфере его семейной жизни, работы, социальной деятельности и здоровья.
- » Поощряйте участие лица в группах самопомощи и поддержки семьи, когда это возможно.
- » С согласия пациента информируйте лиц, осуществляющих уход, о его состоянии здоровья, включая вопросы, связанные с оценкой, лечением, последующим наблюдением и любыми потенциальными побочными эффектами.

7 Взаимосвязь с другими секторами

- » Чтобы обеспечить комплексный уход на основе первоначальной оценки, необходимо укрепить связи человека с работой, учебным заведением, общественными услугами (включая жилищный вопрос) и другими соответствующими секторами.

8 Особые группы населения

ДЕТИ/ПОДРОСТКИ

- » Изучите воздействие неблагоприятных факторов, таких как насилие и отсутствие заботы, которые могут влиять на психическое здоровье и самочувствие.
- » Определите потребности лиц, осуществляющих уход.
- » Проведите беседу с подростками, которые могут обратиться за помощью самостоятельно, даже если их не сопровождают родители или опекуны. Обязательно заручитесь согласием подростка.
- » Создайте такие условия для ребенка/подростка, чтобы он мог сообщить вам о своих проблемах с глазу на глаз.
- » Выражайтесь языком, понятным для ребенка/подростка.
- » Изучите имеющиеся ресурсы в рамках семьи, школы и сообщества.

БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ ИЛИ КОРМЯЩИЕ МАТЕРИ

- » Если женщина детородного возраста, спросите ее о следующем:
 - кормление грудью;
 - возможная беременность;
 - время последней менструации, если женщина беременна.
- » Взаимодействуйте со специалистом в области охраны здоровья матери для организации необходимого ухода.
- » Рассмотрите возможность консультации со специалистом в области психического здоровья, если есть такая возможность.

- » Соблюдайте осторожность, если лечение требует медикаментозного вмешательства – проверьте токсичное воздействие на развитие плода и возможность влияния на грудное молоко.

ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ

- » Изучите психосоциальные стресс-факторы, особенно актуальные для пациента, уважая его стремление к независимости.
- » Определите и назначьте лечение сопутствующих заболеваний в рамках физического состояния. Помогите корректировать сенсорный дефицит (например, плохое зрение или плохой слух) с помощью вспомогательных устройств (напр., увеличительного стекла, слухового аппарата).
- » Используйте более низкие дозы лекарственных препаратов.
- » Обязательно примите во внимание повышенный риск взаимодействия лекарственных средств при лечении.
- » Оцените потребности лиц, осуществляющих уход за человеком с расстройством ПНВ.

ГЛАВНАЯ ДИАГРАММА



Обзор приоритетных состояний ПНВ

1. Эти общие признаки указывают на необходимость оценки состояния.
2. Если у людей присутствуют признаки нескольких расстройств, то необходимо провести оценку всех соответствующих расстройств.
3. Все расстройства присущи всем возрастным группам, если не оговорено иное.
4. **!** Для экстренных случаев см. таблицу на странице 18.

ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ

ПРИОРИТЕТНОЕ СОСТОЯНИЕ

- » Многочисленные физические симптомы, имеющие постоянный характер и не имеющие точной причины
- » Пониженная активность, усталость, проблемы со сном
- » Устойчивое состояние печали, подавленное настроение, тревога
- » Потеря интереса или радости от жизнедеятельности, которая обычно доставляла удовольствие.

ДЕПРЕССИЯ (DEP)

- » Отчетливо выраженные изменения в поведении; пренебрежение обычными обязанностями, связанными с работой, школой, общественной или социальной деятельностью
- » Возбужденное и агрессивное поведение, угнетенное состояние или повышенная активность
- » Устойчивые ложные убеждения, которые не разделяют другие члены культурного сообщества
- » Слышит голоса или видит образы, не существующие на самом деле
- » Отсутствие осознания того, что человек имеет проблемы с психическим здоровьем

ПСИХОЗЫ (PSY)

- » Судорожные движения или приступы/припадки
- » Во время конвульсий: потеря сознания или нарушение сознания, тугоподвижность, напряженность, закусывание языка, травматизм, недержание мочи или кала
- » После окончания конвульсии: усталость, вялость, сонливость, спутанность сознания, аномальное поведение, головная боль, мышечные боли или состояние слабости в одной из сторон тела

ЭПИЛЕПСИЯ (EPI)

Ребенок/подросток, пришедший на консультацию с жалобами на физическое состояние или для оценки общего физического состояния, у которого наблюдаются:

- » нарушения развития, эмоционального состояния или поведения (например, невнимательность, гиперактивность, или повторяющееся непослушание и агрессивное поведение);
- » такие факторы риска, как плохое питание, жестокое обращение/или оставление без надзора, хронические болезни (напр. СПИД/ВИЧ или тяжелые роды в анамнезе).

Лицо, осуществляющее уход, обеспокоено поведением ребенка/подростка:

- » трудностями в общении с ровесниками или в повседневной деятельности, обычной для его возраста;

- » поведением (т. е. чрезмерная активность, агрессия, частые и/или острые вспышки агрессии, желание оставаться наедине в течение долгого времени, отказ исполнять обычные дела или ходить в школу).

Преподаватель обеспокоен поведением ребенка/подростка:

- » например, тем, что тот легко отвлекается, неуравновешен в классе, часто попадает в неприятности, испытывает трудности в выполнении школьных заданий.

Работники общинных медицинских или социальных служб обеспокоены поведением ребенка/подростка:

- » например, поведением, ведущим к нарушению правил поведения или правонарушениям, физической агрессии у себя дома или в обществе.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (СМН)



Общие признаки эмоциональных, поведенческих и специфических расстройств психологического развития различаются в зависимости от возраста детей и подростков.

- » Ухудшение памяти или возникновение проблем с памятью (тяжелая степень забывчивости) и ориентацией (ощущением времени, осознанием своего местонахождения и узнаванием людей)
- » Настроение или поведенческие проблемы, такие как апатия (безразличное состояние) или раздражительность
- » Отсутствие эмоционального контроля (легко расстраивается, становится раздражительным или плаксивым)
- » Трудности при выполнении обычных функций на рабочем месте, в семье и в обществе

ДЕМЕНЦИЯ (DEM)



- » Внешние признаки употребления алкоголя или других психоактивных веществ (напр., запах алкоголя, невнятная речь, седативный эффект, непредсказуемое поведение)
- » Признаки и симптомы острых поведенческих эффектов, характерные свойства абстиненции или эффекты длительного употребления
- » Ухудшение функционирования в обществе (то есть трудности, возникающие на работе или в семье, неопрятный внешний вид)
- » Признаки хронического заболевания печени (повышенный уровень печеночных ферментов), желтушный (желтый) цвет кожи и белков глаз, пальпируемый и мягкий край печени (на начальной стадии заболевания печени), асцит (скопление трансудата в брюшной полости), паукообразная гемангиома (сосудистая звездочка в виде паучка, заметная на поверхности кожи), а также изменение психического состояния (печеночная энцефалопатия)
- » Проблемы с равновесием, ходьбой, координированными движениями и нистагмом

- » Результаты параллельного обследования: макроцитарная анемия, низкий уровень тромбоцитов, повышенный объем эритроцитов в крови (MCV)
- » Признаки, внезапно возникающие в результате отмены употребления психотропных веществ, передозировки или интоксикации. Человек может казаться слишком спокойным, чрезмерно раздраженным, возбужденным, обеспокоенным или растерянным
- » Лица с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, могут не сообщать о своих проблемах, связанных с употреблением таких веществ. Необходимо изучить следующее:
 - периодически повторяющиеся запросы на предписание (рецепты) психоактивных лекарственных препаратов, в том числе анальгетиков
 - телесные повреждения
 - инфекции, связанные с внутривенным введением препаратов (ВИЧ/СПИД, гепатит С) use (HIV/AIDS, Hepatitis C)

РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (SUB)

Всех лиц, посещающих учреждения здравоохранения, необходимо спросить об употреблении табака.

- » Чувство крайней безысходности и отчаяния
- » Суицидальные мысли, намерение или акт самоповреждения/суицида (в настоящее время или в прошлом)
- » Любые другие приоритетные состояния, хронические боли или чрезмерный эмоциональный дистресс

САМОПОВРЕЖДЕНИЕ/ САМОУБИЙСТВО (SUI)

! ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ Признаки приоритетных состояний ПНВ

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ	ВОЗМОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ	СМ. РАЗДЕЛ
<ul style="list-style-type: none"> » Акт членовредительства с признаками отравления или интоксикации, кровотечение из нанесенной самому себе раны, потеря сознания и/или крайняя заторможенность 	<p>СЕРЬЕЗНЫЙ С МЕДИЦИНСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ АКТ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ</p>	SUI
<ul style="list-style-type: none"> » Текущие или прошлые мысли, план или акт самоповреждения/самоубийства у человека, который в настоящее время крайне возбужден, агрессивен, расстроен или испытывает недостаток в общении 	<p>РЕАЛЬНЫЙ РИСК САМОПОВРЕЖДЕНИЯ/САМОУБИЙСТВА</p>	
<ul style="list-style-type: none"> » Судорожные движения, сопровождающиеся потерей сознания или нарушением сознания 	<p>ЭПИЛЕПСИЯ</p>	EPI, SUB
<ul style="list-style-type: none"> » Непрерывные конвульсии 	<p>ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС</p>	
<ul style="list-style-type: none"> » Возбужденное или агрессивное поведение 	<p>СИНДРОМ ОТМЕНЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ИЛИ ДРУГИХ СЕДАТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ</p>	DEM, PSY, SUB
<ul style="list-style-type: none"> » Запах алкоголя изо рта, невнятная речь, расторможенное поведение; нарушение уровня сознания, познания, восприятия, аффекта или поведения 	<p>ОСТРАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ</p>	SUB
<ul style="list-style-type: none"> » Дрожь в руках, потливость, рвота, учащение пульса и повышение артериального давления, возбуждение, головная боль, тошнота, беспокойство; эпилептический удар и помрачение сознания в тяжелых случаях 	<p>АЛКОГОЛЬНАЯ АБСТИНЕНЦИЯ АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ</p>	
<ul style="list-style-type: none"> » Безразличие или вялое реагирование на окружающих, замедленное дыхание, суженные зрачки-точки 	<p>ПЕРЕДОЗИРОВКА ИЛИ ИНТОКСИКАЦИЯ СЕДАТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ</p>	
<ul style="list-style-type: none"> » Расширенные зрачки, возбужденное состояние, скачка идей, спутанные мысли, странное поведение, недавнее употребление кокаина или других психостимуляторов, учащенный пульс и повышенное артериальное давление, агрессивное нестабильное или буйное поведение 	<p>ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ИЛИ ПЕРЕДОЗИРОВКА ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ</p>	

ДЕПРЕССИЯ

Люди, страдающие депрессией, испытывают ряд симптомов, таких как устойчивое подавленное настроение или потеря интереса и удовольствия в течение по меньшей мере двух недель.

Люди, страдающие депрессией, как описано в этом модуле, испытывают значительные трудности с ежедневной деятельностью в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других сферах жизнедеятельности.

Многие люди, страдающие депрессией, также страдают от симптомов тревожности и необъяснимых, с медицинской точки зрения, соматических симптомов.

Депрессия, как правило, проявляется наряду с другими психическими расстройствами ПНВ и сопутствующими соматическими заболеваниями.

Методы лечения симптомов, не в полной мере отвечающих критериям депрессии, раскрыты в модуле «Прочие значимые жалобы, связанные с психическим здоровьем». [Перейти к » ОТН.](#)

DEP » Краткая информация



ОЦЕНКА

- » **Страдает ли человек депрессией?**
- » **Существуют ли другие объяснения симптомов?**
 - Исключите соматические заболевания
 - Исключите анамнез «маниакальный синдром»
 - Исключите обычную реакцию человека на недавно имевшую место тяжелую потерю близкого человека
- » **Оценка других приоритетных состояний ПНВ**



ЛЕЧЕНИЕ

- » **Протоколы**
 1. Депрессия
 2. Депрессивный эпизод при биполярном расстройстве
 3. Особые группы населения
- » **Психосоциальные вмешательства**
- » **Фармакологические вмешательства**



ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ



DEP 1 » Оценка

ОБЫЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ДЕПРЕССИИ

- Многочисленные устойчивые физикальные признаки, не имеющие никакой явной причины
- Сниженная активность, усталость, нарушение сна
- Постоянное чувство печали или подавленное настроение, чувство тревоги
- Потеря интереса к повседневным делам, которые ранее доставляли удовольствие

1

Страдает ли человек депрессией?

Испытывал ли человек хотя бы один из двух основных симптомов депрессии в течение по крайней мере двух недель?

- Устойчивое подавленное настроение
- Заметное снижение интереса или удовольствия от повседневной деятельности

НЕТ

ДА

Депрессия маловероятна

» Перейти к » ОТН

Испытывал ли человек несколько дополнительных симптомов депрессии в течение по крайней мере двух недель?

- Нарушение сна или слишком продолжительный сон
- Существенное нарушение аппетита или изменение веса человека (уменьшение или увеличение)
- Чувство бесполезности или чрезмерной вины
- Усталость или потеря энергии
- Снижение концентрации
- Нерешительность
- Заметное тревожное возбуждение или беспокойное состояние
- Говорит и двигается медленнее, чем обычно
- Безысходность
- Суицидальные мысли или действия

НЕТ

ДА

Депрессия маловероятна

» Перейти к » ОТН

Испытывает ли человек значительные трудности с выполнением ежедневных функций в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других сферах жизнедеятельности?

НЕТ

ДА

Депрессия маловероятна

» Перейти к » ОТН

Рассмотрите возможность наличия ДЕПРЕССИИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

Человек, страдающий депрессией, может иметь такие психотические симптомы, как бред или галлюцинации. Если у человека присутствуют такие симптомы, лечение депрессии необходимо адаптировать.

ОБРАТИТЕСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ К СПЕЦИАЛИСТУ. 



2

Существуют ли другие возможные объяснения симптомов?

ВОЗМОЖНО, ЭТО ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ НАПОМИНАЕТ ИЛИ ОБОСТРЯЕТ ДЕПРЕССИЮ?

Присутствуют ли признаки и симптомы, предполагающие анемию, недостаточное питание, гипотиреоз, смену настроения в результате употребления психоактивных веществ, побочные эффекты от принимаемых лекарственных препаратов (например, смена настроения в результате приема стероидов)?

» ПРОВЕДИТЕ ЛЕЧЕНИЕ
ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ
ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ/
УСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ДА

НЕТ

Остаются ли депрессивные симптомы после лечения?

НЕТ

ДА

Нет необходимости в лечении

ЕСТЬ ЛИ В АНАМНЕЗЕ МАНИЯ?

Проявились ли некоторые из следующих симптомов одновременно, присутствовали ли они на протяжении более недели и были ли они настолько тяжелыми, чтобы негативно повлиять на рабочую и общественную деятельность человека или чтобы привести к его госпитализации или изоляции?

- Приподнятое настроение и/или проявление раздражительности
- Снижение потребности во сне
- Повышенная активность, избыток энергии, чрезмерная болтливость или очень быстрая речь
- Импульсивное или неосторожное поведение, например чрезмерная трата денежных средств,
- необдуманное принятие важных решений, сексуальная распушенность
- Утрата нормальных социальных запретов, приводящая к неадекватному поведению
- Рассеянность внимания
- Чрезмерно раздутое чувство собственного достоинства

НЕТ

ДА

**ВЕРОЯТЕН
ДЕПРЕССИВНЫЙ
ЭПИЗОД
ПРИ БИПОЛЯРНОМ
РАССТРОЙСТВЕ**



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

При биполярном расстройстве люди, испытывающие депрессивные эпизоды, подвержены риску развития мании. Лечение биполярного расстройства отличается от лечения депрессивного расстройства. **Необходимо применить протокол 2.**

» Перейти к **ШАГУ 3**, затем к **ПРОТОКОЛУ 2**

**ПЕРЕНЕС ЛИ ЧЕЛОВЕК ТЯЖЕЛУЮ УТРАТУ
(СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВЫЗВАННЫЙ ПОТЕРЕЙ БЛИЗКОГО
ЧЕЛОВЕКА) В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 6 МЕСЯЦЕВ?**

ДА

НЕТ

Вероятность ДЕПРЕССИИ

» Перейти к **ШАГУ 3**, затем к **ПРОТОКОЛУ 1**

Присутствуют ли некоторые из этих симптомов?

- Суицидальные мысли
- Ощущение своей бесполезности
- Психотические симптомы
- Говорит или движется медленнее, чем обычно

НЕТ

ДА

Имеет ли человек депрессивный синдром в предыдущем анамнезе?

НЕТ

ДА

Вероятность ДЕПРЕССИИ

3

Имеются ли сопутствующие приоритетные состояния ПНВ?

» Определение сопутствующих расстройств ПНВ по главной диаграмме mhGAP-IG. Перейти к » МС

! Люди, страдающие депрессией, имеют более высокий риск развития большинства других приоритетных расстройств ПНВ. Оцените наличие психотических расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

! ЕСЛИ ЕСТЬ РЕАЛЬНЫЙ РИСК СУИЦИДА, ОЦЕНИТЕ И РЕШИТЕ ПРОБЛЕМУ прежде, чем продолжить. Перейти к » SUI

» Перейти к ПРОТОКОЛУ 1

Не нуждается в лечении депрессии.

» Перейти к » ОТН





DEP 2 » Лечение

ПРОТОКОЛ

1

Депрессия

- » Проведите психообразование человека и лиц, осуществляющих уход за ним. (2.1)
- » Снизьте стресс и укрепите социальную поддержку. (2.2)
- » Стимулируйте функционирование в повседневной деятельности и общественной жизни. (2.3)
- » Рассмотрите возможность использования антидепрессантов. (2.5)
- » Насколько возможно, рассмотрите возможность направления на один из следующих кратковременных психологических курсов терапии: межличностная психотерапия (IPT), когнитивно-поведенческая терапия (CBT), поведенческая активация и консультирование по активации поведения и решению проблем. (2.4)
- » **НЕ ЛЕЧИТЕ СИМПТОМЫ** неэффективными методами, например с помощью витаминных инъекций.
- » Осуществляйте регулярное последующее наблюдение.

ПРОТОКОЛ

2

Депрессивный синдром при биполярном расстройстве

- » Обратитесь за консультацией к специалисту.
- » В случае отсутствия специалиста, проведите лечение депрессии (**ПРОТОКОЛ 1**). Тем не менее НИКОГДА не назначайте антидепрессанты без стабилизаторов настроения, таких как литий, карбамазепин или вальпроат, ввиду того, что антидепрессанты могут привести к развитию мании у людей, страдающих биполярным расстройством (Перейти к **» PSY**).
- » Если у человека развиваются симптомы мании, скажите ему и лицу, оказывающему уход, что прием антидепрессантов должен быть немедленно прекращен, а пациент должен обратиться за помощью.

Особые группы населения

Для этих групп населения могут потребоваться другие лечебные мероприятия



ДЕТИ/ПОДРОСТКИ

- » Для лечения депрессивного синдрома у детей/подростков перейдите к **» СМН**.



БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ И КОРМЯЩИЕ МАТЕРИ

- » Проводите лечение депрессии (**ПРОТОКОЛ 1**), но по возможности ИЗБЕГАЙТЕ назначения антидепрессантов, особенно в течение первого триместра беременности.
- » Если психологическое лечение неэффективно, рассмотрите возможность осторожного использования минимальной, но достаточно действенной дозы антидепрессантов.
- » Для кормящих матерей избегайте таких препаратов длительного действия, как флуоксетин.
- » При наличии специалиста обратитесь к нему за консультацией.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

2.1 Психобразование: ключевая информация для человека, страдающего психическим заболеванием, и лиц, осуществляющих уход

- » Депрессия – это очень распространенное заболевание, которое может поразить любого человека.
- » Депрессия является не следствием того, что лица с этим диагнозом слабовольны или ленивы.
- » Негативное отношение к ним окружающих (например, такие высказывания как «Вы должны быть сильнее», «Возьмите себя в руки») может происходить из-за того, что депрессивное состояние нельзя определить по внешним признакам, в отличие от перелома или раны. Кроме прочего, существует ошибочное мнение, что люди, страдающие депрессией, могут легко контролировать свои симптомы только с помощью своей силы воли.
- » Как правило, люди, страдающие депрессией, имеют чересчур отрицательное мнение о себе, о своей жизни и своем будущем. Их текущая ситуация может быть очень сложной, но депрессия может вызывать беспочвенные мысли о безнадежности и чувство никчемности. Такого рода негативные чувства, вероятно, будут исчезать по мере того, как лечение депрессии начнет действовать.
- » Для людей с этим заболеванием характерны мысли о **самоповреждении или самоубийстве**. Если такие мысли присутствуют, их нельзя осуществлять, но следует рассказать

заслуживающему доверия человеку и немедленно обратиться за помощью.

2.2 Уменьшение стресса и укрепление социальной поддержки

- » Оцените и попытайтесь уменьшить стресс-факторы. (Перейти к **» ЕСР**)
- » Реактивируйте ранее имевшуюся систему социальных связей человека. Определите вид предыдущей общественной деятельности человека, которая при возобновлении может потенциально оказать прямую или косвенную психосоциальную поддержку, например участие человека в семейных праздниках, общение с соседями и общественная деятельность.

2.3 Стимулируйте функционирование в повседневной деятельности и общественной жизни

- » Несмотря на сложность ситуации, убедите человека попытаться выполнить как можно больше нижеследующих советов:
 - Попробуйте возобновить (или продолжить) деятельность, которая раньше доставляла удовольствие.
 - Старайтесь соблюдать режим сна и бодрствования.
 - Постарайтесь быть настолько физически активными, насколько это возможно.

- Старайтесь питаться регулярно, несмотря на нестабильный аппетит.
- Старайтесь проводить больше времени в кругу семьи и близких друзей.
- Как можно чаще старайтесь принимать участие в делах сообщества и другой общественной деятельности.
- » Объясните человеку и лицу, осуществляющему уход, что эта деятельность может способствовать улучшению настроения.

2.4 Краткосрочные психологические методики лечения депрессии

- » Данное руководство не содержит конкретных протоколов для реализации краткосрочных психологических вмешательств. ВОЗ наряду с другими агентствами разработала ряд руководств, содержащих информацию по лечению депрессии. Например, в руководстве *Problem Management Plus* (www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en) описывается использование терапевтического лечения по методу поведенческой активации, обучению методикам релаксации, лечению расстройств по способности решения проблем и укреплению социальной поддержки. Кроме того, в пособии *Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression* для лечения депрессивных расстройств описываются методы группового лечения депрессивных состояний (www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en). В руководстве *Thinking Healthy* (www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en), описывается лечение перинатальной депрессии методом когнитивно-поведенческой терапии.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

2.5 Рассмотрите возможность лечения антидепрессантами


- » Обсудите с человеком и примите общее решение о назначении антидепрессантов. Объясните следующее:
 - антидепрессанты не вызывают привыкания;
 - очень важно принимать лекарства каждый день, как предписано врачом;
 - вероятность возникновения некоторых побочных эффектов в течение первых нескольких дней, которые обычно быстро проходят;
 - улучшение настроения, интереса к жизни и прилив энергии обычно наступает через несколько недель после начала приема препаратов.
 - » Необходимо учитывать возраст человека, сопутствующие заболевания и побочные эффекты медикаментов.
 - » Сначала назначьте самую низкую дозу лекарственного препарата.
 - » Как правило, лечение антидепрессантами следует продолжать по крайней мере в течение 9–12 месяцев после регрессии симптомов.
 - » Нельзя прекращать лечение лекарственными препаратами только потому, что человек испытывает некоторое улучшение состояния. Научите человека соблюдать режим приема назначенных лекарств.
- ❗ ВНИМАНИЕ!**
- » Если у человека развивается маниакальный эпизод, немедленно прекратите прием

антидепрессанта; это может привести к развитию маниакального эпизода у людей, страдающих нелеченным биполярным расстройством.

- » Нельзя сочетать препараты с другими антидепрессантами, так как это может вызвать серотониновый синдром.
- » Прием антидепрессантов может увеличить суицидальные мысли, особенно у подростков и молодых людей.

Назначение антидепрессантов в особых группах населения


ПОДРОСТКИ В ВОЗРАСТЕ 12 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ

- » Если симптомы сохраняются или ухудшаются, несмотря на психосоциальные вмешательства, рассмотрите возможность назначения флуоксетина (за исключением другого препарата из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) или группы трициклических антидепрессантов (ТЦА)).
- » При назначении флуоксетина попросите подростка приходить на прием еженедельно в течение первых 4 недель для контроля на предмет суицидальных мыслей или планов. 

БЕРЕМЕННЫЕ И КОРМЯЩИЕ ГРУДЬЮ ЖЕНЩИНЫ

- » По возможности избегайте назначения антидепрессантов.
- » Рассмотрите возможность назначения антидепрессантов в минимально эффективной


дозе, в случае неэффективности психосоциальных вмешательств.

- » Избегайте назначения антидепрессантов длительного действия (флуоксетин) женщинам, кормящим грудью.
- » Обратитесь к специалисту, если есть возможность. 

ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ

- » По возможности избегайте назначения амитриптилина.


ЛЮДИ, СТРАДАЮЩИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

- »  НИ В КОЕМ СЛУЧАЕ не назначайте амитриптилин.

ВЗРОСЛЫЕ, ИМЕЮЩИЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ ИЛИ ПЛАНЫ

- » Лекарственные препараты группы СИОЗС являются препаратами первого выбора. Передозировка препаратов ТЦА, в частности амитриптилина, может привести к летальному исходу, поэтому его нельзя предписывать данной группе людей.
- » Если существует реальный риск самоповреждения или суицида (перейти к **» SUI**), обеспечьте ограниченный запас антидепрессантов (напр., недельную норму препаратов).
- » Попросите лиц, осуществляющих уход, контролировать прием препаратов и наблюдать за подопечным для предупреждения передозировки.

ТАБЛИЦА 1. Антидепрессанты

ПРЕПАРАТ	ДОЗИРОВКА	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ/ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ
АМИТРИПТИЛИН (Трициклический антидепрессант (ТЦА))	<p>Начальная доза – 25 мг перед сном. Повышение дозы на 25–50 мг в неделю до 100–150 мг ежедневно (максимум 300 мг).</p> <p>Примечание: минимальная эффективная доза для взрослых составляет 75 мг. Седативный эффект можно наблюдать при более низких дозах.</p> <p>Пожилые люди/люди с другими соматическими заболеваниями: начальная доза – 25 мг перед сном, до 50–75 мг в день (максимум 100 мг).</p> <p> Дети/подростки: не назначать.</p>	<p>Обычные побочные эффекты: седативный эффект, ортостатическая гипотензия (риск падения), затуманенное зрение, затрудненное мочеиспускание, тошнота, увеличение массы тела, сексуальная дисфункция.</p> <p>Серьезные побочные эффекты: электрокардиографическое изменение (например, пролонгированная акатиция), сердечная аритмия, повышенный риск пароксизма.</p>	<p>Избегайте назначение препарата лицам с заболеваниями сердца, с анамнезом пароксизма, гипертиреозом, задержкой мочеиспускания или закрытоугольной глаукомой и биполярным расстройством (может вызвать развитие маниакального эпизода у людей с нелеченым биполярным расстройством).</p> <p>Передозировка препарата может привести к судорогам, аритмии сердца, гипотонии, коме или смерти.</p> <p>Уровень содержания amitriptyline может быть увеличен за счет противомаларийных препаратов, включая хинин.</p>
ФЛУОКСЕТИН (Селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС))	<p>Начальная доза – 10 мг ежедневно в течение одной недели, затем 20 мг в день. Если в течение шести недель положительных результатов не наблюдается, увеличьте дозу до 40 мг (максимум – до 80 мг).</p> <p>Пожилые люди/и люди с другими соматическими заболеваниями: предпочтительный вариант.</p> <p>Начальная доза – 10 мг ежедневно, затем увеличить до 20 мг (максимум – до 40 мг).</p> <p> Подростки</p> <p>Начальная доза – 10 мг ежедневно. Если в течение шести недель положительных результатов не наблюдается, увеличьте дозу до 20 мг (максимум – 40 мг).</p>	<p>Обычные побочные эффекты: седативный эффект, бессонница, головная боль, головокружение, желудочно-кишечные расстройства, изменения аппетита, сексуальная дисфункция.</p> <p>Серьезные побочные эффекты: нарушения гемостаза у пациентов, принимающих аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства, низкие уровни натрия.</p>	<p>Соблюдайте осторожность при назначении препарата лицам с анамнезом пароксизма.</p> <p>Лекарственные взаимодействия: избегайте сочетания с варфарином (может увеличить риск кровотечения). Может увеличить уровни ТЦА, антипсихотических средств и бета-блокаторов.</p> <p>Соблюдайте осторожность при назначении препарата в сочетании с тамоксифеном, кодеином и трамаолом (которые уменьшают действие этих препаратов).</p>



DEP 3 » Последующее наблюдение



РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЧАСТОТА КОНСУЛЬТАЦИЙ

- » Назначьте второй прием в течение 1 недели.
- » В начальный период поддерживайте регулярную связь по телефону, посещайте пациента на дому и чаще отправляйте ему письма, карточки с контактными данными, например ежемесячно в течение первых трех месяцев.

- » Если человек до сих пор не получает психологическую помощь, рассмотрите возможность психологического вмешательства.
- » Если психологическая помощь уже оказывается, оцените участие и опыт человека в текущем психологическом лечении.
- » Если антидепрессанты не назначены, рассмотрите возможность их назначения.

» Если пациент принимает антидепрессанты, оцените следующее:

– Принимает ли он лекарственные препараты в соответствии с предписаниями?

Если нет, изучите причины и стимулируйте строгое соблюдение режима приема препаратов.

– Есть ли побочные эффекты?

Если да, определите и тщательно оцените преимущества лечения.

Если нет побочных эффектов от антидепрессантов, увеличьте дозу препарата (таблица 1).

Проведите последующее наблюдение состояния через 1–2 недели. ↻

⚠ СОБЛЮДАЙТЕ ОСТОРОЖНОСТЬ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ДОЗЫ ПРЕПАРАТА. НЕОБХОДИМО ТЩАТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТА ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ.

» Убедите человека придерживаться существующего плана лечения до тех пор, пока симптомы полностью не исчезнут и не будут проявляться в течение последующих 9–12 месяцев.

» Назначьте следующий прием через 1–2 недели. ↻

» Сократите количество визитов по мере улучшения симптомов, например, один раз в 3 месяца после первых трех месяцев.

Примечание: последующее наблюдение за состоянием пациента должно продолжаться до тех пор, пока у него совсем не исчезнут симптомы депрессии.

Есть ли симптомы мании?

ДА

НЕТ

- » Немедленно прекратите лечение антидепрессантами.
- » Проводите лечение мании и проконсультируйтесь со специалистом. Перейти к » PSY.

2

КОНТРОЛИРУЙТЕ
ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС

Во время каждого визита:

- » Проводите психообразовательные занятия, снижайте стрессовые факторы и укрепляйте социальную поддержку, содействуйте исполнению обязанностей человека в повседневной деятельности и общественной жизни, а также пересмотрите лечение с применением антидепрессантов и психологические методы лечения.
- » Имеются ли у человека какие-либо новые симптомы, вызывающие беспокойство? Проанализируйте состояние на предмет наличия ПНВ и сопутствующих соматических заболеваний.
- » Если это так, то ОБРАТИТЕСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ К СПЕЦИАЛИСТУ.
- ❗ Оцените наличие РЕАЛЬНОГО РИСКА САМОУБИЙСТВА (Перейти к » SUI).

3

ПЕРЕСМОТРИТЕ КУРС ЛЕЧЕНИЯ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ

Симптомы заболевания не проявлялись в течение 9–12 месяцев?

НЕТ

ДА

- » Продолжайте курс лечения до тех пор, пока симптомы не будут отсутствовать в течение 9–12 месяцев.

- » Обсудите с человеком факторы риска и преимущества прекращения курса лечения.
- » Снижайте дозу лекарственного препарата постепенно на протяжении не менее 4 недель. Контролируйте возможные рецидивы симптомов.

ПСИХОЗЫ

В этом модуле описывается лечение двух тяжелых психических состояний – психоза и биполярного расстройства. Люди, страдающие психозом или биполярным расстройством, более подвержены стигме и дискриминации, а их права на достойную жизнь часто нарушаются.

Психоз характеризуется искажением мыслей и представлений, а также нарушением эмоционального состояния и поведения. Речь человека также может быть бессвязной и бессмысленной. Также могут наблюдаться такие симптомы, как галлюцинации – несуществующие голоса или вещи, которые человек слышит или видит; возникновение бредовых идей – устойчивые ложные убеждения; тяжелые нарушения поведения – дезорганизованное поведение, волнение, возбуждение, вялость или гиперактивность; эмоциональные нарушения – заметная апатия или несоответствие между эмоцией, о которой сообщает человек, и наблюдаемой реакцией, например, выражением лица или языком жестов.

Биполярное расстройство характеризуется эпизодами, при которых у человека значительно изменяется настроение или уровень активности. Это нарушение, при котором у больного наблюдается чередование эпизодов возвышенного настроения и повышенной энергии и активности (мания), с противоположными эпизодами снижения настроения, значительного спада энергии и активности (депрессия). Типична ситуация, когда между эпизодами психика и личностные свойства больного полностью восстанавливаются. Люди, которые испытывают только маниакальные эпизоды, также относятся к людям, страдающим биполярным расстройством.

PSY » Краткая информация



ОЦЕНКА

» Изучите другие объяснения СИМПТОМОВ

- **ОЦЕНИТЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ**
например, исключите делирий, медикаментозную терапию и метаболические нарушения
- **ОЦЕНИТЕ ВОЗМОЖНОСТЬ НАЛИЧИЯ ДРУГИХ
СООТВЕТСТВУЮЩИХ СОСТОЯНИЙ ПНВ**

» Оцените возможность наличия острого маниакального эпизода

» Оцените возможность наличия психоза



ЛЕЧЕНИЕ

» Протоколы

1. Биполярное расстройство – маниакальный эпизод
2. Психоз
3. Особые группы населения: беременные женщины или женщины, кормящие грудью, подростки и пожилые люди

» Психосоциальные вмешательства

» Фармакологические вмешательства

1. Психоз: назначение антипсихотических средств
2. Маниакальный эпизод: назначение стабилизаторов настроения или антипсихотических препаратов; избегайте назначения антидепрессантов



ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ



PSY 1 » Оценка

ОБЫЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОЗОВ

- Заметные изменения в поведении, пренебрежение к привычным занятиям на работе, в школе, дома или в сообществе
- Взволнованное, агрессивное поведение, пониженная или повышенная активность
- Устойчивые ложные убеждения, которые не разделяются другими членами сообщества
- Человек слышит или видит то, чего нет
- Человек не осознает, что у него проблемы с психическим здоровьем

1

Существуют ли какие-либо другие объяснения таким симптомам?

» ОЦЕНИТЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ

На основе анамнеза, медицинского осмотра или результатов лабораторных исследований определите, присутствуют ли признаки и симптомы **делириозного синдрома** по причине острого соматического заболевания, напр., инфекции, церебральной малярии, обезвоживания, метаболических нарушений (таких как гипогликемия или гипонатриемия); **или побочные эффекты от назначенных лекарственных препаратов**, в частности некоторых противомалярийных препаратов или стероидов.


» **Оцените состояние и осуществляйте лечение** острых соматических состояний, **при необходимости обратитесь к службам экстренной помощи/специалисту.**

» Если симптомы сохраняются после лечения, переходите к **ШАГУ 2**

ДА

НЕТ

» ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ НА НАЛИЧИЕ ДЕМЕНЦИИ, ДЕПРЕССИИ, ИНТОКСИКАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ/АЛКОГОЛЯ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ.

» Рассмотрите возможность обращения за консультацией к врачу-психотерапевту для лечения сопутствующих расстройств. 

» Лечите сопутствующие заболевания. Перейдите к соответствующим модулям.

ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ ТРЕВОЖНОМ СОСТОЯНИИ И/ИЛИ АГРЕССИВНОМ ПОВЕДЕНИИ

Если у человека присутствует тревожное состояние и/или агрессия,

» Перейдите к разделу «Оказание помощи людям с возбужденным и/или агрессивным поведением» (таблица 5), прежде чем продолжить.

2

Наблюдаются ли у человека признаки и симптомы острого маниакального эпизода?

Наличие некоторых из следующих симптомов, проявляющихся одновременно на протяжении не менее 1 недели и в значительной степени препятствующих повседневной жизнедеятельности человека на работе и в обществе или требующих изоляции/госпитализации:

- Повышенное или раздражительное настроение
- Снижение потребности во сне
- Повышенная активность, чувство прилива энергии, чрезмерная болтливость или быстрая речь
- Утрата нормальных социальных запретов, например сексуальная распущенность
- Импульсивное или неосторожное поведение, напр., чрезмерная трата средств, необдуманное принятие важных решений
- Рассеянность внимания
- Чрезмерно раздутое чувство собственного достоинства

Предположите маниакальный эпизод при БИПОЛЯРНОМ РАССТРОЙСТВЕ



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ Лица, страдающие биполярным расстройством, на протяжении жизни могут испытывать либо только маниакальные эпизоды, либо чередование маниакальных и депрессивных эпизодов.

» Чтобы узнать, как оценить состояние пациента и оказать помощь при депрессивном эпизоде биполярного расстройства, перейдите к » DEP.



❗ ЕСЛИ ЕСТЬ РЕАЛЬНЫЙ РИСК СУИЦИДА, оцените состояние человека и окажите помощь, прежде чем продолжить. Перейдите к » SUI.



» Перейти к **ПРОТОКОЛУ 1**

3

Страдает ли человек психозом?


Наблюдаются ли у человека по крайней мере два из следующих отклонений:

- Бред, устойчивые ложные убеждения, которые не разделяют остальные члены сообщества
- Галлюцинации – человек слышит или видит то, чего нет
- Бессвязная речь и/или неадекватное поведение, например, непонятная/ бессмысленная речь, бормотание или беспричинный смех, странный, небрежный или неряшливый вид

НЕТ

ДА

Подозрение на ПСИХОЗ

» Рассмотрите возможность консультации со специалистом для определения других возможных причин психозов. 

» Перейти к **ПРОТОКОЛУ 2**

! ЕСЛИ ЕСТЬ РЕАЛЬНЫЙ РИСК СУИЦИДА, оцените состояние и окажите помощь, прежде чем продолжить. Перейти к » SU1.





PSY 2 » Лечение

ПРОТОКОЛ

1

Маниакальный эпизод биполярного расстройства

- » Проведите курс **психообразования** для пациента и лиц, осуществляющих уход. (2.1)
- » **Фармакологическое вмешательство.** (2.6)
- ! **Если пациент принимает антидепрессанты – НЕМЕДЛЕННО ПРЕКРАТИТЕ НАЗНАЧЕНИЕ** для минимизации риска развития мании.
- **Начните лечение** с назначения лития, вальпроата, карбамазепина, или антипсихотических средств. Запланируйте краткосрочное лечение препаратом бензодиазепинового ряда (сроком не более 2–4 недель) для лечения поведенческих нарушений или симптомов возбужденного состояния.
- » Содействуйте функционированию в повседневной деятельности. (2.3)
- » Обеспечьте безопасность как пациента, так и окружающих его людей.
- » Проводите регулярное наблюдение за состоянием человека.
- » Содействуйте человеку в его реабилитации в обществе.
- » Уменьшайте факторы стресса и укрепляйте социальную поддержку. (2.2)

ПРОТОКОЛ

2

Психоз

- » Проведите курс **психообразования** для пациента и лиц, осуществляющих уход. (2.1)
- » **Назначьте антипсихотические препараты.** (2.5)
- Сначала назначьте низкую дозу в пределах терапевтического диапазона и медленно увеличьте ее до минимальной эффективной дозы, с тем чтобы уменьшить риск побочных эффектов.
- » Содействуйте функционированию в повседневной деятельности. (2.3)
- » Обеспечьте безопасность как пациента, так и окружающих его людей.
- » Проводите регулярное наблюдение за состоянием человека.
- » Содействуйте человеку в его реабилитации в обществе.
- » Уменьшайте факторы стресса и укрепляйте социальную поддержку. (2.2)

Особые группы населения

Необходимо понимать, что для этих групп населения могут потребоваться другие клинические вмешательства



БЕРЕМЕННЫЕ И КОРМЯЩИЕ ГРУДЬЮ ЖЕНЩИНЫ

- » **Взаимодействуйте со специалистами по охране материнства для организации ухода.**
- » **Рассмотрите возможность консультации со специалистом в области психического здоровья, если такой имеется.**
- » Объясните риск неблагоприятных последствий для матери и ее ребенка, в том числе развития акушерских осложнений и психотических рецидивов, особенно в случае прекращения приема медикаментов.
- » При наличии возможности и необходимости **рассмотрите фармакологическое вмешательство. См. ниже.**

Фармакологические вмешательства

ПСИХОЗ

- » Женщинам с психозами, планирующим беременность, беременным женщинам и кормящим матерям возможно назначение перорально низких доз галоперидола или аминазина.
- » **Нельзя** назначать антихолинергические препараты беременным женщинам из-за экстрапирамидных побочных эффектов антипсихотических препаратов, за исключением кратковременного использования в случаях обострения.
- » Нельзя назначать антипсихотические средства в инъекциях на регулярной основе тем женщинам с психическими расстройствами, которые планируют беременность, беременны или кормят грудью, поскольку имеется недостаточно информации о безопасности применения препарата у этой группы населения.

МАНИАКАЛЬНЫЙ ЭПИЗОД ПРИ БИПОЛЯРНОМ РАССТРОЙСТВЕ

- » **ИЗБЕГАЙТЕ НАЗНАЧЕНИЕ ВАЛЬПРОАТА, ЛИТИЯ И КАРБАМАЗЕПИНА** во время беременности и грудного вскармливания для предупреждения риска врожденных дефектов.
- » С осторожностью рассмотрите назначение **низких доз галоперидола**, и если есть специалист, обратитесь к нему за консультацией.
- » Оцените факторы риска и преимущества приема лекарственных препаратов женщинами детородного возраста.
- » Если у беременной женщины развивается острая мания во время приема препаратов стабилизаторов настроения, рассмотрите возможность перехода на низкую дозу галоперидола.



ПОДРОСТКИ

- » Рассмотрите возможность консультации со специалистом в области психического здоровья.
- » Подросткам с психотическими или биполярными расстройствами, можно назначить **рисперидон** в качестве варианта лечения только под наблюдением специалиста.
- » Если лечение рисперидоном не представляется возможным, то назначение **галоперидола или аминазина** возможно только под наблюдением специалиста.




ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ

- » Назначайте **более низкие** дозы препаратов.
- » Примите во внимание повышенные факторы риска взаимодействия лекарственных средств.
- » **ВНИМАНИЕ!** Антипсихотические препараты несут повышенный риск церебрально-васкулярных осложнений и могут привести к летальному исходу среди пожилых людей, страдающих психозом на фоне старческого слабоумия.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

2.1 Психообразование

Ключевая информация для людей с психическими расстройствами и лиц, осуществляющих уход:

- » Объясните, что симптомы связаны с состоянием психического здоровья, что психоз и биполярные расстройства поддаются лечению и что человек может вылечиться. Проясните общепринятые ошибочные представления о психозе и биполярном расстройстве.
- »  Не возлагайте вину на человека и других членов семьи и не обвиняйте их в том, что они стали причиной развития симптомов.
- » Проведите образовательные беседы с человеком и членами его семьи относительно того, что человек должен принимать назначенные лекарства и регулярно приходить на прием к врачу для последующего наблюдения за его состоянием.
- » Объясните, что возвращение и/или ухудшение симптомов – это обычное явление; важно распознать их на раннем этапе и как можно раньше обратиться за помощью в медицинское учреждение.
- » Составьте план ежедневной работы или школьное расписание, что позволит избежать стресса и потери сна как для человека, так и для лиц, осуществляющих уход. Побуждайте человека обращаться за советом по важным решениям, особенно касающимся финансовых вопросов или важных обязательств.
- » Посоветуйте воздержаться от употребления алкоголя, марихуаны или других не назначенных врачом препаратов, так как они могут ухудшить симптомы психоза или биполярного расстройства.

- » Посоветуйте человеку поддерживать здоровый образ жизни (сбалансированная диета, физическая активность, регулярный сон, надлежащая личная гигиена) и избегать стресс-факторов. Стресс может ухудшить психотические симптомы. *Примечание: возможно, образ жизни придется изменить навсегда. Такие изменения необходимо планировать и разрабатывать заранее в целях обеспечения их устойчивости.*



2.2 Уменьшение стресса и укрепление социальной поддержки

- » Определите имеющиеся медицинские и социальные возможности для обеспечения физических, социальных потребностей и благоприятных условий для психического здоровья семьи.
- » Исследуйте социальную деятельность, в которой ранее участвовал человек, и определите потенциальную возможность возобновления этой деятельности для обеспечения прямой или косвенной психологической и социальной поддержки, например, семейные праздники, встречи с друзьями, посещение соседей, социальная деятельность на работе, спортивная и общественная деятельность. Поощряйте человека с тем, чтобы он возобновил эту социальную деятельность и поговорите об этом с членами его семьи.
- » Побуждайте человека и лиц, осуществляющих уход за ним, прилагать все усилия для улучшения системы социальной поддержки.

2.3 Стимулируйте функционирование в повседневной жизни

- » Побуждайте человека продолжать свою обычную социальную, образовательную и профессиональную деятельность в максимально возможной степени. Лучше всего, чтобы у него была работа или он был занят полезным делом.
- » Содействуйте вовлечению человека в экономическую деятельность, в том числе в трудовую деятельность, соответствующую его общественной среде.
- » Предложите курс обучения жизненным и/или социальным навыкам в целях повышения навыков, необходимых для самостоятельной жизни людей с психозом и биполярным расстройством, а также для их членов семьи и/или лиц, осуществляющих уход.
- » Если есть необходимость и возможности, помогите человеку в организации самостоятельной жизни или жизни в домах, где оказывается поддержка таким людям в соответствии с социокультурными нормами.

2.4 Общие рекомендации для лиц, осуществляющих уход

- »  Не пытайтесь убедить человека, что его убеждения или переживания являются ложными или не существуют в реальной жизни. Постарайтесь быть нейтральными и оказывайте ему поддержку, даже если он ведет себя необычно.
- »  Избегайте выражения постоянной, резкой критики или враждебности по отношению к человеку, страдающему психозом.
- » Обеспечьте человеку свободу передвижения. Не ограничивайте его движения, но в то же время обеспечьте безопасность как ему самому, так и окружающим.
- » В целом для человека лучше, чтобы он жил в кругу семьи или в окружении членов своего сообщества в благоприятной для него атмосфере, а не в больнице. Необходимо избегать долговременной госпитализации.

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

Постройте доверительные отношения с человеком.

Взаимные доверительные отношения между человеком и медицинским работником имеют решающее значение для обеспечения приверженности лечению и долгосрочных результатов лечения.



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

Обеспечьте, чтобы к лицам, страдающим психозом, относились с уважением и достоинством. Перейдите к **» ЕСР**.



2.5 Психоз

- » Человеку, страдающему психозом, следует назначать антипсихотические препараты на регулярной основе.
- » **Немедленно начните лечение с назначения антипсихотических средств.** См. **таблицу 1.**
- » Назначайте по одному антипсихотическому препарату за раз.
- » Начните с низкой дозы и постепенно корректируйте ее, чтобы уменьшить риск побочных эффектов.
- » Используйте препарат **в стандартной эффективной дозе как минимум на протяжении 4–6 недель** прежде, чем посчитать его неэффективным.
- » Продолжайте контролировать эффект от дозы как можно чаще и по мере необходимости в течение первых 4–6 недель лечения. Если улучшения не последовало, следуйте рекомендациям в разделе **Последующее наблюдение** и в **таблице 4. €**
- » По возможности контролируйте вес, артериальное давление, уровень сахара натощак, холестерин и ЭКГ у лиц, принимающих антипсихотические препараты (см. информацию ниже).

! **ВНИМАНИЕ!**

» **Ожидаемые побочные эффекты:**

- **Экстрапирамидные побочные эффекты (EPS):** акатизия, острые дистонические реакции, тремор, симптом «зубчатого колеса», мышечная ригидность и поздняя дискинезия. Проводите курс лечения антихолинергическими препаратами при наличии показаний и доступности (см. **таблицу 2**).
- **Метаболические изменения:** увеличение массы тела, высокое артериальное давление, повышенный уровень сахара и холестерина в крови.
- **Изменения на ЭКГ (удлинение интервала QT):** по возможности контролируйте показатели ЭКГ.
- **Нейролептический злокачественный синдром (NMS):** редкое, потенциально опасное для жизни заболевание, характеризующееся мышечной ригидностью, повышенной температурой и высоким артериальным давлением.

2.6 Маниакальный эпизод при биполярном расстройстве

Если пациент принимает антидепрессанты:

- » **НЕМЕДЛЕННО ПРЕКРАТИТЕ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ,** чтобы предотвратить дальнейший риск развития мании.
- » **Начните курс лечения с назначения препаратов лития, вальпроата, карбамазепина или антипсихотических средств (см. таблицу 3).**

Литий: рассмотрите назначение лития в качестве лечения первого ряда биполярного расстройства, только при наличии клинического и лабораторного контроля и только под наблюдением специалиста. В случае невозможности провести лабораторные исследования следует избегать назначения лития и необходимо рассмотреть возможность назначения вальпроата или карбамазепина. Нерегулярное соблюдение или прекращение лечения литием может резко увеличить риск возврата болезни. Не назначайте литий в тех случаях, когда доставка препарата может часто прерываться. По возможности необходимо иметь результаты анализов функции почек и щитовидной железы, клинический анализ крови, ЭКГ и тест на беременность перед тем, как начать курс лечения.

Вальпроат и карбамазепин: рассмотрите возможность назначения этих препаратов, за исключением клинического или лабораторного контроля лития или при отсутствии специалиста для наблюдения за приемом лития.

Галоперидол и рисперидон: назначайте галоперидол и рисперидон только при отсутствии клинического или лабораторного контроля при приеме лития или вальпроата. Лицам, страдающим биполярной манией, вместо галоперидола можно назначить рисперидон лишь при уверенности в постоянном наличии препарата и при условии, что цена будет доступной.

! **ВНИМАНИЕ!**

- » **!** Избегайте назначения препаратов вальпроата, лития и карбамазепина беременным женщинам и кормящим грудью женщинам. Рекомендуется с осторожностью и, если возможно, под наблюдением специалиста назначать **низкие дозы галоперидола.**
- » **Рассмотрите краткосрочный курс лечения препаратом бензодиазепинового ряда (не более 2–4 недель) для лечения поведенческих нарушений или тревожного возбуждения:**
 - Лицам, страдающим манией и испытывающим тревожное возбуждение, может помочь кратковременный курс приема бензодиазепиновых препаратов (не более 2–4 недель), например диазепам.
 - По мере уменьшения симптомов необходимо постепенно прекратить прием бензодиазепиновых препаратов, из-за возможности развития устойчивости к препарату.
- » Продолжить поддерживающее лечение в течение не менее двух лет после последнего биполярного эпизода. €

– Можно назначить литий или вальпроат для поддерживающего лечения при биполярном расстройстве. Если лечение с помощью одного из этих средств не представляется возможным, можно назначить галоперидол, хлорпромазин или карбамазепин. **Предложите поддерживающий курс лечения в учреждениях первичной медицинской помощи под наблюдением специалиста.**

ТАБЛИЦА 1. Антипсихотические препараты



ПРЕПАРАТ	ДОЗИРОВКА	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ/ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ
ГАЛОПЕРИДОЛ	Начальная доза 1,5–3 мг в сутки. Увеличивать по мере необходимости (не более чем до 20 мг в сутки). Способ применения: перорально или внутримышечно (в/м).	Обычные побочные эффекты: седативный эффект, головокружение, затуманенное зрение, сухость во рту, задержка мочевыделения, запор. Серьезные побочные эффекты: ортостатическая гипотензия, экстрапирамидные побочные действия (EPS), изменения на ЭКГ (удлинение интервала QT), увеличение массы тела, избыточная лактация, аменорея, нейролептический злокачественный синдром (NMS).	Соблюдайте осторожность при лечении пациентов с: заболеванием почек, заболеванием печени, болезнями сердца, синдромом удлинения интервала QT или принимающих медикаменты от этого заболевания. Контролируйте показатели ЭКГ, если это возможно.
РИСПЕРИДОН	Начальная доза 1 мг в сутки. Увеличение до 2–6 мг в сутки (до 10 мг). Способ применения: перорально.	Обычные побочные эффекты: седативный эффект, головокружение, тахикардия. Серьезные побочные эффекты: ортостатическая гипотензия, метаболические изменения (повышенный уровень липидов, резистентность к инсулину, увеличение веса), EPS, повышенный уровень пролактина, сексуальная дисфункция, NMS.	Соблюдайте осторожность при лечении пациентов с: сердечными заболеваниями. Лекарственные взаимодействия: карбамазепин может снизить уровень рисперидона, в то время как флуоксетин способен повышать его уровень.
ХЛОРПРОМАЗИН	Начальная доза 25–50 мг в сутки. Увеличение до 75–300 мг в день (в тяжелых случаях – до 1000 мг). Способ применения: перорально.	Обычные побочные эффекты: седативный эффект, головокружение, затуманенное зрение, сухость во рту, задержка мочевыделения, запор, тахикардия. Серьезные побочные эффекты: ортостатическая гипотензия, обмороки, EPS, светочувствительность, увеличение массы тела, избыточная лактация, аменорея, сексуальная дисфункция, приапизм, NMS, агранулоцитоз, желтуха.	Противопоказания: нарушение сознания, подавление деятельности костного мозга, феохромоцитомы. Соблюдайте осторожность при лечении пациентов с: заболеваниями дыхательных путей, почек и печени, глаукомой, задержкой мочевыделения, сердечными заболеваниями, синдромом удлинения интервала QT или принимающих медикаменты от этого заболевания. Контролируйте показатели ЭКГ, если это возможно. Лекарственные взаимодействия: – Увеличивает действие лекарств по снижению артериального давления. – Снижает артериальное давление в сочетании с адреналином. – Вероятно увеличение уровня от воздействия противомаларийных препаратов, включая хинин.
ФЛУФЕНАЗИН замедленного всасывания/длительного действия	Начните с дозы 12,5 мг в сутки. Назначайте по 12,5–50 мг каждые 2–4 недели Способ приема: внутримышечно в ягодичную область.  Избегайте назначения препарата беременным женщинам и женщинам, кормящим грудью  Нельзя назначать препарат для лечения детей/подростков	Обычные побочные эффекты: седативный эффект, головокружение, затуманенное зрение, сухость во рту, задержка мочевыделения, запор, тахикардия. Серьезные побочные эффекты: ортостатическая гипотензия, обмороки, EPS, светочувствительность, увеличение массы тела, избыточная лактация, аменорея, сексуальная дисфункция, приапизм, NMS, агранулоцитоз, желтуха.	Противопоказания: нарушение сознания, паркинсонизм. Соблюдайте осторожность при лечении пациентов с: заболеваниями сердца, почек и печени. С осторожностью назначайте препарат пожилым людям. Лекарственные взаимодействия: – Увеличивает действие лекарств для снижения артериального давления. – Может снизить артериальное давление в сочетании с адреналином.

ТАБЛИЦА 2. Антихолинергические препараты

(Для лечения EPS)

 По возможности избегайте назначать препараты беременным женщинам и женщинам, кормящим грудью.

ПРЕПАРАТ	ДОЗИРОВКА	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ/ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ
БИПЕРИДЕН	Начальная доза – 1 мг дважды в день. Увеличение до 3–12 мг в день. Способ приема: перорально или внутривенно.	Обычные побочные эффекты: седативный эффект, спутанность сознания и памяти (особенно у пожилых людей), тахикардия, сухость во рту, задержка мочевого выделения и запор.	С осторожностью следует назначать пациентам с заболеваниями сердца, печени или почек.
ТРИГЕКСИФЕНИДИЛ (Бензгексол)	Начальная доза – 1 мг в сутки. Увеличение до 4–12 мг в сутки в 3–4 разделенных дозах (не более 20 мг в день). Способ приема: перорально.	Редкие побочные эффекты: закрытоугольная глаукома, тяжелая миастения и обструкция желудочно-кишечного тракта.	Лекарственные взаимодействия: соблюдайте меры предосторожности при сочетании с другими антихолинергическими препаратами.

ТАБЛИЦА 3. Стабилизаторы настроения

 По возможности избегайте назначать препараты беременным женщинам и женщинам, кормящим грудью.



ПРЕПАРАТ	ДОЗИРОВКА	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ/ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ
LITHIUM  Назначайте препарат только при наличии клинического и лабораторного контроля.	Начальная доза – 300 мг в сутки. Постепенно увеличивайте каждые 7 дней до достижения заданного уровня препарата в крови (не более 600–1200 мг в сутки). Осуществляйте контроль каждые 2–3 месяца. Способ приема: перорально. Заданный уровень препарата в крови: 0,6–1,0 мг-экв/л. – При остром маниакальном эпизоде: 0,8–1,0 мг-экв/л. – При проведении поддерживающей терапии: 0,6–0,8 мг-экв/л. <i>Чтобы определить полную эффективность поддерживающего лечения, необходимо принимать препарат в течение 6 месяцев.</i>	Обычные побочные эффекты: седативный эффект, когнитивные нарушения, тремор, нарушенная координация, гипотония, лейкоцитоз, полиурия, полидипсия, тошнота, диарея, увеличение массы тела, выпадение волос, высыпания. Серьезные побочные эффекты: несахарный диабет, гипотиреоз, электрокардиографическое изменение (аритмия, синдром слабости синусового узла, изменение зубца Т).	Противопоказания: тяжелые сердечные или почечные заболевания. Обезвоживание может увеличить уровень лития в организме. Лекарственные взаимодействия: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), ингибитор ангиотензин-1-превращающего фермента (ингибиторы АПФ), тиазидные диуретики. Метронидазол и тетрациклин могут увеличить уровень лития в организме. Токсичность солей лития может вызвать судороги, делириозный синдром, кому и смерть.
ВАЛЬПРОАТ НАТРИЯ	Начальная доза – 500 мг в сутки. Плавное увеличение до 1000–2000 мг в сутки (не более 60 мг/кг/день). Способ приема: перорально.  Лучше всего подходит для лечения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, из-за взаимодействия с другими лекарственными препаратами.	Обычные побочные эффекты: седативный эффект, головная боль, тремор, атаксия, тошнота, рвота, диарея, увеличение массы тела, временное выпадение волос. Серьезные побочные эффекты: нарушение функции печени, тромбоцитопения, лейкопения, сонливость/спутанность сознания, печеночная недостаточность, геморрагический панкреатит.	С осторожностью следует назначать пациентам с предрасположенностью или подозрением на заболевание печени. Лекарственные взаимодействия: Уровни вальпроата снижаются под воздействием карбамазепина и повышаются под воздействием аспирина.
КАРБАМАЗЕПИН	Начальная доза – 200 мг в сутки. Увеличение на 200 мг в неделю до 400–600 мг в сутки в два приема (максимум 1200 мг в день). Способ применения: перорально. Примечание: может понадобиться скорректировать дозу после двух недель приема из-за индукции собственного метаболизма.	Обычные побочные эффекты: седативный эффект, спутанность сознания, головокружение, атаксия, двоение в глазах, тошнота, диарея, доброкачественная лейкопения. Серьезные побочные эффекты: гепатотоксичность, задержка проводимости сердечной мышцы, низкий уровень натрия, сильная сыпь.	Противопоказания: анамнезом болезней крови, болезнями почек, печени или сердца. Лекарственные взаимодействия. – Может снизить действие гормональной контрацепции, иммунодепрессантов, противоэпилептических, антипсихотических средств, метадона и некоторых антиретровирусных препаратов. – Некоторые противогрибковые препараты и антибиотики способствуют повышению уровня препарата в организме.

ТАБЛИЦА 4. Обзор приверженности лечению, побочные эффекты и дозировки, основанные на клинической картине/симптомах

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ДЕЙСТВИЕ
<p>Пациент не переносит лечение антипсихотическими средствами, то есть налицо экстрапирамидные симптомы (EPS) или другие серьезные побочные эффекты</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Уменьшите дозы антипсихотических препаратов. » Если побочные эффекты сохраняются, рассмотрите возможность перехода на другой антипсихотический препарат. » Рассмотрите возможность добавления антихолинергических препаратов для кратковременного применения для лечения экстрапирамидного синдрома (EPS), в том случае, если эти стратегии не имеют успеха или если симптомы значительно ухудшаются (см. таблицу 2).
<p>Приверженность лечению неудовлетворительна</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Обсудите причины несоблюдения установленного режима лечения с человеком и лицами, осуществляющими уход. » Предоставьте информацию о важности медикаментозного лечения. » Рассмотрите возможность лечения с использованием всасываемых/инъекционных антипсихотических препаратов длительного действия, после обсуждения с пациентом возможных побочных эффектов препарата при пероральном приеме по сравнению с инъекционным введением.
<p>Неадекватный клинический ответ на лечение препаратом (т. е. симптомы сохраняются или ухудшаются), несмотря на приверженность лечению</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Убедитесь в том, что человек получает эффективную дозу препарата. Если доза низкая, постепенно увеличивайте ее до самой низкой эффективной дозы, чтобы уменьшить риск побочных эффектов. » Спросите человека, употребляет ли он алкоголь или психоактивные вещества, и если это так, примите меры по ограничению употребления. Перейти к » SUB. » Спросите человека о стрессовом событии, которое он испытал недавно и которое, возможно, привело к ухудшению клинического состояния, и примите меры для снижения стресса. » Изучите симптомы, чтобы исключить физические и/или другие первоочередные расстройства ПНВ. Перейдите к » PSY 1, см. ШАГ 1. » Рассмотрите назначение рисперидона в качестве альтернативы галоперидолу или хлорпромазину, если стоимость и доступность препарата не являются препятствиями для пациента. » Если человек не реагирует на адекватную дозу нескольких антипсихотических препаратов (принимаемых отдельно на протяжении достаточного периода времени), рассмотрите комбинированное лечение антипсихотическими препаратами; предпочтительно под наблюдением специалиста и при тщательном клиническом контроле. » Рассмотрите возможность консультации со специалистом по использованию клозапина у тех пациентов, которые не отреагировали на прием других антипсихотических средств в достаточных дозах и при достаточной продолжительности лечения. Назначайте клозапин только под наблюдением специалиста и только в том случае, если осуществим регулярный лабораторный контроль в связи с риском агранулоцитоза – смертельно опасного побочного эффекта.

ТАБЛИЦА 5. Оказание помощи людям с возбужденным и/или агрессивным поведением !

ОЦЕНКА

- » Попробуйте поговорить с человеком
- » Оцените первопричины:
 - Проверьте уровень глюкозы в крови. При низком уровне, назначьте глюкозу.
 - Проверьте основные показатели состояния организма, в том числе температуру и насыщение крови кислородом. Дайте кислород, если это необходимо.
 - Исключите делириозный синдром и медицинские причины, в том числе отравление.
 - Исключите употребление наркотиков и алкоголя. Отдельно рассмотрите возможность интоксикации в результате употребления возбуждающих средств и/или воздержания от употребления алкоголя/седативных психотропных препаратов. Перейти к » SUB.
 - Исключите возбужденное состояние в результате психоза или маниакального эпизода у людей с биполярным расстройством. Перейти к оценке, » PSY 1.


ОБЩЕНИЕ


- » Безопасность – прежде всего!
- » Оставайтесь спокойными и побудите пациента рассказать о своих проблемах.
- » Говорите спокойным голосом и по возможности попытайтесь решить проблемы.
- » Внимательно выслушайте человека. Уделите необходимое время человеку.
- » Никогда не смейтесь над человеком.
- » Не отвечайте агрессией на агрессию.
- » Постарайтесь найти источник проблем и пути их решения.
- » Побеседуйте с лицами, осуществляющими уход, и другими сотрудниками
- » Удалите из ситуации тех, кто может вызывать агрессию.
- » Если все возможности исчерпаны, и человек все еще агрессивен, может возникнуть необходимость использовать лекарственную терапию (если возможно), во избежание травмирования.

СЕДАЦИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ

- » Примените седативные препараты во избежание травм.
- » Для лечения возбужденного состояния в результате развития психоза или мании, рассмотрите возможность использования по 2 мг галоперидола каждый час перорально/внутримышечно до 5 доз (не более 10 мг). *Внимание: высокие дозы галоперидола могут вызвать дистонические реакции. Используйте бипериден для лечения острых возбужденных состояний.*
- » Для лечения возбужденного состояния в результате употребления психоактивных веществ, как, например, при алкогольном воздержании/отмене употребления седативных препаратов или интоксикации стимуляторами, используйте диазепам по 10–20 мг перорально и повторите дозу по мере необходимости. Перейти к » SUB.

В случаях крайней агрессии

- Обратитесь за помощью полиции или сотрудников клиники
- Используйте 5 мг галоперидола в/м, повторите в случае необходимости через 15–30 минут (не более 15 мг)
- Проконсультируйтесь со специалистом. 

- » Если человек, несмотря на все проведенные мероприятия, остается в возбужденном состоянии, перепроверьте уровень насыщения крови кислородом, основные показатели состояния организма и уровень глюкозы в крови. Предположите, что человек страдает от боли и обратитесь в больницу 
- » После того, как возбуждение спадет, обратитесь к главной диаграмме (МС) и выберите соответствующие модули для оценки состояния.

! Особые группы населения

- Обратитесь к специалисту для назначения лечения. 

PSY 3 » Последующее наблюдение

ПСИХОЗ



2

РЕГУЛЯРНО КОНТРОЛИРУЙТЕ ХОД ЛЕЧЕНИЯ

- » Пересмотрите психосоциальные вмешательства.
- » Если человек получает медикаментозное лечение, проверьте приверженность лечению, **побочные эффекты и дозировку (таблица 4)**. Проверьте вес, артериальное давление и уровень глюкозы в крови.
- » Если человек начинает использовать любые другие препараты, которые могут взаимодействовать друг с другом, рассмотрите возможность изменения дозы препарата.
- » Спросите человека о возникновении симптомов, предшествующих приступам болезни, а также о деталях предыдущего или текущего лечения

3


ПРЕКРАТИТЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА

Человек, перенесший первый приступ, возврат или ухудшение симптомов психоза:

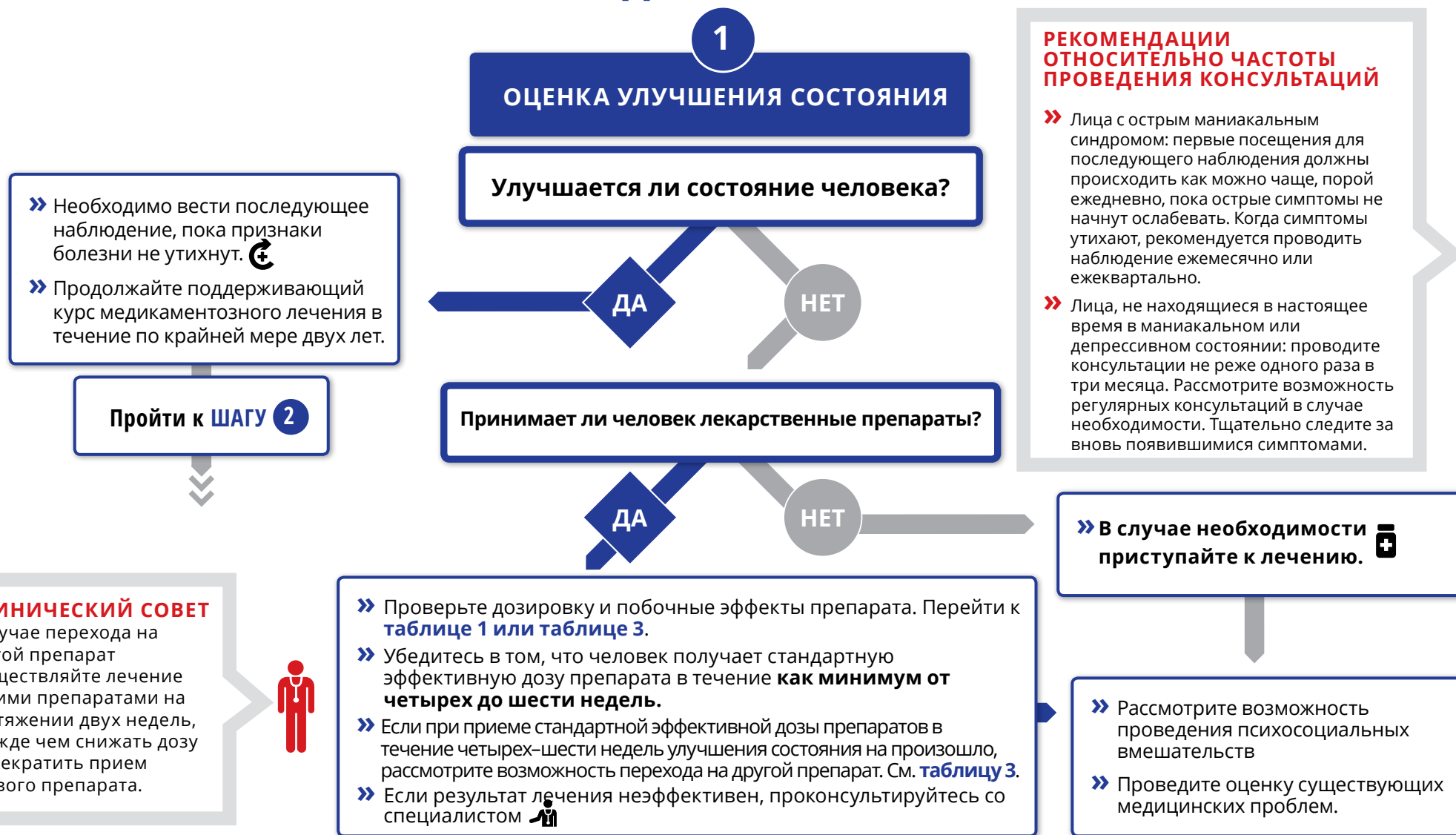
- » Рассмотрите возможность прекращения использования препарата **по истечении 12 месяцев после полного исчезновения симптомов**

Человек с психотическими симптомами, сохраняющимися более трех месяцев:

- » Рассмотрите возможность прекращения приема препарата, **если у человека отмечается полное отсутствие симптомов на протяжении нескольких лет.**

- » Обсудите с человеком и членами его семьи риск возвращения болезни по сравнению с риском развития побочных эффектов в результате длительного приема препарата.
- » По возможности проконсультируйтесь со специалистом. 
- » Постепенно снижайте дозу препарата. Когда прием препарата прекращен, необходимо научить пациентов и членов семьи распознавать ранние симптомы возврата болезни. Рекомендуется тщательный клинический контроль.

PSY 3 » Последующее наблюдение МАНИАКАЛЬНЫЙ ЭПИЗОД ПРИ БИПОЛЯРНОМ РАССТРОЙСТВЕ



2

РЕГУЛЯРНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ХОДОМ ЛЕЧЕНИЯ

- » Рассмотрите и проведите психосоциальные вмешательства.
- » Если человек принимает лекарственные препараты, пересмотрите приверженность лечению, **побочные эффекты и дозировку препарата**. См. **таблицу 4**.
- » Если человек начинает использовать любые другие препараты, которые могут взаимодействовать друг с другом, рассмотрите возможность изменения дозы препарата.

3


ПРЕКРАТИТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА


Отмечается ли у человека полное отсутствие симптомов биполярного расстройства в течение по крайней мере последних двух лет?

ДА

НЕТ

» Рассмотрите отмену препаратов

- Обсудите с человеком/лицом, осуществляющим уход, риск прекращения приема препарата.
- Проконсультируйтесь со специалистом по поводу решения о прекращении поддерживающего лечения по истечении двух лет. 
- Снижайте дозу препарата постепенно – в течение нескольких недель или месяцев.

» Последующий регулярный контроль за ходом лечения. 

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия – хроническое неинфекционное расстройство мозга, характеризующееся повторяющимися, ничем не вызванными судорогами. Эпилепсия – одно из наиболее распространенных неврологических расстройств, которое можно успешно контролировать у большинства пациентов с помощью надлежащего лечения.

Эпилепсия возникает по многим причинам. Она может быть генетической или может случиться с людьми, имеющими в анамнезе родовые травмы, черепно-мозговые травмы (в том числе травмы головы и инсульты) или инфекцию мозга. У некоторых людей причину заболевания невозможно установить.

Приступы становятся следствием патологической электрической активности головного мозга и бывают двух типов: судорожные и бессудорожные. Бессудорожная форма эпилепсии имеет такие особенности, как изменение психического состояния, в то время как судорожная характеризуется резкими, атипичными движениями, а также дрожанием и оцепенением тела. Последнее связано с повышенной стигмой и более высоким уровнем заболеваемости и смертности. В этом модуле описывается только судорожная форма эпилепсии.

EPI » Общий обзор

При острых проявлениях приступов припадков/судорог необходима неотложная помощь и лечение



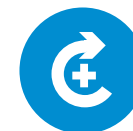
ОЦЕНКА

- » **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ:**
Оцените наличие судорожных припадков
- » **Определите, не случаются ли с человеком судорожные припадки**
- » **Оцените наличие острой причины (напр. нейроинфекции, травмы и т. д.)**
- » **Определите, страдает ли человек эпилепсией, и установите первопричины (на основании анамнеза или результатов обследования)**
- » **Определите наличие сопутствующих приоритетных состояний ПНВ**



ЛЕЧЕНИЕ

- » **Протоколы лечения и особые группы населения**
 1. Эпилепсия
 2. Особые группы населения (женщины детородного возраста, дети/подростки и люди, живущие с ВИЧ)
- » **Психосоциальные вмешательства**
- » **Фармакологические вмешательства**



ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

! EPI » НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

У ЧЕЛОВЕКА НАБЛЮДАЮТСЯ СУДОРОГИ
ИЛИ ОЦЕПЕНЕНИЕ (РИГИДНОСТЬ) МЫШЦ
И НЕТ РЕАКЦИИ НИ НА КАКИЕ
РАЗДРАЖИТЕЛИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

Оценка и лечение должны осуществляться одновременно.



1
Есть ли признаки травмы головы или шеи?

НЕТ

ДА

» УДЕРЖИВАЙТЕ ГОЛОВУ И ШЕЮ
ЧЕЛОВЕКА В СТАБИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ

2

- » Проверьте ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ, ДЫХАНИЕ, КРОВООБРАЩЕНИЕ; убедитесь, что дыхательные пути человека свободны, дыхание – нормальное, а пульс – стабильный
- » Проверьте АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА и ЧАСТОТУ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ
- » Начните засекать время для определения продолжительности судорожного припадка, если есть такая возможность
- » Убедитесь, что человек находится в безопасном месте, и, если это возможно, положите его на бок, чтобы облегчить ему дыхание; ослабьте давление галстука или одежды вокруг шеи, снимите очки и, если возможно, положите что-нибудь мягкое под голову

- » По возможности поставьте систему-капельницу для внутривенного (в/в) капельного вливания лекарственного средства/жидкости
- » ❌ НЕ ОСТАВЛЯЙТЕ ЧЕЛОВЕКА ОДНОГО
- » ❌ НЕ КЛАДИТЕ НИЧЕГО ЕМУ В РОТ
- » ЕСЛИ У ЧЕЛОВЕКА ЕСТЬ ПРИЗНАКИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, НЕЙРОИНФЕКЦИИ (ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА) ИЛИ ФОКАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА, ЕГО НЕОБХОДИМО СРОЧНО НАПРАВИТЬ В БОЛЬНИЦУ +



3 ! **ОСОБЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ: Беременные/женщины в послеродовой период**

Находится ли женщина на второй половине беременности ИЛИ на первой неделе после родов И не имеет ли в анамнезе эпилепсию?



ДА / НЕТ

ПОДОЗРЕНИЕ НА ЭКЛАМПСИЮ

» Назначьте 10 г **сульфата магния** для внутримышечного введения (в/м)

» Если диастолическое **артериальное давление превышает 110 мм рт. ст.**, медленно введите 5 мг **гидралазина** в/в (3–4 мин). Повторяйте введение препарата каждые 30 мин до тех пор, пока давление не снизится до 90 мм рт. ст.

Суммарная доза препарата не должна превышать 20 мг

» **В СРОЧНОМ ПОРЯДКЕ НАПРАВЬТЕ ЧЕЛОВЕКА В БОЛЬНИЦУ**



4

» **ДАЙТЕ НЕОБХОДИМЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, ЧТОБЫ ОСТАНОВИТЬ СУДОРОГИ**

ЕСЛИ СИСТЕМА-КАПЕЛЬНИЦА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВЛИВАНИЯ НЕ ПОСТАВЛЕНА

ЕСЛИ СИСТЕМА-КАПЕЛЬНИЦА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВЛИВАНИЯ ПОСТАВЛЕНА

Дайте:

» **диазепам** – для ректального введения (взрослым – 10 мг, детям – из расчета 1 мг на год жизни)

ИЛИ

» **мидазолам** – для трансбуккального/интраназального введения (по 5–10 мг для взрослых, детям – 0,2 мг на каждый килограмм веса)

» Начните с медленного внутривенного вливания **физиологического раствора** (30 капель в минуту)

» Проведите внутривенное вливание **глюкозы** (взрослым – 5 мл 50% раствора; детям – 2–5 мл 10% раствора на каждый килограмм веса)

» Введите лекарственные средства экстренного назначения:

- **диазепам** 10 мг в/в (детям – по 1 мг на каждый год жизни)
- ИЛИ
- **лоразепам** 4 мг в/в (детям – по 0,1 мг на кг веса в/в)



7

ЕСТЬ ЛИ У ЧЕЛОВЕКА ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС?

- » Судороги продолжаются после приема двух доз лекарственных препаратов экстренного назначения **ИЛИ**
- » Состояние не улучшилось между судорогами

Перейти к **ШАГУ 10**

НЕТ

(напр., конвульсии прекратились после повторной дозы препарата экстренного назначения по прибытии в медицинское учреждение)

ДА

**ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС ВЕРОЯТЕН**

Необходимо провести лечение в медицинском учреждении

8

- » Продолжайте проверять **ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ, ДЫХАНИЕ, КРОВООБРАЩЕНИЕ**
- » Дайте кислород человеку
- » Контролируйте потребность в непрерывной интубации/вентиляции легких

9

ВВЕДИТЕ ОДИН ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ВНУТРИВЕННО » **ВАЛЬПРОЕВАЯ КИСЛОТА:**

20 мг/кг в/в один раз; максимальная суточная доза препарата – 1 г, скорость введения – 30 минут

» **ФЕНОБАРБИТАЛ:**

20 мг/кг в/в*, максимальная суточная доза препарата – 1 г; скорость введения – 100 мг/мин

* Если нет возможности вводить внутривенно, вводите внутримышечно (в той же дозе, что и внутривенно).

» **ФЕНИТОИН:**

15–20 мг/кг в/в, максимальная доза – 1 г; скорость введения – 60 минут

Используйте второй катетер системы для инфузии (ОТЛИЧНЫЙ ОТ ТОГО, ПО КОТОРОМУ ВВОДИТСЯ ДИАЗЕПАМ)

! **ФЕНИТОИН СПОСОБЕН ПРИЧИНИТЬ БОЛЬШОЙ ВРЕД В СЛУЧАЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СТенок СОСУДОВ. ВТОРОЙ КАТЕТЕР ДОЛЖЕН БЫТЬ НАДЕЖНЫМ!**

Прекратились ли судороги?

НЕТ

ДА

- » Используйте один из других лекарственных препаратов (если есть в наличии) ИЛИ дополнительную дозу фенитоина 10 мг/кг (скорость введения – 30 минут)
- » Контролируйте такие признаки как угнетение дыхания, гипотензия, аритмия.

10


» ОЦЕНИТЕ ПЕРВОПРИЧИНЫ СУДОРОГ (И ПРОВЕДИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ):

- Нейроинфекция (лихорадка, ригидность затылочных мышц, головная боль, спутанность сознания)
- Употребление психоактивных веществ (алкогольная абстиненция или прием наркотиков)
- Травма
- Метаболический сбой (гипернатриемия или гипогликемия)
- Инсульт (очаговый дефицит)
- Опухоль (очаговый дефицит)
- Установленная ранее эпилепсия (анамнез судорог)

Прекратились ли судороги?

НЕТ

ДА

» ОБРАТИТЕСЬ К СПЕЦИАЛИСТУ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ 

» Приступить к EPI 1 (Оценка)



EPI 1 » Оценка

ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ ЭПИЛЕПСИИ

- Судорожные движения или судороги/припадки
Во время судорог/припадков наблюдаются:
 - Потеря или нарушение сознания
 - Скованность, ригидность тела
 - Прикусывание языка, телесные повреждения, недержание мочи или кала
- После прекращения припадка наблюдаются: усталость, вялость, сонливость, спутанность сознания, аномальное поведение, головная боль, мышечные боли или слабость на одной стороне тела



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

При первоначальной оценке состояния и в случае неэффективного лечения необходимо учитывать обмороки и псевдоприпадки.

- » Синкопальные состояния (обмороки) зачастую сопровождаются гиперемией, потливостью, бледностью, а иногда потемнением в глазах непосредственно перед припадком. По завершению припадка можно наблюдать небольшие конвульсии.
- » Псевдоприступы, как правило, обусловлены стрессовыми возбудителями. Приступы в большинстве случаев имеют затяжной характер и могут сопровождаться нециклическими подергиваниями тела, глаза могут быть закрыты, часто наблюдаются тазовые движения. Обычно после завершения припадка человек довольно быстро приходит в себя. Если есть подозрения на псевдоприпадки, перейдите к » ОТН.

1



Случаются ли с человеком судорожные припадки?

Были ли у человека судорожные движения, которые продолжались дольше 1-2 минут?

НЕТ

ДА

Судорожные припадки маловероятны

- » По периодическим эпизодам проконсультироваться у специалиста 
- » Следующее наблюдение через 3 месяца 



Наблюдаются ли у человека во время припадка/-ов как минимум два других симптома из нижеприведенного перечня?



- потеря или нарушение сознания
- скованность, ригидность
- прикусывание языка, образование синяков на языке, телесные повреждения
- недержание мочи/кала

- После прекращения припадка наблюдаются: усталость, вялость, сонливость, спутанность сознания, аномальное поведение, головная боль, мышечные боли или слабость на одной стороне тела

НЕТ

ДА

Судорожные припадки маловероятны

- » Проконсультируйтесь со специалистом относительно рецидивирующих припадков 
- » Проведите последующее наблюдение через 3 месяца 

Состояние человека соответствует критериям СУДОРОЖНОГО ПРИПАДКА

2

Существует ли серьезная причина?

Есть ли нейроинфекция или другие возможные причины для судорожного припадка?

» Оцените состояние человека на предмет наличия признаков и симптомов:

- | | | | |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| - Лихорадка | - Менингеальный синдром | - Нарушение обмена веществ | - Алкогольная или лекарственная интоксикация или синдром отмены |
| - Головная боль | (напр., ригидность затылочных мышц) | (напр., гипогликемия/ гипонатриемия) | |
| - Спутанность сознания | - Травма головы | | |

ДА

НЕТ

Подозрение на ЭПИЛЕПСИЮ



РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 6 ЛЕТ НАХОДИТСЯ В ЛИХОРАДОЧНОМ СОСТОЯНИИ?



Судороги:

- Фокальные: начинаются в одной части тела
- Продолжительные: длятся более 15 минут
- Повторяющиеся: более 1 приступа за время протекающей болезни

НЕТ

ДА

СЛОЖНЫЙ ФЕБРИЛЬНЫЙ ПРИСТУП

» НАПРАВЬТЕ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР. +

ПРОСТОЙ ФЕБРИЛЬНЫЙ ПРИСТУП

- » Ищите причины приступов (см. местный вариант стратегии «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИВБДВ))
- » Проводите наблюдение в течение 24 часов
- » Нет необходимости проводить противосудорожную терапию

- » **ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОВЕДИТЕ КУРС ЛЕЧЕНИЯ**
- » **НАПРАВЬТЕ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ТРАВМЫ ГОЛОВЫ, МЕНИНГИТА И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ +**
- ✗ *ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ НЕ ТРЕБУЕТСЯ*
- » **Последующее наблюдение через 3 месяца для оценки состояния на вероятность наличия эпилепсии ↻**

Перейти к **ШАГУ 3**

3

Страдает ли человек эпилепсией?

Испытал ли человек как минимум два приступа в разные дни в прошлом году?



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

» **Задайте человеку следующие вопросы:**

- Как часто случаются приступы?
- Сколько приступов было в прошлом году?
- Когда случился последний приступ?

Состояние человека не соответствует критериям эпилепсии

- » Поддерживающее противосудорожное лечение не требуется
- » Последующее наблюдение через 3 месяца на возможность наличия признаков эпилепсии

НЕТ

ДА

**ЭПИЛЕПСИЯ
ВЕРОЯТНА**

Изучите первопричины. Проведите физикальное обследование.

» **Присутствуют ли какие-либо нижеперечисленные причины?**

- Асфиксия плода при рождении или травма в анамнезе
- Травмы головы
- Инфекция мозга
- Судороги в семейном анамнезе

НЕТ

ДА

» **ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ
ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ**


КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

Физикальное обследование должно включать неврологическое обследование и оценку фокального дефицита; напр., оценку любого нарушения стабильности или рефлексов.




4

Имеются ли сопутствующие расстройства ПНВ?

» Проведите оценку на предмет наличия других сопутствующих состояний ПНВ в соответствии с главной диаграммой mhGAP-IG (МС) 

! Обращаем ваше внимание на то, что лица, страдающие эпилепсией, подвержены более высокому риску развития ДЕПРЕССИИ и ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СВЯЗИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ. ДЕТИ И ПОДРОСТКИ МОГУТ ИМЕТЬ СОПУТСТВУЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, А ТАКЖЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.

» Перейти к **ПРОТОКОЛУ 1** 

! ЕСЛИ ЕСТЬ РЕАЛЬНЫЙ РИСК СУИЦИДА, ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ И ОКАЖИТЕ ПОМОЩЬ прежде, чем приступить к выполнению Протокола. Перейдите к » SUI. 



ЕРІ 2 » Лечение

ПРОТОКОЛ

1

- » Проведите обучение **психологической самопомощи** для пациента и лица, осуществляющего уход (2.1)
- » Начните медикаментозное лечение с применением **противоэпилептических препаратов** (2.3)
- » Побуждайте человека исполнять свои повседневные обязанности (2.2)

Особые группы населения

Следует отметить, что для этих групп населения могут применяться разные методы лечения ЭПИЛЕПСИИ



ЖЕНЩИНЫ ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

Важно: противоэпилептические препараты повышают риск пороков развития плода/ребенка

- » Всем женщинам **детородного возраста** назначьте фолиевую кислоту (5 мг в сутки) для предотвращения развития дефекта нервной трубки.
- » **ИЗБЕГАЙТЕ НАЗНАЧЕНИЯ ВАЛЬПРОАТА.**
- » **❗ ВНИМАНИЕ при беременности:**
 - Избегайте политерапию. *Сочетание некоторых лекарственных средств вызывает усиление тератогенного действия во время беременности.*
 - Если прием лекарственных средств во время беременности необходимо прекратить, это необходимо делать постепенно.
 - Посоветуйте рожать в больнице.
 - При родоразрешении введите новорожденному 1 мг витамина К внутримышечно, чтобы предотвратить геморрагическую болезнь новорожденных.
- » **При грудном вскармливании** назначение женщине карбамазепина имеет преимущества по сравнению с другими препаратами.



ДЕТИ/ПОДРОСТКИ

Важно учитывать влияние противоэпилептических препаратов на развитие и/или поведение

- » Проведите лечение детей, **страдающих нарушениями развития.** Перейти к **» СМН.**
- » По возможности избегайте назначать фенобарбитал детям с поведенческими расстройствами. Проводите лечение. Перейти к **» СМН.**



ЛЮДИ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ

Важно учитывать взаимодействие между противоэпилептическими и антиретровирусными лекарственными препаратами

- » Если возможно, рассмотрите взаимодействие специфических лекарственных препаратов для проведения антиретровирусной и противоэпилептической терапии.
- » Назначьте **вальпроат**, так как он меньше всего взаимодействует с другими препаратами.
- » **❗ ПО ВОЗМОЖНОСТИ НЕ НАЗНАЧАЙТЕ ФЕНИТОИН И КАРБАМАЗЕПИН.**

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

2.1 Психосообразование

Объясните, что такое припадок/эпилепсия и насколько важно медикаментозное лечение.

- » «Припадок возникает в результате повышенной электрической активности головного мозга, а не в результате колдовства или воздействия духов».
- » «Эпилепсия характеризуется тенденцией к повторным припадкам».
- » «Эпилепсия – это хроническое состояние, **но если принимать лекарства в соответствии с предписаниями врача, то у подавляющего большинства людей болезнь можно полностью контролировать**».
- » Обсудите с человеком то, что многие люди могут оказать ему помощь в момент возникновения приступа.
- » Спросите, обращается ли человек за помощью к традиционным целителям или знахарям, проявляя при этом уважение, но подчеркивая необходимость консультации в медицинском учреждении. Также необходимо объяснить, что сочетание лекарственных препаратов и трав может иметь неблагоприятный эффект, поэтому необходимо сообщать медицинским работникам о всех принимаемых препаратах.

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

- » Приступы, длящиеся более 5 минут, требуют неотложной медицинской помощи – необходимо незамедлительно обратиться за помощью.
- » Большинство страдающих эпилепсией людей могут вести нормальный образ жизни при условии соблюдения режима лечения.

Предоставьте информацию о том, каким образом лица, осуществляющие уход, могут оказать помощь при эпилептическом припадке на дому.

- » Положите человека на бок и поверните его голову так, чтобы облегчить дыхание.
- ❌ **НЕ КЛАДИТЕ НИЧЕГО ЕМУ В РОТ И НЕ ОГРАНИЧИВАЙТЕ ЕГО ДВИЖЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПРИПАДКА.**
- » Убедитесь, что человек дышит нормально.
- » Оставайтесь с человеком до тех пор, пока припадок не прекратится и он полностью не придет в себя.
- » Иногда люди, страдающие эпилепсией, чувствуют приближение припадка. В этом случае им следует лечь на пол в безопасном месте.
- » Эпилепсия не заразна. Вы не можете заразиться этим расстройством от человека, которому вы оказываете помощь во время припадка.

Предоставьте информацию о том, когда нужно обращаться за медицинской помощью. !


- » Если человек, страдающий эпилепсией, испытывает трудности с дыханием во время приступа, ему необходимо оказать экстренную медицинскую помощь.
- » Если у больного эпилепсией случился приступ вне медицинского учреждения и продолжается более 5 минут, его необходимо транспортировать в медицинское учреждение.
- » Если человек с эпилепсией не приходит в себя после окончания приступа, его необходимо транспортировать в медицинское учреждение.

2.2 Содействуйте выполнению повседневных функций и участию в общественной жизни

- » **Обратитесь к модулю «Основной уход и практика» (ЕСР)** за информацией о мероприятиях, способствующих выполнению человеком повседневных обязанностей и участию в общественной жизни.
- » **Кроме того, объясните лицам, осуществляющим уход, и людям, страдающим эпилепсией, следующее:**
 - Люди с эпилепсией способны вести нормальный образ жизни. Они могут вступать в брак и иметь детей.
 - Родителям не следует ограждать детей с эпилепсией от посещения школы.
 - Люди, страдающие эпилепсией, могут заниматься большинством видов трудовой деятельности. Тем не менее, им следует избегать профессий с высоким риском причинения вреда себе или окружающим (напр., работой с тяжелым оборудованием).
 - Людям, страдающим эпилепсией, следует избегать готовить пищу на открытом огне и плавать в одиночестве.
 - Людям с эпилепсией следует избегать чрезмерного употребления алкоголя и рекреационных наркотиков, спать меньше обычного или посещать места с мигающим светом.
 - Следует соблюдать местные правила, регулирующие вождение автомобиля больными эпилепсией.
 - Люди, страдающие эпилепсией, могут претендовать на пособие по инвалидности.
 - В рамках общественных программ может оказываться помощь в трудоустройстве и другая поддержка как для людей с эпилепсией, так и для членов их семей.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

2.3 Начните медикаментозную терапию противоэпилептическими препаратами

- » Выберите медицинский препарат, который будет постоянно доступен.
- »  Для лечения особых групп населения (дети, женщины детородного возраста, люди, живущие с ВИЧ), обратитесь к соответствующему разделу этого модуля.
- » Начните с самой низкой начальной дозы одного препарата.
- » Медленно увеличивайте дозу, пока судороги не прекратятся.

» По возможности следите за показателями общего и химического анализа крови, а также анализов по оценке функции печени.

СОБЛЮДАЙТЕ ОСТОРОЖНОСТЬ!

- » Проверьте, как взаимодействуют между собой препараты.
При совместном применении одни противоэпилептические препараты могут увеличивать или уменьшать воздействие других противоэпилептических препаратов. Противоэпилептические препараты могут также уменьшать воздействие гормональных противозачаточных препаратов, иммунодепрессантов, антипсихотических средств, метадона и некоторых антиретровирусных препаратов.


- » В редких случаях противоэпилептические препараты могут вызвать сильное подавление деятельности костного мозга, реакцию повышенной чувствительности, в том числе – синдром Стивенса-Джонсона, измененный метаболизм витамина D и геморрагическую болезнь новорожденных, связанную с нехваткой витамина K.
- »  По возможности избегайте назначения вальпроата натрия беременным женщинам из-за риска развития дефекта нервной трубки у плода.
- » Прием всех противосудорожных препаратов необходимо прекращать постепенно, поскольку внезапный отказ от приема препаратов может вызвать резкое развитие судорог.

ТАБЛИЦА 1. Противоэпилептические препараты


ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗИРОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ
КАРБАМАЗЕПИН	<p>Взрослые: Начальная доза 100–200 мг в день в 2–3 разделенных дозах. Каждую неделю увеличивайте дозу на 200 мг (максимум 1400 мг в день).</p> <p>Дети: Начальная доза 5 мг/кг в день в 2–3 разделенных дозах. Каждую неделю увеличивайте дозу на 5 мг/кг в день (не более 40 мг/кг в день ИЛИ 1400 мг в день).</p> <p> Беременные или кормящие грудью женщины: Применяйте с осторожностью.</p>	<p>Обычные побочные эффекты: седативный эффект, спутанность сознания, головокружение, атаксия, двоение в глазах, тошнота, диарея, доброкачественная лейкопения.</p> <p>Серьезные побочные эффекты: гепатотоксичность, задержка сердечной проводимости, низкий уровень натрия.</p>	<p>Применяйте с осторожностью у пациентов с анамнезом заболеваний крови, почек, печени или сердечных заболеваний. Через 2 недели может потребоваться корректировка дозы из-за индукции своего собственного метаболизма.</p>

ТАБЛИЦА 1. Противозэпилептические препараты

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗИРОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ
ФЕНОБАРБИТАЛ	<p>Взрослые: Начальная доза 60 мг в день в 1–2 разделенных дозах. Каждую неделю увеличивайте дозу на 2,5–5 мг (не более 180 мг в день).</p> <p>Дети: Начальная доза 2–3 мг/кг в день в 2 разделенных дозах. Каждую неделю увеличивайте дозу на 1–2 мг/кг в день в зависимости от переносимости больного (не более 6 мг в день).</p>	<p>Обычные побочные эффекты: седативный эффект, гиперактивность у детей, атаксия, нистагм, сексуальная дисфункция, депрессия.</p> <p>Серьезные побочные эффекты: печеночная недостаточность (аллергическая реакция), снижение минеральной плотности костной ткани</p>	<p>Противопоказан больным с острой интермиттирующей порфирией.</p> <p>Снижайте дозы для пациентов с заболеваниями почек или печени.</p>
ФЕНИТОИН	<p>Взрослые: Начальная доза 150–200 мг в день в двух разделенных дозах. Каждые 3–4 недели увеличивайте дозу на 50 мг в день (не более 400 мг в день).</p> <p>Дети: Начальная доза 3–4 мг/кг в день в двух разделенных дозах. Каждые 3–4 недели увеличивайте дозу на 5 мг/кг в день (не более 300 мг в день).</p> <p>⚠ Беременные или кормящие грудью женщины: избегайте назначать препарат</p> <p>⚠ Пожилые люди: назначайте низкие дозы</p>	<p>Обычные побочные эффекты: седативный эффект, спутанность сознания, головокружение, тремор, моторный тик, атаксия, двоение в глазах, нистагм, невнятная речь, тошнота, рвота, запоры.</p> <p>Серьезные побочные эффекты: гематологические нарушения, гепатит, полинейропатия, гипертрофия десен, угревая сыпь, увеличение лимфатических узлов, суицидальные мысли.</p>	<p>Снижайте дозы для пациентов с заболеваниями почек или печени.</p>
ВАЛЬПРОАТ НАТРИЯ	<p>Взрослые: Начальная доза 400 мг в день в двух разделенных дозах. Каждую неделю увеличивайте дозу на 500 мг в день (не более 3000 мг в день).</p> <p>Дети: Начальная доза 15–20 мг/кг в день в 2–3 разделенных дозах. Каждую неделю увеличивайте дозу на 15 мг/кг в день (не более 15–40 мг/кг в день).</p> <p>⚠ Беременные женщины: избегайте назначать препарат</p> <p>⚠ Пожилые люди: назначайте низкие дозы</p>	<p>Обычные побочные эффекты: седативный эффект, головная боль, тремор, атаксия, тошнота, рвота, диарея, увеличение массы тела, временное выпадение волос.</p> <p>Серьезные побочные эффекты: нарушение функции печени, тромбоцитопения, лейкопения, сонливость/ спутанность сознания (индуцированная вальпроатом гипераммонемическая энцефалопатия, признак токсичности), печеночная недостаточность, геморрагический панкреатит.</p>	<p>Следует назначать с осторожностью, если есть основание или подозрение на заболевание печени.</p> <p>Взаимодействия с другими лекарственными средствами: уровень вальпроата снижается при взаимодействии с карбамазепином и увеличивается при взаимодействии с аспирином.</p>



ЕРІ 3 » Последующее наблюдение

1

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ТЕКУЩИМ СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТА




Снизилась ли у больного частота приступов на 50% и более?

**РЕКОМЕНДАЦИИ
ОТНОСИТЕЛЬНО
ЧАСТОТЫ ПРОВЕДЕНИЯ
КОНСУЛЬТАЦИЙ**

» Последующее наблюдение осуществлять каждые 3–6 месяцев

ЕСЛИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА НЕ УЛУЧШАЕТСЯ:

- » Выясните приверженность человека приему лекарств.
 - » Если не наблюдается побочных эффектов, по мере необходимости рассмотрите возможность увеличения дозы препарата до максимальной.
 - » Если эффект от лечения по-прежнему неудовлетворителен, рассмотрите возможность перехода на другой препарат. Необходимо принимать новый препарат при одновременном постепенном сокращении приема первого препарата. По достижении оптимальной дозы нового препарата следует прекратить прием первого.
 - » Если эффект от лечения по-прежнему неудовлетворителен, – проверьте диагноз.
- ОБРАТИТЕСЬ ЗА СОВЕТОМ К СПЕЦИАЛИСТУ. 
- » Проводите последующее наблюдение чаще. 

НЕТ

ДА

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:




- » **ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ** (напр., сонливость, нистагм, диплопия, атаксия) могут возникнуть в результате приема слишком высокой дозы препарата.
- » Если присутствуют симптомы **идиосинкразии** (аллергическая реакция, подавление деятельности костного мозга, печеночная недостаточность), необходимо перейти на прием другого препарата.



2

КОНТРОЛИРУЙТЕ ЛЕЧЕНИЕ

Во время каждой консультации:

- » Оцените побочные эффекты препаратов, в том числе неблагоприятные последствия и идиосинкразические реакции (клинические проявления, подтвержденные соответствующими лабораторными показателями, если возможно).
- » Проведите обучение психологической самопомощи и рассмотрите методы оказания психосоциальной помощи. 
- » Пациент – женщина детородного возраста, планирующая беременность? Если да, то проконсультируйтесь со специалистом. 
- » Имеются ли у пациента какие-либо новые симптомы, которые его беспокоят? **Рассмотрите возможность развития новых симптомов депрессии и состояния тревоги с учетом высокого риска сочетанного проявления с эпилепсией.**
- » Принимает ли пациент какие-либо новые препараты, которые могут взаимодействовать друг с другом?
(Многие противосудорожные препараты взаимодействуют с другими препаратами). Если это так, обратитесь к специалисту. 

3

РАССМОТРИТЕ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРЕКРАЩЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ЕСЛИ ЭТО ЦЕЛЕСООБРАЗНО

Прекратились ли полностью приступы эпилепсии на протяжении нескольких лет?

НЕТ

ДА

ЕСЛИ НЕТ ПРОБЛЕМ С ПРИЕМОМ ПРЕПАРАТОВ

- » Продолжайте использовать препарат в текущей дозировке. Для контроля за припадками откорректируйте дозировку препарата до самой низкой терапевтической дозы, при этом сводя к минимуму неблагоприятные побочные эффекты лекарственных средств.
- » Продолжайте тщательное наблюдение за состоянием человека и рассмотрите возможность прекращения приема лекарственных препаратов, когда в течение как минимум двух лет приступов эпилепсии не наблюдается.

- » Обсудите риск возникновения приступов эпилепсии с человеком/лицом, осуществляющим уход (если эпилепсия является результатом травмы головы, инсульта или нейроинфекции, существует более высокий риск рецидива приступов из-за прекращения медикаментозного лечения), а также риск и преимущества прекращения приема препаратов.
- » С согласия человека, постепенно уменьшайте прием препаратов путем снижения дозировки в течении двух месяцев и тщательно контролируйте возможные рецидивы приступов. 

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В этом модуле охватываются вопросы оценки состояния и ведения детей и подростков, страдающих общими расстройствами психологического развития, поведенческими и эмоциональными расстройствами.

ОБЩИЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ – это обобщающий термин, охватывающий такие расстройства, как интеллектуальная недееспособность, а также расстройства аутистического спектра. Как правило, эти расстройства проявляются в детстве и характеризуются нарушением или задержкой развития функций, связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы. Для них также характерно стабильное течение без ремиссий или рецидивов, присущих многим другим психическим расстройствам.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА – обобщающий термин, который включает в себя специфические расстройства, такие как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и расстройства поведения. Поведенческие симптомы различной степени тяжести очень распространены среди населения в целом. Только дети и подростки

с умеренными и тяжелыми психологическими, социальными, образовательными или профессиональными нарушениями в некоторых ситуациях, должны диагностироваться как лица, имеющие поведенческие расстройства.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА – одна из ведущих причин проблем психического здоровья, связанных с глобальным бременем болезней среди молодежи. Эмоциональные расстройства характеризуются повышенным уровнем тревожности, депрессии, страха, а также проявлением соматических симптомов.

У детей и подростков зачастую наблюдаются симптомы нескольких заболеваний, а иногда симптомы накладываются друг на друга. От качества домашней, социальной и образовательной обстановки зависит благополучие и жизнедеятельность детей и подростков. Изучение и выявление психосоциальных стресс-факторов, а также возможностей для активизации поддержки, являются важнейшими элементами плана по оценке состояния и ведению пациента.

СМН » Краткий обзор



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ

- » Оцените состояние на наличие проблем с психологическим развитием
- » Оцените состояние на наличие проблем с невнимательностью или чрезмерной активностью
- » Оцените состояние на наличие проблем с эмоциями. Если пациент – подросток, оцените состояние на наличие умеренной и тяжелой депрессии
- » Оцените интенсивность вызывающего, неповивающегося и агрессивного поведения
- » Оцените состояние на наличие других приоритетных состояний ПНВ
- » Проведите оценку домашней обстановки
- » Проведите оценку школьной обстановки



ЛЕЧЕНИЕ

» Протоколы

1. Задержка/расстройство психологического развития
2. Проблемы с поведением
3. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)
4. Расстройство поведения
5. Проблемы управления эмоциями
6. Эмоциональные расстройства, а также умеренные и тяжелые депрессивные состояния у подростков

» Психосоциальные вмешательства



ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ТАБЛИЦА 1. Общие симптомы психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте в разбивке по возрастным группам

Могут сообщаться лицом, оказывающим уход, самим пациентом или могут наблюдаться во время процесса оценки.

	НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ	РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ	ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА
Дети младшего и среднего возраста (до 5 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - Плохой аппетит, задержка физического развития, плохая моторика, отставание в своем развитии от принятых норм развития для данного возраста (напр., таких как умение улыбаться, сидеть, взаимодействовать с окружающими людьми и предметами, концентрировать внимание, ходить, говорить и умение пользоваться туалетом) 	<p style="text-align: center;">4 года – 18 лет</p> <ul style="list-style-type: none"> - Чрезмерная гиперактивность: чрезмерная беготня, неспособность сидеть спокойно, чрезмерная болтливость или подвижность; - Чрезмерная невнимательность, рассеянность, многократная остановка при выполнении задач до завершения и переход на другие виды деятельности; - Чрезмерная импульсивность: частое совершение необдуманных действий - Повторяющееся и продолжающееся поведение, которое беспокоит других (напр., необычно частые и сильные истерики, жестокое поведение, постоянное и серьезное непослушание, воровство) - Внезапные изменения в поведении или отношениях со сверстниками, включая уход в себя и гнев 	<ul style="list-style-type: none"> - Чрезмерная плаксивость, не отходит ни на шаг от лица, осуществляющего уход, застывшая поза (ребенок застывает в неподвижности на одном месте и молчит) и/или истерики - Чрезмерная застенчивость или изменения в поведении (напр., ребенок начинает писаться, какаться или сосать большой палец) - Снижение интереса к играм и общению с окружающими - Проблемы со сном и приемом пищи
Дети младшего школьного возраста (6–12 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - Задержка в освоении навыков чтения и письма - Задержка в развитии навыков самообслуживания, таких как одевание, купание, чистка зубов 		<ul style="list-style-type: none"> - Повторяющиеся, необъяснимые физические симптомы (напр., боли в животе, головная боль, тошнота) - Нежелание или отказ посещать школу - Чрезмерная застенчивость или изменения в поведении (напр., ребенок начинает писаться, какаться или сосать большой палец)
Подростки (13–18 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - Плохая успеваемость в школе - Затруднение в понимании указаний - Трудности взаимодействия с окружающими и проблемы адаптации к изменениям социальной среды 		<ul style="list-style-type: none"> - Проблемы, связанные с настроением, чувство тревоги и страха (напр., подросток возбужден, легко раздражается, разочаровывается или поддается унынию, у него резко и неожиданно меняется настроение, наблюдаются резкие эмоциональные всплески), чрезмерное угнетенное состояние - Функциональные изменения (например, трудности с концентрацией внимания, плохая успеваемость в школе, частое желание оставаться наедине с собой или сидеть дома)
Представители всех возрастных групп	<ul style="list-style-type: none"> - Трудности в выполнении повседневных обязанностей, которые считаются нормальными для этой возрастной группы; затруднения в понимании указаний; трудности взаимодействия в обществе и адаптации к изменениям социальной среды; трудности или странности при общении с окружающими; сдерживающие/повторяющиеся модели поведения, интересов и видов деятельности 		<ul style="list-style-type: none"> - Чрезмерный страх, беспокойство или уклонение от конкретных ситуаций или объектов (напр., отказ от лиц, обеспечивающих уход, страх перед социальными ситуациями, некоторыми животными или насекомыми; боязнь высоты и замкнутых пространств; вид крови или ран) - Изменение привычного режима сна и привычки приема пищи - Снижение интереса или участия в деятельности - Оппозиционное поведение или стремление привлечь к себе внимание



СМН 1 » Оценка

ОБЩИЕ СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

- **У ребенка/подростка, пришедшего на прием из-за жалоб на физическое состояние или для оценки общего состояния здоровья, проявляются следующие признаки:**
 - Любая из типичных наблюдаемых жалоб на эмоциональные, поведенческие расстройства или расстройства психологического развития (см. **таблицу 1**)
 - Такие факторы риска, как недостаточное питание, плохое обращение и/или отсутствие заботы, частые болезни, хронические заболевания (напр., ВИЧ/СПИД или тяжелые роды в анамнезе)
- **Лицо, осуществляющее уход, выражает озабоченность по поводу того, что у ребенка/подростка наблюдается:**
 - Отставание от сверстников или трудности в выполнении повседневных дел, которые считаются нормальными для этой возрастной группы
 - Проблемы с поведением (напр., чрезмерная активность, агрессия, проявление частых и/или тяжелых приступов гнева, желание оставаться наедине с собой слишком долгое время, отказ выполнять повседневные обязанности или посещать школу)
- **Преподаватель выражает озабоченность по поводу того, что ребенок/подросток:**
 - Легко отвлекается, проявляет агрессию на уроках, часто попадает в неприятные ситуации, испытывает трудности в выполнении школьных заданий
- **Медицинский или социальный работник по месту жительства выражает озабоченность по поводу того, что у ребенка/подростка наблюдаются:**
 - Антиобщественное поведение, физическая агрессия у себя дома или в сообществе

1

ОЦЕНИТЕ НАЛИЧИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАЗВИТИЯ



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

- » Всегда нужно давать подросткам возможность получить консультацию без присутствия лиц, осуществляющих уход
- » Заверьте их в сохранении конфиденциальности консультации.
- » Укажите, при каких обстоятельствах родителям или другим взрослым будет предоставлена информация.
- » Исследуйте текущую жалобу с ребенком/подростком и ухаживающим за ним лицом.

Оценить все проблемные функции – двигательную, познавательную, социальную, коммуникативную и адаптивную.

» **Дети ясельного и младшего школьного возраста:** испытывал ли ребенок какие-либо трудности на основных возрастных этапах во всех сферах своего развития?

» **Дети старшего школьного возраста и подростки:** существуют ли трудности с навыками обучения (усвоением знаний, чтением и письмом), общением и взаимодействием с окружающими, самообслуживанием, а также выполнением повседневных бытовых занятий?

Перейти к **ШАГУ 2**

НЕТ

ДА

Подозрение НА ОТСТАВАНИЕ/РАССТРОЙСТВО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Имеются ли признаки/симптомы наличия:

– Дефицита питательных веществ, в том числе йода
– Анемии
– Недостаточности питания

– Острых или хронических инфекционных заболеваний, в том числе инфекций уха и ВИЧ/СПИДа

НЕТ

ДА

» **Осуществляйте лечение при помощи стратегии «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИВБДВ) (www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet) или других доступных руководств**

Оцените состояние ребенка на наличие признаков нарушения зрения и/или слуха:

Для оценки состояния зрения проверьте способность ребенка выполнить следующее:

- Смотреть вам в глаза
- Поворачивать голову и следить глазами за движущимся предметом
- Хватать предмет рукой
- Узнавать знакомых людей

Для оценки состояния слуха проверьте способность ребенка выполнить следующее:

- Повернуть голову назад, чтобы увидеть источник звука
- Реагировать на громкие звуки
- Если это младенец, то способность издавать различные звуки («та-та», «да-да», «ба-ба»)

НЕТ

ДА

>> ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ ДЛЯ ОЦЕНКИ 

>> Перейти к ПРОТОКОЛУ 1 

2

ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ НА НАЛИЧИЕ ПРОБЛЕМ С НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬЮ ИЛИ ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Выясните, ребенок/подросток:

- Гиперактивный?
- Не может вести себя спокойно в течение длительного времени?
- Легко отвлекается, испытывает трудности в выполнении заданий?
- Все время неустанно двигается?

ДА

НЕТ

Перейти к ШАГУ 3

Являются ли симптомы стойкими и тяжелыми, а также вызывают ли они значительные трудности в выполнении повседневных занятий? Определите, ВСЕ ли нижеследующие признаки присутствуют?

- Проявляются ли симптомы в разных ситуациях?
- Проявляются ли они на протяжении по крайней мере 6 месяцев?
- Нетипичны ли они для уровня развития ребенка/подростка?

- Испытывает ли ребенок/подросток значительные трудности с выполнением ежедневных занятий в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других областях?

ДА

НЕТ

СДВГ
маловероятен

Рассмотрите ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПОВЕДЕНИЕМ

Рассмотрите ВОЗМОЖНОСТЬ НАЛИЧИЯ СДВГ

» **Перейти к ПРОТОКОЛУ 2**

Перейти к ШАГУ 3

Исключите любое физическое состояние, имеющее схожие симптомы с СДВГ.

Выясните, имеет ли ребенок/подросток:

- Заболевания щитовидной железы
- Острые или хронические инфекционные заболевания, включая ВИЧ/СПИД
- Неконтролируемую боль, напр., в результате инфекции уха, серповидно-клеточной анемии

НЕТ

ДА

» **Приступайте к лечению физического состояния**

» **Перейти к ПРОТОКОЛУ 3**

3

ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ НА НАЛИЧИЕ ПРИЗНАКОВ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Наблюдаются ли у ребенка/подростка признаки повторяющегося агрессивного, непослушного или вызывающего поведения, например:

- Ребенок вступает в спор со взрослыми
- Не повинуется или отказывается выполнять их просьбы или указания
- Проявляет крайнюю раздражительность/гнев
- Устраивает частые и тяжелые истерики
- Трудно ладит с другими
- Ведет себя вызывающе
- Чрезмерно драчлив или грубо обращается со сверстниками
- Жесток по отношению к животным или людям
- Проявляет сильную склонность к порче имущества, поджогам
- Совершает краж, намерено лжет, прогуливает уроки, уходит из дома

НЕТ

ДА

Перейти к ШАГУ 4

4

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
маловероятны



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ: ДЕСТРУКТИВНОЕ ИЛИ ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ/ПОДРОСТКОВ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ВОЗРАСТУ

Дети ясельного возраста и дети младшего возраста (18 месяцев – 5 лет)

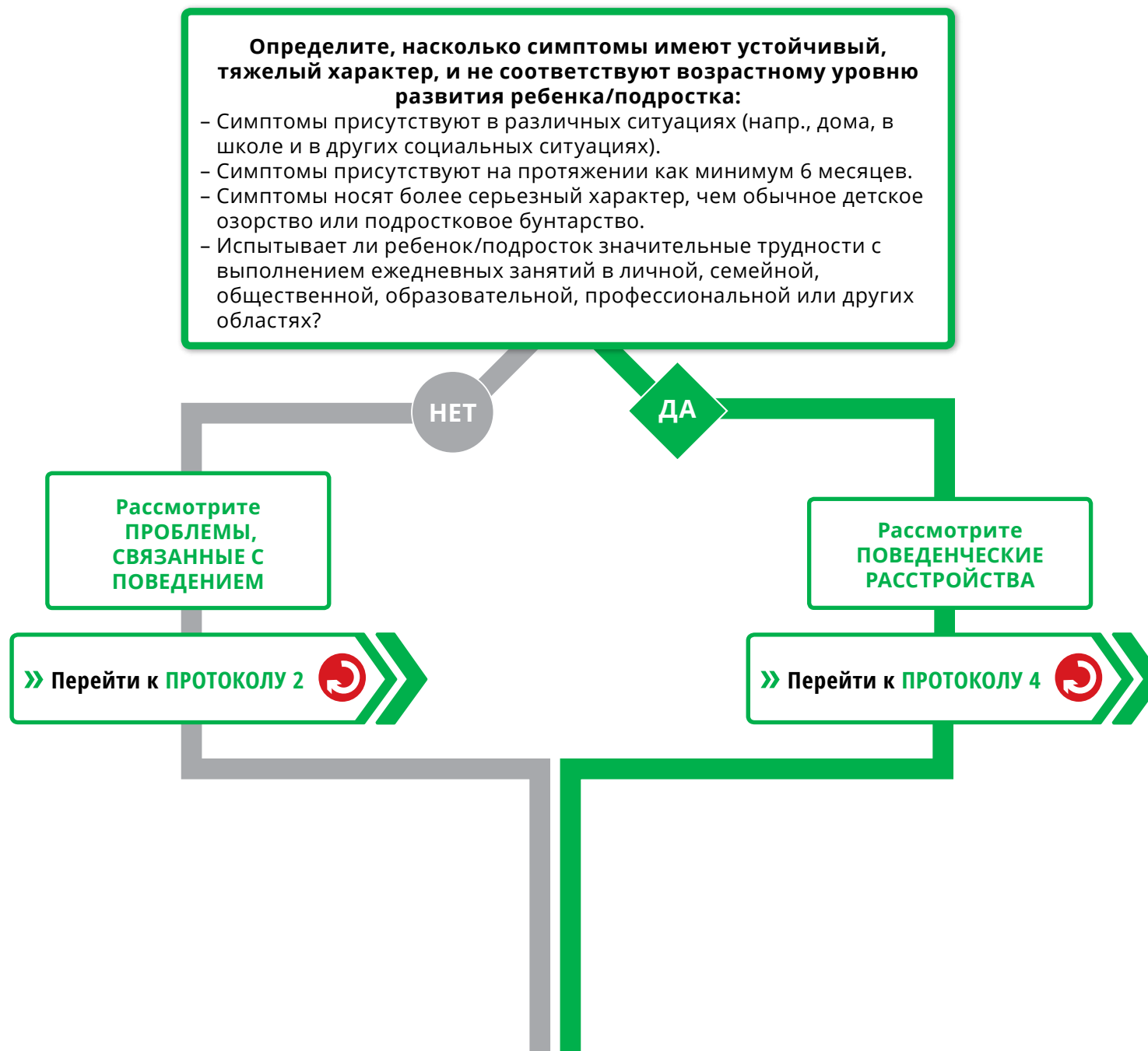
- Отказываются делать то, что им говорят, нарушают правила, спорят, хнычут, склонны преувеличивать и говорить о том, чего нет на самом деле, отрицают свои действия, утверждая, что не сделали ничего плохого, проявляют физическую агрессию к окружающим и винят других в своих проступках.
- Кратковременные истерики (эмоциональные всплески, сопровождающиеся плачем, пронзительными криками, ударами и т. д.). Такие истерики, как правило, длятся 5–25 минут и случаются не более трех раз в неделю. Типичные истерики, связанные с развитием ребенка, как правило, не приводят к самоповреждению или частой физической агрессии по отношению к другим. Ребенок обычно сам успокаивается.

Дети среднего школьного возраста (6–12 лет)

- Стремление избегать или затягивать выполнение указаний, жалуются или вступая в спор со взрослыми или другими детьми и иногда выходя из себя.

Подростки (13–18 лет)

- Оценивают правила и ограничения, утверждая, что правила и ограничения являются несправедливыми или ненужными, иногда ведут себя грубо, пренебрежительно, скандально или вызывающе по отношению ко взрослым.



4

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НА НАЛИЧИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ (затяжное, инвалидизирующее расстройство, сопровождающееся чувством печали, боязливости, тревожности или раздражительности)

Спросите у ребенка/подростка следующее:

- Часто ли он испытывает чувство раздражения, беспокойства, депрессии или грусти?
- Потерял ли он интерес или удовольствие от выполнения ранее приятных дел?
- Испытывает ли он чувство тревоги или часто кажется обеспокоенным?
- Испытывает ли он чрезмерный страх и легко ли его напугать?
- Часто ли он жалуется на головные боли, боли в животе или тошноту?
- Часто ли чувствует себя несчастным, удрученным или плаксивым?
- Избегает ли или сильно не любит определенные ситуации (напр., разлуку с лицами, осуществляющими уход, знакомство с новыми людьми или замкнутые пространства)?

Перейти к **ШАГУ 5**

НЕТ

ДА



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ: СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ВОЗРАСТУ СТРАХИ И БЕСПОКОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Младенцы и дети ясельного возраста (9 месяцев – 2 года)	- Чувство страха перед незнакомыми людьми, тяжелое недомогание в результате разлуки с лицами, обеспечивающими уход
Дети младшего возраста (2 года – 5 лет)	- Чувство страха перед бурей, огнем, водой, темнотой, ночными кошмарами и животными
Дети среднего школьного возраста (6–12 лет)	- Боязнь чудовищ, призраков, микробов, природных стихий, страх заболеть или быть тяжело раненым - Чувство беспокойства, связанное с учебой в школе или выступлением перед аудиторией
Подростки (13–18 лет)	- Страх быть отвергнутым сверстниками, перед выступлением перед аудиторией, страх заболеть, боязнь медицинских процедур, катастроф (напр., войны, терактов, стихийных бедствий)

Испытывает ли ребенок значительные трудности с ежедневным функционированием в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других сферах?

ДА

НЕТ

Рассмотрите ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЭМОЦИЯМИ

Рассмотрите ВОЗМОЖНОСТЬ НАЛИЧИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА

»» Перейти к ПРОТОКОЛУ 5

Перейти к ШАГУ 5

Исключите физические состояния, которые могут напоминать или приводить к обострению эмоциональных расстройств.

Существуют ли какие-либо признаки/симптомы, предполагающие следующее:

- | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| - Заболевания щитовидной железы | - Ожирение | препаратов (например, от |
| - Инфекционные заболевания, включая ВИЧ/СПИД | - Недостаточность питания | кортикостероидов или |
| - Анемию | - Астму | ингаляционных |
| | - Побочные эффекты от медицинских | противоастматических препаратов) |

ДА

НЕТ

»» Окажите помощь для укрепления физического состояния.

»» Перейти к ПРОТОКОЛУ 6

У подростков - оцените степень депрессии от умеренной до тяжелой.

Испытывает ли подросток проблемы с настроением (чувство раздражительности, угнетенности или печали) ИЛИ потерял интерес или удовольствие от ранее приятной деятельности?

ДА

НЕТ

Перейти к ШАГУ 5

Испытывал ли подросток несколько из следующих дополнительных симптомов почти каждый день за последние 2 недели?

- Тревожный или слишком долгий сон
- Существенное изменение аппетита или веса (уменьшение или увеличение)
- Убеждение в бесполезности или чрезмерной вине

- Усталость или потеря энергии
- Снижение концентрации
- Нерешительность
- Наблюдаемое возбуждение или физическое беспокойство

- Речь или движения медленнее, чем обычно
- Безысходность
- Суицидальные мысли или действия

Испытывает ли подросток значительные трудности с выполнением ежедневной деятельности в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других областях?

ДА

НЕТ

Рассмотрите ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЭМОЦИЯМИ

>> Перейти к ПРОТОКОЛУ 5

Перейти к ШАГУ 5

Рассмотрите
**ВОЗМОЖНОСТЬ НАЛИЧИЯ
ДЕПРЕССИИ**

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

Вероятность бреда или галлюцинаций. Если эти симптомы присутствуют, необходимо специально разработать план лечения депрессивного синдрома.

ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ 




Исключите маниакальный эпизод в анамнезе и нормальную реакцию на недавнюю потерю близкого. См. » DEP

» Перейти к **ПРОТОКОЛУ 6** 


5

ВЫЯВИТЕ ДРУГИЕ ПРИОРИТЕТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПНВ

! ЕСЛИ ЕСТЬ РЕАЛЬНЫЙ РИСК СУИЦИДА, проведите оценку состояния и приступайте к лечению, прежде чем продолжить. **Перейти к » SUI.** 

Наблюдаются ли другие сопутствующие расстройства ПНВ? Проведите оценку в соответствии с Главной диаграммой mhGAP-IG (см. » MC)

- !** Не забудьте оценить состояние на наличие расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. См. » SUB.
- !** Для детей с отставанием в психическом развитии/расстройствами не забудьте оценить состояние на наличие эпилепсии. См. » EPI.

» ОЦЕНИТЕ И ЛЕЧИТЕ сопутствующие расстройства ПНВ 

ДА

НЕТ

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

- » Спросите ребенка/подростка напрямую об этих воздействиях, если его уровень развития позволяет это сделать и если это безопасно (напр., не спрашивайте его об этом в присутствии лица, осуществляющего уход, от жестокого обращения которого, возможно, пострадал ребенок).
- » Подросткам всегда необходимо предоставить возможность пройти консультацию без присутствия лица, осуществляющего уход.



6

ПРОВЕДИТЕ ОЦЕНКУ СЕМЕЙНОЙ ОБСТАНОВКИ

Являются ли эмоциональные, поведенческие проблемы или проблемы развития реакцией на тревожную или пугающую ситуацию или обостряются в связи с ней?

Оцените наличие следующего:

- » Клинических признаков или любой информации из истории болезни, которые предполагают грубое обращение или насилие по отношению к ребенку/подростку (см. КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ).
- » Любых недавних или продолжающихся тяжелых стрессовых факторов (напр., болезнь или смерть члена семьи, трудная жизнь и финансовые обстоятельства, случаи издевательства или причинения вреда).

ДА

НЕТ

- » В случае необходимости обратитесь к услугам организаций по защите прав детей
- » Изучите и контролируйте стресс-факторы
- » В первую очередь обеспечьте безопасность ребенка/подростка
- » Убедите ребенка/подростка в том, что все дети/подростки должны быть защищены от всех форм насилия
- » Предоставьте информацию о том, куда обратиться за помощью, в случае продолжающегося плохого обращения с ребенком/подростком
- » Обеспечьте дополнительную поддержку ребенку/подростку, включая направление к специалисту для лечения
- » Обратитесь к правовым и общественным организациям в зависимости от обстоятельств и в соответствии с предписаниями
- » Рассмотрите возможность оказания дополнительной психосоциальной помощи
- » Обеспечьте надлежащее последующее наблюдение 

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ: НАСТОРАЖИВАЮЩИЕ ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С РЕБЕНКОМ**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

- » **Физическое насилие**
 - Телесные повреждения (напр., синяки, ожоги, следы удушения или следы порки ремнем, хлыстом, прутом или другим предметом)
 - Любые серьезные или необычные травмы, которые ребенок не может объяснить
 - » **Половое насилие**
 - Повреждения генитальной или анальной областей или симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения
 - Инфекции, передаваемые половым путем или беременность
 - Сексуализированное поведение (например, несоответствующие возрасту познания в половых вопросах)
 - » **Пренебрежение нуждами ребенка**
 - Немытый, запущенный вид, ребенок носит одежду не по размеру
 - Признаки недостаточности питания, очень плохое состояние зубов
 - » **Психическое/эмоциональное насилие и другие формы жестокого обращения**

Любое внезапное или существенное изменение в поведении или эмоциональном состоянии ребенка/подростка, которое не объясняется другими причинами, кроме перечисленных ниже:

 - Необычная боязливость или тяжелое расстройство (напр., безутешный плач)
 - Самоповреждение или социальная самоизоляция
 - Агрессия или побег из дома
 - Неразборчивая потребность угождать взрослым
 - Появление привычек писаться и какаться, а также привычки сосать большой палец
- АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ЛИЦАМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМИ УХОД, И ДЕТЬМИ/ПОДРОСТКАМИ**
- » Постоянное равнодушное поведение, особенно по отношению к грудному ребенку (напр., когда взрослые не успокаивают и не заботятся о ребенке, когда ребенок/подросток сильно испуган, поранился или болен)
 - » Враждебное или уклоняющееся поведение
 - » Использование неуместных угроз (напр., бросить ребенка/подростка) или жестких дисциплинарных методов

Страдают ли лица, обеспечивающие уход, каким-либо из основных расстройств ПНВ, которое может повлиять на их способность ухаживать за ребенком/подростком?

В первую очередь рассмотрите наличие депрессивного синдрома и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.



Клинический совет

» Депрессивный синдром, которым страдают лица, осуществляющие уход, может ухудшить течение эмоционального, поведенческого расстройства или нарушения развития у детей/подростков.

НЕТ

ДА

- » Оцените и проводите лечение расстройства ПНВ у лиц, осуществляющих уход.
- » Перейти к пункту 2.6 раздела «Лечение» (помощь лицу, осуществляющему уход)

Имеет ли ребенок достаточно возможностей для игр и социального взаимодействия/общения с окружающими в домашних условиях?

Рекомендуется выяснить следующее:

- » С кем ребенок проводит большую часть своего времени?
- » Как с ребенком играют? Как часто?
- » Как с ребенком общаются? Как часто?

НЕТ

ДА

- » Проведите консультацию по стимуляции и воспитанию детей по программе, соответствующей возрасту ребенка/подростка. См. документ *Care for child development* (www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en).
- » Рассмотрите необходимость предоставления дополнительной помощи ребенку, включая направление в учреждение по защите прав детей, если есть такая возможность.

7

ПРОВЕДИТЕ ОЦЕНКУ ШКОЛЬНОЙ ОБСТАНОВКИ

Посещает ли ребенок/подросток школу?

ДА

НЕТ

» Предоставьте информацию об образовательных возможностях и поговорите с лицом, осуществляющим уход, о важности регулярного посещения образовательных учреждений ребенком/подростком.

Выясните следующее:

- » Ребенка/подростка запугивают, дразнят или высмеивают?
- » Ребенок/подросток не способен участвовать в школьной жизни и учиться?
- » Ребенок/подросток не желает/отказывается посещать школу?

НЕТ

ДА

» После получения согласия поддерживайте связь с учителями и другим персоналом школы. Перейти к разделу **«Лечение» (2.7)**.

» Если ребенок/подросток долго не ходил в школу, попытайтесь помочь ему как можно скорее вернуться в школу и выясните причины его отсутствия.

» Перейти к **СМН 2 (Лечение)**

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

- » Спросите ребенка/подростка напрямую об этих воздействиях, если его уровень развития позволяет это сделать и если это безопасно.





СМН 2 » Лечение

ПРОТОКОЛ

1

Задержка/расстройство психологического развития

- » Предоставьте руководство по обеспечению благополучия детей/подростков. (2.1)
- » Проведите курс психообразования для пациента и лиц, осуществляющих уход, и дайте рекомендации по воспитанию детей. Дайте рекомендации по уходу за ребенком/подростком, страдающим расстройствами развития. (2.2 и 2.3)
- » Окажите помощь лицу, осуществляющему уход. (2.6)
- » Поддерживайте связь с учителями и другими работниками школы. (2.7)
- » Используйте другие имеющиеся ресурсы по месту жительства, такие как реабилитационный центр на основе общины.
- » Предложите родителям пройти курсы развития родительских навыков, если возможно. (2.8)
- » Направьте детей с расстройствами развития к специалисту для дальнейшей оценки состояния и консультирования относительно плана лечения и планирования семьи.
- » Проводите последующее наблюдение каждые три месяца или чаще, если это необходимо.
- » НЕ предлагайте медикаментозное лечение. (2.1)

ПРОТОКОЛ

2

Проблемы с поведением

- » Предоставьте рекомендации по обеспечению благополучия детей/подростков. (2.1)
- » Предоставьте рекомендации по улучшению поведения ребенка/подростка. (2.3)
- » Оцените и контролируйте стресс-факторы, уменьшите стресс и укрепите социальную поддержку.
- » Поддерживайте связь с учителями и другими работниками школы. (2.7)
- » Используйте другие имеющиеся ресурсы по месту жительства.
- » Предложите посещение консультаций для последующего наблюдения.

ПРОТОКОЛ

3



Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)

- » Предоставьте рекомендации по обеспечению благополучия детей/подростков. (2.1)
- » Проведите курс психообразования для пациента и лиц, осуществляющих уход, и дайте рекомендации по воспитанию детей и улучшению поведения. (2.2 и 2.3)
- » Оцените и контролируйте стресс-факторы, уменьшите стресс и укрепите социальную поддержку.
- » Окажите помощь лицу, осуществляющему уход. (2.6)
- » Поддерживайте связь с учителями и другими работниками школы. (2.7)
- » Используйте другие имеющиеся ресурсы по месту жительства.
- » Рассмотрите возможность проведения курсов развития родительских навыков, если есть такая возможность. (2.8)
- » Рассмотрите возможность проведения поведенческой терапии, когда она доступна. (2.8)
- » Если указанные выше меры неэффективны, а ребенок с диагнозом СДВГ старше 6 лет, обратитесь к специалисту для лечения препаратом метилфенидата.
- » Проводите последующее наблюдение каждые три месяца или чаще, если это необходимо.

ПРОТОКОЛ

4


Расстройство поведения

- » Предоставьте рекомендации по обеспечению благополучия детей/подростков. (2.1)
- » Проведите курс психообразования для пациента и лиц, осуществляющих уход, и дайте рекомендации по воспитанию детей. (2.2) 
- » Предоставьте рекомендации по улучшению поведения ребенка/подростка. (2.3)
- » Оцените и контролируйте стресс-факторы, уменьшите стресс и укрепите социальную поддержку.
- » Окажите помощь лицу, осуществляющему уход. (2.6)
- » Поддерживайте связь с учителями и другими работниками школы. (2.7)
- » Рассмотрите возможность проведения курсов развития родительских навыков, если есть такая возможность. (2.8)
- » Используйте другие имеющиеся ресурсы по месту жительства.
- » Проводите последующее наблюдение каждые три месяца или чаще, если это необходимо.
- » Рассмотрите возможность проведения поведенческой терапии, когда она доступна. (2.8)
- »  **НЕ НАЗНАЧАЙТЕ медикаментозное лечение.**

ПРОТОКОЛ

5





Проблемы с управлением эмоциями

- » Предоставьте рекомендации по обеспечению благополучия детей/подростков. (2.1)
- » Проведите курс психообразования для пациента и лиц, осуществляющих уход, и дайте рекомендации по воспитанию детей. (2.2) 
- » Оцените и контролируйте стресс-факторы, уменьшите стресс и укрепите социальную поддержку.
- » Поддерживайте связь с учителями и другими работниками школы. (2.7)
- » Используйте другие имеющиеся ресурсы по месту жительства.

ПРОТОКОЛ

6

Эмоциональное нарушение или депрессивный синдром

- »  **НЕ применяйте медикаментозное лечение в качестве терапии первого ряда.**
- »  **НЕ назначайте медикаментозное лечение детям в возрасте до 12 лет.**
- » Предоставьте рекомендации по обеспечению благополучия детей/подростков. (2.1)
- » Проведите курс психообразования для пациента и лиц, осуществляющих уход. (2.2 и 2.5) 
- » Окажите помощь лицу, осуществляющему уход. (2.6)
- » Поддерживайте связь с учителями и другими работниками школы. (2.7)
- » Используйте другие имеющиеся ресурсы по месту жительства.
- » Оцените и контролируйте стресс-факторы, уменьшите стресс и укрепите социальную поддержку.
- » Рассмотрите возможность проведения курсов развития родительских навыков, если есть такая возможность. (2.8)
- » Рассмотрите возможность направления ребенка/подростка на лечение эмоционально-поведенческого расстройства или на лечение с помощью межличностной терапии.
- » В случае неэффективности психологических вмешательств проконсультируйтесь со специалистом на предмет применения флуоксетина (исключите другие препараты группы СИОЗС или ТСА). Перейдите к >> DEP для получения информации по препарату
- » Проводите последующее наблюдение один раз в месяц или чаще, если это необходимо. 

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

» Методы по улучшению поведения могут быть предоставлены всем лицам, осуществляющим уход, которые испытывают трудности с поведением своего ребенка/подростка, даже если нет подозрений на поведенческие расстройства.



2.1 Руководство по обеспечению благополучия и нормального функционирования детей/подростков



» Может предоставляться всем детям, подросткам и лицам, осуществляющим уход, даже при отсутствии подозрения на какое-либо расстройство.

ПОБУЖДАЙТЕ ЛИЦУ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЕ УХОД:

- » Проводить время с ребенком за приятными занятиями. Играть и общаться с ребенком/подростком. (См. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en.)
- » Слушать ребенка/подростка и показывать свое понимание и уважение.
- » Защищать детей/подростков от любых форм плохого обращения, в том числе издевательств и проявления насилия в семье, школе и обществе.
- » Предвидеть важные изменения в жизни ребенка/подростка (напр., период полового созревания, начало учебы или рождение брата/сестры) и оказывать необходимую поддержку в эти периоды жизни.

ПОБУЖДАЙТЕ РЕБЕНКА/ПОДРОСТКА:

- » **Высыпаться.** Помогите ему придерживаться определенного режима сна и уберите телевизор или другие электронные устройства с экранами из спальни/спальни ребенка.
- » **Регулярно принимать пищу.** Всем детям/подросткам необходимо трехразовое питание (завтрак, обед и ужин) и несколько перекусов.
- » **Быть физически активным.** По возможности

дети/подростки в возрасте 5–17 лет каждый день должны уделять 60 минут или более физической активности, включая ежедневную деятельность, игры или занятия спортом. (См. www.who.int/dietphysicalactivity/publications.)

- » Как можно чаще принимать участие в школьных, общественных и других мероприятиях.
- » Проводить время с близкими друзьями и семьей.
- » Избегать употребления наркотиков, алкоголя и никотина.

2.2. Психобразование пациента и лиц, осуществляющих уход, и рекомендации по воспитанию детей

- » В зависимости от обстоятельств объясните лицу, осуществляющему уход, и ребенку/подростку, что такое отставание или трудности психики, и помогите им определить сильные стороны и ресурсы.
- » Хвалите лицо, осуществляющее уход, и ребенка/подростка за их усилия.
- » Объясните лицу, осуществляющему уход, что воспитание ребенка/подростка с эмоциональными и поведенческими расстройствами, а также с задержкой психического развития или расстройством психического развития оправдывает себя, но и является очень сложной задачей.
- » Объясните, что нельзя винить людей, страдающих психическими расстройствами, за эти заболевания. Побуждайте лиц, осуществляющих уход, быть добрыми и проявлять любовь и заботу по отношению к больному.
- » Способствуйте защите прав человека больного и членов его семьи и заботьтесь о сохранении прав и достоинства человека.
- » Помогите лицам, осуществляющим уход,

сформировать реалистичные ожидания и побуждайте их общаться с другими лицами, осуществляющими уход за детьми/подростками с аналогичными заболеваниями для взаимоподдержки.

2.3. Рекомендации для улучшения социального поведения

ПОРЕКОМЕНДУЙТЕ ЛИЦУ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД:

- » Относитесь к ребенку с любовью, а также играйте с ним каждый день. Предоставьте подростку возможность поговорить с вами.
- » Будьте последовательны в том, что ребенку/подростку разрешено и что запрещено делать. Давайте ясные, простые и краткие указания о том, что ребенок должен и не должен делать.
- » Поручите ребенку/подростку выполнять простые ежедневные дела, соответствующие их уровню способностей, и хвалите их сразу же после выполнения задания.
- » Хвалите или вознаграждайте ребенка/подростка за хорошее поведение и не вознаграждайте, когда поведение проблематично.
- » Находите способы, позволяющие избежать серьезных случаев конфронтации или предсказуемых трудных ситуаций.
- » Реагируйте только на самые значительные случаи проблемного поведения и смягчайте наказание (например, не вознаграждайте и лишайте развлечений) и делайте это реже по сравнению с похвалой.
- » Не начинайте разговаривать с ребенком/подростком до тех пор, пока вы не успокоитесь. Не критикуйте, не кричите и не обзывайте ребенка/подростка.
- » **✗ НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ** угроз или физического наказания и исключите физическое насилие по отношению к ребенку/подростку. Физическое

наказание может испортить отношения между ребенком и лицом, осуществляющим уход; оно неэффективно по сравнению с другими методами и может только ухудшить проблемы поведения.

- » Поощряйте соответствующие возрасту подростка игровые занятия (напр., спорт, рисование или другие хобби) и предложите практическую помощь, соответствующую его возрасту (напр., оказание помощи в выполнении домашнего задания или обучение другим жизненным навыкам).

2.4 Психообразование, необходимое для ухода за детьми/подростками с задержкой/расстройством психологического развития

ПОБУЖДАЙТЕ ЛИЦО, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЕ УХОД, ВЫПОЛНЯТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ:

- » Выяснить сильные и слабые стороны ребенка, какой тип обучения более эффективен для усвоения знаний, что вызывает стресс для ребенка и от чего он получает удовольствие, что провоцирует его плохое поведение и какие факторы препятствуют этому.
- » Выясните, каким образом ребенок общается и отвечает на вопросы окружающих (использует слова, жесты, невербальные выражения и поступки).
- » Помогайте ребенку развиваться, участвуя вместе с ним в каждодневных занятиях и играх.
- » Лучше всего дети усваивают знания во время занятий, которые доставляют им радость и вызывают положительные эмоции.
- » Вовлекайте детей в процесс выполнения повседневных занятий, начиная с выполнения простых задач – не более одной за раз. Разделите сложные задания на простые этапы для того, чтобы ребенок мог усвоить знания и был вознагражден за

каждый пройденный этап.

- » Разработайте выполнимый распорядок дня, установив строго определенное время для приема пищи, игр, обучения и сна.
- » Организуйте стимулирующую среду: не оставляйте ребенка одного в течение нескольких часов без возможности общаться с кем-нибудь и ограничьте время у экрана телевизора или за электронными играми.
- » Старайтесь, чтобы ребенок проводил как можно больше времени в школьной среде и посещал обычную школу, даже несмотря на частичное посещение уроков.
- » Используйте сбалансированные дисциплинарные методы. Когда ребенок/подросток поступает хорошо, вознаграждайте его за это. Отвлекайте ребенка/подростка от того, что ему не следует делать.
- » ❌ НЕ прибегайте к угрозам или физическим наказаниям при проявлении проблемного поведения ребенка/подростка.
- » Лица с расстройством психического развития часто могут иметь сопутствующие поведенческие проблемы, с которыми сложно справиться лицу, осуществляющему уход. См. рекомендации для улучшения поведения. (2.3)
- » **Содействуйте соблюдению прав пациента и членов его семьи и проявляйте бдительность для соблюдения прав и достоинства человека.**
 - Убедите лицо, осуществляющее уход, не помещать ребенка в учреждения закрытого типа.
 - Способствуйте обеспечению доступа к информации и услугам в области здравоохранения.
 - Способствуйте обеспечению доступа к школьному образованию и другим формам образования.
 - Способствуйте осуществлению профессиональной деятельности.
 - Побуждайте человека к участию в семейной и общественной жизни.

2.5 Психообразование, необходимое для ухода за детьми/подростками с эмоциональными проблемами/расстройствами, включая депрессивные состояния у подростков

- » Изучите такие стрессовые ситуации в семейном окружении ребенка/подростка как разлад между родителями или психическое расстройство родителя. С помощью учителей изучите возможные неблагоприятные обстоятельства в школьной среде.
- » Обеспечьте ребенку возможности для продуктивного проведения времени с лицом, осуществляющим уход, и семьей.
- » Поощряйте и помогайте ребенку/подростку продолжить (или возобновить) занятия, от которых он получает удовольствие, и общественную деятельность.
- » Побуждайте ребенка/подростка регулярно заниматься физической активностью, постепенно увеличивая продолжительность тренировок.
- » Рассмотрите возможность обучения детей/подростков и лиц, осуществляющих уход, методикам дыхательной гимнастики, методам прогрессивной мышечной релаксации и другим культурным эквивалентам.
- » Разработайте предсказуемые рутинные занятия утром и вечером перед сном. Выработайте у ребенка привычку ложиться спать в одно и то же время. Установите режим дня с соблюдением одних и тех же часов приема пищи, игр, обучения и сна.
- » Для предотвращения чрезмерных и необоснованных страхов:
 - Хвалите ребенка/подростка или вознаграждайте чем-нибудь небольшим, когда он пытается освоить какие-либо новые занятия или смело себя ведет.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- Помогите ребенку научиться смело справляться с трудными ситуациями постепенно, шаг за шагом (напр., если ребенок боится отойти от лица, осуществляющего уход, помогите ему постепенно проводить больше времени играя в одиночку, в то время как лицо, осуществляющее уход, находится поблизости).
- Уважайте чувства и озабоченность ребенка и побуждайте его противостоять своему страху.
- Помогите ребенку/подростку создать план, который помог бы ему справиться с пугающей ситуацией в случае возникновения таковой.
- » Объясните, что эмоциональные расстройства – довольно распространенное явление, которое может случиться с любым человеком. Возникновение эмоциональных расстройств не означает, что человек слаб или ленив.
- » Эмоциональные расстройства могут вызвать неоправданные мысли безнадежности и беспомощности. Объясните, что эти убеждения, скорее всего, изменятся в позитивную сторону по мере того, как будет улучшаться эмоциональное состояние.
- » Если у пациента возникают мысли о самоповреждении или самоубийстве, убедите его немедленно сообщить об этом доверенному лицу и обратиться за помощью.

2.6 Оказание помощи лицу, осуществляющему уход


- » Оцените социально-психологическое воздействие, оказываемое расстройством ребенка/подростка, на лицо, осуществляющее уход, и обеспечьте поддержку для удовлетворения потребностей в личной и общественной жизни, а также в области охраны психического здоровья.
- » Обеспечьте необходимую поддержку и ресурсы,

необходимые для его семейной жизни, трудовой и общественной деятельности и здоровья.

- » Организуйте временный уход за больным (это должны быть благонадежные лица, осуществляющие краткосрочный временный уход), чтобы дать передышку главным лицам, осуществляющим уход, особенно в тех случаях, когда ребенок страдает расстройством психического развития.
- » Оказывайте поддержку членам семьи больного, чтобы они могли справиться с социальными и семейными проблемами.

2.7 Поддержание связи с учителями и другими работниками школы

- » После получения согласия ребенка/подростка и лица, осуществляющего уход, установите контакт с учителем ребенка/подростка и подготовьте памятку/план по оказанию помощи ребенку в обучении и участии в школьных мероприятиях.
- » Объясните, что психическое расстройство ребенка/подростка влияет на его обучение/поведение/социальное функционирование и что в некоторых случаях именно учитель может помочь ребенку.
- » Спросите о стрессовых ситуациях, которые могут оказать неблагоприятное воздействие на эмоциональное благополучие и обучение ребенка. Если ребенок подвергается издевательствам, посоветуйте учителю соответствующие методы прекращения таких случаев.
- » Исследуйте стратегии, способствующие вовлечению ребенка в школьную деятельность, облегчению процессов обучения, участию в жизни общества.
- » **Простые советы:**
 - Предоставьте ребенку/подростку возможность применять свои навыки и проявлять свои сильные стороны.

- Попросите учащегося сидеть за первой партой/столом в классе.
- Дайте учащемуся дополнительное время для того, чтобы он смог понять и успеть закончить задание.
- Разделите длинные задания на небольшие части и позвольте закончить одну часть задания за один раз.
- Лишний раз хвалите ребенка за его усилия и вознаграждайте его за достигнутые результаты.
-  НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ угрозы или физические наказания, а также не слишком критикуйте ребенка.
- Если учащийся сталкивается со значительными трудностями обучения в классе, найдите добровольца, который мог бы оказывать индивидуальную помощь на занятиях, или сверстника, который может оказать поддержку или помочь с обучением.
- Если ребенок/подросток какое-то время не посещал школу, помогите ему как можно скорее вернуться к учебе, для чего создайте график реинтеграции с постепенным увеличением времени нахождения ребенка в школе. В период реинтеграции необходимо освободить школьника от выполнения контрольных работ и сдачи экзаменов.

2.8 Краткосрочные психологические методы лечения

Это руководство не содержит конкретных протоколов для реализации краткосрочных психологических вмешательств, таких как развитие родительских навыков, межличностная терапия и когнитивно-поведенческая терапия. ВОЗ разработала руководство по обучению родительским навыкам для лиц, осуществляющих уход за детьми с задержкой/расстройством психологического развития, которое можно получить по запросу.

СМН 3 » Последующее наблюдение

1

ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ НА ПРЕДМЕТ УЛУЧШЕНИЯ

Улучшается ли состояние?

При каждом визите заново оценивайте и контролируйте симптомы, поведение и функции ребенка/подростка.






КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

» Если во время первоначальной оценки были выявлены случаи плохого обращения, проанализируйте текущее воздействие и факторы риска для ребенка/подростка.


ДА

НЕТ

- » Придерживайтесь плана действий и продолжайте наблюдение, пока симптомы не ослабнут или совсем не исчезнут.
- » Проведите дополнительное психообразование и консультации по вопросам воспитания детей.
- » Если человек принимает лекарственные препараты, рассмотрите возможность постепенного снижения дозировки при консультации со специалистом. 
- » Если человек не принимает лекарственные препараты, уменьшите частоту консультаций при исчезновении симптомов, при условии, что ребенок/подросток способен полноценно функционировать в повседневной жизни.

- » В зависимости от обстоятельств проведите дополнительное психообразование и консультации по вопросам воспитания детей. 
- » Рассмотрите психосоциальные вмешательства и по мере необходимости пересмотрите план действий. В зависимости от обстоятельств привлекайте детей/подростков и лиц, осуществляющих уход, к процессу принятия решений.
- » Предлагайте регулярно проводить консультации для наблюдения за состоянием пациента. 

Если через 6 месяцев НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ улучшения симптомов и/или функционирования:

- » Проведите дополнительные вмешательства, если есть такая возможность.
- » По мере необходимости увеличьте частоту консультаций для последующего наблюдения.
- » ОБРАТИТЕСЬ К СПЕЦИАЛИСТУ для дальнейшей оценки и лечения, если есть такая возможность. 

Перейти к ШАГУ 2



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

- » Планируйте проводить часть консультаций по последующему наблюдению без участия родителей/лица, осуществляющего уход. Разъясните конфиденциальный характер беседы, касающейся проблем здоровья, а также обстоятельства, при которых родителям или другим взрослым будет предоставлена необходимая информация.



РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

В случае, если состояние не улучшается и продолжает ухудшаться, потенциально угрожая жизни ребенка, или наблюдается ухудшение физического здоровья (например, проблемы с питанием),

- » ОБРАТИТЕСЬ К СПЕЦИАЛИСТУ для дальнейшей оценки и консультации относительно плана действия.
- ❌ НЕ рассматривайте лечение медикаментозным методом.

СДВГ

Если нет улучшения состояния ребенка 6 и более лет, который проходил психосоциальную терапию в течение как минимум 6 месяцев,

- » **ОБРАТИТЕСЬ К СПЕЦИАЛИСТУ** или проконсультируйтесь с ним для использования метилфенидата.

РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ

Если нет улучшения состояния или подростку угрожает потенциальная опасность,

- » ОБРАТИТЕСЬ К СПЕЦИАЛИСТУ за дополнительной оценкой и консультацией относительно плана действия.

- ❌ НЕ рассматривайте лечение медикаментозным методом.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Если нет улучшения состояния, и ребенок/подросток получал психосоциальную терапию в течение как минимум 6 месяцев,

- » ОБРАТИТЕСЬ К СПЕЦИАЛИСТУ.
- ❌ НЕ НАЗНАЧАЙТЕ медикаментозное лечение.

ДЕПРЕССИЯ

Если нет улучшения состояния подростка 12 или более лет, который проходил психосоциальную терапию в течение как минимум 6 месяцев,

- » Проконсультируйтесь со СПЕЦИАЛИСТОМ относительно назначения флуоксетина (но не других препаратов из группы СИОЗС или ТЦА).

2

ПРОВОДИТЕ РЕГУЛЯРНУЮ ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ


При каждом посещении:

- » Наблюдайте за детьми в возрасте до 5 лет.
- » Оцените наличие любых появившихся проблем или симптомов, связанных с настроением, поведением или развитием/обучением. У подростков оцените наличие признаков ухудшения настроения (раздражительность, подавленности, способности быстро выходить из себя, расстраиваться или грустить) или мыслей о самоубийстве. Вернитесь к 4-му шагу раздела «Оценка» для анализа ухудшения настроения. Перейдите к » SUI для анализа суицидальных мыслей.
- » Изучите и рассмотрите возможность устранения психосоциальных стресс-факторов в семье, школе и на работе, в том числе насилия или других форм плохого обращения.
- » Оцените возможности участия ребенка/подростка в семейной и общественной жизни.
- » Оцените потребности лиц, осуществляющих уход, и поддержку, оказываемую семье.
- » Следите за посещением школы.
- » Ознакомьтесь с планом действий и следите за соблюдением проведения психосоциальных вмешательств.
- » Если ребенок/подросток принимает лекарственные препараты, проверьте приверженность лечению, побочные эффекты и дозирование.


3

КОНТРОЛИРУЙТЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛОВИЯХ

Дополнительное наблюдение за состоянием здоровья при назначении подростку флуоксетина

- » Документируйте все предписания и все детали плана лечения.
- » **Еженедельно в течение первого месяца, а затем каждый месяц:** следите за проявлением побочных эффектов и изменениями в настроении, а также другими симптомами.
- » Проконсультируйтесь со специалистом при появлении серьезных побочных эффектов или неблагоприятном воздействии лекарственных препаратов (напр., новых случаев или обострения суицидальных мыслей, возбужденного состояния, раздражительности, беспокойства или бессонницы). 
- » Посоветуйте подростку продолжать прием препарата, даже если он чувствует себя лучше. Препарат следует продолжать принимать в течение 9–12 месяцев после исчезновения симптомов, чтобы снизить риск рецидива.
- » Проинформируйте подростка, что нельзя резко прекращать прием лекарства.
- » **Если симптомы не появлялись в течение 9–12 месяцев:**
Обсудите с подростком и лицом, осуществляющим уход, риск и преимущества сокращения приема лекарства. Постепенно уменьшайте дозировку препаратов в течение как минимум 4 недель, внимательно наблюдая за повторением симптомов болезни.

Дополнительное наблюдение за состоянием при назначении ребенку метилфенидата

- » Документируйте все предписания и все детали плана лечения.
- » Контролируйте вероятность неправильного употребления и отказа от приема препаратов.
- » **Каждые три месяца:** проверяйте/документируйте показания роста, веса, артериального давления, данные о побочных эффектах препарата и изменениях в поведении.
- » Проконсультируйтесь со специалистом, если вы наблюдаете побочные эффекты лекарства (напр., невозможность получения ожидаемого прибавления в весе и росте, повышенное артериальное давление, возбужденное состояние, беспокойство и тяжелая форма бессонницы). 
- » **Через год после лечения:** проконсультируйтесь с врачом относительно целесообразности продолжения приема метилфенидата.

ДЕМЕНЦИЯ

Деменция – хронический и прогрессирующий синдром, обусловленный изменениями в головном мозге. Хотя это заболевание может возникнуть в любом возрасте, оно более распространено среди пожилых людей. Деменция – главная причина инвалидности и несамостоятельности среди пожилых людей во всем мире; заболевание оказывает физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие на лиц, осуществляющих уход, членов семьи и общество в целом.

Состояние здоровья, являющееся причиной слабоумия, вызывает изменения в умственных способностях, личностных качествах и поведении человека. У людей, страдающих деменцией, обычно возникают проблемы с памятью и навыками, необходимыми для осуществления повседневной деятельности. Деменция – не часть нормального процесса старения. Болезнь Альцгеймера – наиболее распространенная причина деменции, хотя она также может быть вызвана различными заболеваниями и травмами головного мозга. Люди, страдающие деменцией, часто становятся забывчивыми или подавленными. Другие распространенные симптомы включают ухудшение

контроля над эмоциональным состоянием, социальным поведением или мотивацией.

Люди с деменцией могут совершенно не осознавать этих изменений и не обращаться за помощью. Члены семьи могут замечать проблемы с памятью, изменения в личностных качествах и поведении, спутанность сознания, блуждание или невожатанность. Однако некоторые люди, страдающие деменцией, и лица, осуществляющие за ними уход, могут отрицать или преуменьшать серьезность потери памяти и связанных с этим проблем. Деменция приводит к снижению когнитивного функционирования и обычно препятствует выполнению повседневных занятий, таких как умывание, одевание, прием пищи, личная гигиена и посещение туалета. Несмотря на то, что лечения этой болезни не существует, при ее распознавании на раннем этапе и применении поддерживающего лечения жизнь людей с деменцией и лиц, осуществляющих уход за ними, может значительно улучшиться, а физическое здоровье, познавательная способность, активность и состояние человека с деменцией могут оптимизироваться.

DEM » Краткий обзор





ОЦЕНКА

- » Определите наличие признаков деменции
- » Есть ли другие объяснения симптомов?
 - Исключите бред
 - Исключите депрессивный синдром (псевдодеменцию)
- » Выявите другие медицинские проблемы
- » Определите наличие поведенческих или психологических симптомов
- » Исключите другие расстройства ПНВ
- » Определите потребности лиц, осуществляющих уход



ЛЕЧЕНИЕ

- » **Протоколы:**
 1. Деменция без поведенческих/ психологических симптомов
 2. Деменция с поведенческими/ психологическими симптомами
- »  Психосоциальные вмешательства
- »  Фармакологические вмешательства



ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ



DEM 1 » Оценка



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

Проведите беседу с основным лицом, обладающим информацией, (тем, кто хорошо знает человека) и спросите его о последних изменениях в мышлении, способности рассуждать, памяти и способности ориентироваться во времени и пространстве. Периодически возникающие нарушения памяти распространены среди пожилых людей, тогда как некоторые редко возникающие проблемы могут иметь серьезный характер. Спросите, например, следующее: Часто ли человек забывает, куда он кладет вещи? Забывает ли он иногда о том, что случилось накануне? Забывает ли человек, где он находится? Спросите у основного лица, обладающего информацией, когда начались эти проблемы и ухудшились ли они с течением времени.

ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ ДЕМЕНЦИИ

- Снижение или другие проблемы с памятью (сильная забывчивость) и ориентацией (осознание времени, места и личности)
- Проблемы с настроением или поведением, такие как апатия (кажущееся безразличие) или раздражительность
- Потеря контроля над эмоциональным состоянием – человек может легко расстроиться, возбудиться или расплакаться
- Трудности при выполнении обычной работы, домашней или общественной деятельности

1

Оцените наличие признаков деменции

Существуют ли проблемы с памятью и/или ориентацией?
(например, человек не помнит того, что случилось накануне или не знает, где он/она находится)

НЕТ

ДА

У человека возникают трудности с выполнением основных задач/функций?
(например, с выполнением каждодневных дел, таких как посещение магазина, оплата счетов, приготовление пищи и т. д.)

НЕТ

ДА

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

Оцените состояние, проверив память, способность ориентироваться и языковые навыки и умения, используя неврологическую оценку и при помощи культурно адаптированных инструментов. См. раздел «Основной уход и практика» (ЕСР).



ДЕМЕНЦИЯ маловероятна.

» Проверьте на наличие других расстройств ПНВ.

ДЕМЕНЦИЯ маловероятна.

» Проверьте на наличие других расстройств ПНВ.

2

Есть ли другие объяснения симптомов?

Проявились ли симптомы и медленно прогрессировали ли в течение как минимум 6 месяцев?

ДА

НЕТ

» Спросите о наличии ЛЮБЫХ из следующих признаков:

- Внезапное проявление симптомов
- Кратковременность (от нескольких дней до нескольких недель)
- Нарушение психологического состояния в ночное время, сопровождающееся нарушением сознания
- дезориентация во времени и пространстве

НЕТ

ДА

Испытывает ли человек умеренную или тяжелую форму ДЕПРЕССИИ? Перейдите к » DEP

ДА

НЕТ

Подозревается ДЕЛИРИОЗНЫЙ СИНДРОМ

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ
Делирий – транзиторное неустойчивое умственное состояние, характеризующееся нарушенным вниманием, которое развивается в течение короткого периода времени и имеет тенденцию изменяться в течение дня. Это состояние может быть вызвано острыми органическими причинами, такими как инфекции, медикаментозное лечение, метаболические нарушения, интоксикация из-за употребления психоактивных веществ или синдрома абстиненции.



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ
Когнитивные нарушения могут быть результатом депрессии – «псевдодеменции».



» Проведите лечение от депрессии. Перейдите к » DEP.

» После лечения депрессии, пересмотрите критерии, характерные для деменции. Перейдите к шагу 1



Подозревается ДЕМЕНЦИЯ

» Оцените возможные медицинские причины (токсические/метаболические/инфекционные).

- Получите результаты анализа мочи для определения наличия инфекции
- Проанализируйте лекарственные препараты, особенно те, которые обладают значительными антихолинергическими побочными эффектами (такие как антидепрессанты, большая часть антигистаминных препаратов и антипсихотические средства)
- Определите наличие болей
- Оцените рацион питания, рассмотрите наличие витаминной недостаточности или нарушение электролитного баланса



3

Определите наличие других медицинских проблем

Подходит ли человек ПОД ЛЮБОЙ из следующих критериев?

- » Первые симптомы заболевания появляются у человека в возрасте до 60 лет
- » Первое проявление симптомов вызвано травмой головы, инсультом или изменением уровня сознания или потерей сознания
- » Наличие в анамнезе разрастания щитовидной железы, замедленного пульса, сухости кожи (гипотиреоза)
- » Наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), включая ВИЧ/СПИД

Необычные признаки.

» Проконсультируйтесь со специалистом. 

ДА

НЕТ

У человека плохой пищевой рацион, недоедание или анемия?

НЕТ

ДА


» Улучшение пищевого рациона и при необходимости контроль за весом тела.

Присутствуют ли у человека факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний?

- Гипертония
- Высокий уровень холестерина
- Диабет
- Курение
- Ожирение
- Болезни сердца (боль в груди, инфаркт миокарда)
- Предыдущий инсульт или транзиторная ишемическая атака (ТОА)

НЕТ

ДА

- » **Направьте к соответствующему специалисту.** 
- » **Уменьшите факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний:**
 - Посоветуйте бросить курить
 - Лечите гипертонию
 - Порекомендуйте диету для снижения веса для людей с лишним весом
 - Лечите диабет

4

Определите потребности лиц, осуществляющих уход



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

Определите:

- Кто в основном осуществляет уход?
- Кто еще обеспечивает уход и какую помощь они оказывают?
- Какие проблемы представляют трудность?

Испытывает ли человек, осуществляющий уход, нервное напряжение или трудности, мешающие справиться с ситуацией?

НЕТ

ДА

» Изучите возможность оказания психосоциальной помощи по временному уходу за пациентом, активизации сети поддержки сообщества и семейной индивидуальной терапии, если это возможно.

Находится ли лицо, осуществляющее уход, в подавленном состоянии?

НЕТ

ДА

» Для оценки депрессии в процессе лечения перейдите к » DEP.
 » Попытайтесь снизить нервное напряжение при помощи оказания поддержки и психообразования. Проведите консультирование для решения проблем или когнитивно-поведенческую психотерапию.

Лицо, осуществляющее уход, потеряло доход и/или тратит дополнительные средства из-за необходимости ухаживать за больным?

НЕТ

ДА

» Изучите варианты финансовой поддержки на местах, напр., оказание услуг инвалидам.

5

Присутствуют ли у человека КАКИЕ-ЛИБО из перечисленных **ПОВЕДЕНЧЕСКИХ** или **ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ** симптомов деменции?

Примеры поведенческих симптомов:

- » Блуждание
- » Нарушение психологического состояния в ночное время
- » Возбужденное состояние
- » Агрессия

Примеры психологических симптомов:

- » Галлюцинации
- » Бред
- » Беспокойное состояние
- » Неконтролируемые эмоциональные всплески

ДА

НЕТ

» Перейти к **ПРОТОКОЛУ 1**

» Перейти к **ПРОТОКОЛУ 2**

! ЕСЛИ ЕСТЬ РЕАЛЬНЫЙ РИСК СУИЦИДА, ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ И ОКАЖИТЕ ПОМОЩЬ, прежде чем переходить к протоколу. Перейдите к » SUI.

ЕСЛИ У ЧЕЛОВЕКА ЕСТЬ ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА ПНВ, ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ И ОКАЖИТЕ ПОМОЩЬ, прежде чем перейти к протоколу.






DEM 2 » Лечение

ПРОТОКОЛ

1

ДЕМЕНЦИЯ без поведенческих и/или психологических симптомов

- » Проведите психообразование человеку и лицу, осуществляющему уход. (2.1) 
- » Побуждайте лиц, осуществляющих уход, к проведению мероприятий, способствующих улучшению когнитивного функционирования. (2.4)
- » **Поощряйте независимость**, функционирование и мобильность. (2.3)
- » **Оказывайте поддержку лицам, осуществляющим уход.** (2.5)
- » Рассмотрите возможность использования лекарственных препаратов только в случаях, когда поставлен диагноз болезни Альцгеймера И когда можно обеспечить адекватную поддержку и наблюдение со стороны специалистов, а также контроль (за побочными эффектами) со стороны лиц, осуществляющих уход. (2.6)

ПРОТОКОЛ

2



ДЕМЕНЦИЯ с поведенческими и/или психологическими СИМПТОМАМИ

Выполняйте ПРОТОКОЛ 1



- » Лечите поведенческие и психологические симптомы. (2.2)

Если существует реальный риск для человека или лица, осуществляющего за ним уход

- » Рассмотрите возможность назначения антипсихотических препаратов, если симптомы сохраняются или существует реальный риск причинения вреда. (2.7) 
- » Проконсультируйтесь со специалистом, если есть такая возможность. 

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

2.1 Психобразование

- » Спросите людей, страдающих деменцией, хотят ли они знать диагноз и кому еще можно сообщить о нем.
 - Объясните болезнь таким образом, чтобы люди могли понять и запомнить информацию.
 - Предоставьте основную информацию. (Не перегружайте их излишней информацией!)
- » Важная информация:
 - Деменция – это болезнь головного мозга, которая имеет тенденцию ухудшаться с течением времени.
 - Несмотря на то, что лечения от нее не существует, есть много способов оказания помощи человеку и семье.
 - Можно устранять многие конкретные проблемы по мере их возникновения. Можно многое сделать для того, чтобы жизнь человека стала комфортнее и снизить стресс у лица, осуществляющего уход.

2.2 Управление поведенческими и психологическими симптомами

- » Выявите и лечите основные проблемы физического здоровья, которые могут влиять на поведение. Во время обследования определите наличие боли, инфекции и т. д. (перейти к **» ЕСР**). При необходимости проконсультируйтесь со специалистом. 
- » Определите события (напр., покупки на оживленном рынке) или факторы (напр., выход из дома в одиночку), которые могут предшествовать, инициировать или усугублять проблемное поведение. Если возможно, измените эти инициирующие факторы.
- » Рассмотрите возможность адаптации окружающих условий, напр., оборудование подходящего места для сидения, выбор безопасных районов для прогулок, установка указательных знаков (напр., знака «нет выхода» на входной двери или указателя туалета).

- » Стимулируйте успокаивающие или отвлекающие стратегии. Рекомендуйте заниматься деятельностью, от которой человек получает удовольствие (напр., ходить на прогулку, слушать музыку, общаться с людьми), особенно тогда, когда человек находится в возбужденном состоянии.

2.3 Содействие выполнению ежедневных занятий и участию в общественной жизни

- » Рекомендации относительно вмешательств, способствующих ежедневному функционированию и участию в общественной жизни см. **» ЕСР**.
- » Планируйте ежедневные занятия таким образом, чтобы максимально развивать навыки самостоятельных действий, улучшать функции, помогать адаптироваться, развивать навыки и минимизировать потребность в поддержке. Содействуйте участию людей и лиц, осуществляющих уход за ними, в планировании и осуществлении этих мероприятий. Оказывайте помощь в установлении связей с имеющимися социальными ресурсами.
 - Посоветуйте поддерживать навыки самостоятельного пользования туалетом, в том числе необходимость подсказывать и регулировать потребление жидкости (в случае недержания мочи необходимо определить все возможные причины и провести лечение, прежде чем заключить, что это постоянное явление).
 - Следите за безопасностью окружающей домашней обстановки, чтобы снизить риск падения и травмирования.
 - Поговорите с членами семьи о важности не допускать загромождения проходов в доме человека, чтобы уменьшить риск падения.
 - Посоветуйте адаптировать помещения в доме для удобства человека. Целесообразно установить поручни или пандусы. Повесьте знаки, указывающие

на основные помещения в доме (напр., туалет, ванная комната, спальня), которые помогут человеку не заблудиться или не потерять ориентацию.

- Посоветуйте заниматься физической активностью для поддержания подвижности и снижения риска падений.
- Посоветуйте оздоровительные мероприятия (с учетом стадии и степени тяжести деменции).
- Управляйте сенсорным дефицитом (слабое зрение или плохой слух) с помощью соответствующих устройств (луп, слуховых аппаратов).
- Рассмотрите возможность применения профессиональной терапии, если такая возможность есть.

2.4 Меры по улучшению когнитивного функционирования

Побуждайте лиц, осуществляющих уход:

- » Регулярно предоставлять ориентирующую информацию (день, дату, время, имена людей), чтобы человек мог ориентироваться.
- » Использовать такие ресурсы, как газеты, радио или телевизионные программы, семейные альбомы и предметы домашнего обихода для содействия общению, повышения способности ориентироваться в текущих событиях, стимулирования воспоминаний и для того, чтобы люди могли делиться своим опытом и ценить его.
- » Используйте простые короткие предложения, чтобы речь была понятной. Старайтесь минимизировать фоновые шумы, такие как радио, телевидение или другие звуки. Внимательно выслушайте человека.
- » Придерживайтесь простого образа жизни, избегайте изменений в ежедневном режиме и по мере возможности не водите человека в незнакомые и непонятные ему места.


ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

2.5 Оказание поддержки лицу, осуществляющему уход

- » Оцените воздействие на лицо, осуществляющее уход, и его потребности для обеспечения необходимой поддержки и ресурсов для его семейной жизни, работы, социальной деятельности и здоровья (см. » DEM 1).
- » **Признайте тот факт, что уход за людьми с деменцией может быть чрезвычайно сложным делом.** Необходимо побуждать лицо, осуществляющее уход, уважать достоинство человека с деменцией и избегать враждебного или пренебрежительного отношения к нему.
- » Побуждайте лиц, осуществляющих уход, обращаться за помощью, если они испытывают трудности или напряжение в уходе за любимым человеком.
- » Проинформируйте лицо, осуществляющее уход, о деменции, учитывая пожелания человека с деменцией.
- » Окажите помощь и проведите обучение конкретным навыкам, напр., по управлению трудным поведением в случае необходимости. Для лучшего результата добейтесь активного участия, напр., с помощью ролевых игр.
- » По возможности рассмотрите оказание практической помощи, напр., когда надо временно заменить лицо, осуществляющее уход на дому. Другая семья или подходящий для этой цели человек может наблюдать, контролировать и ухаживать за человеком с деменцией, чтобы позволить основному лицу, осуществляющему уход, отдохнуть или заняться другими делами.
- » Выясните, может ли претендовать данное лицо на какое-либо пособие по инвалидности или другой вид социальной/финансовой поддержки (правительственной или неправительственной).

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА




2.6 Для лечения деменции без поведенческих и/или психологических симптомов

- »  Не предписывайте антихолинэстеразные средства (такие как, донепезил, галантамин и ривастигмин) или мемантин неизменно для всех случаев деменции.
- » Рассмотрите возможность назначения лекарственных препаратов только в случаях, когда поставлен диагноз болезни Альцгеймера и при наличии адекватной **поддержки и надзора со стороны специалистов**, а также наблюдения за побочными эффектами и ответной реакцией со стороны лиц, осуществляющих уход.

В случае необходимости:

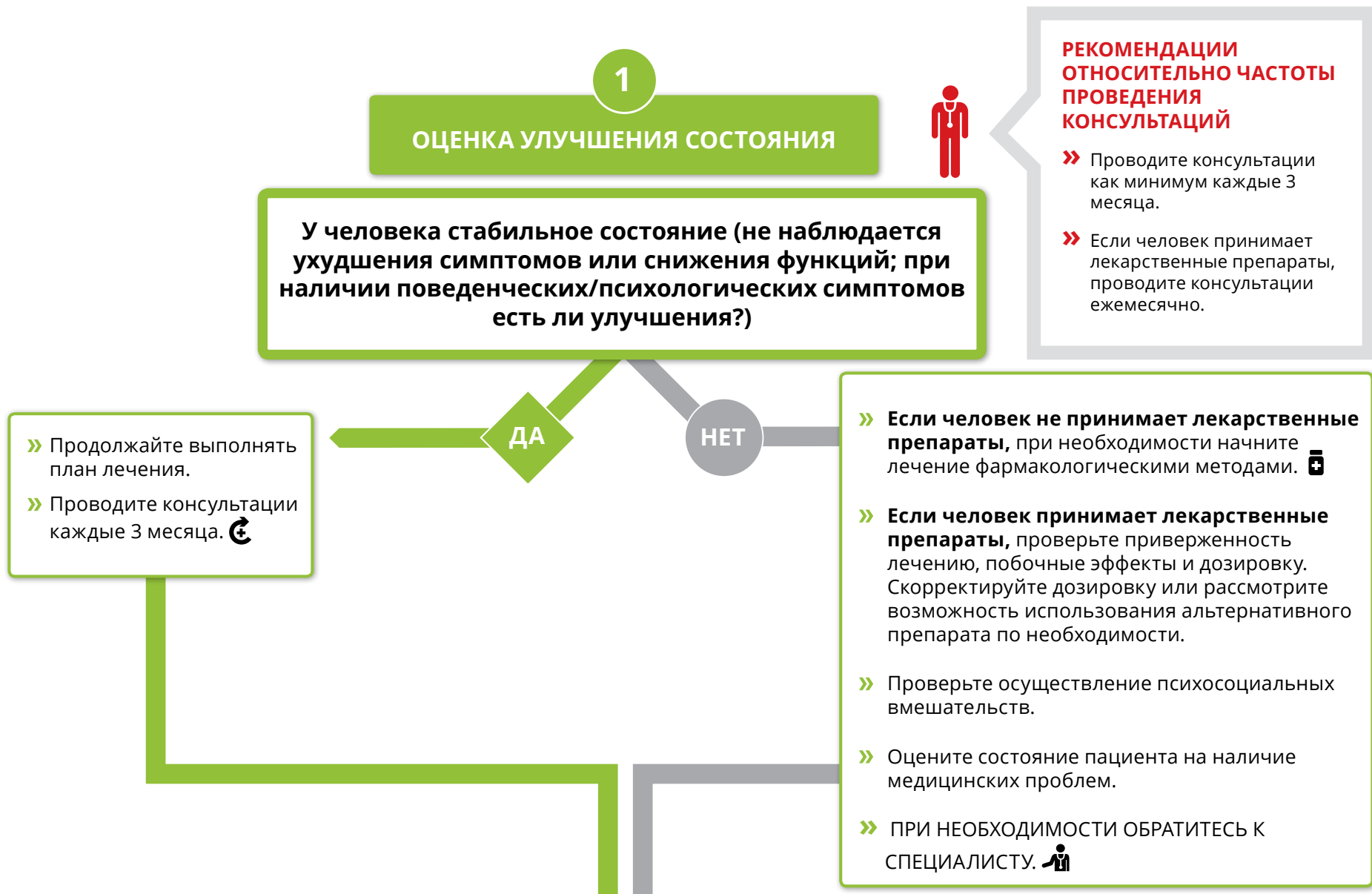
- » Для лечения деменции с подозрением на болезнь Альцгеймера и при ТЩАТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ за больным, рассмотрите возможность использования антихолинэстеразных средств (таких как, донепезил, галантамин, ривастигмин) ИЛИ мемантин.
- » Для лечения деменции с сопутствующим сосудистым заболеванием назначьте мемантин.

2.7 Антипсихотические препараты для лечения поведенческих и/или психологических симптомов

- » Прежде чем начать лечение, проведите психосоциальные вмешательства. 
- » Если существует реальный риск для человека или лица, осуществляющего уход, рассмотрите возможность применения антипсихотических препаратов. Перейти к » **PSY 2 «Лечение»** для получения подробной информации по антипсихотическому лечению.
- » Следуйте следующим с принципам:
 - Начинайте с низкой дозировки и медленно увеличивайте дозу (титрование), регулярно проверяйте потребность в препарате (по крайней мере ежемесячно).
 - Используйте самую низкую эффективную дозу.
 - Контролируйте состояние человека на наличие экстрапирамидной симптоматики.
- »  Не назначайте галоперидол внутривенно.
- »  Не назначайте диазепам.



DEM 3 » Последующее наблюдение



2


ПРОВОДИТЕ РЕГУЛЯРНУЮ ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ

На каждой консультации регулярно оценивайте состояние человека и рассмотрите следующие вопросы:

- » **Побочные эффекты лекарственных средств.**
Если человек принимает антипсихотические средства, проверьте наличие экстрапирамидных симптомов (перейдите к » **PSY**). Прекратите прием препаратов или уменьшите их дозировку.
- » **Медицинские и сочетанные заболевания ПНВ**
- » **Способность заниматься повседневными делами и потребность в уходе**
- » **Угроза безопасности.** Если болезнь прогрессирует, предложите человеку изменить свое поведение соответствующим образом (напр., ограничить вождение автомобиля, приготовление пищи и т. д.).
- » **Новые поведенческие или психологические симптомы**
- » **Симптомы депрессии** (перейти к » **DEP**) или реальный риск самоповреждения/суицида (перейти к » **SUI**).
- » **Потребности лиц, осуществляющих уход**

3

ПРОВОДИТЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- » **Продолжайте содействовать функционированию и проводите психосоциальное образование (см. » DEM 2.1–2.5 и » ECP).** 

РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Заболевания, вызванные употреблением психоактивных веществ, включают в себя расстройства, связанные с употреблением наркотиков, алкоголя, а также определенные состояния, включая острую интоксикацию, передозировку и абстинентное состояние.

ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ – это переходное состояние, наступающее после приема психоактивного вещества, приводящего к нарушению сознания, когнитивной деятельности, восприятия, эмоционального состояния или поведения.

ПЕРЕДОЗИРОВКА – использование любого лекарственного средства в таком количестве, которое оказывает неблагоприятное физическое или психическое воздействие.

АБСТИНЕНТНОЕ СОСТОЯНИЕ – это возникновение ряда неприятных симптомов после внезапного прекращения или уменьшения дозы психоактивного вещества; когда психоактивное вещество употреблялось в достаточно высоких дозах в течение достаточно длительного периода, чтобы у человека выработалась физическая или психологическая зависимость. Симптомы абстинентного

состояния, по существу, противоположны тем, которые вырабатываются в результате воздействия самого психоактивного вещества.

ВРЕДНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ – это употребление психоактивных веществ, приносящее ущерб здоровью. Этот ущерб может быть физическим, например, болезнь печени, и психологическим, например, депрессивное расстройство. Вредное употребление зачастую ассоциируется с социальными последствиями, например, проблемами дома или на работе.

ЗАВИСИМОСТЬ – это совокупность физиологических, поведенческих и когнитивных особенностей, при которых употребление психоактивных веществ приобретает гораздо более высокий приоритет для данного человека, чем другие поступки, которые прежде имели большую ценность. Зависимость характеризуется сильным желанием употреблять вещество и потерей контроля над его употреблением. В большинстве случаев она связана с высоким уровнем употребления психоактивных веществ и наличием абстинентного синдрома после прекращения употребления.

SUB » Краткий обзор



ОЦЕНКА

» ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ В ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЯХ: Подозревается ли интоксикация или абстиненция?

- Выглядит ли человек под воздействием седативных веществ?
- Выглядит ли человек перевозбужденным, беспокойным или взволнованным?
- Выглядит ли человек дезориентированным?

» Употребляет ли человек психоактивные вещества?

» Есть ли признаки злоупотребления?

» Есть ли у человека зависимость от употребления психоактивных веществ?



ЛЕЧЕНИЕ

» Протоколы

1. Злоупотребление
2. Зависимость
3. Алкогольная абстиненция
4. Опиоидная абстиненция
5. Поддерживающая терапия опиоидными агонистами
6. Бензодиазепиновая абстиненция

» Психосоциальные вмешательства

» Фармакологические вмешательства



ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

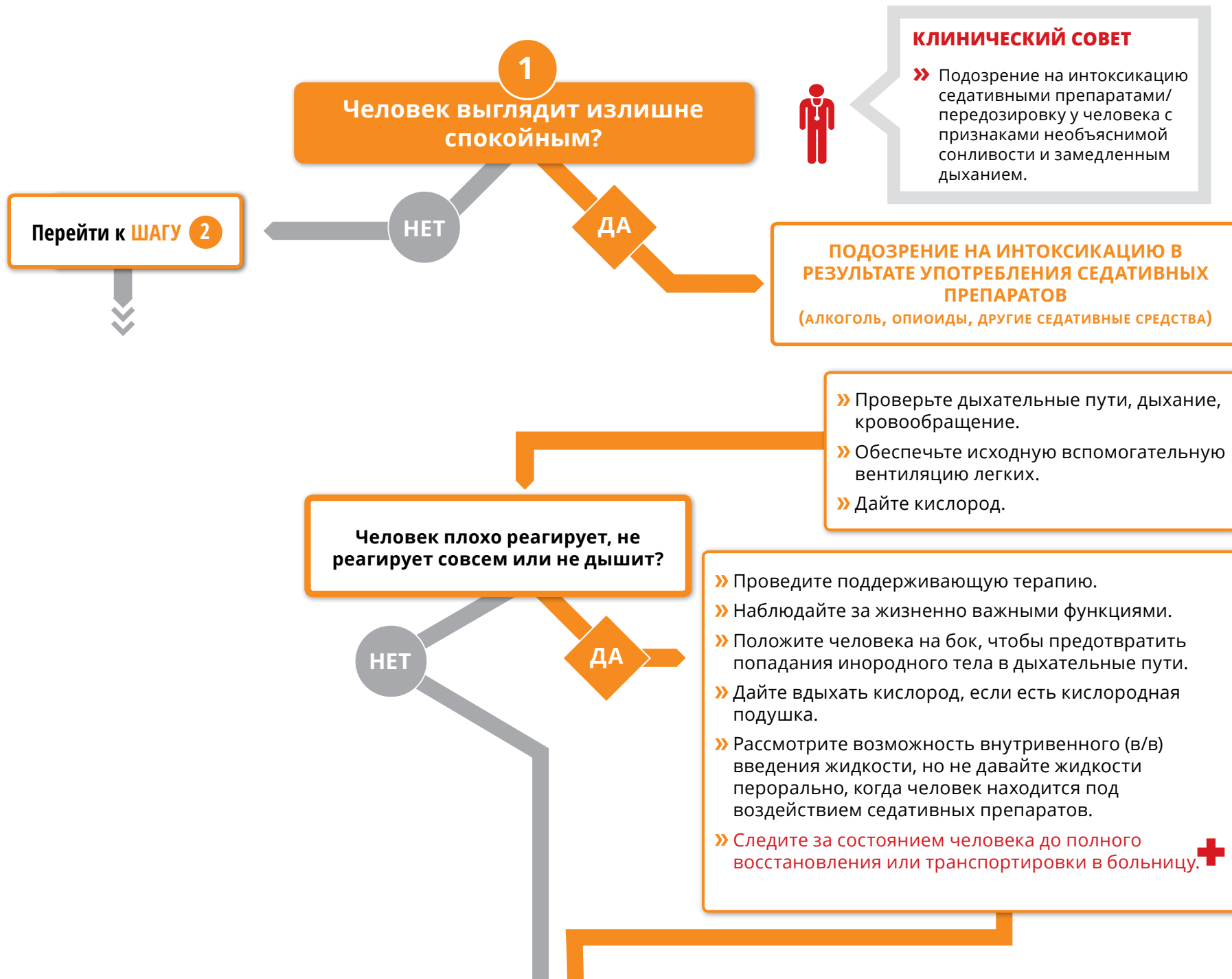


SUB » НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

При отсутствии признаков для оказания неотложной помощи перейдите к » SUB 1, Оценка состояния.

ПРИЗНАКИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

- **Алкогольная интоксикация:** запах алкоголя изо рта, невнятная речь, раскованное поведение; нарушение уровня сознания, когнитивной способности, восприятия, эмоционального состояния или поведения.
- **Передозировка опиатами:** отсутствие реакции или минимальная реакция, замедленное дыхание, зрачки-точки.
- **Алкогольная абстиненция или отказ от употребления других седативных средств:** тремор рук, потливость, рвота, учащение пульса и артериального давления, возбуждение, головная боль, тошнота, беспокойство; в тяжелых случаях – судорожные припадки и спутанность сознания.
- **Интоксикация в результате употребления стимуляторов:** расширенные зрачки, возбужденное состояние, скачущие мысли, хаотическое мышление, странное поведение, очевидность недавнего употребления психоактивных веществ, учащение пульса и артериального давления, вызывающее неустойчивое или агрессивное поведение.
- **Делириозный синдром, связанный с употреблением психоактивных веществ:** спутанность сознания, галлюцинации, скачущие мысли, беспокойство, возбужденное состояние, дезориентация, как правило, в сочетании с интоксикацией в результате употребления стимуляторов или отказа от алкоголя (или других седативных препаратов).



» Проверьте зрачки.

Зрачки нормальные

Суженные зрачки-точки

» **Опиоидная передозировка маловероятна** – рассмотрите возможность передозировки алкоголем, другими седативными средствами или наличия других медицинских причин (напр., травмы головы, инфекции или гипогликемии).

ПОДОЗРЕНИЕ НА ОПИОИДНУЮ ПЕРЕДОЗИРОВКУ

» Введите 0,4–2 мг налоксона в/в, внутримышечно (в/м), интраназально или подкожно.
» Продолжайте проводить вспомогательное дыхание.

Проявляется ли эффект налоксона в течение первых двух минут?

НЕТ

ДА

» **ВВЕДИТЕ ВТОРУЮ ДОЗУ ПРЕПАРАТА**
! Наблюдайте за человеком до полного восстановления или транспортировки в больницу.

» Наблюдайте за человеком в течение 1–2 часов и при необходимости вторично введите налоксон.
! Продолжайте выполнять реанимационные мероприятия и наблюдать за состоянием человека до полного восстановления или транспортировки в больницу. +

2

Выглядит ли человек перевозбужденным, беспокойным или взволнованным?

ДА

НЕТ

Перейти к ШАГУ 3

ОЦЕНКА И ЛЕЧЕНИЕ A – D

A Человек недавно перестал употреблять алкоголь или седативные препараты, и в настоящий момент наблюдаются следующие признаки: тремор, потливость, рвота, повышенное артериальное давление, учащенный пульс и сердцебиение и возбужденное состояние.

Подозрение на АЛКОГОЛЬНУЮ, БЕНЗОДИАЗЕПИНОВУЮ АБСТИНЕНЦИЮ ИЛИ АБСТИНЕНЦИЮ ДРУГИХ СЕДАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

» ЛЕЧЕНИЕ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

- Если у человека наблюдается тремор, потливость или изменения основных показателей жизнедеятельности, то назначьте по 10–20 мг диазепама перорально (п/о) и по возможности переведите его в больницу или детоксикационное отделение клиники для дальнейшего лечения.
- Наблюдайте и по необходимости повторно вводите дозы препарата в случае продолжающихся симптомов абстинентного синдрома (тремор, потливость, повышенное артериальное давление, учащенный пульс и сердцебиение).
- **Исключительно** для лечения алкогольного абстинентного синдрома: назначьте по 100 мг тиамина ежедневно в течение пяти дней.



НЕМЕДЛЕННО ДОСТАВЬТЕ ЧЕЛОВЕКА В БОЛЬНИЦУ, если наблюдаются следующие признаки:



- Другие серьезные медицинские проблемы, напр., печеночная энцефалопатия, гастроинтестинальное кровотечение или травма головы.
- При судорожных припадках сначала назначьте по 10–20 мг диазепама п/о, в/в или ректально (р/о).
- При делириозном синдроме сначала назначьте по 10–20 мг диазепама п/о, в/в или р/о. В серьезных случаях и при отсутствии реакции на диазепам назначьте антипсихотические препараты, такие как галоперидол по 1–2,5 мг п/о или в/м. Продолжайте лечение других признаков абстиненции (тремор, потливость, изменение основных показателей жизнедеятельности) путем введения диазепама п/о, в/в или р/о.

В

Человек недавно употреблял стимуляторы (кокаин, стимуляторы амфетаминового ряда (САР) или другие стимуляторы), и у него наблюдаются любые из следующих признаков:
расширенные зрачки, беспокойство, возбужденное состояние, сверхраздражимость, скачущие мысли, учащенный пульс и высокое артериальное давление.

Подозрение на ОСТРУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ СТИМУЛЯТОРАМИ

- » Введите 5–10 мг диазепама п/о, в/в или р/о в титрованных дозах, пока человек не успокоится и не почувствует седативное действие.
- » Если диазепам не оказывает воздействия на психотические симптомы, рассмотрите возможность использования антипсихотических препаратов, таких как галоперидол по 1–2,5 мг п/о или в/м. **Проводите лечение до тех пор, пока симптомы не исчезнут. Если симптомы сохраняются, перейдите к » PSY.**
- » Для лечения людей с агрессивным и/или возбужденным поведением **перейдите к » PSY, таблица 5.**
- » Если человек испытывает боль в груди, тахикардию или другие неврологические признаки – **НЕМЕДЛЕННО ДОСТАВЬТЕ ЕГО В БОЛЬНИЦУ. +**
- » В период постинтоксикационной фазы наблюдайте у человека возникновение суицидальных мыслей или действий. Если наблюдаются суицидальные мысли, перейдите к » SUI.

С

Человек недавно прекратил употреблять опиоиды, и у него наблюдаются любые из следующих признаков:
расширенные зрачки, мышечные боли, колики в животе, головная боль, тошнота, рвота, диарея, слезящиеся глаза и слизисто-водянистые выделения из носа, беспокойство, возбужденное состояние.

Подозрение на ОСТРЫЙ ОПИОИДНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

- » **ОКАЖИТЕ ПОМОЩЬ ПРИ ОПИОИДНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ**
 - Метадон: в дозе 20 мг, при необходимости ввести дополнительную дозу 5–10 мг через 4 часа.
 - Бупренорфин: в дозах 4–8 мг, при необходимости ввести дополнительную дозу через 12 часов.
 - При отсутствии метадона или бупренорфина при острых состояниях можно использовать любые опиоиды, напр., сульфат морфина – в начальных дозах 10–20 мг, в случае необходимости введите дополнительную дозу 10 мг. Также рассмотрите возможность использования адренергических агонистов, напр., клонидина или лофексидина.
- » После стабилизации состояния перейдите к » SUB 2.

D

ИСКЛЮЧИТЕ ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРИЧИНЫ И ПРИОРИТЕТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПНВ.

3
Человек кажется дезориентированным?

ДА

НЕТ

Перейти к SUB 1 Оценка

Существуют ли какие-либо медицинские показания, которые могут объяснить спутанность сознания, в том числе:

- травма головы
- гипогликемия
- пневмония или другие инфекции
- печеночная энцефалопатия
- острые нарушения мозгового кровообращения

НЕТ

ДА



» Обследуйте физическое состояние человека и направьте в больницу +

ОЦЕНКА И ЛЕЧЕНИЕ А - С

А

Человек перестал употреблять алкоголь на прошлой неделе:

спутанность сознания, галлюцинации, скачущие мысли, беспокойство, возбужденное состояние, дезориентация, как правило, вызванные интоксикацией стимуляторами или отказом от алкоголя (или других седативных средств).

Подозрение на **АЛКОГОЛЬНЫЙ И ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ДЕЛИРИЙ**

» Если у человека наблюдаются другие признаки алкогольной или седативной абстиненции (тремор, потливость, изменение основных показателей жизнедеятельности):

- Проводите лечение, используя диазепам в дозах 10-20 мг п/о по мере необходимости.
- **ДОСТАВЬТЕ ЧЕЛОВЕКА В БОЛЬНИЦУ. +**

» Управляйте делириозными состояниями с помощью антипсихотических препаратов, таких как галоперидол в дозах 1-2,5 мг п/о или в/м.

В Человек сильно пьет в течение последних нескольких дней, И у него наблюдаются любые из следующих признаков:

- нистагм (непроизвольное, частое и повторяющееся движение глаз)
- офтальмоплегия (слабость/паралич одного или нескольких мышц, контролирующих движение глаз)
- атаксия (некоординированные движения)

Подозрение на ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ПОЛИОЭНЦЕФАЛИТ

» Проводите лечение с помощью тиамина в дозе 100–500 мг в/в или в/м 2–3 раза в день в течение 3–5 дней.

» **ДОСТАВЬТЕ ЧЕЛОВЕКА В БОЛЬНИЦУ. +**

С Человек использовал стимуляторы в течение последних нескольких дней:

Расширенные зрачки, возбужденные, скачущие мысли, спутанное мышление, странное поведение, недавнее использование психоактивных веществ, учащенный пульс и повышенное артериальное давление, вызывающее, сумасбродное или буйное поведение.

Подозрение на ИНТОКСИКАЦИЮ СТИМУЛЯТОРАМИ ИЛИ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ

» Проводите лечение с помощью диазепама в дозах 5–10 мг п/о, в/м или р/о, пока человек не почувствует легкого седативного действия.

» Если на психотические симптомы диазепам **не оказывает воздействия, рассмотрите возможность использования такого антипсихотического препарата, как галоперидол в дозах 1–2,5 мг п/о или в/м.**

» Если психотические симптомы сохраняются, **перейдите к » PSY.**

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

» По завершении оказания помощи при острых состояниях перейти к » SUB 1 «Оценка» и к » SUB 2 «Протоколы лечения» (1–6) в зависимости от ситуации.





SUB 1 » Оценка

ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

- Присутствуют признаки воздействия алкоголя или другого психоактивного вещества (например, запах алкоголя изо рта, невнятная речь, апатия, сумасбродное поведение)
- Признаки недавнего употребления наркотиков (свежие следы инъекций, кожная инфекция)
- Признаки и симптомы острых поведенческих эффектов, особенности абстиненции или последствия длительного употребления (**см. список 1**)
- Ухудшение социального функционирования (напр., трудности на работе или дома, неопрятный вид)
- Признаки хронического заболевания печени (аномальные ферменты печени), желтушный (желтый) цвет кожи и белков глаз, пальпируемый и мягкий край печени (при раннем поражении печени), асцит (живот растянут и заполнен жидкостью), паукообразные невусы (сетка видимых паукообразных кровеносных сосудов на поверхности кожи) и измененное психическое состояние (печеночная энцефалопатия)
- Проблемы с равновесием, ходьбой, координацией движений и нистагм
- Сопутствующие данные: макроцитарная анемия, тромбоцитопения, повышенный средний объем эритроцитов
- Острые признаки, обусловленные абстиненцией, передозировкой или интоксикацией психоактивными веществами. Человек может казаться апатичным, сверхраздраженным, возбужденным, беспокойным или растерянным
- **Люди с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, могут не сообщать вам о проблемах, связанных с употреблением психоактивных веществ. Выясните следующее:**
 - Многократные запросы на психоактивные препараты, включая анальгетики
 - Травмы
 - Инфекции, связанные с внутривенным введением наркотиков (ВИЧ/СПИД, гепатит С)

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

- » Избегайте действий по шаблону! Всех людей, обращающихся за медицинской помощью, необходимо спрашивать об употреблении табака и алкоголя.



ВСТАВКА 1. Психоактивные вещества: острые поведенческие проявления, особенности абстиненции и влияние длительного употребления на организм

	ЯРКО ВЫРАЖЕННЫЕ ПРИЗНАКИ	ОСОБЕННОСТИ АБСТИНЕНЦИИ	ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ДЛИТЕЛЬНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ
Алкоголь	Запах алкоголя при дыхании, невнятная речь, расторможенное поведение, возбужденное состояние, рвота, неустойчивая походка	Дрожь в руках и теле, тошнота/рвота, учащенный сердечный ритм и повышенное артериальное давление, судороги, возбужденное состояние, спутанность сознания, галлюцинации. Может представлять угрозу для жизни	Потеря объема мозга, снижение когнитивной способности, нарушение способности суждения, потеря равновесия, фиброз печени, гастрит, анемия, повышенный риск развития некоторых видов злокачественных опухолей и ряда других медицинских проблем
Бензодиазепины	Невнятная речь, расторможенное поведение, неустойчивая походка	Беспокойство, бессонница, дрожь в руках и теле, тошнота/рвота, учащенный сердечный ритм и повышенное артериальное давление, судороги, возбужденное состояние, спутанность сознания, галлюцинации. Может представлять угрозу для жизни	Нарушение памяти, повышенный риск падений у пожилых людей, риск смертельной передозировки седативными препаратами
Опиаты	Суженные зрачки-точки, сонливость и засыпание, сниженное восприятие, замедленная речь	Расширенные зрачки, беспокойство, тошнота/рвота/диарея, колики в животе, мышечные боли, головные боли, слезящиеся глаза, водянистые выделения из носа, зевота, “гусиная кожа” на руках, учащенный сердечный ритм и повышенное артериальное давление	Запор, риск смертельной передозировки седативными средствами, гипогонадизм, адаптация организма к вознаграждению, обучению и стрессовым реакциям
Табак	Возбуждение, повышенное внимание, сосредоточенность и память; снижение аппетита и желания принимать пищу; похожие эффекты от приема стимуляторов	Раздражительность, враждебность, беспокойство, подавленное или депрессивное настроение, учащенный сердечный ритм, повышенный аппетит	Болезнь легких (у курильщиков табака), сердечно-сосудистые заболевания, риск развития злокачественных опухолей и другие последствия для здоровья
Кокаин, метамfetамин и стимуляторы амфетаминового ряда	Расширенные зрачки, повышенное артериальное давление и учащенный сердечный ритм, возбуждение, эйфория, гиперактивность, быстрая речь, скачущие мысли, спутанное и неупорядоченное мышление, паранойя, неустойчивое и агрессивное поведение	Усталость, повышенный аппетит, депрессивное и раздражительное настроение. Внимательно наблюдайте за появлением суицидальных мыслей	Гипертензия, повышенный риск расстройства мозгового кровообращения, аритмия, заболевание сердца, беспокойство, депрессивное состояние
Кат	Настороженность, чувство эйфории и легкое возбуждение	Заторженность, депрессивное настроение, раздражительность	Люди, употребляющие кат, зачастую жуют его большую часть дня. Характерные признаки: запоры, риск нарушения психического здоровья; например, психоз
Марижуана	Нормальные зрачки, покрасневшая слизистая оболочка глаз, замедленная способность к реакции, эйфория, расслабленное состояние	Подавленное или изменчивое настроение, беспокойство, раздражительность, нарушение сна (какие-то явно выраженные особенности могут не наблюдаться)	Повышенный риск возникновения проблем психического здоровья, включая беспокойство, паранойю и психоз, отсутствие мотивации, нарушение концентрации внимания, повышенный риск сужения кровеносных сосудов, что может привести к инфаркту миокарда и инсульту
Трамадол	Опиоидные эффекты (седативный эффект, эйфория и т. д.), за которыми следуют стимулирующие эффекты (возбуждение и припадки вследствие приема больших доз препарата)	Преимущественно эффект опиоидной абстиненции, но также некоторые симптомы отказа от ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗС) (подавленное настроение, летаргия)	Опиоидная зависимость, риск возникновения судорог, нарушение сна
Летучие растворители	Головокружение, дезориентация, эйфория, приподнятое настроение, галлюцинации, бред, нарушение координации движений, нарушение зрения, анксиолиз (отсутствие тревоги), седативный эффект	Повышенная вероятность возникновения припадков	Снижение когнитивных функций и деменция, периферическая невропатия, другие неврологические осложнения, повышенный риск аритмии, вызывающей внезапную смерть
Галлюциногены	Учащенный сердечный ритм, повышение артериального давления, температуры тела, снижение аппетита, тошнота, рвота, отсутствие моторной координации, папиллярная дилатация, галлюцинации	Нет признаков	Острые или хронические психотические эпизоды, вклинивание воспоминаний или повторное испытание воздействия наркотика в течение длительного времени после прекращения употребления вещества
МДМА	Повышенная самоуверенность, эмпатия, понимание, ощущение интимности, общение, эйфория, активная деятельность	Тошнота, мышечная скованность, головная боль, потеря аппетита, затуманенное зрение, сухость во рту, бессонница, депрессия, беспокойство, утомляемость, трудности с концентрацией внимания	Нейротоксичность, которая ведет к поведенческим и физиологическим последствиям и депрессивным состояниям

1

Употребляет ли человек психоактивные вещества?

Спросите об употреблении табака, алкоголя и предписанных психотропных препаратов. В зависимости от обстоятельств и наличия признаков, спросите об употреблении марихуаны и других психоактивных веществ.



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ
Во время беседы спросите у человека:

- » При каких обстоятельствах человек начал употреблять психоактивные вещества?
- » Когда он начал их употреблять?
- » Какие события происходили в его жизни в то время?
- » Употребляет ли кто-нибудь в его семье или в его близком окружении психоактивные вещества?
- » Пытался ли он сократить употребление веществ? По какой причине? Что произошло?

НЕТ

ДА

- » Акцентируйте преимущества для здоровья отказа от употребления психоактивных веществ.
- » **ПОКИНЬТЕ МОДУЛЬ.**

2

Оказывает ли вредное воздействие употребление психотропного вещества?
Для каждого психоактивного вещества определите следующее:

A Регулярность и дозы употребления (подсказка – спросите: «Сколько дней в неделю вы употребляете это вещество? Какое количество вещества вы употребляете в день?»)

B Опасное поведение (подсказка – спросите: «Создает ли употребление вещества какие-либо проблемы?»)

- Травмы и несчастные случаи
- Вождение в состоянии наркотической интоксикации
- Инъекции наркотиков, общее использование игл, повторное использование игл
- Проблемы в отношениях в результате употребления веществ

- Сексуальные действия, которые были совершены в состоянии наркотической интоксикации, связанные с риском, или о которых он позже сожалел
- Правовые или финансовые проблемы
- Неспособность нести ответственность за детей

- Насилие по отношению к другим
- Низкая успеваемость в учебе, плохое выполнение обязанностей на работе
- Плохое выполнение ожидаемых социальных ролей (напр., воспитание детей)

НЕТ

ДА



Фиксируйте ответы для использования позже в процессе оценки

3

Вероятна ли ЗАВИСИМОСТЬ?

По каждому употребляемому психоактивному веществу спросите о следующих особенностях зависимости:

- Большое количество часто употребляемых психоактивных веществ
- **Сильное желание** или компульсивное побуждение к употреблению вещества
- Проблемы **самоконтроля** при употреблении вещества, несмотря на риск и пагубные последствия
- При повышении дозы употребляемого вещества развитие **устойчивости** к его эффектам и **симптом отмены**

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

Модели употребления психоактивных веществ, указывающие на факт зависимости:

ТАБАК: употребляет несколько раз в день, часто начиная с самого утра.

АЛКОГОЛЬ: ежедневно употребляет 6 и более стандартных алкогольных доз за один раз.

РЕЦЕПТУРНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ:

принимает более высокие дозы лекарства, чем предписано врачом, и лжет, чтобы получить рецепт на лекарство.

МАРИХУАНА: ежедневно употребляет не менее 1 г вещества.

НЕТ

ДА

» Перейти к **ПРОТОКОЛУ 2**

! ЕСЛИ СУЩЕСТВУЕТ РЕАЛЬНЫЙ РИСК СУИЦИДА, ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ И ОКАЖИТЕ ПОМОЩЬ, прежде чем перейти к Протоколу (Перейдите к » SUI)

Является ли употребление психоактивных веществ вредным?

См. ответ выше в шаге 2

НЕТ

ДА

» Перейти к **ПРОТОКОЛУ 1**

! ЕСЛИ СУЩЕСТВУЕТ РЕАЛЬНЫЙ РИСК СУИЦИДА, ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ И ОКАЖИТЕ ПОМОЩЬ, прежде чем перейти к Протоколу (Перейдите к » SUI)

» Проведите психообразование в отношении рисков употребления разного уровня каждого употребляемого вещества.

» **ПОКИНЬТЕ МОДУЛЬ.**






SUB 2 » Лечение

ПРОТОКОЛ

1

Злоупотребление

- » **ПРОВЕДИТЕ ПСИХООБРАЗОВАНИЕ** и укажите на то, что количество/модель употребления психоактивных веществ причиняет вред здоровью. 
- » Изучите мотивацию человека к употреблению психоактивных веществ. Проведите мотивационное интервью. (См. **КРАТКОВРЕМЕННОЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО – МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮ (2.2)**).
- » Посоветуйте полностью прекратить употребление этого вещества или употреблять его в безопасном количестве, если такое есть. Выскажите намерение поддержать этого человека в его решении. Спросите его о готовности это сделать.
- » Изучите **СТРАТЕГИИ ДЛЯ СОКРАЩЕНИЯ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ (2.3) и СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА (2.5)**.
- » Решайте вопросы, касающиеся потребностей в продовольствии, жилье и занятости.
- » Последующее наблюдение. 
- » Если речь идет о подростке  или женщине  детородного возраста, беременной женщине или кормящей матери, см. **ОСОБЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ**.

Зависимость



ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК СТРАДАЕТ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ:

- » Поддерживающее лечение, как правило, более эффективно, чем мероприятия по детоксикации.
- » Оцените серьезность зависимости и при необходимости обеспечьте или направьте этого человека на поддерживающее лечение опиоидными агонистами, также известное как опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) после детоксикации. Перейдите к **ПРОТОКОЛУ 5 (Поддерживающее лечение опиоидными агонистами)**.
- » В остальных случаях организуйте запланированные мероприятия по детоксикации, если в этом есть необходимость. Перейдите к **ПРОТОКОЛУ 4 (Опиоидная абстиненция)**.

ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК СТРАДАЕТ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ:

- » Внезапное прекращение употребления вещества может привести к судорожным припадкам и делириозному синдрому. Рассмотрите возможность постепенного снижения дозы бензодиазепина, контролируя отпуск по рецепту, а для быстрого снижения дозы поместите пациента в стационар. Перейдите к **ПРОТОКОЛУ 6 (Бензодиазепиновая абстиненция)**.



ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК СТРАДАЕТ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ:

- » Внезапное прекращение употребления алкоголя может привести к судорожным припадкам и делирию; если человек желает прекратить употребление алкоголя, помогите ему облегчить процесс отказа от алкоголя. Определите подходящие условия для прекращения употребления алкоголя, а также при необходимости проведите мероприятия по дезинтоксикации в стационаре. Перейти к **ПРОТОКОЛУ 3 (Алкогольная абстиненция)**.
- » Посоветуйте принимать тиамин в дозе 100 мг в день п/о. 
- » Рассмотрите возможность фармакологического вмешательства для предотвращения рецидива алкогольной зависимости (акампросат, налтрексон, дисульфирам). Можно также назначить баклофен, однако из-за его седативного эффекта и риска злоупотребления, этот препарат лучше всего подойдет для лечения в специализированных медицинских учреждениях. Используя эти препараты, клинический ответ на лечение можно получить в результате уменьшения количества и частоты употребления алкоголя, в случае если не произошла полная абстиненция. Перейдите к **таблице 1**. 

ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ ВСЕХ ДРУГИХ ВЕЩЕСТВ:

- » Посоветуйте полностью прекратить употребление вещества и выразите намерение поддержать в этом человека. Спросите его о готовности это сделать.
- » Изучите **СТРАТЕГИИ ДЛЯ СОКРАЩЕНИЯ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ И СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА**.
- » Рассмотрите возможность направления человека в группы взаимопомощи для созависимых или на реабилитационно-терапевтическое лечение в рамках сообщества, если доступны такие варианты.
- » Изучите потребности человека в питании, жилье и занятости.
- » Оцените состояние человека и проведите лечение сопутствующих физических или психических заболеваний в идеале через 2–3 недели после абстиненции, поскольку некоторые проблемы разрешатся в процессе абстиненции.


ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ:

- » Проводите психообразование. 
- » При необходимости организуйте мероприятия по детоксикации или, при наличии стационара, направьте человека на лечение. По мере необходимости лечите абстинентный синдром.
- » Проведите кратковременное вмешательство, используя мотивационное интервью для того, чтобы побудить человека начать лечение для избавления от зависимости от психотропных веществ.
- » Если эффект от первоначальных кратковременных вмешательств отсутствует, рассмотрите возможность долгосрочного психосоциального лечения лиц с текущими проблемами, связанными с употреблением психотропных веществ. Основанные на фактических данных психологические методы лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, включают в себя структурированные индивидуальные и групповые программы, которые проводятся в течение 6–12 недель и более, и при которых используются такие психологические методы, как когнитивно-поведенческая терапия, психотерапия для повышения мотивации, психотерапия на случай непредвиденных обстоятельств, принцип усиления поддержки сообщества и семейная психотерапия. Фактически доказанные подходы социальной поддержки включают в себя оказание помощи работой и жильем. 

ПРОТОКОЛ

3

Алкогольная абстиненция

- » Создайте спокойную и не раздражающую обстановку; с хорошим освещением в дневное время и достаточным освещением ночью для того, чтобы предотвратить падения, если человек просыпается по ночам.
- » Обеспечьте достаточное потребление жидкости и удовлетворение основной потребности в электролитах, таких как калий и магний.
- » **УСТРАНЕНИЕ ДЕГИДРАТАЦИИ:** поддерживайте соответствующую гидратацию, включая внутривенную гидратацию при необходимости; а также поощряйте пероральный прием жидкости. Не забудьте дать тиамин перед приемом глюкозы, во избежание развития верхнего геморрагического полиоэнцефалита.
- » **Фармакологическое вмешательство:**  если это целесообразно, лечите симптомы алкогольной абстиненции. В случае запланированной дезинтоксикации, назначьте диазепам для предупреждения возникновения абстинентного синдрома. Дозировка и продолжительность лечения диазепамом может меняться в зависимости от тяжести абстиненции.
 - Назначайте диазепам в начальной дозе до 40 мг ежедневно (по 10 мг четыре раза в день или по 20 мг два раза в день) в течение 3-7 дней п/о. Постепенно уменьшайте дозу и/или частоту приема препарата по мере улучшения симптомов. Чаще наблюдайте за человеком, поскольку каждый человек может по-разному реагировать на этот препарат.
 - **В стационарных условиях** диазепам можно давать чаще (т. е. каждый час), а при более высоких суточных дозах – до 120 мг в сутки в течение первых 3 дней п/о при необходимости и с учетом частой оценки симптомов отмены (абстиненции) и психического состояния человека.
 - Для лиц **с нарушениями метаболизма в печени** (т. е. с признаками заболевания печени или для пожилых людей), первоначально используйте одну небольшую дозу в 5-10 мг п/о, т. к. бензодиазепины могут иметь большую длительность действия в этих группах населения. В качестве альтернативы диазепаму можно использовать такой препарат из группы бензодиазепинов с меньшей длительностью действия, как оксазепам. См. **таблицу 1**.
- ❗ **ВНИМАНИЕ**
Будьте осторожны при использовании начальной дозы или увеличении дозы бензодиазепинов, т. к. они могут вызывать угнетение дыхания. Проявляйте осторожность с людьми с болезнями органов дыхания и/или печеночной энцефалопатией.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПОЛИОЭНЦЕФАЛИТА (БОЛЕЗнь ВЕРНИКЕ):

- » Тяжелые хронические потребители алкоголя подвержены риску развития **геморрагического полиоэнцефалита** – синдрома дефицита тиамина, характеризующегося спутанностью сознания, нистагмом, офтальмоплегией (проблемы с движениями глаз) и атаксией (некоординированные движения).
- » Для предупреждения этого синдрома, всем лицам с наличием в анамнезе хронического алкоголизма необходимо назначить терапевтическую дозу тиамина по 100 мг в день п/о. Дайте тиамин перед введением глюкозы во избежание развития геморрагического полиоэнцефалита.

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ

Для запланированного прекращения употребления алкоголя оцените риск последствий тяжелой абстиненции для человека.

Спросите:

- » Испытал ли человек в прошлом эпизоды серьезных абстинентных симптомов, включая припадки или делирий?
- » Существуют ли у него другие важные медицинские или психиатрические проблемы?
- » Развиваются ли существенные признаки абстиненции в течение 6 часов после последнего приема алкоголя?
- » Предыдущие попытки проведения мероприятий по отмене алкоголя в амбулаторных условиях потерпели неудачу?
- » Является ли этот человек бездомным или лишен ли он социальной поддержки?

При высоком риске лучше провести детоксикацию в условиях стационара вместо того, чтобы проводить ее в амбулаторных условиях.





КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ: Общие принципы управления состоянием абстиненции (синдром отмены)

- » Поддерживайте гидратацию организма.
- » Управляйте определенными симптомами абстиненции по мере их возникновения, то есть лечите тошноту с помощью противорвотных препаратов, боль – простыми анальгетиками, бессонницу – легкими успокоительными средствами.
- » Позвольте человеку покинуть лечебное учреждение, если он того пожелает.
- » Продолжайте лечение и поддерживайте его после детоксикации.
- » Депрессивные симптомы могут возникать в период после интоксикации, во время или после синдрома отмены и/или тогда, когда человек может уже страдать от депрессии. Будьте внимательны к риску суицида.
- » Предложите всем людям, продолжающим лечение, поддержку и наблюдение после успешной детоксикации, независимо от условий, в которых происходили мероприятия по детоксикации.

ПРОТОКОЛ

4

Опиоидная абстиненция

- » **⚠ ОСТОРОЖНОСТЬ** рекомендуется соблюдать перед тем, как начать отмену использования опиатов, особенно при их инъекционном введении. Когда принимается решение о начале вывода веществ, проинформируйте человека о том, чего ожидать, включая симптомы и их продолжительность. Например, абстиненция приводит к снижению толерантности к опиатам. Это означает, что если человек возобновляет употребление опиатов в их обычной дозе после отмены, то он подвержен повышенному риску передозировки. Вследствие этих факторов риска отмену лучше всего проводить, когда есть план участия человека в реабилитационной программе или другой программе психосоциальной поддержки. В качестве альтернативы можно рассмотреть возможность проведения опиоидной заместительной терапии с использованием метадона или бупренорфина; перейдите к разделу «Поддерживающая терапия опиоидными агонистами» (Протокол 5) и выберите один из следующих фармакологических вариантов лечения:
 - » **Бупренорфин** назначают сублингвально в дозе 4–16 мг в день в течение 3–14 дней для лечения синдрома отмены (абстиненции). До начала лечения бупренорфином важно дождаться появления явных признаков и симптомов отмены опиатов – по крайней мере через 8 часов после приема последней дозы героина и через 24–48 часов после приема последней дозы метадона; в противном случае существует риск того, что действие бупренорфина ускорит синдром отмены. Особое внимание следует уделять лицам, принимающим другие седативные препараты.
 - » **Метадон** назначают перорально в начальной дозе 15–20 мг в день, при необходимости увеличивая дозу до 30 мг в день. Затем постепенно уменьшайте дозу в течение 3–10 дней до полного ее сокращения. Как и в случае с бупренорфином, необходимо уделять особое внимание людям, принимающим другие седативные препараты.
 - » **Клонидин или лофексидин:** если препараты опиоидных замещений недоступны, можно использовать клонидин или лофексидин для лечения некоторых симптомов опиоидного синдрома абстиненции, в частности, перевозбуждения. Их назначают в дозах 0,1–0,15 мг 3 раза в сутки перорально и дозируют в соответствии с массой тела. Может возникнуть головокружение и произойти седативный эффект. Внимательно следите за уровнем кровяного давления. Необходимо также лечить другие симптомы синдрома абстиненции, напр., тошноту с помощью противорвотных средств, боль – простыми анальгетиками, бессонницу – легкими седативными препаратами.
 - » **Морфина сульфат:** назначьте начальную дозу в 10–20 мг в день и, в случае необходимости, дополнительную дозу в 10 мг. Такие симптомы, как седативный эффект и угнетение дыхания, могут быть опасны для жизни. Длительное использование препарата может привести к зависимости. Для получения дополнительной информации см. **таблицу 1**.

ПРОТОКОЛ

5


Поддерживающая терапия опиоидными агонистами

- » Для проведения поддерживающей терапии опиоидными агонистами необходимо наличие установленной и регламентированной законодательной базы. При этой терапии назначаются длительно действующие опиоидные агонисты (или частичные агонисты, такие как метадон или бупренорфин), как правило, для ежедневного употребления и под наблюдением врача. Существуют веские доказательства того, что поддерживающее лечение агонистами, такими как метадон или бупренорфин, эффективно сокращает потребление запрещенных наркотиков, распространение ВИЧ, смертности и преступности, а также улучшает физическое и психическое состояние и социальное функционирование.
- » **Мониторинг:** препараты, используемые для поддерживающей терапии опиоидными агонистами, являются предметом злоупотреблений и незаконной перепродажи; поэтому необходимо принимать меры для минимизации риска незаконной перепродажи, в том числе путем контроля за употреблением препарата.
- » Для получения дополнительной информации см. **таблицу 1.**

ПРОТОКОЛ

6

Бензодиазепиновый абстинентный синдром

- » Бензодиазепиновый абстинентный синдром можно лечить, перейдя на препарат бензодиазепина длительного действия и постепенно снижая дозу, полностью сократив ее в течение 8–12 недель в сочетании с оказанием психосоциальной помощи человеку. Более интенсивное снижение дозы возможно только в том случае, если человек находится в стационарных условиях или в медицинском центре детоксикации.
- » В случае развития или возникновения тяжелого, неконтролируемого бензодиазепинового абстинентного синдрома из-за внезапной или незапланированной отмены, немедленно обратитесь к специалисту или другому консультанту, чтобы начать лечение высокой дозой бензодиазепина для седативного воздействия, а также госпитализируйте человека. Будьте осторожны с неконтролируемым дозированием бензодиазепинов при их назначении незнакомым вам пациентам. 

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

2.1 Психообразование

- » Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), зачастую поддаются эффективному лечению, люди могут поправиться и поправляются.
- » При обсуждении проблемы употребления ПАВ многие могут испытывать смущение и чувство стыда. Никогда не осуждайте людей при обсуждении проблемы употребления психотропных веществ. Если люди чувствуют осуждение, они могут быть менее открыты для разговора с вами. Постарайтесь не выражать удивления от любых услышанных ответов на ваши вопросы.
- » Уверенно говорите человеку, что можно прекратить или сократить опасное употребление алкоголя, и побуждайте его вновь прийти на консультацию, если он или она хочет подробнее поговорить об этой проблеме.
- » Человек имеет больше шансов добиться успеха в уменьшении или прекращении употребления ПАВ, если он самостоятельно принимает это решение.

2.2 Мотивационное интервью (МИ) (кратковременное вмешательство)

- » Кратковременные вмешательства с использованием мотивационного интервью – это подход, позволяющий беседовать с людьми об употреблении психотропных веществ (ПАВ), не осуждая их за это. МИ призывает человека задуматься над своим собственным выбором употреблять ПАВ или нет. МИ можно использовать в качестве компонента очень короткой встречи для устранения рисков или прекращения употребления вредного для здоровья ПАВ. МИ также можно использовать в качестве компонента более длительной беседы на протяжении нескольких сеансов для устранения проблемы моделей зависящего употребления ПАВ; это называется «Терапией по повышению мотивации».

Во время беседы важно включить все элементы процесса: умение психологически войти в положение другого человека и создать атмосферу доверия, одновременно указывая на противоречия изложенных им фактов и подвергая сомнению ложные убеждения человека. Не спорьте с человеком. Он должен чувствовать, что обязанность врача заключается в поддержке, а не осуждении пациента. Если во время этой беседы человек не в состоянии поручиться в том, что он прекратит опасное употребление ПАВ, выясните, почему он не может этого сделать, вместо того, чтобы принуждать человека сказать то, что, по его мнению, вы ожидаете от него услышать.

» Методы для проведения углубленного обсуждения:

1. Дайте комментарии относительно ситуации данного человека о рисках, связанных с моделями употребления психоактивных веществ, независимо от того, имеет ли он паттерн опасного употребления или зависимости от употребления, и расскажите об определенном ущербе здоровью, который они могут причинять себе или окружающим.
2. Убедите человека нести ответственность за свой выбор употреблять ему ПАВ или нет, а также обращаться ли ему за помощью в связи с употреблением ПАВ или нет. При этом спросите его, насколько сильно ОН сам обеспокоен своим злоупотреблением ПАВ.
3. Спросите человека о причинах, подтолкнувших его к употреблению ПАВ; они могут включать ответные реакции на другие проблемы, такие как проблемы с психическим здоровьем или особые стресс-факторы, а также о кажущихся преимуществах употребления ПАВ даже в краткосрочной перспективе.
4. Спросите человека о его осознании как положительных, так и отрицательных последствий употребления им ПАВ и при необходимости выскажите сомнение в отношении преувеличения преимуществ и преуменьшения риска/вреда.

5. Спросите человека о его личных целях и о том, препятствует или помогает употребление ПАВ в достижении этих целей.
6. Проведите беседу с человеком с учетом его ответов относительно употребления ПАВ, причин употребления, последствий и его личных целей для выявления очевидных противоречий между последствиями употребления ПАВ и заявленными личными целями человека.
7. Обсудите варианты для изменений с учетом подбора реальных целей и попытайтесь определить взаимосогласованный план действий.
8. Окажите поддержку человеку в осуществлении этих изменений, высказывая уверенность в том, что человек способен изменить свою жизнь в положительную сторону, и предоставьте информацию о последующих шагах, если необходимо (дальнейшее наблюдение, детоксикация, психологическая и социальная поддержка), а также предоставьте справочные материалы, если они есть.

» Примерные вопросы, которые можно задать на интервью:

Непредвзято расспросите человека о том, что он лично думает об употреблении ПАВ:

1. Причины употребления ПАВ. (Спросите: «Вы когда-нибудь задумывались над тем, почему вы употребляете ПАВ?»)
2. Какие, по мнению человека, существуют преимущества употребления ПАВ. (Спросите: «Какое действие оказывает на вас употребление ПАВ? Причиняет ли оно какие-либо проблемы?»)
3. Какой, по его мнению, существует реальный и потенциальный вред от употребления ПАВ. (Спросите: «Причинило ли вам какой-либо вред употребление ПАВ? Предполагаете ли вы, что употребление ПАВ причинит вам вред в будущем?»)
4. Что самое главное для человека. (Спросите: «Что в вашей жизни важнее всего?»)

2.3 Стратегии сокращения и прекращения употребления ПАВ

Меры по сокращению или прекращению употребления всех видов ПАВ

Если человек заинтересован в сокращении употребления ПАВ, обсудите с ними следующие шаги.

- » Определите триггеры (запускающие элементы) употребления ПАВ и то, как их избежать. Например, бары, где человек распивает спиртные напитки, или места, где он обычно доставал наркотики и т. д.
- » Определите эмоциональные раздражители и способы их устранения (т. е. проблемы в отношениях, трудности на работе и т. д.).
- » Убедите человека не хранить ПАВ дома.

2.4 Группы взаимопомощи

- » Группы взаимопомощи, такие как **Анонимные алкоголики**, **Анонимные наркоманы** или **групповая программа Smart Recovery** могут быть полезными для направления туда лиц с расстройствами, вызванными употреблением ПАВ. В их рамках предоставляется информация, проводятся структурированные мероприятия и оказывается поддержка сверстников в непредвзятой обстановке. Узнайте, какие группы взаимопомощи доступны на местном уровне.

2.5 Стратегии для предотвращения вреда от употребления наркотиков и лечения расстройств, связанных с их употреблением

- » Призывайте человека совершать поступки с меньшим риском последствий.
 - Посоветуйте не водить машину в состоянии интоксикации.
 - Если человек употребляет опиоиды, снабдите членов семьи препаратом налоксона для внутримышечного или интраназального введения для того, чтобы они могли использовать препарат в случае передозировки у человека ПАВ в ожидании прибытия помощи или по пути в больницу.

Если человек употребляет инъекционные наркотики:

- » Проинформируйте человека о рисках, связанных с внутривенным употреблением наркотиков, которые включают в себя: повышенный риск инфицирования ВИЧ, гепатитом В и С, инфекциями кожи, которые могут вызвать сепсис, эндокардит, спинальные абсцессы, менингит и даже смерть.
- » Учитывая, что человек не может прекратить употребление инъекционных наркотиков прямо сейчас, предоставьте информацию о наименее рискованных методах введения инъекций. Подчеркните важность использования стерильных игл и шприцев каждый раз, когда он вводит вещество, и убедите его никогда не пользоваться общими инъекционными шприцами и иглами.
- » Предоставьте информацию о том, как получить доступ к программе по обмену игл и шприцев там, где они существуют, или о наличии других источников стерильных шприцев и игл для инъекций.
- » Поощряйте и предлагайте как минимум один раз в год проходить тестирование на наличие вирусных заболеваний, переносимых кровью, включая ВИЧ/СПИД и гепатит В и С.
 - Содействуйте проведению вакцинации против гепатита В
 - Обеспечьте доступность презервативов
 - Обеспечьте доступность лечения для людей с ВИЧ/СПИДом и гепатитом

Лечение сопутствующих заболеваний:

- » Используйте низкий порог для скрининга на туберкулез людей с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ.
- » Рассмотрите возможность обследования и лечения заболеваний, передающихся половым путем.

2.4 Поддержка лица, осуществляющего уход

В процессе поддержки семьи и лица, осуществляющего уход:

- » Обсудите с семьей пациента и лицом, осуществляющим уход, влияние расстройств, вызванных употреблением ПАВ, на других членов семьи, включая детей.

- » Предоставьте информацию и проведите занятия относительно расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.
- » Предложите провести оценку личных и социальных потребностей, а также психического здоровья. Предложите лечение любого приоритетного психического расстройства.
- » Проинформируйте о группах поддержки семей и лиц, осуществляющих уход, а также о других общественных ресурсах, и, если доступ к ним есть, постарайтесь его облегчить.

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

ВИЧ/ТБ/ГЕПАТИТ и УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

- » Потребители инъекционных наркотиков подвергаются повышенному риску появления ВИЧ/СПИДа и гепатита, особенно если используют нестерильные шприцы и иглы для инъекций или практикуют незащищенный секс в обмен на наркотики; после инфицирования они также имеют неблагоприятный прогноз. Наличие ВИЧ/СПИДа также повышает риск туберкулезной инфекции, а активный туберкулез — основная причина смерти людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Люди, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками, также подвержены высокому риску заболевания туберкулезом. Ввиду этих причин человек, употребляющий наркотики (особенно героин в/в), зачастую имеет одновременно инфекции туберкулеза, ВИЧ/СПИДа и гепатита.
- » В службах, осуществляющих лечение людей, употребляющих наркотики и алкоголь, все потребители инъекционных наркотиков должны регулярно проходить тестирование на предмет наличия ВИЧ/СПИДа и гепатита, а все лица с признаками кашля, лихорадки, ночной потливости или потери веса должны проверяться на предмет наличия туберкулеза.
- » При лечении ВИЧ/СПИДа и туберкулеза пациент обязан принимать лекарственные препараты ежедневно, поскольку важен каждый день. Непосредственное наблюдение за ходом лечения может улучшить приверженность лечению. Если пациент кроме этого страдает от опиатной зависимости, ежедневное наблюдение за лечением с использованием метадона или бупренорфина в одном и том же месте и в одно и то же время будет способствовать повышению приверженности лечению.
- » Лечение гепатита проводится ежедневно или еженедельно. Необходимо рекомендовать пациентам с гепатитом В или С полностью исключить употребление алкоголя.



Особые группы населения

ПОДРОСТКИ

Как оценить состояние подростков:

- » Разъясните конфиденциальность беседы с целью оказания медицинской помощи подростку и то, при каких обстоятельствах родители подростка или лица, осуществляющие уход, будут иметь доступ к любой информации.
- » Спросите, что еще происходит в жизни подростка. Определите самые важные проблемы подростка. Имейте в виду, что подростки могут быть не в состоянии полностью сформулировать то, что их беспокоит.
- » Открытые вопросы могут помочь получить информацию в следующих сферах жизнедеятельности подростка: дом, образование и занятость, питание, занятия, алкоголь и наркотики, сексуальность, безопасность, суицид/депрессивное состояние. Уделите достаточно времени для беседы. Также определите наличие других приоритетных расстройств психического здоровья. Если вы выявили наличие каких-либо приоритетных расстройств, см. » СМН.

Психообразование для подростков:

- » Предоставьте подросткам и их родителям информацию о влиянии алкоголя и других психоактивных веществ на здоровье и социальное функционирование.
- » Поощряйте изменения в окружающей среде и деятельности подростка вместо того, чтобы сосредоточиться на поведении подростка как на какой-то «проблеме». Содействуйте вовлечению подростка в учебу или работу, а также в занятия, которые занимают свободное время подростка. Поощряйте участие в групповой безопасной деятельности, которая способствует формированию навыков подростка и его участию в жизни сообщества. Важно, чтобы подростки принимали участие в деятельности, которая их интересует.
- » Побуждайте родителей и/или лиц, осуществляющих уход, постоянно быть в курсе о том, где находится подросток, с кем он проводит время, чем занимается, когда вернется домой, а также ожидать от него, что он будет сам нести ответственность за свои поступки.

ЖЕНЩИНЫ ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА, БЕРЕМЕННЫЕ ИЛИ КОРМЯЩИЕ ГРУДЬЮ

Употребление алкоголя

- » Рекомендуйте беременным женщинам или женщинам, планирующим беременность, полностью отказаться от употребления алкоголя.
- » Проинформируйте женщин, что употребление даже небольшого количества алкоголя на ранних сроках беременности может нанести вред развивающемуся плоду, а употребление алкоголя в большом количестве может привести к синдрому, характеризующемуся тяжелыми проблемами психологического развития (фетальный алкогольный синдром).
- » Посоветуйте женщинам, кормящим грудью, полностью отказаться от употребления алкоголя.
- » Учитывая преимущества исключительно грудного вскармливания (особенно в первые 6 месяцев), если матери продолжают употреблять алкоголь, им необходимо порекомендовать ограничить потребление и уменьшить содержание алкоголя в грудном молоке до минимума. Женщины должны кормить грудью ребенка перед употреблением алкоголя и не кормить до тех пор, пока уровень алкоголя в крови не упадет до нулевого значения (необходимо предусмотреть приблизительно 2 часа для каждой выпитой порции алкоголя, т. е. 4 часа, если выпито две порции), или провести кормление ребенка заранее сцеженным грудным молоком.

! ВНИМАНИЕ!

Всем матерям, имеющим пагубное пристрастие к психоактивным веществам, и детям младшего возраста необходимо предоставить любые доступные услуги социальной поддержки, включая дополнительные посещения на дому после родов, проведение тренингов для родителей по вопросам воспитания, уход за ребенком во время медицинских визитов.

Употребление наркотических средств



- » Спросите о менструальном цикле женщины и проинформируйте ее, что употребление психоактивных веществ может повлиять на менструальный цикл, при этом иногда создавая ложное впечатление невозможности забеременеть.
- » Обсудите пагубное воздействие запрещенных наркотиков на развитие плода и убедитесь, что женщина имеет доступ к эффективным средствам контрацепции.
- » Посоветуйте и окажите поддержку беременным женщинам в прекращении употребления незаконных наркотиков.

Беременным женщинам с опиоидной зависимостью, как правило, следует рекомендовать принимать опиоидный агонист, напр. метадон.

- » Проведите скрининг новорожденных, чьи матери страдают расстройствами вследствие употребления наркотиков, на наличие абстинентного синдрома (также известного как абстинентный синдром новорожденных). Абстинентный синдром новорожденных вследствие употребления матерью опиоидов необходимо лечить, начиная с низких доз опиоидов (таких как морфин) или барбитуратов. Для получения более подробной информации, пожалуйста, обратитесь к руководству *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* по адресу: apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf.
- » Посоветуйте кормящим матерям отказаться от употребления незаконных наркотических средств и окажите им в этом поддержку.
- » Посоветуйте матерям с расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, кормить исключительно грудью по крайней мере в первые 6 месяцев жизни ребенка при отсутствии противопоказаний со стороны специалиста.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ТАБЛИЦА 1. График приема лекарств

КЛАСС/ПОКАЗАНИЯ	ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗИРОВКА	ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ
БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ Для лечения алкогольной абстиненции, интоксикации стимуляторами и психоза	Диазепам	10–20 мг каждые 2 часа при наблюдаемых признаках алкогольной абстиненции или интоксикации стимуляторами – до тех пор, пока признаки алкогольной абстиненции/ интоксикации стимуляторами больше не наблюдаются или пока человек не будет испытывать легкое седативное воздействие. Более низкие дозы (до 10 мг четыре раза в день) при алкогольной абстиненции в амбулаторных условиях.	Седативный эффект и угнетение дыхания, которые могут быть опасными для жизни. Длительное применение препарата может привести к зависимости.	 Не назначайте препарат людям, которые находятся под воздействием седативного средства. Остерегайтесь сочетания с другими седативными средствами. Пациентам не рекомендовано управлять транспортными средствами. Длительность действия препарата может быть пролонгирована у людей с тяжелыми заболеваниями печени. Контролируйте дозировку препарата, чтобы минимизировать риск незаконной перепродажи.
ОПИОИДНЫЕ АНТАГОНИСТЫ Для лечения передозировки опиатами	Налоксон	0,4–2 мг в/в, в/м, подкожно или интраназально. Повторить дозу по мере необходимости.	Может привести к дискомфорту или появлению симптомов абстиненции.	
ВИТАМИНЫ Для предотвращения или лечения геморрагического полиоэнцефалита (болезнь Вернике)	Тиамин (витамин В1)	100 мг п/о в сутки в течение 5 дней для предотвращения геморрагического полиоэнцефалита. 100 мг – 500 мг в/в или в/м два–три раза в сутки в течение 3–5 дней для лечения геморрагического полиоэнцефалита.		
ОПИОИДНЫЕ АГОНИСТЫ Для лечения опиоидной абстиненции и зависимости	Метадон	Опиоидная абстиненция: начальная доза метадона – 20 мг, при необходимости, введите дополнительную дозу в 5–10 мг спустя 4 часа. Поддерживающая опиоидная терапия: начальная доза – 10–20 мг при необходимости назначьте дополнительную дозу в 10 мг, увеличивая суточную дозу на 5–10 мг каждые несколько дней до исчезновения у человека симптомов опиоидной абстиненции и прекращения употребления запрещенных опиоидных препаратов. Проводите поддерживающее лечение до тех пор, пока пациент не будет готов его прекратить.	Седативный эффект, спутанность сознания, тошнота, рвота, запор, возможные гормональные изменения, снижение полового влечения, изменения ЭКГ, такие как удлинение интервала QT или брадикардия, гипотония, угнетение дыхания.	Соблюдайте осторожность при назначении препарата пациентам с сердечными болезнями или болезнями органов дыхания.
	Бупренорфин	Начальная доза – 4–8 мг; увеличивайте дозу каждый день на 4–8 мг при необходимости до исчезновения у человека СИМПТОМОВ ОПИОИДНОЙ абстиненции И прекращения употребления запрещенных ОПИОИДНЫХ препаратов. Проводите поддерживающее лечение ДО тех пор, пока пациент не будет ГОТОВ его прекратить.	Седативный эффект, головокружение, атаксия, тошнота, рвота, запоры, угнетение дыхания.	– Соблюдайте осторожность при назначении препарата пациентам с застойной сердечной недостаточностью, болезнями органов дыхания или заболеванием печени. – Существует возможность злоупотребления. – Резкое прекращение употребления может вызвать симптомы абстиненции.
	Морфина сульфат	Начальная доза – 10–20 мг при необходимости назначьте дополнительную дозу В 10 мг.	Седативный эффект и угнетение дыхания, которые могут быть опасными для жизни. Длительное применение препарата может привести к зависимости.	 Не назначайте препарат людям, которые находятся под воздействием седативного средства. Остерегайтесь сочетания с другими седативными средствами. Контролируйте дозировки, чтобы минимизировать риск незаконной перепродажи. Назначьте опиоиды более длительного действия, такие как метадон или бупренорфин, один раз в день для лечения в амбулаторных условиях при наличии такой возможности.

КЛАСС/ПОКАЗАНИЯ	ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗИРОВКА	ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ / МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ
АЛЬФА-АДРЕНЕРГИЧЕСКИЕ АГОНИСТЫ Для лечения опиоидной абстиненции	Клофелин	Начальная доза 0,1 мг 2-3 раза в день. Увеличьте ее до 1 мг в день в зависимости от переносимости в разделенных дозах, чтобы управлять симптомами абстиненции.	Седативный эффект, оглушение, головокружение, головная боль, тошнота/рвота, сухость во рту, запоры, сексуальная дисфункция, депрессия, возбуждение, снижение артериального давления, тахикардия, синусовая брадикардия, и атриовентрикулярная блокада.	Соблюдайте осторожность при назначении препарата людям с заболеваниями сердца, сосудов и печени. Используйте малые дозы для людей с болезнью почек. Имейте в виду, что существует вероятность злоупотребления. Внимательно наблюдайте за основными показателями жизнедеятельности. ⊗ НИ В КОЕМ СЛУЧАЕ НЕ ПРЕКРАЩАЙТЕ лечение внезапно, так как резкая отмена препарата может вызвать возобновление симптомов гипертонии. Не назначайте препарат беременным женщинам ⊕ и женщинам, кормящим грудью.
	Лофексидин	Начальная доза – 0,4–0,6 мг дважды в день. Увеличьте дозу по мере необходимости на 0,4–0,8 мг в день. Максимальная разовая доза – 0,8 мг. Максимальная суточная доза – 2,4 мг (в 2–4 разделенных дозах).	Седативный эффект, головокружение, низкое кровяное давление, изменения ЭКГ, такие как удлинение интервала QT и синусовая брадикардия.	Следует соблюдать осторожность при назначении препарата людям с заболеваниями сердца, цереброваскулярными и почечными заболеваниями. Не назначайте препарат пациентам с синдромом удлиненного интервала QT, метаболическими нарушениями, или если пациенты принимают другие лекарства от удлиненного интервала QT. Внимательно наблюдайте за основными показателями жизнедеятельности. ⊗ НИ В КОЕМ СЛУЧАЕ НЕ ПРЕКРАЩАЙТЕ лечение внезапно, так как резкая отмена препарата может вызвать возобновление симптомов гипертонии.
МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕЦИДИВОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Чтобы подавить желание выпить алкоголь	Акампросат	Начальная доза – 2 таблетки по 333 мг каждая п/о 3 раза в день в течение 12 месяцев. Если человек весит менее 60 кг, назначьте по 2 таблетки 2 раза в день перорально в течение 12 месяцев.	Диарея, метеоризм, тошнота/рвота, боль в животе, депрессия, тревога, суицидальные проявления, зуд. Периодически у человека может наблюдаться макулопапулезная сыпь, и в редких случаях – буллезные реакции кожи.	При умеренном заболевании почек назначьте меньшую дозу – по 333 мг п/о 3 раза в день. ⊗ ПРОТИВОПОКАЗАН при тяжелых заболеваниях почек и печени.
	Налтрексон	Начальная доза – 50 мг в день в течение 6–12 месяцев. При опиоидной зависимости, убедитесь, что человек не употреблял опиоиды в течение последних 7 дней (напр., при приеме дозы налоксона).	Седативный эффект, головокружение, тошнота/рвота, боль в животе, бессонница, беспокойство, снижение энергии, суставные и мышечные боли. Наблюдайте за функцией печени из-за риска печеночной токсичности.	Существует риск СМЕРТЕЛЬНОЙ ПЕРЕДОЗИРОВКИ у пациентов, которые употребляют опиоиды более чем через 24 часа после последней дозы налтрексона из-за быстрой потери антагонистического эффекта. ⊗ НЕ НАЗНАЧАЙТЕ препарат пациентам с печеночной недостаточностью или острым гепатитом.
	Дисульфирам	Начальная доза – 200–400 мг в день.	Сонливость, головокружение, головная боль, гиперемия, потливость, сухость во рту, тошнота/рвота, тремор, неприятный запах тела, сексуальная дисфункция. В редких случаях, могут происходить психотические реакции, аллергический дерматит, периферический неврит или повреждение клеток печени. Тяжелые реакции могут привести к спутанности сознания, сердечнососудистой недостаточности и летальному исходу.	Трициклические антидепрессанты (ТЦА), ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО), антипсихотические, сосудорасширяющие препараты и альфа- или бета-адренергические антагонисты еще больше усугубляют дисульфирам-алкогольную реакцию. Сенсбилизация к алкоголю продолжается в течение 6–14 дней после приема дисульфирама даже при приеме препарата в небольших количествах. ⊗ НЕ УПОТРЕБЛЯЙТЕ препарат и алкоголь одновременно, так как реакция может угрожать жизни или привести к смертельному исходу. ⊗ НЕ НАЗНАЧАЙТЕ препарат беременным или кормящим грудью женщинам. ⊕ ⊗ КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВОПОКАЗАН людям с гипертонией, болезнями сердца, печени или почек, расстройствами мозгового кровообращения, психозами, импульсивностью или при наличии факторов риска суицида.

SUB 3 » Последующее наблюдение

1

ОЦЕНКА УЛУЧШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ

На каждой консультации оцените:

- » Количество и частоту употребления ПАВ, состояние психического и физического здоровья, факторы риска и защитные факторы (напр., социальные отношения, проживание, занятость и т. д.)
- » Спросите о факторах, которые приводят к употреблению ПАВ, а также о последствиях употребления ПАВ



РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ЧАСТОТЫ ПРОВЕДЕНИЯ КОНСУЛЬТАЦИЙ

- » **Опасное употребление:** назначьте консультацию через 1 месяц. Затем проводите последующее наблюдение по мере необходимости.
- » **Зависимость:** в первые две недели проводите консультации несколько раз в неделю, затем – еженедельно в течение первого месяца. После улучшения сократите количество визитов до одного раза в месяц, затем проводите консультации по мере необходимости.

ПОСТОЯННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПАВ

- » Разработайте стратегии по снижению вреда
- » Проводите лечение проблем со здоровьем
- » Разработайте стратегии по сокращению употребления ПАВ
- » Организуйте мероприятия по детоксикации или поддерживающему лечению, если человек дает на это свое согласие
- » Проводите частые проверки и разъяснительную работу

НЕДАВНЕЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ ИЛИ ПЕРЕХОД НА УПОТРЕБЛЕНИЕ В БЕЗВРЕДНЫХ КОЛИЧЕСТВАХ

- » Рассмотрите возможность назначения анализа мочи, чтобы подтвердить воздержание
- » Дайте положительный отзыв, чтобы стимулировать воздержание/употребление в безвредных количествах
- » Проводите лечение других заболеваний
- » Рассмотрите возможность назначения лекарств для профилактики рецидива алкогольной и опиоидной зависимости
- » Рассмотрите возможность проведения психотерапии для предотвращения рецидива и направления человека в группы взаимопомощи
- » Факторы поддержки, которые снижают риск рецидива, такие как жилье и занятость

ДЛИТЕЛЬНОЕ ВОЗДЕРЖАНИЕ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ ИЛИ УПОТРЕБЛЕНИЕ В БЕЗВРЕДНЫХ КОЛИЧЕСТВАХ

- » Рассмотрите возможность назначения анализа мочи в некоторых случаях для подтверждения воздержания от употребления
- » Дайте положительные отзывы
- » Факторы поддержки, которые уменьшают риск рецидива (жилье, занятость)
- » Проводите лечение других заболеваний
- » Привлекайте к участию в группах взаимопомощи
- » Проводите менее частые проверки

СПИСОК 2. ОЦЕНКА НА НАЛИЧИЕ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТЯЖЕЛОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ:

- » **Болезнь печени:** наличие желтушного (желтого) цвета кожи и белков глаз, пальпируемый и мягкий край печени (на начальной стадии заболевания печени), асцит (вздутый живот, заполненный жидкостью), паукообразная гемангиома (паукообразные кровеносные сосуды, заметные на поверхности кожи), а также изменение психического состояния (печеночная энцефалопатия).
- » **Повреждения мозжечка:** наличие проблем с балансом, ходьбой, координацией движений и нистагмом.
- » **Обследования для оценки:**
 - Ферменты печени: повышение уровня печеночных ферментов и аммиака свидетельствует о заболевании печени.
 - Клинический (полный) анализ крови: следите за макроцитарной анемией и низким уровнем тромбоцитов в крови.

ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ:

- » Проблемы ухода за собой, плохое состояние зубов, паразитарные инфекции кожи (вши или чесотка), а также недостаточное питание.
- » Признаки инъекций: надо искать следы инъекций на руках или ногах – как новые, так и старые. Спросите у человека, куда он делает инъекции наркотиков, и проверьте эти места, чтобы убедиться в отсутствии признаков местной инфекции.
- » Распространенные проблемы со здоровьем из-за инъекционного употребления наркотиков: потребители инъекционных наркотиков подвержены повышенному риску заражения инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД, гепатит В и С, туберкулез. Они также подвержены высокому риску развития инфекций кожи в местах уколов. В некоторых случаях инфекция может передаваться через кровь и вызывать сепсис, эндокардит, абсцессы позвоночника, менингит или даже смерть.
- » **Обследования для оценки:**
 - Анализ мочи на наркотики: для экстренных случаев анализ мочи на наркотики должен проводиться при любом подозрении на интоксикацию, синдром отмены или передозировку, особенно когда человек не в состоянии сказать, что он употреблял.
 - Если человек употребляет инъекционные наркотики, предложите ему провести серологические анализы на предмет наличия передаваемых через кровь вирусов, ВИЧ/СПИДа, гепатита В и С и т. д.
 - Если у человека был незащищенный половой акт, предложите обследование на инфекции, передающиеся половым путем, в том числе ВИЧ, сифилис, хламидиоз, гонорея и вирус папилломы человека (ВПЧ).
 - Проведите анализы на предмет наличия туберкулеза, возьмите образец мокроты и сделайте рентгенографию грудной клетки при подозрении на туберкулез. Ищите такие признаки и симптомы, как хронический продуктивный кашель, лихорадка, озноб и потеря в весе.

САМОПОВРЕЖДЕНИЕ/САМОУБИЙСТВО

Самоубийство – это преднамеренный акт убийства самого себя. Самоповреждение – более широкий термин, обозначающий умышленное отравление или нанесение травм самому себе, которые могут иметь или не иметь фатальный умысел или исход. Любого человека старше 10 лет, испытывающего какие-либо из нижеследующих состояний, необходимо спросить о том, возникали ли у него намерения или планы самоповреждения в прошлом месяце и были ли случаи самоповреждения в прошлом:

- » Любое из приоритетных состояний ПНВ (см. главную диаграмму (» МС))
- » Хроническая боль
- » Острый эмоциональный дистресс

Определите наличие намерений, планов и случаев самоповреждения во время первоначальной оценки, затем периодически проводите такую оценку по мере необходимости. Обращайте внимание на психическое состояние человека и его эмоциональные переживания.



КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

Вопросы о самоповреждении НЕ ПРОВОЦИРУЮТ человека на совершение акта самоповреждения. Это часто уменьшает беспокойство, связанное с намерениями или актами самоповреждения, и помогает человеку почувствовать, что его понимают. Однако попытайтесь установить доверительные отношения с человеком, прежде чем задавать вопросы о самоповреждении. Попросите человека объяснить причины, заставляющие его наносить себе повреждения.

SUI » Краткий обзор



ОЦЕНКА

- » Оцените, пытался ли человек совершить серьезный с медицинской точки зрения акт самоповреждения
- » Оцените риск самоповреждения/самоубийства
- » Оцените наличие какого-либо приоритетного состояния ПНВ
- » Оцените наличие хронических болей
- » Оцените наличие тяжести эмоциональных симптомов



ЛЕЧЕНИЕ

- » **Протоколы**
 1. Серьезный с медицинской точки зрения акт самоповреждения
 2. Реальный риск самоповреждения/самоубийства
 3. Риск самоповреждения/самоубийства
- » **Общее руководство и психосоциальные вмешательства**



ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ



SUI 1 » Оценка

ОЦЕНИТЕ НАЛИЧИЕ НАМЕРЕНИЯ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ/САМОУБИЙСТВА, ЕСЛИ У ЧЕЛОВЕКА НАБЛЮДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ:

- Чрезвычайная безнадежность и отчаяние, текущие мысли/план/акт самоповреждения/самоубийства или предыстория этих действий, акт самоповреждения с признаками отравления/опьянения, кровотечение из нанесенной раны, потеря сознания и/или сильная заторможенность, ИЛИ
- Любое из приоритетных состояний ПНВ, хронические боли или тяжелые эмоциональные расстройства.

1

Пытался ли человек совершить серьезный с медицинской точки зрения акт самоповреждения?

Оцените, имеются ли признаки самоповреждения и/или признаки/симптомы, требующие срочного медицинского лечения:

- Признаки отравления или интоксикации
- Потеря сознания
- Кровотечение из нанесенной самому себе раны
- Сильная заторможенность

КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ:

Если с медицинской точки зрения состояние стабильно, окажите соответствующую помощь по мере необходимости.



НЕТ

ДА

Необходимо оказать помощь при серьезном с медицинской точки зрения акте самоповреждения.

» Перейти к **ПРОТОКОЛУ 1**

» Вернитесь к **ШАГУ 2**, если с медицинской точки зрения человек стабилен

2

Существует ли реальный риск самоповреждения/самоубийства?

Спросите у человека и лиц, осуществляющих уход, о наличии **ЛЮБЫХ** из следующих признаков:

- **Текущие** мысли или план самоповреждения/самоубийства
- Намерения или планы самоповреждения в прошлом месяце или акт самоповреждения в прошлом году **у человека, который в настоящее время крайне возбужден, агрессивен, расстроен или испытывает недостаток в общении**

НЕТ

ДА

ВЕРОЯТЕН ВЫСОКИЙ РИСК САМОПОВРЕЖДЕНИЯ/САМОУБИЙСТВА

» Перейти к **ПРОТОКОЛУ 2**, оказать помощь, а затем перейти к **ШАГУ 3**

Была ли у человека **предыстория намерений или планов самоповреждения в прошлом месяце или акта самоповреждения в прошлом году?**

НЕТ

ДА

Реальный риск самоповреждения/самоубийства маловероятен, но все еще может сохраняться

Риск самоповреждения/самоубийства маловероятен

» Перейти к **ПРОТОКОЛУ 3**, оказать помощь, а затем перейти к **ШАГУ 3**

3

Есть ли у человека сопутствующие расстройства ПНВ?

- Депрессия
- Расстройства из-за употребления наркотических веществ
- Психические и поведенческие расстройства у детей и подростков
- Психозы
- Эпилепсия



» **Лечите сопутствующие расстройства.**
См. соответствующие модули.



4

Испытывает ли человек хронические боли?

» Примите меры против боли и лечите соответствующие медицинские состояния.



5

Имеет ли человек достаточно серьезные для клинического вмешательства эмоциональные симптомы?

- Трудности в выполнении обычной работы, учебы, домашних обязанностей или общественной деятельности
- Повторное самолечение эмоциональных расстройств или необъяснимых физических симптомов
- Выраженный дистресс или многократное обращение за помощью



» **Управляйте эмоциональными симптомами.**
» **Перейти к » ОТН**



» **Перейти в SUI 3**
(Последующее наблюдение)



SUI 2 » Лечение

ПРОТОКОЛ

1

Серьезные акты самоповреждения с медицинской точки зрения

- » **Во всех случаях:** поместите человека в безопасную и благоприятную среду в медицинском учреждении.
- » ❌ НЕ ОСТАВЛЯЙТЕ человека одного.
- » Лечите травмы или отравления с помощью лекарственных препаратов. 🏥
В случае острого отравления пестицидами, следуйте рекомендациям раздела «Ведение случаев отравления пестицидами». (2.1)
- » Если необходима госпитализация, продолжайте внимательно наблюдать за человеком для предотвращения самоубийства
- » Оказывайте помощь человеку с самоповреждениями. (2.2)
- » Предложите и оказывайте психосоциальную поддержку. (2.3) 👤
- » Предложите помощь лиц, осуществляющих уход. (2.4)
- » Проконсультируйтесь со специалистом в области психического здоровья, если есть такая возможность. 👤
- » Поддерживайте регулярную связь с человеком и осуществляйте **последующее наблюдение.** 🔄

ПРОТОКОЛ

2

Реальный риск самоповреждения/самоубийства

- » Уберите инструменты для самоповреждения/самоубийства.
- » Создайте безопасную и благоприятную окружающую среду; если возможно, предложите отдельное, тихое помещение во время ожидания лечения.
- » ❌ НЕ ОСТАВЛЯЙТЕ человека в одиночестве.
- » Следите за пациентом и назначьте конкретных сотрудников или членов семьи, ответственных за его безопасность на протяжении всего времени.
- » Обращайте внимание на психическое состояние человека и его эмоциональные переживания.
- » Предложите помощь по психообразованию пациенту и лицу, осуществляющему уход. (2.5) 👤
- » Предложите и оказывайте психосоциальную поддержку. (2.3) 👤
- » Предложите помощь лиц, осуществляющих уход. (2.4)
- » Проконсультируйтесь со специалистом в области психического здоровья, если такой специалист есть. 👤
- » Поддерживайте регулярную связь с человеком и осуществляйте **последующее наблюдение.** 🔄

ПРОТОКОЛ

3

Риск самоповреждения/самоубийства

- » Предложите и оказывайте психосоциальную поддержку. (2.3) 👤
- » Проконсультируйтесь со специалистом в области психического здоровья, если есть такая возможность. 👤
- » Поддерживайте регулярную связь с человеком и осуществляйте **последующее наблюдение.** 🔄

2.1 Ведение случаев отравления пестицидами

- » Если сотрудники медицинского учреждения обладают минимальным набором навыков и ресурсов, проводите лечение руководствуясь документом ВОЗ *Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication* (www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en).

В других случаях немедленно транспортируйте человека в медицинское учреждение, в котором имеются следующие ресурсы:

- персонал, обладающий навыками и знаниями о реанимации, который может определить медицинские признаки отравления пестицидами и провести оценку клинических признаков отравления;
 - персонал, обладающий навыками и знаниями, необходимыми для оказания помощи в случае проблем с дыхательными путями; в частности, умение интубировать и поддерживать дыхание, пока не будет обеспечена искусственная вентиляция легких;
 - препарат атропина и устройства для внутривенного введения, в случае появления признаков холинергического отравления;
 - препарат диазепама и устройства для внутривенного введения, если у человека развиваются судороги.
- » Рассмотрите возможность применения активированного угля, если человек находится в сознании, осознанно дает согласие и обращается за помощью в течение одного часа после отравления.
 - » Не рекомендуется искусственно вызывать рвоту.
 - » ❌ Не следует давать жидкость пероральным способом.

2.2 Уход за человеком с самоповреждениями

- » Поместите человека в медицинское учреждение с безопасной и благоприятной обстановкой (❌ не оставляйте его одного). Если он должен ожидать лечения, создайте минимизирующие стресс условия; по возможности поместите его в отдельном, тихом помещении с постоянным наблюдением и контактами с назначенным персоналом или членом семьи для обеспечения его безопасности на протяжении всего времени.
- » Устраните доступ к средствам самоповреждения
- » Проконсультируйтесь со специалистом в области психического здоровья, если возможно. 🧑
- » Мобилизуйте членов семьи, друзей и других заинтересованных лиц или имеющиеся ресурсы сообщества для мониторинга и поддержки человека в период высокого риска (см. пункт «Предложите и оказывайте психосоциальную поддержку»). (2.3)
- » Относитесь к людям, совершившим акт самоповреждения, с таким же вниманием, уважением и конфиденциальностью, как и к другим людям, а также проявляйте чуткость к их эмоциональным переживаниям, связанным с самоповреждением.
- » Привлеките лицо, осуществляющее уход, если пациент нуждается в его поддержке во время обследования и лечения; при возможности психосоциальная оценка должна включать в себя интервью в режиме «один на один» между пациентом и медицинским работником для изучения проблем частного характера.

- » Окажите эмоциональную поддержку лицу, осуществляющему уход/членам семьи, если они в этом нуждаются. (2.4)
- » Обеспечьте непрерывный уход за человеком.
- » Для предотвращения самоповреждения не рекомендуется госпитализировать человека в неспециализированные психиатрические отделения больниц общего профиля. Однако если направление человека в больницу общего (непсихиатрического) профиля необходимо для лечения медицинских последствий самоповреждения, внимательно следите за человеком, чтобы предотвратить дальнейшее самоповреждение в больнице.
- » **При назначении лекарственных препаратов:**
 - См. соответствующие модули Руководства mhGAP-IG для фармакологических вмешательств при ведении сопутствующих заболеваний.
 - Назначайте наименее опасные лекарственные препараты для предотвращения умышленной передозировки.
 - Выписывайте рецепты на короткий курс лечения (напр., количество препарата на одну неделю).

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

2.3 Предложите и оказывайте психосоциальную поддержку

» Предложите поддержку человеку

- Изучите причины и способы сделать так, чтобы человек остался в живых.
- Сосредоточьте внимание на сильных сторонах человека, побуждая его рассказать о том, как решались прежние проблемы.
- При наличии достаточных людских ресурсов рассмотрите возможность проведения терапии, сфокусированной на решении проблем, чтобы помочь людям, совершившим акты самоповреждения за последний год. Перейдите к разделу «**Основной уход и практика**» » **ЕСР**

» Оказывайте психосоциальную поддержку

- Мобилизуйте членов семьи, друзей, заинтересованных лиц и прочие имеющиеся ресурсы для обеспечения тщательного наблюдения за пациентом до тех пор, пока сохраняется риск самоповреждения/самоубийства.
- Посоветуйте пациенту и лицу, осуществляющему уход, ограничить доступ к средствам, с помощью которых возможно самоповреждение или самоубийство (напр., пестицидам/токсичным веществам, рецептурным лекарствам, огнестрельному оружию и т. д.) в те моменты, когда человек намеревается или планирует совершить акт самоповреждения или самоубийства.
- Оптимизируйте социальную поддержку, используя имеющиеся ресурсы сообщества. Сюда входят неформальные ресурсы, такие как родственники, друзья, знакомые, коллеги и религиозные лидеры или официальные ресурсы сообщества, кризисные центры и местные центры психического здоровья, если есть такая возможность.

2.4 Поддержка лица, осуществляющего уход

- » Проинформируйте лиц, осуществляющих уход, и членов семьи, что задаваемые пациенту вопросы о самоубийстве часто помогают ему почувствовать облегчение, снижают беспокойство и помогают ему поверить, что его лучше понимают.
- » Лица, осуществляющие уход за человеком с риском самоповреждения, и члены их семей часто испытывают сильный стресс. Обеспечьте им эмоциональную поддержку, если они в ней нуждаются.
- » Сообщите лицам, осуществляющим уход, что даже если они чувствуют разочарование в человеке, им следует избегать враждебности и резкой критики по отношению к нему.

2.5 Психобразование

» Ключевая информация для пациента и лица, осуществляющего уход

- При появлении мыслей о самоповреждении или самоубийстве немедленно обратитесь за помощью к доверенному члену семьи, другу или лицу, осуществляющему уход.
- Вполне нормально говорить о самоубийстве. Разговоры о самоубийстве не провоцируют его совершение.
- Самоубийства предотвратимы.
- Совершение акта самоповреждения или самоубийства – это показатель сильного эмоционального потрясения. Человек не видит выхода из сложившейся ситуации. Поэтому важно оказать человеку немедленную помощь для устранения эмоциональных проблем и стрессоров.
- Необходимо удалить из дома все средства самоповреждения (напр., пестициды, огнестрельное оружие, лекарственные препараты).
- Социальные сети, включая членов семьи и других соответствующих лиц, играют важную роль для оказания социальной поддержки.



SUI 3

» Последующее наблюдение



ПРОЧИЕ ЗНАЧИМЫЕ ЖАЛОБЫ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Этот модуль призван предоставить основные рекомендации по ведению пациентов с жалобами на психическое здоровье, которые не освещены в других разделах руководства. Некоторые из этих жалоб могут быть похожи на депрессивное состояние, но при ближайшем рассмотрении отличаются от состояний, рассматриваемых в руководстве.

Другие жалобы на психическое здоровье считаются существенными, когда они препятствуют повседневной деятельности или когда человек обращается за помощью для их устранения. Другие жалобы на психическое здоровье могут быть вызваны стрессом

- » К этому модулю не следует обращаться, если состояние пациентов отвечает критериям любого приоритетного расстройства из Руководства mhGAP (кроме самоповреждения).
- » Следует использовать этот модуль только в том случае, когда полностью исключено наличие депрессии.
- » Следует использовать этот модуль при оказании помощи взрослым. Если пациент – ребенок или подросток, перейдите к разделу » СМН.

ОТН » Краткий обзор



ОЦЕНКА

- » Исключите физические причины, которые полностью бы объясняли присутствующие симптомы
- » Исключите депрессию или другие расстройства ПНВ
- » Оцените, испытывает ли человек значительные трудности с ежедневным функционированием и ищет ли помощь для облегчения симптомов
- » Оцените, был ли человек подвержен воздействию чрезвычайных стресс-факторов
- » Оцените, есть ли реальный риск самоповреждения/самоубийства



ЛЕЧЕНИЕ

- » Протоколы
 1. Другие значительные жалобы на психическое здоровье
 2. Другие значительные жалобы на психическое здоровье у людей, подверженных воздействию экстремальных стресс-факторов



ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ



ОТН 1 » Оценка

ОБЩЕЕ ОПИСАНИЕ ДРУГИХ ЗНАЧИМЫХ ЖАЛОБ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- Ощущение сильной усталости, депрессии, раздражения, беспокойства или стресса.
- Клинически необъяснимые соматические жалобы (т. е. соматические симптомы, не имеющие известной физической причины, которая бы полностью их объясняла).

1

Есть ли физическая причина, которая полностью объясняет присутствующие симптомы

ДА

НЕТ

» Окажите помощь для устранения каждой выявленной физической причины и проверьте, сохраняются ли симптомы

2

Может ли это состояние быть депрессией или другим расстройством ПНВ, которое рассматривается в другом модуле руководства?

ДА

НЕТ

» Перейдите в соответствующий модуль





❗ ЕСЛИ ЕСТЬ РЕАЛЬНЫЙ РИСК САМОУБИЙСТВА, ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ И ОКАЖИТЕ ПОМОЩЬ, прежде чем перейти к протоколам 1 и 2 (перейти к » SUI).





ОТН 2 » Лечение

ПРОТОКОЛ

1

ПРОЧИЕ ЗНАЧИМЫЕ ЖАЛОБЫ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ


- » ❌ **Не назначайте успокаивающие лекарственные препараты и антидепрессанты** (если не рекомендовано специалистом).
 - » ❌ **Не назначайте инъекции витаминов или другие неэффективные методы лечения.**
 - » **Во всех случаях уменьшайте стресс и укрепляйте социальную поддержку, как описано в разделе «Основной уход и практика» (ЕСР).**
 - Устраните текущие психосоциальные стресс-факторы.
 - Укрепляйте все виды поддержки.
 - Обучайте методам борьбы со стрессом, таким как методы релаксации (см. список 1 в конце модуля).
 - » **Когда не выявлено физическое состояние, полностью объясняющее наличие соматического симптома, признайте факт наличия симптомов и дайте возможные объяснения**
 - Избегайте назначения дополнительных лабораторных или других исследований, если на то нет медицинских показаний, напр., атипичных показателей жизненно важных функций.
 - Если исследование все же будет проведено, уменьшите нереалистичные ожидания, сообщив человеку, что ожидаемый результат, вероятно, будет нормальным.
- Сообщите человеку, что никаких серьезных заболеваний не выявлено. Сообщите результаты нормальной клинической картины и анализов.
 - Если человек настаивает на дальнейших исследованиях, скажите, что лишние исследования могут быть вредными, поскольку они могут привести к ненужному беспокойству и побочным эффектам.
 - Признайте, что симптомы не вымышлены и что остается необходимость устранить симптомы, которые вызывают такое характерное патологическое состояние.
 - Попросите человека **самому объяснить** причины своих симптомов и спросите о тревожащих его проблемах. Это может указать на источник страданий, поможет построить с ним доверительные отношения и повысить приверженность лечению.
 - Объясните, что при эмоциональных страданиях/стрессах человек часто испытывает телесные ощущения, такие как боли в животе, мышечное напряжение и т. д. Спросите и обсудите наличие потенциальной связи между эмоциями/стрессом и симптомами.
 - Побуждайте продолжать заниматься повседневной деятельностью (или постепенно возвращаться к ней).
 - Не забывайте применять практику снижения стресса и укрепления социальной поддержки. Перейдите к **» ЕСР**.

ПРОТОКОЛ

2


**ПРОЧИЕ ЗНАЧИМЫЕ ЖАЛОБЫ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ,
ПОДВЕРЖЕННЫХ ВЛИЯНИЮ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СТРЕСС-ФАКТОРОВ**

(например, физического или сексуального насилия, крупных аварий, утраты близкого или других больших потерь)

- » Во всех случаях, независимо от того, будут ли у человека присутствовать эмоциональные, физические или поведенческие проблемы после воздействия экстремального стресс-фактора, обеспечьте ему поддержку в соответствии с ПРОТОКОЛОМ 1. Внимательно выслушайте человека.
- » ❌ НЕ ЗАСТАВЛЯЙТЕ человека говорить о событии.
- » Удовлетворите социально-бытовые потребности человека.
 - Спросите человека о его/ее потребностях и проблемах.
 - Помогите человеку обеспечить свои основные потребности, получить доступ к услугам и другим видам социальной помощи, а также наладить связи с семьей.
 - Обеспечьте защиту от (дальнейшего) вреда, если в этом есть необходимость.
 - Побуждайте человека вернуться к прежней нормальной деятельности, напр., в школе или на работе, дома или в обществе, если это реально и приемлемо по нормам культуры.
- » Если человек перенес какие-либо серьезные утраты, объясните ему следующее:
 - Нормально испытывать горе из-за какой-либо серьезной утраты. Можно скорбеть по человеку, дому или имуществу или из-за ухудшения собственного здоровья и благополучия. Горе может оказывать как психическое, так и физическое воздействие на человека.
 - Люди переживают горе по-разному. Некоторые проявляют сильные эмоции, в то время как другие их не проявляют. Плач не означает, что человек слаб. Люди, которые не плачут, могут так же глубоко переживать эмоциональные страдания, но по-другому выражать свое горе.
- В большинстве случаев горе утихнет с течением времени. Можно подумать, что печаль, тоска или боль, которую чувствует человек, никогда не уйдут, но в большинстве случаев со временем эти чувства притупляются. Иногда человек какое-то время может чувствовать себя нормально, но потом что-то напоминает ему об утрате, и он может испытывать те же чувства, что и в начале. Нет правильного или неправильного способа переживать горе. Временами человеку может быть очень грустно, иногда он цепенеет, а в другое время он может получать удовольствие от жизни. Эти переживания обычно становятся менее интенсивными и частыми с течением времени.
- » В случае потери близкого человека обсудите и поддержите человека в соответствии с национально-культурными особенностями и/или традициями траурных мероприятий.
 - Спросите об уже произошедших или запланированных траурных церемониях/ритуалах. Если это невозможно, обсудите препятствия и способы их преодоления.
- » Если вы подозреваете наличие пролонгированной реакции горя, обратитесь к специалисту для дальнейшей оценки и тактики лечения. 
 - У человека может быть пролонгированная реакция горя, если симптомы включают в себя значительные трудности в выполнении повседневной деятельности на протяжении как минимум последних 6 месяцев, сильную озабоченность или непреодолимую тягу к умершему в сопровождении с сильными эмоциональными страданиями.

» В случае реакции на недавнее потенциально травматическое событие, объясните человеку следующее:

- Люди часто испытывают реакции после таких событий. Характер реакций может сильно отличаться у разных людей и может меняться с течением времени.
- Это могут быть соматические симптомы, такие как сердцебиение, ломота и боли, расстройство желудка, головные боли, а также эмоциональные и поведенческие симптомы, характеризующиеся нарушением сна, унынием, тревогой, раздражением и агрессией.
- Такие чувства могут обостряться или вновь появляться при напоминании о стрессовом событии или при новом стрессе.
- В большинстве случаев симптомы уменьшаются с течением времени, особенно если человек достаточно отдыхает, получает социальную поддержку и вовлечен в мероприятия по уменьшению стресса. Перейдите к » **ЕСР**. Перейти к **списку 1**.

» Если вы подозреваете посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), проконсультируйтесь со специалистом для дальнейшей оценки и тактики лечения. 

- После потенциально травматического события у человека может случиться ПТСР, если симптомы характеризуются значительными трудностями в выполнении повседневной деятельности в **течение как минимум 1 месяца** и включают повторяющиеся страшные сновидения, навязчивые воспоминания о событиях, сопровождаемые чрезмерным страхом и ужасом, сознательное уклонение от напоминаний о событии, чрезмерное беспокойство и настороженность по отношению к опасности или резкую реакцию на громкие звуки или неожиданные движения.


ОТН 3 » Последующее наблюдение

ОЦЕНКА УЛУЧШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ

УЛУЧШАЕТСЯ ЛИ СОСТОЯНИЕ?

ДА

НЕТ


- » Продолжите план лечения
- » Последующее наблюдение по мере необходимости 

РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ЧАСТОТЫ ПРОВЕДЕНИЯ КОНСУЛЬТАЦИЙ

- » Попросите человека снова прийти через 2–4 недели, если симптомы не утихнут, или в любое время при ухудшении симптомов.



Если состояние человека не улучшается или **лицо, осуществляющее уход, настаивает на дальнейших обследованиях и лечении:**

- » Просмотрите протоколы 1 и 2
- » Рассмотрите возможность консультации со специалистом. 

СПИСОК 1. ИНСТРУКЦИИ ПО ОБУЧЕНИЮ МЕТОДИКАМ РЕЛАКСАЦИИ

» Объясните, что вы будете делать.

«Я собираюсь научить вас, как дышать так, чтобы помочь вашему телу и разуму расслабиться. Понадобится несколько тренировок, чтобы почувствовать всю пользу этой методики. Эта стратегия основана на дыхании, поскольку во время стресса наше дыхание становится быстрым и поверхностным, что увеличивает напряжение. Чтобы расслабиться, нужно изменить дыхание. Перед тем как начать, давайте расслабим тело».

» Медленно начинайте выполнять упражнения на расслабление и показывайте, как нужно дышать.

«Слегка встряхните и расслабьте руки и ноги. Они должны быть свободными и расслабленными. Отведите плечи назад и поведите головой из стороны в сторону. Теперь положите одну руку на живот, а другую – на верхнюю часть груди. А теперь я хочу, чтобы вы представили, что у вас в животе воздушный шар, который при вдохе надувается так, что ваш живот расширяется. При выдохе из воздушного шара тоже выходит воздух так, что ваш живот сдувается. Сначала посмотрите на меня. Сперва я выдохну весь воздух из живота». Покажите дыхание животом, при этом постарайтесь демонстративно выпячивать и втягивать живот.

» Сфокусируйтесь на методике дыхания.

«Старайтесь дышать животом вместе со мной. Помните, сначала мы выдыхаем, пока не выйдет весь воздух; после этого вдыхаем. Если можете, постарайтесь вдыхать через нос и выдыхать через рот. Второй шаг – замедление дыхания. Три секунды на вдох, задержать дыхание на две секунды и три секунды на выдох. Я буду считать вместе с вами. Вы можете закрыть глаза или держать их открытыми. Медленно вдохните, 1, 2, 3. Задержите дыхание, 1, 2. А сейчас выдохните, 1, 2, 3». Повторяйте это дыхательное упражнение примерно одну минуту, отдохните одну минуту, затем повторите цикл упражнений еще два раза.

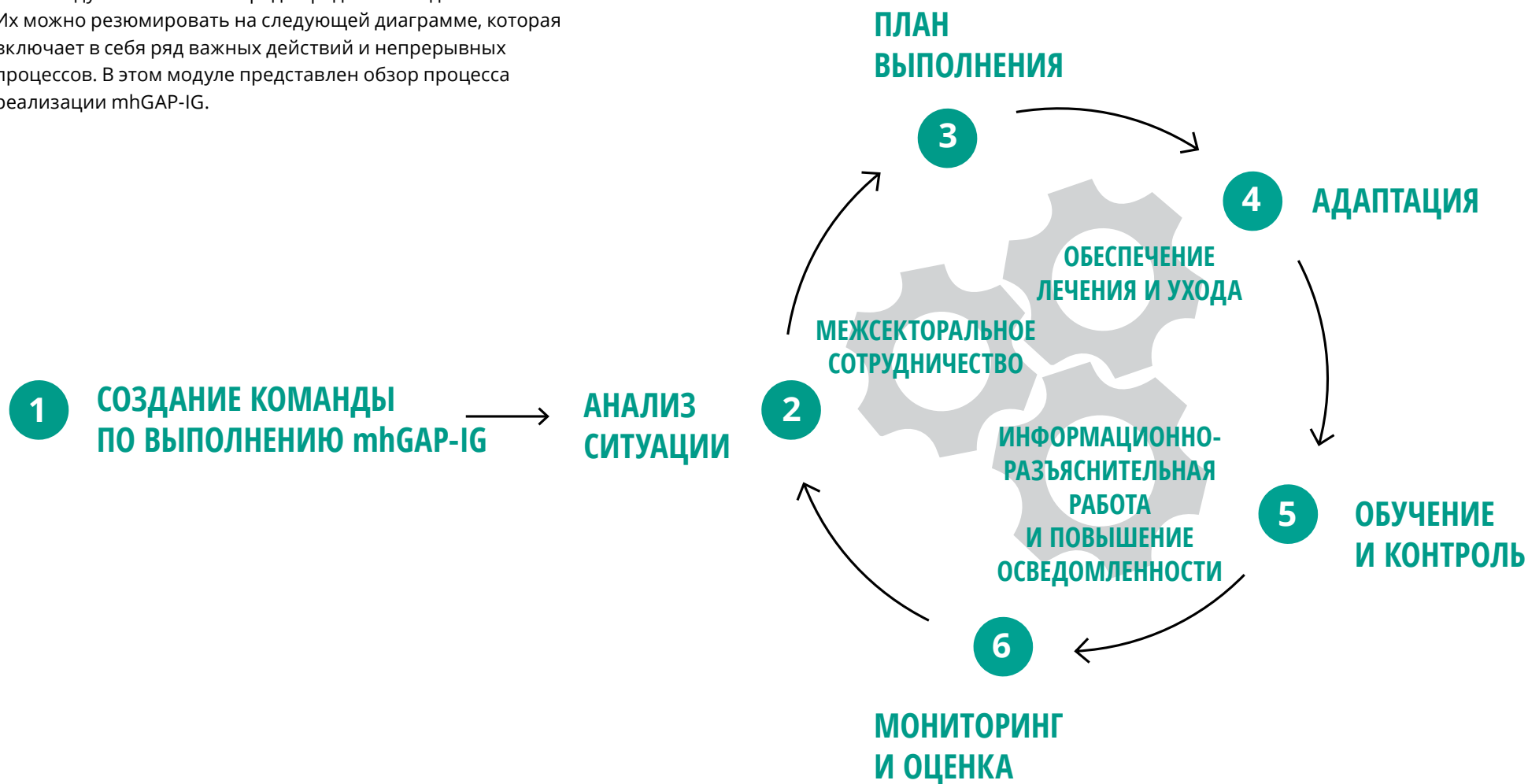
» Поощряйте самостоятельные занятия.

«Попробуйте самостоятельно выполнить упражнения в течение одной минуты. Теперь вы можете самостоятельно их выполнять».

ВЫПОЛНЕНИЕ РУКОВОДСТВА mhGAP-IG

Процесс выполнения mhGAP-IG

Для применения этого руководства в неспециализированных медицинских учреждениях разработчикам программ рекомендуется выполнить ряд определенных действий. Их можно резюмировать на следующей диаграмме, которая включает в себя ряд важных действий и непрерывных процессов. В этом модуле представлен обзор процесса реализации mhGAP-IG.



1 Создайте команду по выполнению mhGAP-IG

- » В некоторых случаях необходимо создать одну или несколько команд в зависимости от географической зоны/региона, которые должны быть охвачены.
- » Четко определите цели и техническое задание по реализации программы и разработайте рабочий план для каждой команды/члена. Одна из ключевых задач – контроль за процессом выполнения руководства.
- » Используйте уже существующий орган или команду, вместо создания новых единиц, напр., комитет по здравоохранению или общественную консультативную группу. В некоторых случаях может быть создано несколько команд. Слияние команд или создание новой команды с участием всех представителей также возможно.
- » В команду по выполнению должен входить как минимум один представитель каждой из следующих категорий: гражданское общество и пользователи услуг; вырабатывающие политику лица; реальные и потенциальные финансовые спонсоры и благотворители; руководители программ; поставщики услуг и специалисты в области информации.
- » Создайте небольшие инициативные группы или целевые группы, которые должны будут сосредоточиться на конкретных видах деятельности; напр., одна группа будет осуществлять обучение, другая – информационно-разъяснительную деятельность и мероприятия по повышению осведомленности. Всегда четко определяйте функции целевой группы и роль каждого ее члена.

2 Анализ ситуации

Основная задача анализа ситуации — предоставить информацию о связанных с расстройствами ПНВ ресурсах и нуждах, которая будет использоваться в процессе планирования, адаптации и выполнения. Этот процесс включает в себя кабинетный анализ; напр., проверку страновой профильной информации при помощи Атласа психического здоровья ВОЗ, отчета об инструменте оценки систем психического здоровья ВОЗ (AIMS) или уже существующих оценок, а также интервью и групповые дискуссии с участием различных заинтересованных сторон для того, чтобы ответить на следующие вопросы:

- » Оценку каких потребностей и ресурсов необходимо провести в первую очередь? Что уже известно?
- » Каковы принципы национальной политики, относящиеся к сфере психического здоровья, потенциал специалистов в стране/регионе и организациях по предоставлению услуг по охране психического здоровья?
- » Каковы системы взглядов и каким образом люди ищут помощи для укрепления психического здоровья в стране/регионе?
- » Каковы потенциальные преграды, связанные с выполнением mhGAP-IG? Например, стигма и дискриминация по отношению к людям с расстройствами ПНВ, приоритеты национального здравоохранения, которым отдается предпочтение по отношению с расстройствами ПНВ и т. д.

3 План выполнения Руководства mhGAP-IG

Разработайте план выполнения Руководства mhGAP-IG на основе анализа ситуации, чтобы ответить на следующие вопросы:

ГДЕ

- » Где будет выполняться Руководство mhGAP-IG (напр., в каких учреждениях, округах, городах)?

КОГДА

- » Когда будет осуществляться каждое мероприятие Руководства mhGAP-IG (напр., сроки для адаптации, обучения тренеров, учебные мероприятия, контроль и информационно-разъяснительные мероприятия)?

ЧТО

- » Какие ресурсы необходимы и доступны для реализации Руководства mhGAP-IG, включая финансовые и кадровые ресурсы, а также инфраструктуру (напр., учреждения, запасы лекарственных средств)?

КТО

- » Кто будет проходить обучение, какие знания и навыки эти люди уже имеют (напр., навыки и знания, которые имеют медсестры ПМСП и врачи), кто будет отвечать за каждое мероприятие (напр., кто будет осуществлять обучение и контроль)?

КАК

- » Каким образом можно улучшить обмен информацией и способы направления пациентов к врачам-специалистам на разных уровнях системы, вместе с тем предоставляя новые услуги?
- » Каким образом можно собрать данные о мероприятиях по выполнению Руководства mhGAP-IG и объединить их с показателями информационной системы здравоохранения?

4 Адаптация

Адаптация Руководства mhGAP-IG – это процесс принятия решений И внесения необходимых изменений В руководство, учебные материалы, инструменты мониторинга и оценки (МиО) и другие инструменты, чтобы ОНО ПОДХОДИЛО для применения в определенной стране или районе.

Цель адаптации Руководства mhGAP-IG

сделать возможным реализацию руководства, включая компоненты ПО оценке и лечению, В местной системе здравоохранения.

- » Гарантировать приемлемость руководства в местном социокультурном контексте.
- » Использовать местную терминологию для улучшения обмена информацией с пользователями и лицами, осуществляющими уход.
- » Уточнять способы направления к специалистам.
- » По мере необходимости создавать материалы, следуя соответствующим национальным рекомендациям и принципам лечения.
- » Обеспечить основу для разработки соответствующих учебных программ и инструментов.
- » Обеспечить показатели мониторинга и оценки (МиО) в соответствии с национальной информационной системой здравоохранения.

Методы адаптации Руководства mhGAP-IG

- » Организуйте семинар с участием группы различных заинтересованных сторон для согласования и адаптации Руководства mhGAP-IG, его учебных материалов, инструментов МиО и других инструментов.
- » Привлеките экспертов, представляющих соответствующие дисциплины (напр., психиатрию, наркологию, неврологию, педиатрию, социальную службу и психологию), людей, представляющих разные уровни общего медицинского обслуживания (напр., медицинские работники общественного здравоохранения, работники первичной медицинской помощи, семейные врачи, медицинские сестры, фармацевты, врачи-практики в области информационных систем здравоохранения), пользователей услуг и руководителей.
- » Используйте результаты анализа ситуации В регионах, где будет ВЫПОЛНЯТЬСЯ Руководство mhGAP-IG.
- » Обеспечьте соответствие процесса адаптации государственным официальным документам (напр., национальной политике, законодательству и плану здравоохранения, клиническим протоколам и руководящим принципам, используемым в общей/первичной медицинской помощи, и государственному перечню лекарственных средств).

5 Обучение и контроль выполнения Руководства mhGAP-IG

Важный аспект выполнения Руководства mhGAP-IG – обучение медицинских работников неспециализированных учреждений проведению вмешательств в качестве персонала переднего ряда, а также предоставление механизмов ДЛЯ обеспечения постоянной поддержки и контроля. Несмотря на то, что руководство предназначено в ОСНОВНОМ ДЛЯ неспециалистов, необходимо согласовывать усилия специалистов и экспертов в области общественного здравоохранения с целью обеспечения его оптимального использования.

Цель обучения правильному использованию Руководства mhGAP-IG, заключается в обучении непрофильных поставщиков медицинских услуг навыкам и знаниям, необходимым для оценки состояния и лечения людей с приоритетными состояниями ПНВ. Продолжительность обучения зависит от внесенных изменений с учетом местных особенностей, а также от тех знаний и навыков, которыми уже обладают непрофильные поставщики медицинских услуг. Обычно процесс обучения занимает несколько полных дней и может быть проведен в виде индивидуальных занятий или посредством электронного обучения в зависимости от возможностей реализации.

Структура обучения может состоять из последовательного плана, состоящего из двух уровней: мастер-инструктор готовит инструкторов, которые затем будут обучать поставщиков неспециализированных медицинских услуг переднего ряда.

Программа mhGAP-IG по подготовке инструкторов

Цель заключается в том, чтобы инструкторы были квалифицированными и уверенными в своих способностях к обучению поставщиков неспециализированных медицинских услуг, а также могли выступать в качестве источника знаний для этих поставщиков.

Инструкторы/руководители программы mhGAP-IG должны иметь следующие характеристики:

- » Быть специалистами в области психического здоровья по расстройствам ПНВ (психиатр, психиатрическая медсестра, невропатолог и др.), врачами или медсестрами, которые были обучены и имеют опыт в лечении расстройств ПНВ, используя Руководство mhGAP-IG и/или действующими руководителями общей системы здравоохранения.
- » Иметь клинические навыки и опыт работы в области психического здоровья и/или лечения расстройств ПНВ.
- » Иметь навыки и опыт работы в административных аспектах лечения расстройств ПНВ, в том числе – в ведении документации, последующем наблюдении и направлении к специалистам.
- » Быть хорошим организатором и уметь решать проблемы.
- » Иметь время для оказания поддержки и контроля, а также для регулярных визитов с проверкой.

Учебная программа:

От инструкторов ожидается проведение будущих курсов обучения использованию Руководства mhGAP-IG, оказание поддержки поставщикам медицинских услуг и осуществление контроля над ними. Помимо обучения по вопросам оценки состояния и лечения людей с расстройствами ПНВ в соответствии с Руководством mhGAP-IG, они узнают о методике подготовки, разработки учебных планов, осуществления контроля и обеспечения качества.

Поддержка и контроль mhGAP-IG

Участниками учебного курса mhGAP-IG (слушателями курса mhGAP-IG) обычно становятся неспециализированные медицинские работники – в основном из амбулаторий/ стационаров первичной или вторичной медицинской помощи. Им нужна постоянная помощь для того, чтобы они могли применять полученные на курсах знания в своей клинической практике. Контроль рассматривается как составная часть непрерывного процесса образования, необходимого для подготовки грамотных поставщиков медицинских услуг по mhGAP. Поддержка и контроль призваны помочь слушателям курса mhGAP-IG не только научиться предоставлять психиатрическую помощь высокого качества (клиническое наблюдение), но и улучшить условия работы, связанные с выполнением Руководства mhGAP (административный и программный контроль).

Конкретные цели поддержки и контроля:

- » Содействовать применению навыков и знаний, полученных на учебных курсах mhGAP-IG, в клинической практике.
- » Обеспечить адекватное проведение психиатрических вмешательств в соответствии с Руководством mhGAP-IG и изучить направления для развития дальнейших навыков.
- » При возникновении проблем у слушателей курса mhGAP-IG выявлять и оказывать помощь в управлении сложными клиническими ситуациями.
- » Содействовать повышению мотивации работников неспециализированных медицинских учреждений для обеспечения предоставления качественных медицинских услуг людям с расстройствами ПНВ.

- » Обеспечить, чтобы необходимые материалы и административные процедуры, касающиеся расстройств ПНВ, такие как направление больных к специалистам и последующее наблюдение, были подготовлены и/или интегрированы в существующие системы местных медицинских учреждений.
- » Обеспечить оперативную поставку медикаментов, медицинского оборудования и других вспомогательных средств для выполнения Руководства mhGAP-IG.
- » Демонстрировать и поощрять уважительное, непредвзятое отношение и деликатное проведение процедур, которые стимулируют и защищают права человека в отношении лиц с расстройствами ПНВ.
- » Оказывать поддержку медицинским работникам, испытывающим стресс.

6 Мониторинг и оценка

Благодаря проведению мониторинга и оценки (МиО) можно получить информацию о том, помогает ли программа или нет и кому именно; можно определить направления, которые находятся на целевом уровне, или аспекты программы, которые необходимо скорректировать. Информация, полученная благодаря МиО, может наглядно показывать лицам, осуществляющим программу, и спонсорам, что инвестиции окупаются. МиО обеспечивает жизненно важную информацию для обобщения накопленного опыта, повышения качества услуг, планирования, распределения ресурсов и демонстрации результатов в рамках отчетности для ключевых заинтересованных сторон. Фраза «что измеримо – то выполнимо» резюмирует важность мониторинга и оценки в планировании и осуществлении программы.

МиО включает в себя планирование, согласование, сбор, анализ и использование данных на национальном, региональном и местном уровнях, в том числе на уровне медицинских учреждений и кураторов, стажеров и руководителей программы mhGAP-IG; поэтому команде по выполнению Руководства mhGAP-IG целесообразно назначить координатора или подкомитет для планирования и осуществления МиО.

К примерам показателей, которые могут быть использованы для мониторинга выполнения Руководства mhGAP-IG, относятся: показатели на уровне учреждения; например, число неспециализированных медицинских работников, обученных mhGAP-IG; число визитов с целью оказания поддержки и осуществления контроля в каждое медицинское учреждение, где применяется mhGAP-IG; показатели на уровне системы здравоохранения, например, число медицинских учреждений, использующих mhGAP-IG для оценки и управления состоянием людей с расстройствами ПНВ, число медицинских учреждений с бесперебойным снабжением необходимыми медикаментами для лечения расстройств ПНВ.

Необходимо обеспечить включение данных показателей в национальную информационную систему здравоохранения. Сбор данных по этим показателям поможет осуществлять мониторинг выполнения mhGAP-IG. Показатели также будут способствовать предоставлению национальной отчетности в области психического здоровья каждые два года для внесения данных в Атлас психического здоровья ВОЗ и для отслеживания прогресса по реализации плана действий по охране психического здоровья за 2013–2020 гг.

Проводите оценку процесса в области выполнения mhGAP-IG, определяйте как успешные, так и требующие совершенствования стороны, а также обновляйте ситуационный анализ.

Кроме шести описанных выше направлений существуют еще три постоянных видов деятельности, которые составляют неотъемлемую часть выполнения mhGAP-IG. Эти действия описаны ниже.

А. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА:

В Руководстве mhGAP-IG рекомендуется целый ряд фармакологических и психологических вмешательств, которые могут осуществляться поставщиками медицинских услуг неспециализированных учреждений. Сюда входит терапия, направленная на решение проблем (ТРП) и интерперсональная терапия (ИПТ) для лечения депрессий у взрослых. ВОЗ разработала психологические вмешательства в упрощенной форме. Это масштабируемые вмешательства, а их осуществление требует пониженного уровня использования специализированных кадровых ресурсов. Это означает, что вмешательство было изменено, чтобы использовать меньше ресурсов, чем требуется для осуществления обычных психологических вмешательств, а также чтобы люди с наличием или отсутствием предварительной подготовки в области охраны психического здоровья могли эффективно проводить ТРП и ИПТ низкой интенсивности при условии, что они прошли обучение и делают это под руководством специалистов. К примерам пособий ВОЗ по масштабируемым психологическим вмешательствам, которые входят в пакет mhGAP, относятся: *WHO Problem Management Therapy PM+ manual*, *WHO Interpersonal Therapy manual (IPT)*, *WHO Thinking Healthy manual for maternal depression*, *WHO Parental Skills training manual*.

Для лечения симптомов ПНВ могут использоваться основные лекарственные препараты с целью сокращения продолжительности многих заболеваний и уровня инвалидности, а также предотвращения рецидивов. Основные лекарственные средства входят в «Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств». Доступ к основным лекарственным средствам – компонент «права на [наивысший достижимый уровень] здоровья».

Существует четыре основные группы медицинских препаратов, которые предназначены для лечения приоритетных состояний ПНВ, упомянутых в данном руководстве:

- » антипсихотические средства для лечения психотических расстройств;
- » лекарственные препараты, используемые при лечении расстройств настроения (депрессивные или биполярные расстройства);
- » противосудорожные/противоэпилептические лекарственные средства;
- » лекарственные препараты, используемые для управления синдромом отмены психоактивного вещества, лечения интоксикации или зависимости.

Опыт многих стран показывает, что можно улучшить снабжение и использование лекарственных средств. Доступ населения к основным лекарственным средствам определяется следующими факторами: (i) рациональный выбор лекарственных средств; (ii) доступные цены; (iii) обеспечение устойчивого финансирования; (iv) наличие надежных систем здравоохранения и снабжения.

В. ИНФОРМАЦИОННО-РАЗЪЯСНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА И ПОВЫШЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ:

В рамках информационно-разъяснительной работы по охране психического здоровья информация используется планомерным и стратегическим образом, чтобы побудить людей изменить ситуацию к лучшему. Эта работа включает в себя содействие обеспечению потребностей и прав людей с психическими расстройствами, а также населения в целом. Информационно-разъяснительная работа отличается от обучения. В рамках процесса обучения предоставляется информация и углубляется понимание проблемы. Информационно-разъяснительная деятельность направлена на то, чтобы убедить кого-либо в чем-либо посредством призывов к конкретным действиям. Один из основных принципов информационно-разъяснительной работы заключается в том, что она эффективна лишь тогда, когда целевой аудитории предлагается сделать что-то. Мобилизация людей означает приглашение стать частью решения.

Примеры информационно-разъяснительных мероприятий

Информационно-разъяснительные мероприятия среди всех слоев населения:

- » Мобилизуйте людей с расстройствами ПНВ и лиц, осуществляющих за ними уход, и вовлекайте их в информационно-разъяснительные мероприятия. Обеспечьте, чтобы у сообщества были прямые и позитивные социальные контакты с людьми с расстройствами ПНВ.
- » Используйте средства массовой информации для повышения осведомленности о проблемах психического здоровья, например, с помощью публичных объявлений, журнальных статей и объявлений в центрах здоровья, при этом подчеркивая необходимость в сообщении достоверной информации, в частности, относительно самоубийств.
- » Проводите образовательную работу по вопросам психического здоровья в общественных местах (напр., в школах и медицинских центрах).
- » Проводите общественные мероприятия и лекции по темам охраны психического здоровья.

Информационно-разъяснительные мероприятия среди работников служб здравоохранения и охраны психического здоровья:

- » Расширяйте понимание важности помощи со стороны сообщества, участия сообщества и соблюдения прав людей, страдающих расстройствами ПНВ.
- » Обеспечьте надлежащую подготовку и поддержку работникам служб по охране психического здоровья и здравоохранения в целом.

С. КОЛЛЕКТИВНАЯ РАБОТА И МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Выполнение Руководства mhGAP-IG требует осуществления сотрудничества между различными секторами и заинтересованными сторонами, такими как:

- » **Специализированные и неспециализированные службы здравоохранения и медицинские работники:** психологи, местные медицинские и социальные работники, медицинские работники стационарных или амбулаторных учреждений, работники по разъяснительной работе среди населения.
- » **Пользователи услуг:** группы или отдельные лица, имеющие аналогичные расстройства, члены семьи лиц с аналогичными расстройствами или лица, оказывающие уход за кем-то с таким же расстройством (после получения согласия всех участников).
- » **Семья и друзья:** определите предыдущую социальную деятельность человека, которая при возобновлении может оказать прямую или косвенную психологическую и социальную поддержку (напр., семейные праздники, прогулки с друзьями, посещение соседей, общественная деятельность на работе и в местном сообществе, занятие спортом) и побудите человека возобновить эту деятельность.
- » **Поддержка со стороны неформальных сообществ:** религиозных групп, групп помощи, групп отдыха, женских групп, групп поддержки молодежи, культурных групп, групп самопомощи, телефонов доверия.
- » **Образование и трудоустройство:** школы, образовательные программы, программы создания источников доходов или программы профессиональной подготовки. В частности, программы по профилактике суицида в школе, которые включают тренинги по

повышению информированности в области психического здоровья и обучение навыкам с целью сокращения попыток самоубийства и числа случаев смерти в результате самоубийства среди школьников подросткового возраста.

- » **Неправительственные организации:** юридическая помощь, услуги по защите детей, программы по борьбе с насилием по признаку пола или программы психосоциальной поддержки.
- » **Государственные услуги и льготы:** системы общественного правосудия, пособие на ребенка, пенсия, пособие по инвалидности, скидки на проезд в общественном транспорте.

Чтобы способствовать эффективному сотрудничеству между этими группами, важно:

- » Убедиться, что члены команды по реализации mhGAP-IG имеют четко определенные роли и функции.
- » Подготовить список ресурсов и преимуществ, чтобы помочь персоналу неспециализированных медицинских учреждений создать содержательные ссылки для людей с приоритетными состояниями ПНВ, осуществляющих за ними уход лиц и других членов семьи путем сбора информации из ситуационного анализа и регулярного обновления списка на основе поступления новой информации.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

ТЕРМИН

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Абстинентный синдром новорожденных

Внутриутробное воздействие наркотических средств может привести к абстинентному синдрому новорожденных. Симптомы абстиненции обычно имеют неврологический характер, препятствуя нормальной автономной функции. Клинические проявления наркотической абстиненции различаются в зависимости от многих факторов, напр., от типа и дозы используемого препарата, уровня метаболизма и экскреции матери и ребенка.

Абсцесс спинного мозга

Состояние спинного мозга, вызванное заражением бактериального, вирусного или грибкового происхождения. Состояние характеризуется фокальной аккумуляцией гнойного материала в спинном мозге. Могут присутствовать лихорадка, боли в спине с неврологическим дефицитом. Заражение происходит через гематогенное распространение переносчика инфекции.

Агранулоцитоз

Заболевание крови, когда в крови отсутствуют гранулоциты (тип белых кровяных клеток). Это острое состояние, связанное с тяжелой и опасной лейкопенией, также известное как вторичный агранулоцитоз, индуцированный лекарственными средствами.

Акатизия

Субъективное ощущение беспокойства, часто сопровождаемое видимыми чрезмерными движениями (напр., нервными движениями ног, переминанием с ноги на ногу, ходьбой из стороны в сторону, неспособностью спокойно сидеть или стоять).

Акинезия

Отсутствие или недостаток произвольных движений. Состояние, связанное с трудностями производить движения или менять один двигательный образ на другой, вызванное болезнью Паркинсона.

Антихолинергические побочные эффекты

Антихолинергические препараты блокируют действие ацетилхолина на мускариновые рецепторы. Антихолинергические эффекты включают сухость во рту, частоту или задержку мочеиспускания, учащенное сердцебиение и синусовую тахикардию.

Апластическая анемия

Это заболевание, которое характеризуется неспособностью стволовых клеток крови генерировать новые зрелые клетки. Эта болезнь также характеризуется низким уровнем эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов в крови. Оно может проявляться в виде таких симптомов как бледность, утомляемость, головокружение, повышенный риск инфицирования, увеличение кровоподтеков или кровотечения.

Атаксия

Нарушение мышечной координации. У людей с атаксией возникают проблемы с координацией из-за повреждения сегмента нервной системы, контролирующего движение и равновесие. Атаксия может поражать пальцы и кисти рук, руки, ноги, тело, нарушать речь и движение глаз.

ТЕРМИН

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Болезнь Альцгеймера

Первичное дегенеративное церебральное заболевание неизвестной этиологии в большинстве случаев с наличием характерных невропатологических и нейрохимических особенностей. Расстройство в начале обычно протекает без явных симптомов и развивается медленно, но стабильно на протяжении нескольких лет.

Блуждание

Тяга людей, живущих с деменцией, ходить на прогулки, а в некоторых случаях – уходить из дома. Они часто могут испытывать проблемы с ориентацией, в результате чего могут заблудиться.

Возбужденное состояние

Заметное беспокойство и чрезмерная двигательная активность.

Галлюцинации

Ложное восприятие действительности: люди видят, слышат и ощущают то, чего нет на самом деле, чувствуют несуществующие запахи и вкусы.

Групповые сбережения

Накопительная деятельность, при которой бедные могут быстро накопить большую сумму денег, вкладывая свои сбережения в общий фонд, который затем может быть использован группой или членом группы для продуктивных инвестиций.

Дезорганизованное поведение

Поведение, включая вызывающую позу, походку или другие действия, которые имеют непредсказуемый и нецеленаправленный характер (напр., человек кричит на незнакомых людей на улице).

Дезорганизованное/расстроенное мышление

Нарушение ассоциативного мыслительного процесса, обычно проявляющегося в речи, когда человек внезапно переходит от одной темы к другой, которая не связана или мало связана с первой. Человек не проявляет никаких признаков того, что он осознает несвязность или нелогичность своего мышления.

Делирий

Переходное изменчивое психическое состояние, характеризующееся нарушенным вниманием (т. е. снижение способности направлять, сосредотачиваться и переключать внимание) и восприятием (т. е. снижение ориентации в окружающей среде), которое развивается в течение короткого периода времени и имеет тенденцию меняться в течение дня. Это состояние сопровождается (прочими) нарушениями восприятия, памяти, мышления, эмоций или психомоторных функций. Оно может быть результатом острых органических причин, таких как инфекции, лекарства, метаболические нарушения, отравление психоактивными веществами, или синдрома отмены ПАВ.

Детоксикация

Процесс, посредством которого человек освобождается от воздействия психоактивного вещества. Также обозначает клиническую процедуру, при которой процесс вывода осуществляется безопасным и эффективным способом так, чтобы свести к минимуму последствия синдрома отмены.

ТЕРМИН**ОПРЕДЕЛЕНИЕ****Дефицит витамина К у новорожденных**

Недостаток витамина К может вызвать сильное кровотечение у новорожденных, как правило, сразу после рождения, но иногда и период жизни до 6 месяцев. Кровотечение может быть кожным, желудочно-кишечным, внутричерепным или из слизистых оболочек. Одной из причин этого может быть прием будущей матерью противосудорожных препаратов.

Дистония

Устойчивое сокращение мышц или произвольные движения, которые могут привести к фиксированным неестественным позам. См. **поздняя дискинезия**.

Заблуждение

Стойкое убеждение, противоречащее имеющимся фактам. Его нельзя изменить с помощью рациональной аргументации и его не разделяют люди той же культуры или субкультуры (т. е. оно не может быть частью религиозного вероисповедания).

Идиосинкразическая реакция

Индивидуальная, непредсказуемая и не зависящая от дозы реакция на какое-либо психоактивное вещество: сонливость или эйфория, покраснение, карпопедальные спазмы, затрудненное дыхание и т. д.

Измененное состояние сознания

Измененный уровень сознания или психического состояния, близкий к бессознательному, часто вызываемый потреблением психотропных веществ или другими психическими или неврологическими расстройствами. К примерам относятся спутанность сознания и дезориентация. См. **делирий** и **потеря ориентации, состояние спутанности сознания**.

Инвалидность

Любые ограничения или недостатки (возникающие в результате нарушения) способности выполнять функции таким образом или в тех пределах, которые считаются нормальными для человека. Термин инвалидность отражает последствия ухудшения, связанного с функциональными характеристиками и активностью отдельного лица.

Инсульт

См. **острое нарушение мозгового кровообращения**.

Интерперсональная терапия (ИПТ)

Психологическое лечение, при котором основное внимание направлено на связь между симптомами депрессии и проблемами межличностного взаимодействия, особенно в случаях утраты, конфликтов, социальной изоляции и серьезных жизненных перемен. Также НОСИТ название «межличностная психотерапия».

Информированное согласие

Процесс, с помощью которого медицинский работник раскрывает соответствующую информацию пациенту, который затем сможет сделать добровольный выбор принять или отказаться от лечения. Информированное согласие включает в себя обсуждение следующих элементов: характер решения/процедуры; разумные альтернативы предлагаемым вмешательствам; соответствующие факторы риска, преимущества и неопределенность каждой из альтернатив; оценка понимания и согласие человека на проведение вмешательства.

Когнитивный

Психический процесс, связанный с мышлением. К таким относятся обоснование, запоминание, суждение, решение проблем и планирование.

ТЕРМИН**ОПРЕДЕЛЕНИЕ****Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)**

Форма психотерапии, сочетающая когнитивные компоненты (целью которых – изменение мышления человека, напр., путем выявления необоснованных негативных мыслей и воздействия на них) и поведенческие компоненты (направленные на изменение поведения, напр., путем побуждения человека заниматься более приятными делами).

Кожный зуд

Зуд; сильное чувство, вызывающее желание тереть или царапать кожу, чтобы получить облегчение.

Конвульсии, судорожные движения

Клинические или субклинические нарушения функции коры головного мозга из-за внезапного, атипичного, чрезмерного и дезорганизованного разряда клеток мозга (см. **пароксизм**). Клинические проявления включают аномальные двигательные, сенсорные и психические симптомы.

Консультирование, направленное на решение проблем

Форма психотерапии, заключающаяся в систематическом выявлении проблем и использовании методик для их решения на протяжении нескольких занятий.

Конфиденциальность

Обеспечение неразглашения сведений, сообщенных пациентом врачу (напр., во время консультации), и действия врача по защите медицинских записей.

Краткосрочный уход

Временная госпитализация человека, обычно получающего помощь на дому.

Макулопапулезная сыпь

Сыпь, состоящая из пятнышек – макул (плоских, неощутимых, очерченных областей кожи или областей измененного цвета кожи; напр., веснушек) и папул (небольших бугорков на коже диаметром менее 5 мм, зачастую принимающих форму купола).

Менингит

Болезнь мозговых оболочек (мембран, покрывающих головной и спинной мозг) обычно вызванная инфекцией бактериальной, вирусной, грибковой или паразитарного происхождения.

Миастения гравис

Расстройство нервно-мышечной передачи, характеризующееся усталостной слабостью черепных и скелетных мышц. Клинические проявления могут включать колебания диплопии и птоза, усталостную слабость лицевых, бульбарных, дыхательных и проксимальных мышц конечностей.

Моторные судороги

См. **конвульсии**.

Невнятная речь

Речь с нечетким произношением.

Нейроинфекция

Инфекция, поражающая головной и/или спинной мозг.

Нейролептический злокачественный синдром (NMS)

Редкое, но опасное для жизни состояние, вызываемое применением антипсихотических препаратов и сопровождающееся лихорадкой, делирием, мышечной ригидностью и высоким артериальным давлением.

Неприкосновенность частной жизни

Состояние свободы от несанкционированного вторжения. Например, обеспечение приватности повседневной жизни (в психиатрических больницах или реабилитационных центрах) или конфиденциальности истории болезни.

ТЕРМИН

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Обучение родителей навыкам ухода	Семейная программа лечения, направленная на изменение поведения родителей и укрепление уверенности в принятии эффективных стратегий воспитания. Это включает в себя развитие навыков эмоциональной коммуникации и положительного взаимодействия родителей с детьми, а также методы позитивного укрепления хорошего поведения и функционирования детей/подростков.
Обучение релаксации	Включает в себя обучение дыхательным упражнениям, чтобы вызвать релаксационный ответ.
Ортостатическая гипотензия	Внезапное снижение артериального давления, которое может происходить при переходе из положения лежа в положение сидя или стоя и обычно сопровождается ощущением слабости и головокружения. Это состояние не опасно для жизни.
Острое нарушение мозгового кровообращения	Внезапное нарушение функции головного мозга, связанное с сосудистыми заболеваниями, главным образом тромбозом, кровоизлиянием или эмболией. См. инсульт .
Отвлекаемость	Трудности сосредоточения внимания на определенных задачах; человек легко отвлекается на посторонние раздражители.
Пароксизм	Эпизод нарушения работы мозга из-за нарушений функции коры головного мозга, приводящих к внезапному, патологическому, чрезмерному и дезорганизованному выделению клеток головного мозга. Клинические проявления включают аномальные двигательные, сенсорные и психические явления.
Паукообразный невис	Скопление мельчайших красных кровеносных сосудов, видимых под кожей, обычно встречающееся у женщин во время беременности или как симптом некоторых заболеваний (напр., цирроз печени, розацеа).
Перевозбуждение	Интенсивный и продолжительный автономный разряд, сопровождающийся состоянием застывшей бдительности и настороженности к внешним раздражителям. Такие реакции чаще всего наблюдаются при посттравматических стрессовых расстройствах и часто связаны с употреблением психоактивных веществ или синдромом абстиненции.
Печеночная энцефалопатия	Патологическое психическое состояние, характеризующееся сонливостью, спутанностью сознания или комой, обусловленное нарушением функции печени.
Поведенческая активация	Форма психотерапии, целью которой является улучшение настроения человека путем повторного привлечения к занятиям, которые раньше доставляли удовольствие, несмотря на подавленное состояние в данный момент. Может применяться как отдельный вид лечения или как элемент когнитивно-поведенческой терапии.

ТЕРМИН

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Повседневная жизнедеятельность	Будучи одной из концепций функционирования, повседневная жизнедеятельность – это основные виды деятельности, необходимые для самостоятельной жизни, включая питание, купание и пользование туалетом. В этой концепции есть несколько инструментов оценки, позволяющих определить способность человека выполнять эти виды деятельности с чьей-либо помощью или без нее.
Поздняя дискинезия	Это дистония, характеризующаяся скручиванием и устойчивыми мышечными спазмами, которые поражают области головы, шеи, а иногда и спины. Состояние может не улучшиться после прекращения приема антипсихотических лекарств.
Полиневропатия	Расстройства и функциональные нарушения периферических нервов. Это может проявляться в виде онемения конечностей, парестезии (ощущения пощипывание в конечностях), слабости конечностей, атрофией мышц и потерей глубоких сухожильных рефлексов.
Политерапия	Одновременное назначение нескольких лекарственных средств для лечения одного заболевания.
Порфирия	Группа заболеваний, характеризующихся прерывистыми нервно-висцеральными проявлениями, поражениями кожи или комбинацией того и другого. Клинические признаки болезни обычно появляются во взрослом возрасте, но некоторые виды порфирии поражают и детей. Прямая или косвенная нейротоксичность может вызывать неврологические проявления.
Потеря ориентации, состояние спутанности сознания	Состояние нарушения сознания, связанное с острым или хроническим органическим поражением центральной нервной системы. Клинически оно характеризуется дезориентацией, медлительностью или психическими процессами с ограниченной ассоциацией идей, апатией, отсутствием инициативы, усталостью и плохим вниманием. В легких формах рациональные реакции и поведение могут быть спровоцированы в процессе обследования, но более тяжелые степени расстройства делают человека неспособным сохранять контакт с окружающей средой.
Препараты на основе трав	Ряд народных лекарств, эффективность которых была эмпирически доказана сотни лет назад, получаемых или состоящих из растений. Во многих культурах знания о силе воздействия растительных лечебных средств тщательно сохраняются и по традиции передаются в устной форме от поколения к поколению.
Припадки	Разговорный термин, обозначающий судорожные припадки. См. конвульсии .
Приподнятое настроение	Хорошее настроение, обычно характеризующееся приливом энергии и повышенной самооценкой, которые могут быть несоразмерны жизненным обстоятельствам человека.

ТЕРМИН**ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Приступ ярости	Эмоциональный всплеск ребенка или лиц с эмоциональным дистрессом.
Псевдодеменция	Расстройство, напоминающее слабоумие, но не обусловленное органическим заболеванием мозга и потенциально обратимое при лечении. Может проявляться в виде симптомов депрессии у некоторых пожилых людей.
Психообразование	Процесс просвещения людей с расстройствами ПНВ и лиц, осуществляющих уход/родственников пациента, о характере заболевания, возможных причинах, развитии, последствиях, прогнозе, лечении.
Раздражение мозговых оболочек	Раздражение слоев ткани, покрывающих головной и спинной мозг, обычно обусловленное инфекцией.
Раздражительность, раздражительное настроение	Эмоциональное состояние, при котором человек легко выходит из себя и испытывает слишком сильный гнев, несоизмеримый обстоятельствам.
Расстройства аутистического спектра	Обобщающее понятие, которое включает такие состояния как аутизм, детское дезинтегративное нарушение психического развития и синдром Аспергера.
Расторможенное поведение, расторможенность	Отсутствие сдержанности, проявляющееся в пренебрежении к общественным условиям, импульсивности и низкой оценке риска. Это может влиять на двигательные, эмоциональные, когнитивные и сенсорные аспекты функционирования человека.
Реакции повышенной чувствительности	Побочные эффекты употребления фармацевтических составов (в том числе активных препаратов и вспомогательных веществ), клинически напоминающие аллергию. Они относятся к нежелательным лекарственным реакциям типа В, которые ВОЗ определяет как дозозависимый, непредсказуемый, вредный и непреднамеренный ответ на лекарство, принимаемое в обычной для людей дозе. Они охватывают множество различных клинических фенотипов с различным проявлением и тяжестью протекания.
Рецидив	Возвращение к употреблению алкоголя или других наркотических средств после периода воздержания, часто сопровождающееся восстановлением симптомов зависимости. Этот термин также используется для обозначения возвращения симптомов расстройства ПНВ после периода выздоровления.
Ригидность	Сопrotивление пассивному движению конечности, которое сохраняется во всем его диапазоне. Это симптом паркинсонизма.
Самоповреждение	Намеренное употребление яда или нанесение себе повреждений, независимо от того, привело ли это к смерти и было ли у человека намерение покончить с жизнью.

ТЕРМИН**ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Семейная терапия	Консультирование, которое влечет за собой многократные (обычно более шести) запланированные сессии на протяжении нескольких месяцев. Консультирование необходимо проводить с отдельными семьями или группами семей и по мере возможности с участием человека, страдающего психическим заболеванием. Консультирование включает вспомогательные, образовательные и лечебные функции. В него часто входит согласованная работа по решению проблем или устранению кризиса.
Серотониновый синдром	Характеризуется избытком серотонина в центральной нервной системе, связанным с использованием различных веществ, включая селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Серотониновый синдром может приводить к ригидности мышц, миоклоническим судорогам, возбужденному состоянию, спутанности сознания, гипертермии, гиперрефлексии, а также к дисфункции с риском развития шока и низким периферическим сосудистым сопротивлением, судорогами, комой, острым некрозом скелетных мышц и/или диссеминированным внутрисосудистым свертыванием.
Скачка идей	Модель быстрого мышления с тангенциальным движением от одной идеи к другой, часто связанная с манией или другими психическими заболеваниями.
Синдром Стивенса – Джонсона	Угрожающее жизни поражение кожи, характеризующееся болезненным шелушением, образованием язв, пузырей и корок на слизистых оболочках и коже (ротовой полости, губ, горла, языка, глаз и половых органов) и иногда лихорадкой. Наиболее частая причина – тяжелая реакция на лекарственные вещества, особенно на противосудорожные препараты.
Сопутствующие заболевания	Болезни или расстройства, протекающие одновременно.
Социальная самоизоляция	Неспособность человека заниматься соответствующей его возрасту деятельностью или взаимодействовать со сверстниками или членами семьи.
Социальные сети	Концепция аналитической социологии, относящаяся к особенностям социальных связей между людьми как к средству понимания их поведения, в противоположность оценке отличительных черт отдельных лиц.
Стигма	Отличительная отметка, устанавливающая границы между стигматизированным лицом и другими людьми, приписывающими этому человеку негативные характеристики. Стигма, связанная с психическими заболеваниями, часто приводит к социальной изоляции и дискриминации, и создает дополнительное бремя для пострадавшего.
Стремление к самостоятельности	Воспринимаемая способность контролировать, преодолевать и принимать личные решения относительно повседневной деятельности, в соответствии с собственными правилами и предпочтениями.

ТЕРМИН

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Суицидальные мысли	Мысли, идеи или размышления о возможности прекращения своей жизни, начиная с размышления о том, что лучше было бы умереть, и заканчивая разработкой планов.
Терапия ситуационного воздействия	Структурированный метод поощрения определенных желаемых действий, таких как участие в лечении и предотвращение использования психотропных веществ. Число искусственных вознаграждений за желаемое поведение с течением времени уменьшается по мере выработки естественного чувства удовлетворения.
Терапия по повышению мотивации	Структурированная терапия (состоит из четырех или менее сеансов) для оказания помощи людям с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Она заключается в том, чтобы мотивировать пациента изменить поведение при помощи методов интервьюирования, т. е. вовлечения человека в дискуссию об употреблении психоактивных веществ, в том числе о видимых преимуществах и вреде его системы ценностей, избегая споров в случае сопротивления с его стороны и побуждая его самого определить свои цели.
Токсидермальный некролиз	Опасное для жизни отслаивание кожи, которое обычно является реакцией на лекарства или инфекцию. Похожее на синдром Стивенса – Джонсона, но более тяжелое.
Традиционное врачевание	Система методов лечения, основанная на знаниях коренных народов разных культур, относящихся к исцелению.
Транзиторная ишемическая атака	Переходный эпизод острой фокальной неврологической дисфункции, вызванной очаговой ишемией головного мозга или сетчатки, без признаков острого инфаркта в клинически значимой области головного мозга. Симптомы должны полностью исчезнуть в течение 24 часов.
Тремор	Дрожание или колебательные движения, обычно пальцев рук, представляющие собой произвольные колебания частей тела.
Тромбоцитопения	Аномально низкое количество тромбоцитов в крови. Это заболевание может сопровождаться усилением кровоподтеков или кровоизлияний. Подтверждается путем определения снижения количества тромбоцитов в анализах крови.
Трудотерапия	Терапия, направленная на то, чтобы помочь людям повысить степень независимости в повседневной жизни путем реабилитации, физических упражнений и использования вспомогательных средств. Кроме того, в рамках терапии проводятся занятия, направленные на стимулирование личностного роста, самореализации и самооценки.
Угнетение дыхания	Патологическое снижение частоты дыхания, приводящее к нехватке кислорода. Частые причины – травма головного мозга и интоксикация (напр., вследствие применения бензодиазепинов).

ТЕРМИН

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Удлиненный интервал QT	Потенциальный медикаментозный побочный эффект реполяризации миокарда желудочков, характеризующийся удлиненным интервалом QT на электрокардиограмме (ЭКГ), который может приводить к симптоматическим желудочковым аритмиям и повышенному риску внезапной смерти от заболевания сердца.
Утрата близкого	Процесс потери, скорби и возвращения к нормальной жизни, как правило, связанный со смертным случаем.
Феохромоцитома	Нейроэндокринная опухоль мозгового вещества надпочечников, вызывающая симптомы (главным образом головные боли, учащенное сердцебиение и избыточную потливость) и признаки (главным образом гипертонию, потерю веса и диабет), отражающие воздействие адреналина и норадреналина на альфа- и бета-адренергические рецепторы.
Фетальный алкогольный синдром	Фетальный (плодный) алкогольный синдром – синдром мальформации, вызванный употреблением матерью алкоголя во время беременности. Он характеризуется дефицитом внутриутробного и/или постнатального роста и уникальным скоплением незначительных лицевых аномалий, которые присутствуют во всех этнических группах, определяются при рождении и не исчезают с возрастом. У пострадавших детей наблюдаются тяжелые нарушения центральной нервной системы, включая: микроцефалию, когнитивные и поведенческие расстройства (умственная отсталость, недостаточные общие познавательные способности, способности к обучению, языку, целенаправленной деятельности, обработке визуально-пространственной информации, а также нарушение памяти и внимания).
Фокальный неврологический дефицит	Неврологические признаки в форме заметных телесных ощущений или реакций, указывающих на локализацию относительно ограниченного поражения нервной системы.
Эклампсия	Любое состояние беременных женщин, характеризующееся пароксизмом или конвульсиями, возникающими во время беременности. Это состояние часто связано с гипертонией, вызванной беременностью, судорогами, припадками, беспокойством, эпигастральными болями, сильной головной болью, помутнением зрения, протеинурией и отеком, которые могут возникать во время беременности, родов или в послеродовом периоде.
Экстрапирамидные побочные эффекты/симптомы (EPS)	Нарушения мышечной работы, вызванные главным образом антипсихотическими препаратами. Они включают в себя мышечный тремор, ригидность, спазмы и/или акатизию.
Эпилептическое состояние	Определяется как непрерывная клиническая и/или электрографическая припадочная активность на протяжении 5 или более минут или периодическая судорожная активность без восстановления (возврата к исходному уровню) между судорожными припадками. Э. с. может быть судорожное или бессудорожное.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран.

Государства-члены

Австрия	Мальта
Азербайджан	Монако
Албания	Нидерланды
Андорра	Норвегия
Армения	Польша
Беларусь	Португалия
Бельгия	Республика Молдова
Болгария	Российская Федерация
Босния и Герцеговина	Румыния
Бывшая югославская Республика Македония	Сан-Марино
Венгрия	Сербия
Германия	Словакия
Греция	Словения
Грузия	Соединенное Королевство
Дания	Таджикистан
Израиль	Туркменистан
Ирландия	Турция
Исландия	Узбекистан
Испания	Украина
Италия	Финляндия
Казахстан	Франция
Кипр	Хорватия
Кыргызстан	Черногория
Латвия	Чехия
Литва	Швейцария
Люксембург	Швеция
	Эстония

ISBN 9789289053051



9 789289 053051 >

**Европейское региональное бюро
Всемирной организации здравоохранения**
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: contact@euro.who.int