

Проект

Министерство здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
Федеральное государственное учреждение  
«Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии  
имени В.П. Сербского  
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор  
ФГУ «ГНЦСП Росздрава»  
академик РАМН  
Т.Б. Дмитриева  
«\_\_\_» ноября 2008 года

**ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
ТИКИ, ЭНУРЕЗ, ЗАИКАНИЕ**

Москва  
2008 г.

Протокол ведения больных в детском возрасте «Тики, энурез, заикание» разработан проф. Ретюнским К.Ю.

## I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Протокол ведения больных в детском возрасте «Тики, энурез, заикание» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации. Область распространения настоящего протокола – специализированные психиатрические лечебно-профилактические учреждения (психоневрологические диспансеры, психиатрические больницы), психиатрические кабинеты и консультации в общемедицинских учреждениях.

## II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Конституция Российской Федерации («Российская газета» от 25.12.1993 г. №237);
- Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1992. №33. Ст. 1913).
- Постановление Правительства Российской Федерации от 28.07.2005 г. №461 «Программа государственных гарантий обеспечения гражданам Российской Федерации» бесплатной медицинской помощи на 2006 г.

## III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем протоколе используются следующие обозначения и сокращения:

ИДК	исследовательские диагностические критерии
МКБ	международная классификация болезней
МРТ	магнито-резонансная томография
ОКР	обсессивно-компульсивное расстройство
ОФЭКТ	однофотонная эмиссионная компьютерная томография
ОСТ	отраслевой стандарт
ПМУ	перечень медицинских услуг
ПНД	психоневрологический диспансер
ПС	патологическая система
ПЭТ	позитронно-эмиссионная томография
СДВГ	синдром дефицита внимания с гиперактивностью
СИОЗС	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СР	системные расстройства
ЦНС	центральная нервная система
ЭЭГ	электроэнцефалография

#### IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Протокол ведения больных в детском возрасте «Тики, энурез, заикание» разработан с целью нормативного обеспечения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» и Постановления Правительства Российской Федерации от 28.07.2005. № 461 «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год».

Он служит для решения следующих задач:

- установление единых требований к условиям и порядку проведения диагностического обследования детей с тиками, энурезом и заиканием;
- унификация лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий среди детей, страдающих тиками, заиканием, энурезом с учетом психопатологических особенностей синдрома, фазы заболевания и клинической ситуации;
- обеспечения оптимальных объемов, доступности и качества диагностических и лечебных мероприятий, предпринимаемых для пациентов детского возраста с тиками, энурезом, заиканием в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения данного нормативного документа – лечебно-диагностические учреждения системы здравоохранения всех уровней психиатрического профиля.

#### V. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА БОЛЬНЫХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ТИКИ, ЭНУРЕЗ, ЗАИКАНИЕ

Ведение протокола больных в детском возрасте «Тики, энурез, заикание» осуществляется Государственным научным центром социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Система ведения предусматривает взаимодействие Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского со всеми заинтересованными организациями.

#### VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

В современной международной классификации (МКБ-10) категориальные группы детских расстройств не исчерпывают всего их многообразия, которым в отечественных систематиках дана нозологическая дифференциация. Так, в МКБ-10 значительная часть пограничных расстройств детского возраста отнесена к разделу F9: «Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Среди них многие синдромы в отечественной детской психиатрии рассматривались как проявления определенных форм невротических и неврозоподобных расстройств. К ним, в

частности, относились так называемые «системные», или «моносимптомные» расстройства, представленные самостоятельной группой изолированных или доминирующих моносимптомов (заикание, тики, энурез, энкопрез, и др.).

Выделение группы системных расстройств объяснялось общностью их патогенеза, обусловленных нарушениями деятельности соматовегетативных функциональных систем, многоуровневых сложных рефлекторных образований. Конституциональная (генетически детерминированная) «слабость» той или иной функциональной системы предопределяет избирательность расстройств и облегчает фенотипирование основного синдрома.

Особое значение приобретают случаи системных расстройств с затяжным течением, при которых, как правило, определяется терапевтическая резистентность. Затяжное течение обусловлено влиянием факторов «почвы», прежде всего, резидуально-органической церебральной недостаточностью, возникающей вследствие ранних поражений головного мозга. Традиционный для отечественной психиатрии, клинико-онтогенетический подход, рассматривает возможность серьезного влияния затяжного течения системных расстройств на развитие и формирование личности, способного нарушить ее социальное функционирование.

Переход отечественной психиатрии на международную классификацию психических расстройств (МКБ-10), связанный, прежде всего, с решением статистических задач, повлек за собой существенные изменения в подходах к диагностике и терапии многих заболеваний в детско-подростковой психиатрии. Возникшая унификация таксономических единиц неизбежно привела к известным упрощениям, не всегда отвечая задачам научного анализа и практической целесообразности.

В результате были внесены поправки в терминологию и систему понятий, по-новому раскрывающие традиционную систематику детской патологии. Наиболее распространенные в детском возрасте системные расстройства, такие как заикание, тики, энурез, были отнесены к разным рубрикам. Так, заикание и неорганический энурез, согласно МКБ-10, включены в рубрику F 98 «Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте», а тики рассматриваются в группе тиковых расстройств (F 95).

Современный этап развития психиатрии определен парадигмой биопсихосоциального подхода к диагностике, терапии и реабилитации заболеваний. Отечественный и международный опыт показывает, что оказание психиатрической помощи требует более интенсивного развития внебольничных, консультативно-лечебных видов помощи, включающих полипрофессиональный подход, с опорой на первичные звенья общесоматической службы. При этом очень важно сохранить рациональные принципы

отечественного клинико-нозологического подхода к диагностике ради понимания патогенетической сущности расстройств, и, в конечном итоге, предотвратить подмену патогенетической терапии вариантами симптоматического лечения.

#### VI.I. Современное состояние проблемы тиков

*Тиками именуется непреднамеренные (непроизвольные), внезапные, повторяющиеся, стереотипные движения и/или вокализация с вовлечением отдельных групп мышц, внешне напоминающие нормальные координированные движения, варьирующие по интенсивности, отличающиеся отсутствием ритмичности; могут временно подавляться усилием воли в течение нескольких секунд или часов с последующим усилением внешних проявлений; могут имитироваться. В их основе лежат кратковременные (до 50-500 мсек) одновременно возникающие сокращения мышц агонистов и антагонистов в одной или нескольких частях тела.*

Тиковое расстройство возникает преимущественно в детском возрасте. Его распространенность у детей 3-6 лет варьирует в широком диапазоне, от 5 до 25%, сохраняясь на протяжении всей жизни у взрослых в 1-2% случаев. Пик манифестации тиков приходится на возраст 7-12 лет.

Клиническое разнообразие тиков и их изменчивость связывают с диффузным повреждением головного мозга, прежде всего лобных отделов полушарий и системы подкорковых базальных ядер, а также выраженной зависимостью от эмоционального состояния. Длительное время из-за отсутствия высокоспецифичных нейрохимических и морфологических диагностических критериев ведущим методом исследования был клинико-психопатологический. Изучение центральных механизмов тикового расстройства стало возможным в связи с появлением современных достижений нейрохимической, нейрофизиологической и нейровизуализационной диагностики.

Тем не менее, нельзя признать достаточно изученными вопросы этиологии и патогенеза тикового расстройства. К факторам, обуславливающим возникновение тиков, относят генетические, медико-биологические (нейрохимические) и психосоциальные (средовые).

Исследователи полагают, что тиковое расстройство наследуется по аутосомно-доминантному типу с низкой пенетрантностью. Высока роль генов в патогенезе тикового расстройства, отвечающих за метаболизм нейромедиаторов дофамина, серотонина и норадреналина.

Большее значение в происхождении тиков отводится роли нейроанатомического субстрата и нейрохимического фактора. Согласно дофаминовой гипотезе тиков, повреждение стриатума компенсаторно изменяет число D<sub>2</sub>-рецепторов, повышает уровень

эндогенного дофамина. Резидуально-органическую «слабость» стриарной системы исследователи чаще связывают с патологическим течением беременности, внутриутробным нарушением развития плода, патологическими родами.

Данные ЭЭГ свидетельствуют о более грубых изменениях биоэлектрической активности головного мозга с пароксизмальными паттернами при генерализованном тикозном расстройстве в сравнении с локальными тиками. Современные методы нейровизуализации (МРТ, ОФЭКТ, ПЭТ) также подтверждают, что при хроническом тикозном расстройстве выявляется поражение корковых структур головного мозга, базальных ганглиев, таламических структур. Все это приводит к нарушениям кортико-стриарно-таламо-кортикальных связей. В случае коморбидности с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) в патологический процесс вовлечены префронтальные и лимбические проводящие пути, при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) — сенсомоторные, орбитофронтальные и лимбические пути.

Данные позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) свидетельствуют о том, что при тиках значительно возрастает число дофаминовых транспортеров в базальных ганглиях при одновременном снижении нейрометаболизма в лобных долях. С помощью исследования мозгового кровотока методом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) было установлено повышение пресинаптической активности дофаминовых рецепторов. При первичной манифестации тиков наблюдается гиперперфузия в базальных ганглиях, лобных, теменных и височных долях. Хроническое течение расстройства одновременно сопровождается значительным снижением перфузии в области базальных ганглиев и относительным снижением кровотока в орбито-фронтальной коре. Таким образом, происхождение тиков обусловлено дофаминергической гипериннервацией с растормаживанием таламокортикальных связей.

Серотониновая гипотеза происхождения тиков рассматривается лишь в качестве потенциально возможной. Она основывается на том, что центральный нейрометаболизм серотонина в дебюте тикозного расстройства повышен, а при хронических тикозных расстройствах, как правило, снижается. К сожалению, средства, подавляющие серотонинергическую активность, не оказывают влияния на клиническое течение тикозного расстройства.

Главным аргументом в пользу опиоидной гипотезы происхождения тиков является наличие чрезмерно высокой концентрации эндогенных опиатов (динорфина и метэнкефалина) в структурах экстрапирамидной системы. Воздействуя на центральные допаминергические нейроны, опиоиды способны влиять на моторные функции. Данную

гипотезу поддерживают ряд исследований, в которых при тиках эффективным оказалось применение антагонистов опиатов (налоксон).

Согласно каннабиноидной гипотезе происхождения тиков, в их патогенезе решающим является повреждение центральных каннабиноидных рецепторов, локализующихся в ядрах базальных ганглиев. В связи с чем, нарушается опосредованная регуляция моторной активности через систему «базальный ганглий — таламокортикальный тракт».

Следует отметить, что коморбидные тикам расстройства определяются локализацией и степенью повреждения нейроанатомического субстрата. Так, в качестве наиболее частых коморбидных тикам нарушений выступают аффективные расстройства, ОКР, СДВГ, агрессивность с проявлениями внезапной раздражительности, гневливости, взрывчатости, импульсивности.

Тикозное расстройство является стресс-сензитивным состоянием. В связи с чем, психосоциальным факторам придается особое значение в патогенезе тикозного расстройства. Жизненные события, наполненные стрессом, провоцируют усиление клинических проявлений тикозного нарушения. Попытка родителей и учителей с помощью наказания подавить тики у ребенка ведут к дальнейшему усложнению синдрома, генерализации расстройств, еще более нарушая его социальное функционирование.

Современная классификация гетерогенной группы тикозных расстройств представлена различными клиническими вариантами, в которых преобладает та или иная разновидность тика. Обычные двигательные и голосовые тики классифицируются как простые и сложные, однако границы их разграничения определяются трудно. Будучи разнообразными и по степени тяжести, тики могут быть расположены в едином континууме: от преходящих (транзиторных) тиков до затяжных хронических форм, прогностически неблагоприятным синдромом Туретта, нередко приводящим к инвалидизации.

В отечественной детской психиатрии клинически полиморфная группа тиков представлена тремя формами: невротической, неврозоподобной и смешанной. Невротические тики классифицируются на автоматизированные привычные элементарные движения (мигание, облизывание губ, подергивание головой и т.п.), респираторные тики (покашливание, хмыканье и т.п.), развивающиеся под влиянием острых психических травм и длительных психотравмирующих ситуаций. Механизм их возникновения объяснялся фиксацией защитного действия, имевшего ранее целесообразный характер. Патогенез неврозоподобных тиков традиционно связывают с органическим поражением подкорковых базальных ганглиев. При этом в отличие от невротических тиков, клиника и динамика неврозоподобных тиков отличается стойкостью, стереотипностью, монотонностью, отсутствием зависимости от внешней ситуации и связью с защитными действиями.

Сопутствующие клинические признаки резидуально-органического церебрального поражения оказывают влияние на клинико-динамические особенности течения неврозоподобных тиков.

Этиологическая классификация тикозного расстройства предусматривала выделение идиопатических, эволюционных, постэнцефалитических, посттравматических, постинтоксикационных (отравление угарным газом), постинсультных тиков.

В современных феноменологических классификациях МКБ-10 и DSM-IV-TR диагностические критерии тикозного расстройства практически полностью совпадают. Так, в DSM-IV-TR на основании частоты, продолжительности, времени возникновения и клинической типологии выделяют транзиторное тикозное расстройство, хроническое двигательное или вокальное тикозное расстройство и синдром Туретта.

В МКБ-10 тики (F95) отнесены к гетерогенной группе F 90-99 «эмоциональных и поведенческих расстройств, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте».

Диагностика транзиторных тиков (F 95.0) требует соответствия следующим признакам: 1) появление отдельных или множественных двигательных или локализованных тиков в большую часть дней в продолжение не менее месяца; 2) длительность нарушений не свыше одного года; 3) отсутствие в анамнезе синдрома Туретта и указаний на органическую патологию или медикаментозное воздействие; 4) начало в возрасте до 18 лет.

Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство (F 95.1) должно соответствовать следующим признакам: 1) двигательные или голосовые тики, появляющиеся в разное время дня, в большинство дней на протяжении не менее 1 года; 2) отсутствие за последний год ремиссий продолжительностью свыше 2 месяцев; 3) критерии 3, 4 транзиторного тикозного расстройства (МКБ-10, 1994).

Синдром Туретта (комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (F 95.2) должно соответствовать следующим признакам: 1) множественные двигательные тики и один или более голосовых тиков, не обязательно непрерывно; 2) многократное появление в течение дня, почти каждый день, большинство дней на протяжении не менее 1 года; 3) отсутствие за последний год ремиссий продолжительностью свыше 2 месяцев; 4) начало в возрасте до 18 лет.

Разграничение транзиторных (F 95.0), хронических двигательных тиков, или вокализмов (F95.1) и синдрома Туретта (F 95.2) в МКБ-10 не определило их взаимоотношений. Существует мнение, что тикозные расстройства представляют собой континуум тяжести нарушений от транзиторных тиков к синдрому Туретта. Началом заболевания в раннем детском возрасте считается появление простых двигательных тиков с морганием, зажмуриванием глаз или подергиванием головой. Транзиторное течение тиков не



противоречит постепенному расширению тикозного репертуара с вовлечением все новых групп мышц. При прогрессировании могут появляться комплексные тики. Комплексность вокальных расстройств (эхолалия, палилалия, копролалия) является свидетельством утяжеления клинических проявлений и определенной длительности заболевания. Клиническая динамика тикозных проявлений описывается в виде изменений ритма, частоты и громкости вокализмов.

Одной из проблем, затрудняющих классификацию тикозных расстройств, является, с одной стороны, отсутствие четкой границы между импульсивными действиями и комплексными тиками, с другой — утверждение, что при тиках наблюдается высокая частота коморбидных состояний в виде СДВГ и ОКР.

Кроме того, весьма затруднительна дифференциальная диагностика простых тиков с полиморфными тикоидными гиперкинезами, включающими миоклонии, тремор, хорею, атетоз, дистонии, акатизию, пароксизмальные дискинезии, гиперэксплексию. Дифференциальная диагностика тиков осуществляется и с генетически детерминированными расстройствами (хорея Гентингтона, болезнь Вильсона-Коновалова), инфекционными болезнями ЦНС (ревматическая хорея Сиденхама), миоклонической эпилепсией, осложнениями психофармакотерапии (нейролептические акатизия, дистония).

Наконец, комплексные двигательные тики дифференцируются с повторяющимися движениями, стереотипиями и компульсивными ритуалами у детей с задержкой психического развития при ограниченных речевых навыках, хорее Гентингтона, болезни Паркинсона, при интоксикации L-DOPA.

Таким образом, клиническая оценка тикозного расстройства подразумевает определение локализации (распространение при генерализации), частоты возникновения, наличие коморбидной психопатологической симптоматики.

Терапевтическая тактика во многом зависит от степени тяжести и частоты тиков, коморбидных расстройств, наличия вторичных невротических нарушений. При выраженной тяжести расстройств, существенно нарушающей социальную адаптацию, основным методом лечения является медикаментозная терапия. При возникновении вторичных невротических расстройств необходимыми элементами успешного лечения становятся психотерапевтические воздействия, среди которых наибольшее значение имеет семейная терапия с просвещением пациента, членов его семьи и социальная поддержка. Однако изолированное применение психотерапии (психодинамической, гипносуггестивной, поведенческой, рациональной), диетотерапии, рефлексотерапии является малоэффективным, особенно при хроническом тикозном расстройстве.

Выбор средств медикаментозной терапии определяется особенностями клинической картины и наличием коморбидных психопатологических нарушений. Так, к препаратам первого выбора традиционно относятся нейролептики — галоперидол, сульпирид, тиаприд, пимозид, флуфеназин, а в последние годы и атипичные нейролептики (рисперидон, оланзапин, кветиапин). При сочетании тиков с СДВГ предпочтение отдается клонидину. Антидепрессанты и психостимуляторы применяются в терапии тиков с сопутствующими ОКР и СДВГ.

Эффективность селективных антагонистов D<sub>2</sub>-рецепторов (галоперидол, флуфеназин, пимозид и др.) при тиках связывают с ингибцией D<sub>2</sub>-рецепторов, в значительном количестве представленных в области базальных ганглиев. Почти 75% пациентов с хроническими тиками отвечают на данную терапию редукцией степени выраженности и распространенности симптомов. Ранний возраст является наиболее благоприятным для лечения. Однако серьезной помехой терапии могут быть часто развивающиеся побочные нейролептические эффекты, такие как острая дистония, акатизия, акинезия, когнитивные нарушения, увеличение веса. Из-за побочных нейролептических эффектов и осложнений в виде поздней дискинезии при лечении детей с тиками галоперидол применять не рекомендуется. В этих случаях пимозид, обладая большим сродством к дофаминовым рецепторам стриатума, оказывается более результативным при практическом отсутствии нейролептического синдрома. Высокая эффективность при лечении тиков у детей и подростков отмечена при применении нового класса атипичных нейролептиков рисперидона и оланзапина.

Из антидепрессантов широко чаще других назначаются препараты класса СИОЗС (флуоксетин, сертралин, пароксетин, флувоксамин), особенно в тех случаях, когда сопутствующими нарушениями выступают ОКР и аффективная патология (тревога, депрессия). Из редких побочных эффектов при использовании СИОЗС у детей зарубежные специалисты отмечают усиление тревоги и тиков, бессонницу, головную боль, тошноту, анорексию и снижение веса. Из трициклических антидепрессантов (ТАД), обладающих выраженными побочными холинолитическими эффектами, наиболее часто применяют кломипрамин (анафранил).

Назначение антиконвульсантов при тиках объясняется наличием пароксизмальной активности, установленной с помощью ЭЭГ. При генерализованных тиках наиболее часто применяют карбамазепин (тегретол, финлепсин), суksилеп, клоназепам. Эффект клоназепама, транквилизатора бензодиазепинового ряда, при тиках связывают не только с антиконвульсивной активностью, но и со снижением тревожности, редукцией обсессивно-компульсивного компонента и панических расстройств. Среди наиболее выраженных

побочных эффектов клоназепама отмечается сонливость и снижение двигательной активности. Также велик риск развития лекарственной зависимости.

Ряд зарубежных исследователей предлагают долгосрочное применение психостимуляторов у детей при тикозном расстройстве с коморбидным СДВГ. Напротив, есть убедительные данные, что даже краткосрочные курсы метилфенидата, пемолина, декстроамфетамина способны вызвать усиление проявлений тикозного расстройства. Кроме того, высок риск лекарственной зависимости к данному классу препаратов.

Редукцию тиков способен вызвать клонидин, стимулятор пресинаптических  $\alpha_2$ -адренорецепторов норадренергических окончаний. Его применение при тиках в сочетании с СДВГ сопровождается снижением гиперактивности, возбудимости, импульсивности.

Применение антагонистов опиатов в низких дозах (налоксон 30-60 мкг/кг) вызывает существенную редукцию тиков, в то время как высокая доза (300 мкг/г) приводит к выраженному обострению тикозных проявлений.

Назначение при тиках антипаркинсонических средств обусловлено общепринятыми представлениями, согласно которым избыток дофамина определяет патогенез тикозного расстройства. Так, леводопа и перголид, агонисты дофаминовых рецепторов, оказывающие стимулирующее действие на постсинаптическую мембрану нейронов в базальных ганглиях, применяются при лечении тикозного расстройства. Перголид относится к группе смешанных D<sub>1</sub>-D<sub>2</sub>-D<sub>3</sub>-агонистов дофамина, является эффективным и безопасным средством лечения детей с тикозным расстройством. У взрослых с тиками применяются большие дозы леводопы (до 150 мг), что, вероятно, объясняет зависимость степени выраженности клинических проявлений тиков от уровня дофаминергической активности.

Симптоматическая терапия широкого круга двигательных нарушений (от умеренных тиков до более сложных форм дистонии) у взрослых осуществляется с помощью препарата, производного ботулинистического токсина, влияющего на периферические нервные структуры. Таким образом, достигается внешний (косметический) эффект.

Большое значение придается психотерапевтическому воздействию, поскольку тики рассматриваются в качестве стресс-зависимых расстройств. Устранение психогении, изменение окружающей обстановки нередко приводит к редукции расстройства. В этой связи, особую роль приобретает семейная терапия, восстанавливающая гармонию внутрисемейных отношений. Ее усилия направлены на коррекцию неправильных подходов к воспитанию ребенка. Ограниченное значение имеют суггестивные методы лечения (аутогенная тренировка, гипнотерапия, наркопсихотерапия), методы биологической обратной связи с электромиографической аппаратурой.

Кроме того, важным моментом психотерапии является борьба со стигматизацией пациентов с тиками.

Поведенческая психотерапия направлена на выработку умения сдерживать тик, редукцию вторичных эмоциональных и поведенческих нарушений. Техники релаксации (глубокое дыхание, медитация, аутогенная тренировка) и обратной связи эффективны в стрессовых ситуациях, способных усилить проявления тика. Результативными могут оказаться так называемые методы «утомления тиком», «массированного тренинга» при множественных тиках, когда больной усиленно воспроизводит тик, вызывая развитие утомления и уменьшение его интенсивности. Возможен анализ последовательности событий и движений, из которых складывается тик. После чего больного просят многократно воспроизводить движения в обратном или бессистемном порядке.

Психоаналитические методы терапии направлены на отреагирование внутреннего конфликта, при котором символическим отражением агрессии и подавленной сексуальной активности являются моторные эквиваленты эмоциональной активности в виде тиков.

Индивидуальная психотерапия применяется в тех случаях, когда тики вызывают нарушения взаимоотношений со сверстниками и семьей, тревогу, депрессию легкой и умеренной степени. Цель терапии — восстановление самоуверенности, повышение самооценки, обучение навыкам владеть собой в сложных ситуациях.

## VI. II. Современное состояние проблемы энуреза

***Энурез – непроизвольное мочеиспускание ночью и/или днем, не соответствующее умственному развитию ребенка, обусловленное отсутствием контроля над функцией мочевого пузыря вследствие неврологического заболевания, эпилептических припадков, структурной аномалии мочевого тракта.***

Распространенность энуреза в детской популяции в возрасте 4-5 лет достигает 20%, в 5-8 лет — 10-15%, в 8-12 лет — 6-11%. Начиная с подросткового возраста и взрослой популяции, энурез встречается в 1-3%. У детей в возрасте 4-6 лет в 15-20% ночной энурез сочетается с дневным недержанием мочи. Данный показатель уменьшается почти в 2 раза при достижении возраста 7 лет. Энурез наблюдается чаще у мальчиков, чем у девочек в соотношении 3:1 – 2:1.

В настоящее время патогенез энуреза изучен недостаточно. Наиболее предпочтительной является полиэтиологическая модель энуреза, предполагающая наличие генетических, медико-биологических (дисфункция ЦНС вследствие дизонтогенетических и энцефалопатических патогенных влияний) и социально-психологических факторов.

В отечественной детской психиатрии энурез рассматривается как одна из форм системных расстройств, возникающая под влиянием неблагоприятных факторов, как внутренних, так и внешних условий. К внутренним условиям относят слабость системы регуляции мочеиспускания, наследственную предрасположенность, нарушения механизмов сна, особенности формирующихся личностных качеств, особенности деятельности ЦНС. К внешним причинам, помимо психотравмирующих воздействий относят различные неблагоприятные ситуационные условия, имеющие для ребенка особую субъективную значимость, например, эмоциональную депривацию.

Наследственно-конституциональная предрасположенность к энурезу подтверждается данными современных многочисленных молекулярно-генетических исследований. Предполагают связь возникновения энуреза со снижением секреции вазопрессина и ночной полиурией, за которые отвечают генетические локусы в 10, 13 и 22 хромосомах. Помимо конституциональной предрасположенности большое значение имеют иные патогенетические механизмы.

#### Роль циркадианных ритмов и нарушений сна

Регуляция количества мочи, выделяемой человеком за сутки, осуществляется антидиуретическим гормоном гипофиза — вазопрессином. У взрослых в норме дневная экскреция преобладает над ночной почти в три раза. У детей в течение первого года жизни циркадианный ритм поступающего в кровь антидиуретического гормона отсутствует, и почки младенцев выделяют мочу в течение суток равномерно. У детей с энурезом циркадианный ритм сохраняет свою незрелость, что порождает ночную полиурию.

#### Роль функционального объема мочевого пузыря при энурезе

Существует мнение, что недостаточная функциональная емкость мочевого пузыря в условиях ночной полиурии приводит к ночному энурезу. Однако оппоненты представляют данные, отрицающие различия по объему мочи, выделяемой за ночь, уровню секреции вазопрессина и осмомоляльности плазмы у здоровых детей и детей с энурезом.

#### Нарушения сна при энурезе

Особенности сна при энурезе заключаются в увеличении продолжительности фазы медленного сна, что делает сон более продолжительным и глубоким, нарушая цикличность смены его фаз. Парасомнии (пароксизмальные нарушения сна) при энурезе представлены бруксизмом, сногворениями, снохождениями, кошмарными сновидениями, сверхподвижностью и вздрагиваниями тела во время сна, многочисленными пароксизмальными моторно-вегетативными проявлениями во время акта мочеиспускания. С помощью ЭЭГ во время сна и в состоянии бодрствования у энуретиков выявляются нарушения биоэлектрической активности головного мозга с увеличением

медленноволнового индекса, наличием паттернов пароксизмальной активности мозга, что свидетельствует о повреждении глубинных мозговых структур, дисфункции корково-подкорковых образований, задержке созревания мозговых структур. Как следствие, большая глубина сна, высокие пороги пробуждения ото сна, отсутствие коркового контроля над функцией мочевого пузыря.

#### Неврологические нарушения при энурезе

В отечественной неврологии энурез рассматривали в качестве синдрома, обусловленного, прежде всего, перинатальной травмой шейного и поясничного отделов позвоночника, в результате чего наблюдалось нарушение произвольной регуляции мочеиспускания. Перинатальная травма с дислокацией шейных позвонков обуславливают нарушения артериального и венозного кровообращения затылочных и теменных отделов головного мозга, приводящие к пароксизмальным вегетативным нарушениям, проявлениям пирамидной недостаточности. Определение энуреза, как одного из главных диагностических признаков минимальной мозговой дисфункции, было связано как раз с наличием негрубой, стертой, легко выраженной неврологической симптоматикой (пирамидные знаки, синкинезии, статико-моторная недостаточность и т.п.), способной по мере взросления компенсироваться и практически не определяться.

Возникновение вторичного (невротического) энуреза связывают с латентной недостаточностью корковой регуляции произвольного мочеиспускания. «Невротическая фиксация органической природы» непроизвольного мочеиспускания проявляется при сильных нагрузках, стрессовых переживаниях.

#### Психопатологическая коморбидность при энурезе

К частым ассоциированным с энурезом психическим расстройствам у детей относят расторможенность, гиперактивность, расстройства внимания с замедленной переключаемостью с одного вида деятельности на другую, постоянную отвлекаемость, церебрастению с цефалгиями, утомляемость, повышенную раздражительность, возбудимость, приступы гнева и агрессии, онихофагию, пироманию, проявление жестокости к животным. Облигатными энурезу являются парасомнии, заикание, тики. Отмечаются затруднения в усвоении школьного материала со снижением успеваемости. Косность в изменении жизненного стереотипа, девиации характера (упрямство, неодолимое противостояние замечаниям старших, эгоизм, негативизм, склонность к агрессии) предопределяют адаптационные трудности в новых жизненных условиях. Таким образом, энурез рассматривается в качестве расстройства, занимающего промежуточное положение между невротическими расстройствами и нарушениями, имеющими пограничное отношение к эпилепсии, прежде всего, по механизму его возникновения.

Вторичные невротические нарушения, как реакция формирующейся личности на энурез, проявляется повышенным эмоциональным напряжением, низкой самооценкой с отсутствием чувства собственного достоинства, самоуважения, уровня удовлетворенности собой. Доказано, что устранение энуреза позволяет детям приобрести напористость, независимость и самоуверенность.

#### Нейрофармакологический генез энуреза

Как известно, трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, анафранил) обладают антиэнуретическим действием. Напротив, назначение нейролептиков (тиоридазин, тиотиксен, хлорпромазин) нередко приводит к недержанию мочи во время сна, как у детей, так и у взрослых. При отмене нейролептиков энурез прекращается. Объяснение данного феномена сводится к тому, что  $\alpha$ -адренолитический эффект нейролептиков приводит к релаксации внутреннего сфинктера. Вместе с тем, другие признаки  $\alpha$ -симпатолитического действия, например, такого, как снижение артериального давления, не наблюдались.

Более вероятным, является иной механизм действия нейролептиков, обуславливающий энурез. Он связан с угнетением систем, активирующих кору головного мозга, то есть задних отделов гипоталамуса, ретикулярной формации. Вследствие этого повышается неспецифическая активность таламуса. Биоэлектрическая активность мозга на ЭЭГ проявляется синхронизацией колебаний с усилением индекса и нарастанием амплитуды медленной активности, преимущественно  $\theta$ -диапазона, угнетением  $\beta$ -активности в передних отделах мозга.

Ночной энурез подразделяют на две формы — первичный и вторичный. Первичный (дизонтогенетический) энурез определяется у детей, непрерывно страдавших с рождения недержанием мочи во время сна вследствие задержки или отсутствия формирования надлежащего навыка. Вторичный (энцефалопатический) энурез — расстройство, возникающее у детей, сохранявших навык «сухой постели» не менее 1 года.

В отечественной детской психиатрии принято выделять невротическую, неврозоподобную и смешанную формы энуреза. К невротической форме энуреза отнесены те случаи вторичного недержания мочи у детей, при которых причинная роль принадлежала психогенному фактору. Выраженная зависимость от внешней ситуации, влияющей на эмоциональную сферу ребенка, определяет частоту эпизодов. Принято считать, что устранение психотравмирующей ситуации приводит к резкому урежению или прекращению энуреза. В характере ребенка с невротическим энурезом нередко определяются черты робости, тревожности, боязливости, чрезмерной впечатлительности, стеснительности, неуверенности в себе, склонность к рефлексии. При затяжном же течении энуреза к подростковому возрасту формируется чувство собственной неполноценности. Усложнение

симптоматики за счет появления тревоги с эмоциональной лабильностью, капризности, плаксивости, нарушений сна, нередко тиков и фобий позволяет диагностировать невротическое состояние. Полагают, что невротический энурез может возникнуть и остро, на выходе из аффективно-шоковой реакции. При этом моносимптомная невротическая реакция по мере дезактуализации психотравмы через 1-3 месяца может заканчиваться выздоровлением.

Неврозоподобный энурез возникает на фоне резидуально-органической церебральной патологии и проявляется как дизонтогенетическая форма (первичный энурез), либо как результат задержки созревания систем регуляции мочеиспускания — энцефалопатическая форма (вторичный энурез). Причиной вторичного энуреза являются патогенные факторы, повреждающие незрелые механизмы регуляции мочеиспускания. К этим факторам относят черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции, интоксикации. Течение неврозоподобного энуреза отличается длительностью, регулярностью, монотонностью, значительной частотой эпизодов. На тяжесть заболевания определенное влияние оказывают обострения соматических расстройств, инфекции, физическое и умственное переутомление. Отмечается высокая резистентность к терапии. Считается, что реакция личности на дефект не выражена, либо слабо проявляется у подростков. Спонтанное прекращение энуреза нередко наблюдается в пубертатном возрасте.

Согласно диагностическим категориям МКБ-10, неорганический энурез (F 98.0) определен в гетерогенную рубрику F 98 «других поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте». Неорганический энурез должен соответствовать следующим критериям:

- 1) биографический и умственный возраст должен превышать 5 лет;
- 2) непроизвольное мочеиспускание с частотой не менее двух раз в месяц в возрасте до 7 лет и не менее одного раза в месяц старше 7 лет;
- 3) энурез не должен являться следствием эпилептических приступов, неврологически обусловленного недержания мочи, анатомических дисплазий уrogenитального тракта или иных соматических заболеваний;
- 4) отсутствуют какие-то иные психические заболевания;
- 5) длительность расстройства не менее 3 месяцев.

Согласно DSM-IV-TR, соответствующий «неорганическому энурезу» функциональный энурез отнесен к подгруппе «расстройств, связанных с экскрецией». В данной группе состояний, обычно возникающих в младенчестве, детстве или подростковом возрасте, функциональный энурез объединен с функциональным энкопрезом. Причина



функционального энуреза не указывается. Во всяком случае, это нарушение также не отнесено к группе «психоорганических синдромов».

Следствием неоднозначности понимания патогенеза энуреза, методы его лечения нередко носят противоречивый, а порой и взаимоисключающий характер.

Медикаментозная терапия относится к одному из наиболее распространенных методов лечения энуреза. Наиболее часто применяются следующие группы лекарственных средств: трициклические антидепрессанты; синтетические антидиуретические средства; симпатомиметические психостимуляторы; антихолинергические препараты; ингибиторы синтеза простагландинов (нестероидные противовоспалительные средства); ноотропы.

Эффективность трициклических антидепрессантов связывают: 1) с ослаблением глубины сна и усилением корковой способности воспринимать импульсы, идущие от мочевого пузыря; 2) с влиянием на мускулатуру мочевого пузыря, снижением его тонуса и повышением функционального объема с одновременным увеличением сопротивления наружного и внутреннего сфинктеров (холинолитический, атропиноподобный эффект).

Недостаточная результативность трициклических антидепрессантов и частые побочные эффекты и осложнения (холинолитическое действие, усиление двигательного беспокойства, нарушения сна, кардиоваскулярные симптомы и др.) значительно ограничивают их применение при лечении энуреза. В ряде стран из-за тяжелых кардиотоксических осложнений применение трициклических антидепрессантов при энурезе у детей запрещено.

Десмопрессин, синтетический аналог вазопрессина, антидиуретического гормона, обладает антиэнуретическим эффектом за счет усиления всасывания воды на уровне собирательных трубок почек. Снижение суточного (ночного) диуреза приводит к уменьшению наполнения мочевого пузыря и препятствует его рефлекторному сжатию. Тем не менее, десмопрессин является симптоматическим средством терапии. При отмене десмопрессина энурез, как правило, возобновляется. Считается, что краткосрочные курсы десмопрессина с временным улучшением могут преследовать психотерапевтическую цель, особенно у подростков, страдающих энурезом с затяжным рецидивирующим течением и вторичными невротическими нарушениями.

Психостимуляторы достаточно широко применяются при лечении энуреза в европейских странах и США. К ним относятся амфетамины (метилфенидат, риталин, метадат, концерта, фокалин, аддералл, декседрин, концерта). Их назначение направлено на снижение глубины сна, усиление качества активного внимания, увеличение уровня работоспособности, обеспечивающих более высокую эффективность поведенческих техник. В нашей стране использование психостимуляторов запрещено.

Антихолинергические средства (пропантелин, хлорид оксибутина (дриптан), теродилин) вызывают расслабляющее влияние на гладкую мускулатуру мочевого пузыря. При этом уменьшение частоты сокращений детрузора способствует увеличению функциональной емкости пузыря. Практика показала, что холинолитики не снижают частоту энуреза. Им отведена важная роль при лечении дневного недержания мочи. Среди побочных нежелательных эффектов и осложнений доминируют сухость во рту, дисфагия, язвенный стоматит, нарушение аккомодации и остроты зрения, головная боль, головокружение, сонливость, запор и тошнота.

Среди методов психотерапии энуреза наиболее часто применяются суггестивные техники. Среди них, внушение наяву, внушение в предсонном, просоночном состоянии, в состоянии гипнотического транса, самовнушение, косвенная психотерапия, различные варианты аутогенной тренировки. Их терапевтическая эффективность имеет ограничения. Суггестивные методы способствуют восстановлению веры пациента в собственные силы, повышению его активности и самооценки, преодолению неуверенности в себе, восстановлению мотивационно-волевых качеств. Успех семейной терапии определяется преодолением членами семьи созданных мифологических запретов, не позволяющих проявлять любовь, искреннюю заботу и чувства, принимать друг друга, радоваться своим детям со всеми недостатками и достоинствами.

Поведенческая терапия энуреза в последние годы используются все реже, уступая место фармакотерапии. Наиболее известной является методика ограничения жидкости за ужином («сухой ужин»). Достаточно часто родителям предлагается будить детей ночью. Указанные манипуляции, даже при отсутствии позитивного результата, имеют определенное значение. Они позволяют родителям проявить заботу о своих детях. Методика может дополняться регистрацией успехов и неудач, что играет роль подкрепления. Подобная практика обычно сопровождается редукцией частоты энуреза, и в редких случаях – излечением. Применение сигнальных приборов («будильники», «звонящие простыни, пижама») при энурезе направлено на воспитание условного рефлекса, способного вызвать пробуждение при наполнении мочевого пузыря во время сна. В целом, поведенческая терапия энуреза в Российской Федерации не нашла широкого практического применения.

Среди физиотерапевтических методов терапии энуреза применяют электросон, электрофорез. Электрофорез со спазмолитиками (эуфиллин, папаверин, атропин, никотиновая кислота), гальванизация, индуктортермия, электростимуляция на нижнегрудной и верхнепоясничные отделы позвоночника, аппликации парафином, озокеритом на эти же зоны относятся к процедурам, оказывающим влияние на спинномозговые центры регуляции мочеиспускания и органы мочевыводящей системы. При энурезе применяют

дарсонвализацию области промежности и пояснично-крестцовой области, внутривузырное и накожное (на надлобковую область) ультразвуковое воздействие. Электрофорез с прозеринном, трансректальная электростимуляция адинамическими токами, регионарная гипертермия мочевого пузыря обуславливает спазмолитическое действие на мышцы детрузора.

#### VI.III. Современное состояние проблемы заикания

*Заикание относится к расстройству речи, для которого характерны частые повторения или пролонгация звуков, слогов или слов, частые остановки, нерешительность в речи с нарушением её плавности и ритма.*

Расстройство возникает преимущественно в детском возрасте. Его распространенность у детей 3-6 лет составляет 3-5%. В 1-2% случаев заикание приобретает затяжное течение, сохраняясь на протяжении всей жизни. Пик манифестации заикания приходится на возраст 3-4 года.

Вопросы этиологии и патогенеза заикания остаются до конца неизученными. Не определены факторы, обуславливающие затяжное течение заикания, а также принципы терапии в зависимости от длительности и тяжести заболевания, клинической динамики, коморбидных психопатологических проявлений.

Выделяют 3 группы факторов, которые могут служить причинами развития заикания: генетические, медико-биологические (церебрально-органические) и психосоциальные (средовые) факторы. Самостоятельное значение психосоциального фактора в генезе заикания вызывает сомнение. Психосоциальные факторы способны лишь усилить влияние генетических и/или церебрально-органических механизмов.

В отечественной психиатрии заикание традиционно подразделялось на три основные формы: неврозоподобную, невротическую и смешанную. Так, к причинам возникновения неврозоподобного заикания относили органическое церебральное поражение речевых зон, что, как правило, предопределяло затяжное безремиссионное течение. Невротическое заикание связывали с влиянием психогенных факторов, при этом его неблагоприятное течение обуславливалось особенностями «почвы», среди которых важнейшее значение придавали той же органической церебральной недостаточности. Возникшее противоречие было устранено выделением смешанной формы заикания со свойственным ей сочетанием признаков резидуально-органической церебральной недостаточности, психогенным запуском речевых судорог и развитием вторичных невротических нарушений.

Многочисленные электрофизиологические исследования позволили установить связь заикания со стабильно функционирующей патологической системой, приводящей к

нарушению межполушарного взаимодействия из-за наличия дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга. Рядом отечественных авторов заикание было отнесено к нарушениям, занимающим промежуточное пограничное положение между невротическими расстройствами и известными формами эпилепсии.

Зарубежные исследователи объясняют заикание измененным функциональным состоянием головного мозга вследствие врожденной незавершенной латерализации полушарий, либо органического повреждения мозговых структур, отвечающих за темпо-ритмовую организацию речи.

Отечественные и зарубежные исследователи психологического направления относят заикание к неврозу с дезорганизацией системы отношений личности и нарушениями коммуникативного поведения.

Интерес к проблеме заикания со стороны клиницистов, психологов и логопедов обусловил появление многочисленных современных классификаций. Так, логопедические (дидактические) классификации дифференцируют заикание на основании внешних проявлений речевых судорог: по форме (клонические, тонические и смешанные), по локализации (артикуляционные, голосовые, дыхательные и смешанные), по частоте возникновения и степени выраженности.

Психологи опираются на выраженность коммуникативных нарушений при заикании. В зависимости от степени дезорганизации личности выделяют три группы пациентов:

- 1) без нарушения системы отношений личности;
- 2) со значительными эмоциональными нарушениями и логофобическим синдромом, достигающим в ситуации активного речевого общения умеренно выраженной степени, что и обуславливает невротическую переработку дефекта речи, характерологические нарушения, нарушения социальной адаптации;
- 3) выраженность эмоциональных нарушений сопровождается тотальной дезорганизацией всей системы отношений личности, непреодолимым страхом речи, чувством собственной неполноценности, неадекватной оценкой своего дефекта речи, глубокой социальной дезадаптацией при нарушенной трудовой и общественной деятельности.

Клинические систематики подразделяют заикание по степени выраженности, типу и характеру клинических проявлений. Так, в НИИ психиатрии МЗ РФ (Москва) заикание по степени выраженности проявлений оценивается 10-бальной шкалой, в которой 0 баллов соответствует свободной без задержек речи, а 10 баллов означает практически полное отсутствие речевых возможностей из-за сильных и частых спазматических судорог.

В лаборатории патологии речи ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского выделяют:

1) эволюционное заикание, или заикание развития, как наиболее распространенная форма с манифестацией в детстве, в период незавершенного развития становления речи;

2) реактивное заикание, возникающее психогенно в период заверщенного речевого развития, за пределами детского возраста;

3) симптоматическое (вторичное) заикание, проявляющееся в зрелом и пожилом возрасте при органических поражениях головного мозга различного происхождения (сосудистого, инфекционного, травматического, др.).

В отечественной детской психиатрии распространена классификация, согласно которой выделяют три формы заикания: невротическую, неврозоподобную и смешанную. Кроме того, по характеру течения заикания выделяют благоприятный (легко обратимый) и неблагоприятный (затяжной) тип.

Согласно МКБ-10, заикание (F 98.5) отнесено к гетерогенной группе раздела F 98 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте». К диагностическим критериям заикания относят:

1) стойкая и постоянная речь с частыми повторами или затягиваниями звуков, слогов или слов, произвольными паузами при разговоре, отчетливо дезорганизующими экспрессивную речь;

2) длительность расстройства не менее трех месяцев.

В классификации DSM-IV-TR заикание определено в подгруппу «нарушений речи, нигде более не классифицируемых», которые, в свою очередь, входят в обширную категорию «состояний, обычно возникающих в младенчестве, детстве или подростковом возрасте». Причина заикания не указывается, тем не менее, отмечено, что это расстройство не отнесено к нарушениям психоорганического круга. Феноменологический характер большинства классификаций заикания связан с недостаточной изученностью его патогенетических основ.

На практике дидактические, психологические или клинические подходы к терапии носят взаимоисключающий характер и применяются изолированно. Согласно дидактическому подходу к коррекции заикания, усилия логопедов (педагогов) направлены на переучивание и воспитание правильных приемов плавной речи, что подменяет лечебный процесс педагогической коррекцией. В систему логопедических занятий входят воспитательные мероприятия, логопедическая ритмика и работа с родителями. Эффективность подобного подхода остается крайне невысокой.

Психологические методы коррекции заикания весьма разнообразны. Приверженность специалистов к тому или иному психологическому направлению предопределяет выбор методов. Так, аналитически ориентированные психологи применяют у взрослых заикающихся техники отреагирования. Бихевиоральная терапия заикания представлена

поведенчески-ориентированными техниками целенаправленного переучивания и формирования нового поведенческого паттерна. Среди них, тренировки отвлечения внимания, систематическая десенситизация тревоги во время речевой активности, коррекция отрицательных привычек и неразвитых речевых паттернов, тренинг умения владеть собой в непредвиденной ситуации. Современные методы когнитивно-поведенческого направления применяются и у детей. Техники когнитивного реструктурирования с последующей гипосенсибилизацией к стрессорам в условиях групповой поддержки обеспечивает возможность социального общения, формирования начальных навыков плавной разговорной речи, с последующим переносом в ситуации вне клиники. Обучение родителей навыкам когнитивно-поведенческого подхода служит дополнительным терапевтическим ресурсом для изменения коммуникативной активности детей.

Дополнительно применяются методы релаксации. Гипносуггестивные методы оказались малоэффективными. Наблюдавшиеся при этом положительные изменения отличаются нестойкостью и крайней непродолжительностью.

Другие психотерапевтические методы представляют собой модифицированные сеансы эмоционально-стрессовой терапии, библиотерапии, символотерапии. Тем не менее, большинство психотерапевтических технологий не адаптированы к детскому и подростковому возрасту, несмотря на то, что именно в этом возрасте наблюдается как манифестация страдания, так и формирование вторичных коммуникативных нарушений, полностью доминирующих у взрослых.

Клинический подход к терапии заикания включает комплексное применение психофармакотерапии, психотерапии, физиотерапии, рефлексотерапии, общеукрепляющих мероприятий в сочетании со специализированными логопедическими упражнениями. Отечественный дифференцированный подход к терапии заикания подразумевал при невротической форме заикания комплексное использование психотерапевтических, логопедических технологий в сочетании с седативными и транквилизирующими медикаментозными средствами у «источков» страдания. При неврозоподобном заикании считалось оправданным сочетание логопедических мероприятий с медикаментозной терапией (средствами, снижающими мышечный тонус, ноотропными, дегидратирующими, рассасывающими средствами, физиотерапией). Также признавалась целесообразность логоритмики и лечебной физкультуры. Психотерапевтические методы в таких случаях рассматривались как малоэффективные, и использовались лишь для коррекции вторичных реактивных наслоений.

Достижения электрофизиологических исследований позволили расширить представления о механизмах патогенеза заикания. Установленные с помощью клинической

электроэнцефалографии (ЭЭГ) патологические изменения биоэлектрической активности головного мозга, позволили с большим эффектом использовать средства нейрометаболической терапии и антиконвульсанты.

Популярная за рубежом гипердофаминергическая теория происхождения заикания стала основанием для применения антагонистов серотонина-дофамина, способных вызвать выраженный противотревожный эффект. Так, антидепрессанты трициклического ряда и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), бензодиазепиновые транквилизаторы, и даже атипичные нейролептики, применялись при заикании с детского возраста. Их терапевтическую эффективность при терапии заикания связывали с редукцией беспокойства, чувства внутреннего стыда, вины, или враждебности. Влияния на нарушения речи указанные препараты не оказывали.

Разработанные в последние годы в нашей стране психофизиологические методы коррекции заикания заключались в дестабилизации и устранении патологической речевой системы и создании условий для ускоренного формирования новых речевых связей. Сочетанная фото- и фоностимуляция головного мозга в диапазоне собственных биоритмов мозга и пероральное введение субклинических доз этимизола служили устранению речевых нарушений. Портативный метроном (электронный фотофоностимулятор), настроенный на селективную кодовую частоту, применялся для поддержания комплексного эффекта и предупреждения рецидива после окончания основного курса лечения в домашних условиях.

Таким образом, наиболее оправданным в терапии заикания представляется комплексный биопсихосоциальный подход к лечению и реабилитации страдающих заиканием.

**Таким образом, патогенез тиков, энуреза, заикания имеет как общие для этих расстройств патогенетические механизмы, приводящие к сходным коморбидным клиническим синдромам, так и индивидуальные механизмы, определяющие психопатологическую, нейрофизиологическую, нейрохимическую уникальность синдрома.**

Следует отметить, что системные расстройства (СР – тики, энурез, заикание) практически не встречаются изолированно. Клиническая картина коморбидных психических нарушений (тип развития болезненных механизмов и форма компенсации нанесенного ущерба головному мозгу) определяется возрастными особенностями ребенка. Это проявляется изменчивостью клинической картины основного одного и того же патологического состояния и коморбидных ему нарушений на различных этапах его развития. В картине СР, наряду с основными признаками наблюдаются и другие синдромы, относящиеся не столько к нозологической природе болезни, сколько к особому типу реагирования нервной системы, характерному для данной фазы развития. Их принято обозначать «преимущественными

синдромами детского возраста». Согласно концепции В.В. Ковалева (1995), патогенетическую основу психических расстройств, преимущественных для разных периодов детского и подросткового возраста составляет сменность качественно различных уровней патологического нервно-психического реагирования на те, или иные вредности.

Четыре основных возрастных уровня проявляются преимущественным для каждого из них патологическим нервно-психическим реагированием. Так, для **соматовегетативного уровня (0-3 года)** характерны проявления невропатического синдрома, характеризующегося склонностью к повышенной общей и вегетативной возбудимости, расстройствам пищеварения, нарушениям питания, расстройствам сна, нарушениям навыков опрятности и т.п. (варианты невропатического синдрома). Для **психомоторного уровня (период 4-7 лет)** свойственно нарушение дифференцировки функций двигательного анализатора вследствие дискоординации отношений между корковыми и подкорковыми структурами двигательного анализатора. В результате выявляются психомоторные расстройства резидуально-органического генеза в форме нарушений внимания, гиперактивности, импульсивности, сопутствующих СР, нарушений сна. **Аффективный уровень (5-10 лет)** связан с началом формирования самосознания к концу дошкольного периода и появлением у ребенка элементарной способности к самооценке субъективных переживаний. На фоне церебрастенических жалоб происходит манифестация невротических реакций, отражающих социальную значимость дефекта (тики, энурез, заикание) для формирующейся личности ребенка. **Эмоционально-идеаторный уровень (11-17 лет)** определяет завершение структурирования невротического симптомокомплекса при одновременной компенсации нарушений резидуально-органического круга.

Всем этим и определяется выбор синдромальной модели пациента при составлении «Протокола ведения больных в детском возрасте с тиками, энурезом, заиканием».

Наличие сопутствующих расстройств существенно влияет на диагностику расстройства и клиническую тактику при его лечении. В связи с этим выделяются осложненные формы тиков, заикания, энуреза (**осложнения синдрома**) – варианты с наличием дополнительной (коморбидной) по отношению к системным расстройствам психопатологической симптоматики. В этих случаях между системными расстройствами (тики, энурез, заикание) и коморбидными им нарушениями прослеживается определенная причинно-следственная связь: наследственная предрасположенность к системным расстройствам, общий патоморфологический субстрат, лежащий в основе основных и осложняющих (коморбидных) расстройств и др.



**Выделение фазы синдрома** происходит в зависимости от выраженности основных и сопутствующих психопатологических и психоневрологических расстройств с наличием или отсутствием когнитивной, поведенческой или сочетанной дезадаптации.

Фазы синдрома: **обострение** – усиление проявлений основных и сопутствующих расстройств, наличие когнитивной, поведенческой или сочетанной дезадаптации; **вне обострения** – уменьшение проявлений основных и сопутствующих расстройств, отсутствие признаков дезадаптации.

В зависимости от фазы синдрома определяется **клиническая ситуация**:

1. Обследование пациентов с СР (тики, энурез, заикание) в фазе «вне обострения» на предмет диагностики и дифференциальной диагностики заболевания, осложнений заболевания (наличия коморбидных психопатологических и психоневрологических расстройств) независимо от стадии заболевания (детский или подростковый возраст) проводится амбулаторно в ПНД при отсутствии осложняющих обстоятельств, перечисленных в следующем разделе. Лечение пациентов вне обострения без сопутствующих (коморбидных) расстройств не проводится независимо от стадии заболевания.

2. Обследование и лечение пациентов с СР (тики, энурез, заикание) в фазе «обострения» на предмет диагностики и дифференциальной диагностики заболевания, наличия осложнений проводится амбулаторно в ПНД при умеренной выраженности основного и коморбидных расстройств; обследование пациентов с выраженными расстройствами в фазе обострения при наличии осложняющих обстоятельств проводится в условиях психиатрического стационара.

3. Лечение пациентов вне обострения с наличием сопутствующих (коморбидных) расстройств, не требующих компетенции психиатра, проводится в соответствующем учреждении (речевой центр, психолого-медико-социальный центр и др.).

4. Лечение пациентов с СР (тики, энурез, заикание) в фазе обострения при значительной выраженности поведенческих расстройств и сопутствующих (коморбидных) нарушений и/или наличии осложняющих обстоятельств проводится только в условиях психиатрического стационара или полустационара.

## VII. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Диагностическое обследование и лечение пациентов осуществляется при неуклонном соблюдении их конституционных прав на свободу и личную неприкосновенность, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, а

также иных прав и свобод человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией Российской Федерации.

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение детей в возрасте до 15 лет может быть проведено без их согласия, но при согласии родителей или заменяющих их лиц.

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение подростков 15 лет и старше без их согласия и/или согласия его родителей или заменяющих его лиц представителя в случаях, когда пациент совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя или окружающих,
- его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

(согласно ст. 23 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Лечение пациентов может производиться в добровольном, недобровольном и принудительном порядке (ст.28 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Пациенты, которые могут быть направлены на лечение в психиатрический стационар без их согласия или без согласия их законных представителей до постановления судьи, должны согласно ст. 29 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» обнаруживать тяжелые психические расстройства, представляющие опасность для пациента и его окружения, подлежащие лечению только в стационарных условиях, принудительно - по решению суда лица, признанного невменяемым.

#### **Диагностическое исследование включает:**

- психиатрическое исследование, состоящее из *объективного анамнеза*, полученного в результате расспроса родителей и лиц, знающих характер пациента и его поведение в повседневной жизни, и *анализа медицинской документации, субъективного анамнеза* (если получение сведений представляется возможным в силу когнитивных способностей ребенка или подростка);
- проведение клинического (психопатологического), физикального, инструментальных и функциональных методов исследования, привлечения врачей-консультантов других специальностей (невролога, терапевта, окулиста и др.);

- экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование, состоящее из разнообразных методик, выбор которых зависит от задач исследования и вопросов, поставленных перед психологом врачом;
- консультация нейропсихолога с определением нейропсихологического статуса;
- при наличии осложняющих расстройств в виде специфических нарушений развития речи и школьных навыков – консультация логопеда, дефектолога.

## VII.1. ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

### VII.1.1. ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ

#### ***Объективный анамнез включает:***

- данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями, в том числе системными расстройствами, что повышает риск появления наследственно обусловленных нервно-психических заболеваний;
- данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, состояния ее здоровья до беременности и в период беременности (наличие сердечно-сосудистых заболеваний и др.), сведения о патогенных биологических воздействиях в периоде внутриутробного и перинатального развития пациента, перенесенных заболеваниях и экзогенных вредностей постнатального периода;
- данные о раннем психомоторном развитии пациента, особенностях формирования моторики, речи, коммуникативных функций, эмоционального реагирования в различных ситуациях, поведении дома, в организованных детских коллективах;
- данные об особенностях формирования школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, включая занимаемое положение в школьном коллективе, взаимоотношениях с одноклассниками, педагогами, родителями и другими членами семьи; характеристика семьи и особенностей воспитания, наличие сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций;
- данные об особенностях психического состояния и поведения пациента в различные периоды развития, навыках самообслуживания, уровне социальной адаптации (способности устанавливать и поддерживать продуктивный контакт с окружающими людьми, строить свое поведение с учетом существующих морально-этических и культурных традиций);
- с учетом предъявляемых жалоб данные об особенностях возникновения, клинических вариантах течения системных нарушений (тики, энурез, заикание) и сопутствующих (коморбидных) нарушениях;

Источником соответствующей информации служат сведения, полученные от родителей и лиц, знающих обследуемого в повседневной жизни, а также характеристики с места учебы или работы (если пациент учится).

#### VII.1.П. СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ

С помощью расспроса собирается субъективный анамнез (если позволяет уровень психического развития пациента) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента. Расспрос должен проводиться в атмосфере доверительности и непринужденности, максимально исключая постороннее вмешательство и любые другие отвлекающие факторы. Задаваемые вопросы должны быть по возможности краткими, простыми, однозначными и понятными пациенту. Анамнестические сведения собираются, как правило, от прошлого к настоящему. Иногда порядок расспроса может быть обратным. Схема анамнестического опроса – хронологическая последовательность в выявлении событий жизни, сохранившихся в памяти пациента до момента обследования. В зависимости от возраста пациента и его пожеланий сбор информации производится в присутствии или отсутствии родителей.

#### VII.1.П. КЛИНИЧЕСКОЕ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ

Изучение психического состояния пациента происходит в процессе расспроса и сбора анамнеза, в результате наблюдения за испытуемым во время пребывания его на приеме у врача, при стационарном обследовании и лечении – в отделении.

Во время беседы с испытуемым выявляются:

- сформированность пространственно-временных представлений – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени;
- уровень речевого развития, в том числе способность поддерживать речевой контакт с врачом, давать связные и последовательные анамнестические сведения, понимать сложные логико-грамматические конструкции;
- особенности развития грубой и тонкой моторики;
- сформированность мыслительных операций (анализ, синтез, установление причинно-следственных связей);
- уровень знаний об окружающем мире, степень ориентации в вопросах общежития, окружающего пациента социума;
- индивидуальное социальное поведение;
- особенности мотивационно-потребностной сферы;
- особенности памяти, внимания, работоспособности;

- особенности эмоциональных проявлений;
- у детей школьного возраста проводится скрининговая оценка соответствия сформированности школьных навыков и знаний полученному образованию;
- сопутствующие психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования.

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики.

#### VII.IV. СОВРЕМЕННАЯ МНОГООСЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ТИКОВ, ЭНУРЕЗА, ЗАИКАНИЯ

В отечественной детской психиатрии для установления психиатрического диагноза, как правило, используется один параметр, отражающий ведущий синдром. Этого бывает недостаточно для более полной информации о ребенке, что имеет принципиальное значение в разработке комплексной биопсихосоциальной программы терапии и реабилитации. Так, важно иметь полную информацию об общем, психологическом и речевом уровне развития ребенка, школьных навыках, потенциале развития, социальных проблемах, семейном благополучии. На основании современной многоосевой диагностики МКБ-10 при системных расстройствах возможно оценить:

1 ось – собственно психиатрический синдром, расстройства развития, эмоциональные и поведенческие, аффективные и невротические расстройства, нарушения поведения, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, и др.

2 ось – специфические расстройства психологического развития, включая расстройства развития речи до неуточненных расстройств.

3 ось – умственное развитие.

4 ось – физическое здоровье (включая те, которые часто ассоциируются с психическим нарушением поведения).

5 ось – подробное описание аномальности психосоциальных ситуаций.

6 ось – установление степени психосоциальной недееспособности.

#### **Ось 1 представляет клинический психиатрический диагноз.**

Ведущий синдром при системных расстройствах относится к рубрике:

**F9 – Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте**

**Тики (F 95)** отнесены к гетерогенной группе F 90-99 «эмоциональных и поведенческих расстройств, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте».

**Транзиторные тики (F 95.0)** соответствуют следующим признакам:

- 1) появление отдельных или множественных двигательных или локализованных тиков в большую часть дней в продолжение не менее месяца;
- 2) длительность нарушений не свыше одного года;
- 3) отсутствие в анамнезе синдрома Туретта и указаний на органическую патологию или медикаментозное воздействие;
- 4) начало в возрасте до 18 лет.

**Хроническое двигательное или голосовое тиковое расстройство (F 95.1)** соответствует следующим признакам:

- 1) двигательные или голосовые тики, появляющиеся в разное время дня, в большинство дней на протяжении не менее 1 года;
- 2) отсутствие за последний год ремиссий продолжительностью свыше 2 месяцев;
- 3) критерии 3, 4 транзиторного тикового расстройства (МКБ-10, 1994).

**Синдром Туретта (комбинированное голосовое и множественное двигательное тиковое расстройство (F 95.2))** соответствует следующим признакам:

- 1) множественные двигательные тики и один или более голосовых тиков, не обязательно непрерывно;
- 2) многократное появление в течение дня, почти каждый день, большинство дней на протяжении не менее 1 года;
- 3) отсутствие за последний год ремиссий продолжительностью свыше 2 месяцев; 4) начало в возрасте до 18 лет.

Дифференциальный диагноз тиковых расстройств предполагает исключение неврологических заболеваний с двигательными нарушениями (стереотипии, компульсии, дискинезии).

**Неорганический энурез (F 98.0)** определен в гетерогенную рубрику F 98 «других поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте». Неорганический энурез соответствует следующим критериям:

- 1) биографический и умственный возраст должен превышать 5 лет;
- 2) непроизвольное мочеиспускание с частотой не менее двух раз в месяц в возрасте до 7 лет и не менее одного раза в месяц старше 7 лет;
- 3) энурез не должен являться следствием эпилептических приступов, неврологически обусловленного недержания мочи, анатомических дисплазий урогенитального тракта или иных соматических заболеваний;
- 4) отсутствуют какие-то иные психические заболевания;
- 5) длительность расстройства не менее 3 месяцев.

Дифференциальный диагноз предполагает исключение органической патологии уrogenитального тракта (особенно – инфекционные уrogenитальные заболевания у девочек), соматические заболевания с полиурией (диабет), судорожный синдром, побочные действия лекарств (нейролептики).

**Заикание (F 98.5)** отнесено к гетерогенной группе раздела F 98 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте». К диагностическим критериям заикания относят:

1) стойкая и постоянная речь с частыми повторами или затягиваниями звуков, слогов или слов, произвольными паузами при разговоре, отчетливо дезорганизующими экспрессивную речь;

2) длительность расстройства не менее трех месяцев.

Дифференциальный диагноз предполагает исключение спастической афонии, при которой присутствуют аномалии дыхания, нарушения речи при миоклонической эпилепсии и некоторые другие состояния.

Коморбидные системным расстройствам психопатологические нарушения имеют возрастную динамику, соответствующую нарушениям резидуально-органическому кругу. В этой связи, в диагностической оси 1 на первое место следует определить системные расстройства, а затем в качестве сопутствующего нарушения дополнительно обозначить органическую церебральную дефицитарность, представленную следующими рубриками:

**F 06. Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга**

F 06.6. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство

F 06.7. Легкое когнитивное расстройство

F 07. Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга

### **Ось 2 – специфические расстройства психологического развития**

Определяется психологическим статусом пациента.

**XX** – отсутствие специфического расстройства психологического развития.

### **F 80 Специфические расстройства развития речи и языка**

F 80.0. Специфическое расстройство речевой артикуляции

F 80.1. Расстройство экспрессивной речи

F 80.2. Расстройство рецептивной речи

F 80.3. Приобретенная афазия с эпилепсией (Ландау-Клеффнера)

F 80.8. Другие расстройства развития речи и языка

F 80.9. Расстройства развития речи и языка неуточненные

F 81 Специфические расстройства развития учебных навыков

F 81.0. Специфическое расстройство чтения

F 81.1. Специфическое расстройство спеллингования

F 81.2. Специфическое расстройство навыков счета

F 81.3. Смешанное расстройство школьных навыков

F 81.8. Другие расстройства развития школьных навыков

F 81.9. Расстройства развития школьных навыков неуточненные

**F 82 Специфические расстройства двигательных функций**

**F83 Смешанные специфические расстройства психологического развития**

**F 88 Другие расстройства психологического развития**

**F 89 Неспецифические расстройства психологического развития**

**Ось 3 – интеллектуальный уровень**

Ось 3 классифицирует умственное развитие ребенка, подростка.

F 70-79 Умственная отсталость

F 70 Умственная отсталость легкой степени

F 71 Умственная отсталость средней степени

F 72 Умственная отсталость тяжелая

F 73 Умственная отсталость глубокая

F 78 Другие формы умственной отсталости

F 79 Неуточненная умственная отсталость

Четвертый знак может потребоваться для определения выраженности поведенческих нарушений:

F 7x.0. Отсутствие или слабая степень нарушения поведения

F 7x.1. Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения

F 7x.8. Другие нарушения поведения

F 7x.9. Без указаний на нарушения поведения

**Ось 4 – касается физического здоровья пациента, и включает в себя те заболевания, которые часто связаны с психическими и поведенческими нарушениями**

**00** - отсутствие соматических расстройств

Соматические расстройства (полный список в классификации болезней ВОЗ)

**Ось 5 – подробное описание сопутствующих психическим расстройствам аномальных психосоциальных ситуаций**

**00** - отсутствие значимого влияния или наличие неадекватной аномальной психосоциальной ситуации

**1. Аномальные внутрисемейные отношения**



1.0. Отсутствие теплоты в отношениях между родителями и детьми – **Z 62.4.**

1.1. Внутрисемейный разлад между взрослыми – **Z 63.8.**

1.2. Враждебность по отношению к ребенку или срыв гнева на нем – **Z62.3.**

1.3. Физическое насилие в отношении ребенка – **Z 61.6.**

1.4. Сексуальное насилие (внутри семьи) – **Z 61.4.**

1.8. Другие – **Z 61.8.**

**2. Психическое расстройство, отклонение или инвалидность в первичной группе поддержки ребенка (Z 58.8. + Z 63.8.)**

2.0. Психическое расстройство / отклонение у родителя.

2.1. Инвалидность / недееспособность у родителя.

2.2. Недееспособность сиблинга.

2.8. Другие.

**3. Неадекватное или искаженное внутрисемейное общение (Z 63.8.)**

**4. Аномальное воспитание**

4.0. Чрезмерная родительская опека – **Z 62.1.**

4.1. Неадекватный контроль / наблюдение со стороны родителей – **Z 62.0.**

4.2. Обедненность опыта – **Z 62.5.**

4.3. Неадекватные требования родителей – **Z 62.6.**

4.8. Другие – **Z 62.8.**

**5. Аномальное непосредственное окружение**

5.0. Институциональное воспитание – **Z 62.2.**

5.1. Аномальная ситуация с родителями – **Z 80.1.**

5.2. Изолированная семья – **Z 60.8.**

5.3. Условия жизни, которые порождают потенциально опасную психосоциальную ситуацию – **Z 59.1.**

5.8. Другие.

**6. Острые жизненные стрессовые события**

6.0. Потеря любимого близкого – **Z 61.0.**

6.1. Вынужденный уход из дома, представляющий некую значительную контекстуальную угрозу – **Z 61.1.**

6.2. Изменение внутрисемейных отношений в худшую сторону – **Z 61.2.**

6.3. События, приводящие к потере самоуважения – **Z 61.3.**

6.4. Сексуальное насилие (вне семьи) – **Z 61.5.**

6.5. Пережитый страх – **Z 61.7.**

6.6. Другие – **Z 61.8.**

## **7. Общественные стрессовые события**

7.0. Наказание или злостная дискриминация – **Z 60.5.**

7.1. Вынужденная или запланированная родителями миграция – **Z 60.3.**

7.8. Другие.

## **8. Хронический межличностный стресс, связанный со школой (Z 55) / работой (Z 56)**

8.0. Нарушения отношений с ровесниками – **Z 55.4. / Z 56.4.**

8.1. Постоянные придирки со стороны учителей или начальства – **Z 55.4. / Z 56.4.**

8.2. Нестабильность в школе – **Z 55.8. / Z 56.7.**

8.8. Другие.

## **9. Стрессовые события (ситуации), обусловленные расстройством (недееспособностью) самого ребенка (Z 72.8)**

9.0. Воспитание в условиях государственных учреждений.

9.1. Вынужденный уход из дома, представляющий некую значительную контекстуальную угрозу.

9.2. События, приводящие к утрате самоуважения.

9.8. Другие.

## **Ось 6 – установление степени психосоциальной недееспособности**

Ось 6 отражает степень психосоциальной недееспособности, вызванной влиянием расстройства и связанных с ним проблем по осям 1-5, т.е. психологическое, социальное и бытовое функционирование пациента на момент клинической оценки.

### **0 – отличное / хорошее функционирование во всех социальных сферах**

Хорошие внутрисемейные отношения, отношения с ровесниками, взрослыми вне семьи. Быстрая и эффективная адаптация ко всем социальным ситуациям, широкий диапазон интересов.

### **1 – умеренное социальное функционирование**

### **2 - Умеренное социальное функционирование в целом**

Но при преходящих трудностях наблюдается затруднение приспособления и функционирования в одной или двух сферах.

### **3 – умеренная социальная недееспособность**

Умеренная социальная недееспособность в одной или двух сферах.

### **4 – серьезная социальная недееспособность**

Серьезная социальная недееспособность, по меньшей мере, в одной или двух сферах (например, явное отсутствие друзей, неспособность справиться с новыми социальными ситуациями, неспособность посещать школу).

**5 – серьезная и устойчивая социальная недееспособность** **Серьезная недееспособность в большинстве сфер**

**6 – неспособность функционировать в большинстве сфер**

Нуждается в некотором постоянном наблюдении или заботе со стороны других людей для поддержания ежедневного функционирования. Не может справляться самостоятельно.

**7 – значительная и устойчивая социальная недееспособность**

Периодическая неспособность поддержания минимального уровня личной гигиены, или время от времени возникающий риск причинения серьезного вреда самому себе или другим, или значительное ухудшение всех способов общения.

**8 – глубокая и устойчивая социальная недееспособность**

Устойчивая неспособность поддерживать личную гигиену или постоянный риск причинения серьезного вреда самому себе или другим, или полное отсутствие умения общаться.

Признавая несовершенство многоосевой системы диагностики, следует отметить ее несомненную пользу при разработке терапевтической стратегии.

**Пример многоосевого диагноза у Василия Л., 7 лет, ученика 1 класса общеобразовательной школы.**

*Диагноз: Заикание, формирующиеся вторичные логоневротические нарушения.*

*Сопутствующая резидуально-органическая церебральная недостаточность (пренатального, перинатального генеза). Церебрастенический синдром умеренной степени в состоянии декомпенсации. Общее недоразвитие экспрессивной речи 2 уровня, псевдобульбарная дизартрия.*

Ось 1: F 98.5. Заикание. F 06.6. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство.

Ось 2: F 80.1. Расстройство экспрессивной речи

Способность ребенка использовать экспрессивную речь заметно ниже соответствующего уровня его психологического возраста, сопровождается нарушением артикуляции.

Ось 3: XX: Задержки психического развития нет.

Ось 4: 00: Соматические расстройства отсутствуют.

Ось 5: 1.2. Эмоциональные срывы и враждебность по отношению к ребенку.

Ось 6: 4: Серьезная социальная дезадаптация.

Ребенок переведен на домашнее обучение в связи с поведением протестного характера в школе. Является изгоем, объектом насмешек и издевательств одноклассников из-за заикания и невнятной речи. Плохо приспособлен к школьной жизни.

#### VII.I.V. ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Соматическое и неврологическое обследование пациента вначале производится самим психиатром.

*Общий осмотр тела включает:*

- выявление стигм внутриутробного дисгенеза (долихоцефалическая, брахиоцефалическая, скафоцефалическая и другие формы головы, короткая шея, крыловидные складки, микрогнатия, маленькая верхняя челюсть, недоразвитие нижней челюсти, незаращение неба и другие;
- выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка);
- выявление следов инъекций различной давности, если они имеются;

*Исследование соматического состояния по органам и системам и наличия соматических заболеваний в анамнезе включает:*

- исследование органов дыхания (осмотр, перкуссия, аускультация);
- исследование сердечно-сосудистой системы (осмотр, аускультация, измерение частоты пульса и артериального давления);
- исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени методом перкуссии).

*При неврологическом исследовании определяются:*

- расстройства функций черепно-мозговых нервов;
- рефлексы и их изменения, произвольные движения (безусловные, условные, патологические – стопные, кистевые, защитные, верхняя и нижняя пробы Барре для уточнения пареза конечностей);
- экстрапирамидные нарушения (картина гипокинеза, нарушений мышечного тонуса, наличие различных гиперкинезов, миоклонии);
- мозжечковая патология и расстройства координации движений;
- чувствительность и ее нарушения;
- расстройства функций вегетативной нервной системы;

#### VII.I.VI. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Инструментальные методы исследования направлены на возможное установление патогенетических механизмов системных расстройств и осложняющих (коморбидных) психопатологических и психоневрологических синдромов, а также верификацию характера органического поражения ЦНС.

**Электроэнцефалографическое исследование** отражает уровень зрелости и функциональной активности мозга, позволяет констатировать снижение порога судорожной готовности, эпилептической активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения головного мозга.

**Реоэнцефалографическое исследование** отражает состояние сосудистой системы мозга (за счет каротидного и вертебрального бассейнов кровоснабжения).

**Ультразвуковая доплерография головного мозга** позволяет получить информацию о состоянии мозгового кровотока (венозного и объемного, истинного, кровотока), размере, структуре, форме сосудов, их состоятельности и тоне (показатель резистивности), направлении потока крови в Виллизиевом круге, изменении диаметра сосудов, внутричерепном давлении. Прямая визуализация желудочковой системы и структур головного мозга (базальные ганглии, ножки мозга, таламус) позволяет определить размеры, очаговые поражения, признаки гидроцефалии.

**Консультация окулиста** - определение состояния глазного дна, выявление признаков сосудистого и органического поражения головного мозга.

**Компьютерная томография, магнитно-ядерно-резонансное исследование** проводится при подозрении на наличие разнообразных органических внутричерепных изменений, в том числе дегенеративного характера.

При обнаружении сопутствующих соматических или неврологических заболеваний, необходимо **привлечение врачей-специалистов** в той области медицины, к которой относится выявленное заболевание.

## VII.1.VII. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**Экспериментально-психологическое исследование должно быть ориентировано:**

- 1) на анализ познавательной деятельности пациента, в том числе:
  - оценку уровня интеллектуального развития;
  - характеристику структуры интеллектуальной деятельности с выявлением наиболее и наименее сформированных ее функциональных образований;
  - характеристику общих предпосылок продуктивности интеллектуальной деятельности (умственной работоспособности, внимания, памяти).
- 2) исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей ребенка;

Экспериментально-психологическое исследование включает в качестве обязательного компонента беседу с испытуемым и наблюдение. Оценка уровня познавательной деятельности пациента проводится на материале перечисленных ниже методик путем

введения в структуру задания, при возникновении трудностей у испытуемого, регламентированной помощи: исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий, простые и сложные аналогии, объяснение пословиц и метафор, последовательные картинки, сюжетные картины, незаконченные предложения, проба на чувствительность к логическим противоречиям и др. (не менее трех методик, которые должны охарактеризовать операциональную, логическую, смысловую сферы мышления и включать как наглядный, так и вербальный материал). При возникновении сложностей при выполнении заданий акцент делается на определение уровня обучаемости, определяемого по объему помощи, необходимой испытуемому для решения предложенной задачи и по его способности к логическому переносу усвоенного.

При подозрении на интеллектуальную недостаточность пациента проводится по индивидуальным показаниям психометрическое исследование тестом Векслера. Исследование умственной работоспособности и внимания проводится с использованием следующих методик: таблицы Шульца (черно-белые и цветные), счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона, тест Тулуз-Пьерона и др. (не менее одной методики).

Исследование памяти: запоминание 10 слов, рисунков, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов, картинок, пробы на опознание запоминаемых предметов и др. (не менее двух методик).

Исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей проводится с использованием различных самооценочных шкал (по Дембо-Рубенштейн, «Самочувствие-активность-настроение» (САН) и др.), проективные тесты («Тематический апперцептивный тест» (ТАТ), тесты Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики и др.) (не менее одной методики).

Исследование общего уровня развития познавательной деятельности (опрос об общей осведомленности, практической ориентации, ориентации в социально значимых ситуациях и др., пробы на сформированность основных автоматизированных навыков чтения, письма, счета) включается в беседу.

Заключение психолога должно содержать целостную характеристику структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности, как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

## VII.I.VIII. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Использование нейропсихологических тестов в целях топической диагностики поражений мозга и структур межполушарного взаимодействия значительно дополняет неврологическое обследование, а в ряде случаев имеет перед ним значительные преимущества.

Адаптированные методики адаптированного нейропсихологического обследования (Симерницкая Э.Г., Скворцов И.А., 1988; Скворцов И.А., Адашинская Г.И., 2000; Семенович А.В., 2005, 2008) предназначены для детей и подростков, начиная с дошкольного возраста. Нейропсихологическое обследование включает пробы, направленные на выявление нарушений функций праксиса, гнозиса, речи, памяти, мышления. На основании выявленных нейропсихологических синдромов методики предлагают комплексные упражнения, способствующие преодолению функциональной несформированности и компенсации дефицитарности нейропсихологических факторов. При обследовании подростков 13-17 лет может с успехом применяться классическая методика А.Р. Лурии.

Особым достоинством нейропсихологического метода следует признать высокую эффективность топической диагностики при СР и коморбидных им нарушениях.

Значительные компенсаторные возможности мозга при наличии структурного дефекта сглаживают клинические неврологические расстройства, затрудняя их диагностику. Превентивное нейропсихологическое обследование может служить целям ранней диагностики и профилактики, заключающейся в направленной медикаментозной терапии и нейропсихологической коррекции.

Интерпретация результатов нейропсихологического обследования строится на констатации нарушений и определении «территории» дисфункции мозга, квалификации симптомов, при этом устанавливался топический диагноз.

## VII. II. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ СИСТЕМНЫХ РАССТРОЙСТВ (ТИКИ, ЭНУРЕЗ, ЗАИКАНИЕ) У ДЕТЕЙ

Разработка и применение принципов терапии, основанной на патогенетическом подходе, является эффективным вектором ее оптимизации. К принципам комплексного медико-психолого-социального воздействия при системных расстройствах относятся:

1. Учет медицинского, психологического и социального аспектов в лечении и профилактике: оптимальное «мультимодальное» лечебное воздействие осуществляется с помощью одновременного применения медикаментозного лечения, психологической коррекции и нейропсихологической реабилитации, социотерапевтических мероприятий. При этом достигается разносторонность усилий и воздействий на различные сферы психосоциального функционирования.

2. Индивидуализация «стандартизованного» реабилитационного подхода: комплексное и динамичное применение индивидуально подобранных реабилитационных технологий определяется возрастным уровнем нервно-психического реагирования (зрелости структур ЦНС) и динамикой состояния.

3. Ступенчатость, переходность проводимых мероприятий.

4. Системный анализ нарушений формирования мозговой организации психических процессов в онтогенезе с последующей нейропсихологической реабилитацией преследует цель восстановления структуризации, дифференциации, интеграции, развития, совершенствования функциональных систем мозга, в целом, компенсации нарушенных функций.

5. Установление значимых, способных оказать влияние, патогенных факторов микросоциальной среды для последующего их устранения (выявление психогений, устранение психотравмирующих факторов с одновременной комплексной редукцией эмоциональной напряженности, изменение микросоциальных условий и т.д.).

6. Учет внутренней картины болезни.

7. Стратегия превентивного вмешательства, первичная и вторичная профилактика.

8. Партнерство (привлечение больного к осуществлению лечебно-реабилитационных мероприятий).

В настоящее время существует ряд сходных теорий, объясняющих механизм компенсации при поражениях головного мозга. К ним относится теория устойчивого патологического состояния, разработанная академиком Н.П. Бехтеревой (Бехтерева Н.П., с соавт., 1978, 1988), теория патологической детерминанты академика Г.Г. Крыжановского (1976), теория артифициальных стабильных функциональных связей (АСФС) профессора В.М. Смирнова (Смирнов В.М., с соавт., 1985, 1988, 1989), теория «киндлинга» зарубежных исследователей.

Тем не менее, всех исследователей объединяет точка зрения, что при повреждении мозга механизмы его компенсации связаны с возникновением патологических внутримозговых систем, имеющих свою патодинамическую организацию и развивающихся по своим законам. Одним из проявлений компенсаторных механизмов головного мозга является формирование гиперактивных нейронов, продуцирующих чрезмерный, неконтролируемый поток импульсов. Возникновение генератора патологически усиленного возбуждения представляет собой начальные этапы процесса эпиптизации, обуславливая изменение функционального состояния мозга. Так, формируется патологическая система (ПС), патогенетическое значение которой заключается в возникновении синдрома при нервно-психических заболеваниях. С течением времени ПС становится более стабильной и резистентной к терапевтическим воздействиям. Сохраняющаяся эпиптизация мозга в случае распада ПС способна привести к рецидиву болезни. Главной задачей терапевтического процесса является дестабилизация ПС с последующей ее ликвидацией. В качестве динамической модели постоянно усложняющейся структурно-функциональной ПС с дезорганизованными внутримозговыми связями выступают системные расстройства. Локус патологической активности



обуславливает варианты нарушений корково-подкорковых взаимодействий, что клинически проявляется темпо-ритмовой дезорганизацией речи при заикании, утратой контроля над мочеиспусканием во время сна при энурезе, расстройством произвольной регуляции мускулатуры при тиках. Устранение эпилептизации мозга служит редукции, как основного нарушения, так и коморбидных заиканию, тикам и энурезу психопатологических синдромов.

Таким образом, основным методом лечения тиков, энуреза, заикания является фармакотерапия. Ее назначение осуществляется по индивидуальным показаниям в тех случаях, когда основные и коморбидные расстройства не могут быть преодолены лишь с помощью методов психотерапии, психолого-педагогической коррекции, и пациент направляется на лечение к психиатру (психологом, педагогом-дефектологом или другим специалистом, занятым работой с детьми).

К сожалению, в Российской Федерации не проводились сравнительные исследования эффективности и безопасности различных методов терапии и лекарственных средств, применяемых при системных расстройствах, полностью отвечающих современным мировым стандартам. Имеющиеся в распоряжении разработчиков нормативные документы (отраслевые классификаторы, Государственный реестр лекарственных средств и другие документы), литературные источники с высоким уровнем доказательств в основном относятся к взрослой психиатрии. Практически отсутствуют данные о частоте назначения тех или иных препаратов, соотношении исходов при их назначении, длительности лечения и другие показатели, которые должны быть отражены в стандартах лечения.

В связи с этим, остро востребованы научные исследования для создания и обоснования алгоритмов лечения системных расстройств, которые могли бы быть внесены в протокол ведения больных в детском возрасте с тиками, заиканием, энурезом.

Итак, системные расстройства могут быть относительно компенсированными (**фаза вне обострения**) или декомпенсированными (**фаза обострения**). Переход в фазу обострения обусловлен рядом причин:

- воздействием психогенно-стрессовых факторов;
- возникновением аномальных психосоциальных ситуаций в семье, по месту учебы;
- воздействием дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- переход в критическую фазу развития;
- аутохтонными сезонными колебания;
- сочетанием нескольких факторов.

Начальный этап лечения СР должен включать в себя медикаментозные препараты. Это создает условия для более успешного проведения немедикаментозных методов лечения за

счет уменьшения клинических проявлений коморбидных расстройств (нарушение внимания, гиперактивность, импульсивность, волевые нарушения, эмоциональная лабильность, тревожность, дисфоричность и эксплозивность, оппозиционно-вызывающее поведение и т.п.). Дети становятся спокойными, более управляемыми и способными к восприятию принципов немедикаментозной коррекции.

### **Принципы комплексной фармакотерапии системных расстройств**

Среди принципов комплексной психофармакотерапии системных расстройств (тики, энурез, заикание) у детей и подростков:

#### *Принцип 1. Раннее вмешательство «у истоков заболевания»*

Промедление с лечением приводит к стабилизации хронического течения системных расстройств за счет укрепления патологических внутримозговых связей, повышая резистентность к терапии. Формирование вторичных невротических нарушений в пубертатном возрасте утяжеляет прогноз, затрудняя терапию.

#### *Принцип 2. Патогенетическая обоснованность и комплексность терапии*

Комплексная психофармакотерапия, направленная на восстановление функциональной недостаточности структур головного мозга, включает антиконвульсанты, ноотропные, сосудистые, дегидратационные, рассасывающие средства. Влияние на ключевые механизмы патогенеза обеспечивает редукцию, как системных расстройств, так и коморбидных психических нарушений. При необходимости лечение дополняется средствами, устраняющими обменные, аллергические, нейрогуморальные нарушения и др.

#### *Принцип 3. Индивидуализация лекарственных средств и их дозировок*

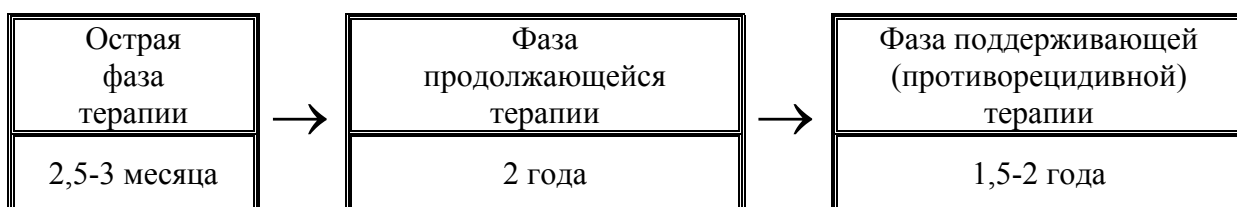
Наибольшая трудность инициального периода терапии связана с подбором лекарственных препаратов и определением индивидуальных дозировок, зависящих от ряда факторов, таких как возраст, физиологические особенности пациента, токсичность препаратов и их побочные действия, характер течения и степень выраженности заикания, тиков и энуреза и коморбидных им психических нарушений.

#### *Принцип 4. Непрерывность и длительность терапии*

Эффективность терапии системных и коморбидных им нервно-психических нарушений в немалой степени зависит от способности функциональных систем головного мозга к восстановлению и регуляции физиологических функций.

Трехфазовая модель терапии системных расстройств (рис. 1) отражает современную технологию лечения.

Рис. 1. Трехфазовая модель терапии системных расстройств (тики, энурез, заикание)



Как правило, в острой фазе к исходу 6-ой недели терапии наблюдается редукция более 50% ведущей симптоматики, к концу 8-12 недели удается достичь состояния значительного улучшения или ремиссии в подавляющем большинстве случаев. При системных расстройствах с затяжным течением с этого момента начинается «продолжающаяся» фаза терапии (2 года), направленная на достижение ремиссии высокого качества (выздоровления). Основная задача поддерживающей (противорецидивной) фазы терапии заключается в предотвращении рецидива системных расстройств и коморбидных им нарушений. Продолжительность поддерживающей (противорецидивной) фазы составляет не менее года. С учетом особенностей клинического течения системных нарушений в каждом индивидуальном случае сроки лечения определяет врач. Чаще противорецидивная терапия осуществляется на протяжении 1,5-2 лет.

Курсовая медикаментозная терапия противоорганическими средствами осуществляется в амбулаторных условиях на протяжении 1-4-х лет, в зависимости от скорости формирования ремиссии. Непрерывность и длительность терапии обуславливают отсутствие рецидивов. Монотерапия антиконвульсантами осуществляется, как правило, на протяжении 1,5-2-х лет. На ее фоне проводят четыре месячных курса лечения в год на протяжении 1-4-х лет (4-12 курсов). В курсе используются одновременно препараты различной направленности фармакологического действия. Воздействие на «ключевые» механизмы патогенеза системных расстройств обеспечивает достижение комплексного эффекта.

#### 1. Медикаментозная терапия

Выбор препарата проводится с учетом особенностей психопатологической структуры расстройства, наличия или отсутствия сопутствующих психических, психоневрологических и соматических нарушений. Следует учитывать также возможность терапевтической трансформации синдрома в процессе лечения, в связи с чем, могут быть замены или присоединение других методов лечения.

Более успешной в этом отношении является дифференциация по **клинико-патогенетическому принципу**. С определенной долей условности выделяются энцефалопатические формы системных нарушений и коморбидных им нервно-психических нарушений, в генезе которых значительную роль играют ранние органические поражения ЦНС, а клинически наблюдаются симптомы резидуально-органического психосиндрома с признаками выпадения, либо парциальной задержки формирования тех или иных

психических функций. Дизонтогенетические формы системных расстройств и коморбидных им нарушений обусловлены асинхронией развития психических функций.

Основные группы медикаментозных средств, используемых для лечения системных расстройств в Российской Федерации:

*1. Антikonвульсанты*

- *Вальпроаты: кальциевая соль вальпроевой кислоты (конвульсофин), натриевая соль вальпроевой кислоты (депакин), вальпроевая кислота (конвулекс)*

- *Карбамазепины (финлепсин-ретард, тегретол ЦР)*

- *Оскарбазепин (трилептал)*

- *Топирамат (топамакс)*

- *Леветирацетам (кеппра)*

*2. Нейролептики*

- *Галоперидол*

- *Орап (пимозид)*

- *Рisperидон (рисполепт)*

- *Кветиапин (сероквель)*

*3. Транквилизаторы (анксиолики)*

- *Гидроксизин (атаракс)*

*4. Антидепрессанты*

- *Сертралин (золофт)*

- *Флувоксамин (феварин)*

*5. Диуретики*

- *Ацетазоламид (диакарб)*

*6. Антиэнууретики*

- *Десмопрессин (минирин)*

- *Оксибутинина гидрохлорид (дриптан)*

*6. Ноотропы*

*Ноотропы представляют собой неоднородную группу лекарственных средств, включающие различные классы препаратов. Среди них:*

- *производные пирролидона (пирацетам, ноотропил);*

- *производные гамма-аминомасляной кислоты (фенибут, пантогам, пантокальцин, пикамилон);*

- *производные пиритинола (энцефабол, пиридитол);*

- *нейропептиды и их аналоги (церебролизин, кортексин, семакс);*

- многокомпонентные лекарственные средства (инстенон, актовегин);
- цереброваскулярные средства с ноотропным действием (винпоцетин (кавинтон), циннаризин (стугерон), гинкго билоба (танакан);
- антиоксиданты (мексидол);
- нейротекторы с центральным холиномиметическим действием (холина альфосцерат – глиатилин, церебро).

## **Особенности применения медикаментов при системных расстройствах**

### **Антиконвульсанты**

Расширение представлений о патогенезе системных расстройств (тики, энурез, заикание) и коморбидных им нарушений, имеющих схожие с эпилепсией механизмы возникновения, позволяет с высокой терапевтической эффективностью применять антиконвульсанты. Их назначение направлено на подавление генераторов патологически усиленного возбуждения и гиперактивных патологических систем, дестабилизацию и ликвидацию «эпилептогенного очага», что обеспечивает общую редукцию психопатологических синдромов. Антиконвульсанты применяют непрерывно на протяжении не менее 1,5-2-х лет. Их подбор осуществляется в амбулаторных стационарных условиях. Критерием отмены антиконвульсантов (критерием излечения) может служить отсутствие клинических проявлений при стабильной нормализации показателей БЭА с отсутствием очагов патологической активности при динамическом ЭЭГ-контроле в течение года.

Принципиальное отличие между отдельными представителями антиконвульсантов заключается лишь в том, что блокада эпилептической активности осуществляется различными путями. Антиконвульсанты могут подавлять активность отдельных нейронов, менять условия передачи возбуждения в синапсах и активность структур мозга, участвующих в регуляции распространения эпилептического разряда.

В терапии системных расстройств высокую эффективность проявили такие антиконвульсанты, как вальпроаты, карбамазепин, окскарбазепин, топирамат, леветирацетам. Быстрое наращивание доз современных антиконвульсантов в инициальном периоде лечения сопровождается частым возникновением побочных эффектов и осложнений терапии.

Побочные действия антиконвульсантов со стороны ЦНС и периферической нервной системы чаще проявляются вялостью, выраженной сонливостью, подавленностью, заторможенностью, мышечной слабостью, атаксией, смазанной речью, головными болями, головокружением, расстройством зрения. Со стороны пищеварительной системы возможно возникновение тошноты, рвоты, боль в животе, симптомы диспепсии. Со стороны кожи и слизистых: кожный зуд, сыпь, крапивница. Редкими осложнениями при передозировке

антиконвульсантов или индивидуальной их непереносимости являются случаи помрачения сознания, возникновения галлюцинаций, резкое снижение остроты зрения, повышение внутриглазного давления, синдром Стивенса-Джонсона, токсическое повреждение почек и печени, лейкопения.

Побочный эффект и осложнения при лечении антиконвульсантами служат для родителей веским аргументом в пользу прекращения дальнейшей терапии. В этой связи, наиболее распространенной врачебной ошибкой является быстрое наращивание дозы антиконвульсантов в инициальном периоде лечения. Предлагаемая пошаговая, многоступенчатая схема наращивания дозировок антиконвульсантов практически исключает риск развития побочных эффектов и осложнений (рис. 3).

Рис. 3. Пошаговая схема подбора доз антиконвульсантов при лечении системных расстройств.



Данная схема особенно эффективна в условиях поликлинического приема. Суть ее заключается в том, что минимальная инициальная дозировка антиконвульсантов, составляющая не более четверти от запланированной средней суточной дозы, разделена на 2-3 приема в сутки. В течение месяца каждую последующую неделю доза антиконвульсанта увеличивается на четвертую часть, в итоге достигая запланированной ранее средней суточной дозы. Учитывая наличие парциальной патологической активности, установленной с помощью ЭЭГ, препаратом выбора при заикании и энурезе являются карбамазепин и окскарбазепин. Карбамазепин относится к средствам, сочетающим в себе противосудорожное и психотропное действие. Психотропное действие карбамазепина проявляется тимоаналептическим (антидепрессивным), нормотимическим и анксиолитическим эффектом. При этом карбамазепин не оказывает негативного влияния на память и когнитивные функции. При приеме внутрь пик концентрации карбамазепина в плазме крови достигается через 4-8 часов, период полувыведения составляет 10-20 часов.

Помимо пошаговой схемы назначения антиконвульсантов существует еще один способ избежать на начальном этапе терапии побочных дозозависимых эффектов, обусловленных стремительным увеличением лекарственного вещества в плазме крови. Речь идет о применении ретардированных форм препарата (например, финлепсин-ретард, тегретол ЦР).

Финлепсин-ретард всасывается сравнительно медленно (период полувсасывания в среднем составляет 8,5 часов). Полновесная концентрация в плазме на начальном этапе терапии достигается через 2-8 дней. Применение средних терапевтических доз финлепсина-ретарда не меняет самочувствия, и, что особенно важно, не нарушает привычный поведенческий стереотип детей и подростков. В ходе исследования наибольшая эффективность терапии заикания и энуреза была достигнута при суточной дозе карбамазепина 10-15 мг/кг, распределенной на 2-3 приема. Средняя терапевтическая доза карбамазепина у детей 7-8 лет с заиканием и энурезом с учетом возраста и массы тела составила 0,3-0,4 г/сут, у детей 9-12 лет — 0,4-0,5 г/сут, у подростков 13-17 лет — 0,5-0,6 г/сут. Непрерывное лечение карбамазепином осуществляется, как правило, на протяжении 1,5-2-х лет, в зависимости от редукции клинических проявлений системных расстройств (заикание, энурез) и соболезенных им нарушений. Критерием излечения может служить отсутствие клинических проявлений при стабильной нормализации показателей БЭА с отсутствием очагов патологической активности при динамическом ЭЭГ-контроле в течение года.

Оскарбазепин (трилептал) эффективен в отношении парциальной (фокальной) и генерализованной патологической активности. Его эффективность сходна с карбамазепином и вальпроатами при лучшей переносимости. Побочные действия схожи с карбамазепином, при меньшей их частоте и выраженности. Лекарственные формы представлены таблетками по 150 мг, 300 мг, 600 мг и суспензией для приема внутрь 300 мг – 5,0 мл. Препарат назначают детям с 2-х лет. Начальная доза 5-10 мг/кг, средняя терапевтическая доза, как правило, не превышает 30 мг/кг. Нарачивание дозы постепенное, до 10 мг/кг. Трилептал проявляет высокую эффективность в отношении всех системных расстройств.

При тикозном расстройстве патологическая активность носит генерализованный характер. В качестве препарата выбора целесообразно использовать вальпроевую кислоту и ее соли, вальпроаты. Механизм противосудорожного действия вальпроатов связан с повышением уровня тормозного медиатора ГАМК за счет ингибирования ферментов, метаболизирующих ГАМК. Также вальпроаты увеличивают захват ГАМК клетками миндаины, таламуса, моста, стриатума, снижают ток калиевых каналов путем увеличения порога потенциала действия и предотвращения избыточной деполяризации.

Вальпроаты не оказывают угнетающего действия на когнитивные функции, умственную работоспособность, что позволяет сохранять детям и подросткам активность в учебных заведениях, не снижая показателей успеваемости. Быстрое нарачивание дозы, передозировка вальпроатов проявляется редко возникающими токсико-аллергическими реакциями с диспепсией, нарушениями функции печени и свертываемости крови, лейкопенией и тромбоцитопенией, заторможенностью, выпадением волос, увеличением массы тела.

Фармакокинетика вальпроатов предполагает, что после приема внутрь препарата пик концентрации в плазме крови достигается через 1,5-2,5 часа, а равновесная терапевтическая концентрация в плазме к 3-4 дню приема. Период полувыведения составляет 15-17 часов. Выделение вальпроатов из организма происходит с мочой в виде конъюгированных метаболитов.

Из вальпроатов при тикозном расстройстве с наибольшим успехом применяется конвульсофин (кальциевая соль вальпроевой кислоты), депакин-хроно (натриевая соль вальпроевой кислоты) и конвулекс (вальпроевая кислота). Наибольшая эффективность терапии тиков была достигнута при суточной дозе вальпроатов — 15-25 мг/кг, распределенной на 2 приема. Их средняя терапевтическая доза у детей 7-8 лет с тиками составляет 0,3-0,6 г/сут, у детей 9-12 лет — 0,45-0,8 г/сут, у подростков 13-17 лет — 0,6-1,2 г/сут.

Несмотря на терапевтический эффект, лечение вальпроатами следует проводить непрерывно в течение 1,5-2-х лет, реже до 3-х лет. Критерием излечения тиков может служить стабильная нормализация показателей БЭА с устранением очагов патологической активности при динамическом ЭЭГ-контроле в течение 1 года.

Топирамат относится к последней генерации антиконвульсантов. Его действие связано с блокадой натриевых каналов, подавлением новых потенциалов действия на фоне длительной деполяризации мембраны нейрона. Топирамат также повышает активность  $\gamma$ -аминомасляной кислоты (ГАМК), модулирует активность ГАМК-рецепторов. Топирамат (топамакс) назначается детям с 2-х летнего возраста. Влияет как на парциальную, так и генерализованную активность. Применяется при тиках, энурезе и заикании в виде монотерапии. Схема назначения: детям старше 2-х лет в первую неделю рекомендуют дозу 0,5 мг/кг (реже 1,0 мг/кг) однократно перед сном. Затем с интервалом 1-2 недели повышают дозу на 0,5-1,0 мг/кг, разделив суточную дозу на 2 приема. Старше 2 лет средняя суточная доза при системных расстройствах составляет 2-3 мг/кг.

Леветирацетам (кепра) – современный антиконвульсант, действие которого заключается в связывании гликопротеина синаптических везикул, что приводит к гиперсинхронизации нейронной активности. Кроме того, он модулирует ГАМК-рецепторы и глициновые рецепторы. Влияет как на парциальную, так и генерализованную активность. В связи с чем, может с успехом применяться при тиках, заикании, энурезе. Применяется у детей, начиная с возраста 4 года, перорально, дважды в сутки, с постепенным наращиванием дозы в течение месяца. Детям в возрасте 4-12 лет начальная терапевтическая доза составляет 20 мг/кг, с постепенным увеличением до 30-40 мг/кг дважды за сутки. У подростков 13-17 лет суточная доза составляет 1,0-2,0 г/сут в 2 приема.



При синдроме Туретта применение антиконвульсантов также нередко приносит значительное послабление клинических проявлений.

### **Нейролептики**

Синдромологическая терапия антипсихотиками (нейролептиками) является терапией «отчаяния» в случаях, когда проявления тиков носят социально неприемлимый характер (копролалия, копропраксия). Наиболее часто с целью подавления тиков применяется галоперидол. Детям 3-12 лет с массой 15-40 кг галоперидол назначается в дозе 0,025-0,05 мг/кг в сутки с двух-, трехкратным приемом. У подростков суточная доза составляет 0,05-0,075 мг/кг. При длительном и чрезмерном применении в качестве побочных эффектов отмечаются явления острого, подострого, хронического нейролептического синдрома в форме экстрапирамидных нарушений, гиперсаливации, тошноты и рвоты. Возможны головная боль, бессонница, сонливость, тревога, страх, депрессия, ортостатическая гипотензия, тахикардия, аритмия, токсическое поражение внутренних органов.

Применение при тиках атипичных антипсихотиков обусловлено их высокой блокирующей активностью дофаминовых рецепторов и отсутствием серьезных побочных эффектов в средних возрастных дозировках. В нашей стране применение атипичных антипсихотиков разрешено с возраста 15 лет. Чаще других используются рисперидон (рисполепт) и кветиапин (сероквель). Рисполепт назначают подросткам 15-17 лет в дозе 1-4 мг/сут, разделенной на 2-3 приема. Диапазон суточной дозы сероквеля определен тяжестью тиковых нарушений, и составляет 50-300 мг/сут на 2-3 приема.

### **Антидепрессанты**

При сопутствующей депрессивно-тревожной симптоматике с осторожностью используют антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (возможно обострение основной симптоматики). Среди них, сертралин (разрешен к применению у детей с 6 лет), флувоксамин (разрешен к применению у детей с 8 лет).

### **Ноотропы**

Ноотропы обладают сложным, поливалентным механизмом действия. Нейрометаболическое (антигипоксическое) действие ноотропов особенно хорошо проявляется при резидуально-органической церебральной недостаточности с энцефалопатическими нарушениями. Созданные на основе тормозного нейромедиатора головного мозга  $\gamma$ -аминомасляной кислоты (ГАМК), ноотропные препараты улучшают патологически сниженные обменные процессы в мозговой ткани за счет повышения усвоения и метаболизма глюкозы, обмена нуклеиновых кислот, повышения высвобождения ацетилхолина и активации холинергических процессов. Ноотропы ингибируют перекисное окисление липидов в условиях тканевой ишемии за счет подавления активности

лизосомальных ферментов и предотвращения образования свободных радикалов, что приводит к стабилизации нейрональных мембран. Среди клинических эффектов ноотропов выделяют психостимулирующее, антиастеническое, седативное, антидепрессивное, антиэпилептическое, ноотропное, мнемотропное, адаптогенное, вазовегетативное, антипаркинсоническое, антидискинетическое действие, влияние на уровень бодрствования, ясность сознания.

Безвредность терапии ноотропами доказана многочисленными экспериментами. Препараты не оказывают негативного влияния на периферическую кровь, внутренние органы, как правило, не вызывают местного раздражающего и аллергического действия. К основным мишеням ноотропной терапии относятся расстройства астенического круга: раздражительная слабость, нарушения опосредованного запоминания, повышенная истощаемость функции активного внимания, снижение уровня умственной работоспособности, явления физической и психической астении, вазовегетативные нарушения. Среди ноотропных препаратов в нашей стране наиболее широко используются ноотропил (пирацетам), энцефабол (пиридитол), пантогам, пантокальцин, фенибут.

Современные высокоэффективные ноотропы обладают поливалентным действием. Их мощное антиоксидантное, антигипоксическое, ноотропное, мембранопротекторное действие сочетается с антиконвульсивным и анксиолитическим эффектом. Они также способны улучшать реологические свойства крови, оказывать гиполипидемическое действие. К ним относится мексидол. Его применение вызывает улучшение нейрометаболизма и кровоснабжения головного мозга.

Мексидол представлен в двух формах: раствор для инъекций 5% в ампулах по 100 и 250 мг, и таблетки по 125 мг. Доза составляет 5-10 мг/сут. Побочные эффекты возникают редко, представлены тошнотой, сухостью во рту, редкими аллергическими реакциями.

Целесообразность применения ноотропов при заикании, тиках и энурезе признается практически всеми исследователями. Тем не менее, следует оговориться, что выраженное стимулирующее действие практически всех ноотропов может активировать гиперактивные «пейсмейкерные» клетки, обеспечивающие дисфункциональные патологические интрацеребральные отношения. В результате применения ноотропов клинически нередко наблюдается усиление гиперактивности ребенка, повышение его возбудимости, раздражительности, плаксивости, расторможенности, нарушение сна, усиление степени выраженности и частоты речевых судорог, тиковых проявлений, учащение эпизодов энуреза. В этой связи, начинать терапию системных расстройств целесообразно с антиконвульсантов, а затем под их прикрытием назначать ноотропные средства.

### **Диуретики**

Одним из звеньев патогенеза системных расстройств являются проявления синдрома ликворной дистензии. При наличии гипертензионно-гидроцефального синдрома различной степени выраженности необходимо назначение диуретиков, среди которых предпочтение отдается ингибитору карбангидразы типа ацетазоламида (диакарб). Этот препарат оказывают ингибирующее влияние на продукцию ликвора, и при длительном применении медленно, но эффективно снижают внутричерепное давление. С другой стороны, ацетазоламид обладает противосудорожным действием, оказывая ингибицию карбангидразы в глие и миелине, способствуя накоплению CO<sub>2</sub>, что повышает порог судорожной готовности. Период полувыведения ацетазоламида (диакарба) составляет 10-12 часов, время достижения равновесной концентрации в плазме 8-14 мг/л составляет 2 суток. Терапевтическая доза составляет 10-15 мг/кг ежедневно. Следует учитывать, что ацетазоламид (диакарб) увеличивает концентрацию карбамазепина и вальпроатов. В силу высокой эффективности и безопасности при длительном использовании при системных расстройствах с успехом применяется диакарб. Его назначение осуществляется в сочетании с другими препаратами в течение 24 дней с периодичностью до 4 раз в год. Ежедневный однократный или двукратный прием в утренние и дневные часы с учетом возраста и массы тела пациентов (0,125-0,5 г/сут) в течение месяца к побочным явлениям, осложнениям не приводит. Гипокалиемию легко устраняется с помощью диеты, богатой ионами калия (запеченный картофель, изюм, курага). Употребление указанных пищевых продуктов полностью восполняет дефицит калия, не требуя применения лекарственных препаратов. Побочные эффекты при курсовом приеме диакарба (не более 30 дней) проявляются преимущественно парестезией, редкими аллергическими реакциями. Лишь длительный курс (свыше нескольких месяцев) может вызвать редкие осложнения в форме судорог, сонливости, нарушения осязания, гемолитической анемии, лейкопении, агранулоцитоза, гипокалиемии, метаболического ацидоза, нефролитиаза, тошноты, рвоты, диареи.

Другие мочегонные средства, верошпирон (альдоктон, спиронолактон), фуросемид (лазикс) и триампур, проявляют свое действие преимущественно при полостных отеках, и менее эффективны в случаях интракраниальной гипертензии. Кроме того, длительное их применение нередко сопровождается выраженными побочными эффектами и осложнениями.

### **Нейрометаболические стимуляторы**

На протяжении последнего десятилетия появились исследования, свидетельствующие о положительном терапевтическом эффекте биостимуляторов при детском церебральном параличе, синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, последствиях черепно-мозговых травм.

Особое внимание уделяется активаторам клеточного метаболизма — актовегину и церебролизину. Актовегин (солкосерил), депротеинизированный гемодериват из сыворотки крови телят, содержит низкомолекулярные пептиды и дериваты нуклеиновых кислот. По своей сути актовегин является мощным современным антигипоксантом.

Несомненно, дозировка и способ введения актовегина зависят от клинической картины и степени выраженности системных расстройств. В условиях стационара при выраженных нейрометаболических и циркуляторных нарушениях целесообразно первоначально использовать внутривенное введение инфузионных растворов до 500,0 мл/сут со скоростью 5 мл/мин. Для достижения быстрого эффекта необходимо применять до 10-20 инфузий на курс. В последующем осуществляется замена на пероральный прием актовегина в форме драже форте 400-600 мг на 2-3 приема в сутки. Из побочных действий и осложнений при применении актовегина следует отметить лишь редкие аллергические реакции в виде гиперемии кожи, крапивницы, гипертермии. Крайне редким осложнением терапии являются анафилактические реакции, для предупреждения которых следует проводить пробную инъекцию. В амбулаторных условиях целесообразно применять актовегин драже форте.

Другим высокоэффективным препаратом, активирующим клеточный метаболизм, является церебролизин. Церебролизин представляет собой комплекс низкомолекулярных пептидов, обладающих высокой биологической активностью и оказывающих мультимодальное воздействие на нейроны, легко проникая через гематоэнцефалический барьер. Церебролизин — единственный препарат с нейротрофической активностью, стимулирующий дифференциацию нейронов и процесс арборизации. Церебролизину присуща и антиамилоидная активность, приостанавливающая процесс нейродегенерации. Из побочных действий церебролизина следует отметить аллергические реакции в виде крапивницы, зуда, с гипергидрозом, гипертермией, ощущением прилива жара. Особую опасность представляют анафилактические реакции, введение препаратов проводится с особой осторожностью. Терапевтический эффект актовегина и церебролизина проявляется в улучшении концентрации внимания, процессов запоминания, сохранения и воспроизведения информации, активизации умственной работоспособности, способствует формированию положительных эмоций, оказывает модулирующее влияние на поведения.

Отечественный препарат кортексин содержит биологически активные низкомолекулярные нейропептиды, проникающие через гематоэнцефалический барьер. Препарат обладает тканеспецифическим действием, улучшает мозговой метаболизм, обеспечивая нейропротекцию, функциональную нейромодуляцию, повышая нейротрофическую активность, усиливая внутриклеточный синтез белка. Кортексин улучшает деятельность когнитивных функций (концентрацию внимания, кратковременную память, способность к

обучению), стимулирует процесс умственной деятельности, восстанавливает биоэлектрическую активность головного мозга, вызывая антиконвульсивный эффект. Кортексин у детей и подростков с системными расстройствами применялся внутримышечно в дозе 10 мг однократно в сутки. Курсовое лечение предполагает 10-15 инъекций через день. Побочные действия не выявлены.

#### Сосудистые средства

Сосудистым средствам принадлежит важная роль в оптимизации церебрального кровообращения. К наиболее эффективным средствам с сосудорасширяющим и метаболическим действием относятся винпоцетин (кавинтон), гинкго билоба (танакан) и инстенон.

Винпоцетин при резидуально-органических поражениях головного мозга в детском возрасте в силу высокой эффективности и достаточной безопасности используется наиболее широко. Его применение в лечебных дозах приводит к повышению общего тонуса организма, улучшению внимания, памяти, темпа интеллектуальной деятельности. Редко возникающие побочные эффекты проявляются преходящим снижением артериального давления и тахикардией. При системных расстройствах винпоцетин применяется внутрь в дозе, зависящей от возраста и веса пациента. Средние суточные дозы — из расчета 0,25–0,3 мг/кг. Парентеральное капельное внутривенное введение у детей не рекомендуют из-за высокой частоты ортостатических сосудистых реакций.

Другой эффективный сосудистый препарат экстракт гинкго билоба (танакан — EGb 761), представляет собой стандартизированный и титрованный экстракт из листьев реликтового дерева гинкго билоба. В своей действующей основе танакан имеет флавоноидные гликозиды (24%), терпеновые вещества (6%), гинколиды (А, В, С), проантоцианиды, органические кислоты. Действие танакана комплексное, включает влияние на мозговой и периферический кровоток, нейропротекторное и мембранопротекторное действие, влияние на нейромедиаторные системы, нейрометаболическое действие. Хорошая переносимость препарата, отсутствие побочных эффектов позволяют рассматривать танакан в качестве одного из основных антиастенических, нейрометаболических и нейропротекторных психотропных средств терапии пограничных нервно-психических состояний резидуально-органического генеза и невротических нарушений. При системных расстройствах в инициальном периоде танакан используют в течение 2-3 месяцев непрерывно в дозе 80-120 мг внутрь с двукратным повторением курса той же продолжительности в течение года. При отсутствии желаемого эффекта применяется комплексная патогенетическая терапия по ниже приведенной схеме. Танакан нельзя назначать при врожденной галактоземии, лактазной недостаточности, синдроме мальабсорбции глюкозы или галактозы.

К современным активаторам кровообращения и метаболизма головного мозга комбинированного действия относят инстенон. Три его компонента, этамиван, гексобендин, этофиллин, действуют одновременно и однонаправленно на различные звенья патогенеза ишемического и гипоксического поражения головного мозга. Так, этамиван оказывает выраженное активизирующее действие на лимбико-ретикулярный комплекс. Влияние гексобендина связано с увеличением транспорта и потребления глюкозы и кислорода клетками головного мозга за счет анаэробного гликолиза и активизации пентозных циклов. Этофиллин активизирует метаболизм миокарда с увеличением минутного объема сердца. Это способствует увеличению перфузионного давления в зоне краевой ишемии, существенно не влияя на системное артериальное давление. К противопоказаниям для назначения инстенона относят epileptiformные синдромы и повышенное внутричерепное давление, внутричерепные кровоизлияния, поэтому препарат назначают на фоне дегидратационных средств и антиконвульсантов. Стационарные схемы применения инстенона предполагают внутривенное капельное введение 2,0 мл препарата в 200,0 мл физиологического раствора № 5-7 с последующим переходом на пероральный прием драже 1-2 драже 3 раза в сутки в течение месяца. Побочные действия инстенона практически отсутствуют. При быстром внутривенном введении в редких случаях наблюдается кратковременная гиперемия лица, тахикардия, умеренная гипотензия, головная боль.

Другие сосудистые препараты с иными механизмами воздействия на церебральный кровоток, обладают меньшей эффективностью. К ним относятся пентоксифиллин (трентал) и циннаризин (стугерон). К тому же их применение нередко сопряжено с развитием побочных эффектов.

### **Препараты с антиэнуретическим эффектом**

Эффективность антиэнуретических препаратов уже обсуждалась. Десмопрессин (минирин) при первичном (дизонтогенетическом) энурезе применяется интраназально в растворе в дозе 10-40 мкг/сут в один или несколько приемов. При этом соблюдается ограничение водной нагрузки. Детям с 3 до 15 лет рекомендуют суточную дозу на несколько приемов в 5-30 мкг/сут. При рините десмопрессин применяют сублингвально. Десмопрессин чаще снижает объем мочи во время непроизвольного мочеиспускания, не всегда влияя на частоту ночных эпизодов энуреза. При отмене терапии десмопрессином клиническая картина энуреза, как правило, восстанавливается до уровня предшествующего терапии.

Оксибутинина гидрохлорид (дриптан) с успехом применяется у лиц с нейрогенным мочевым пузырем. Тем не менее, среди показаний есть и ночной энурез. Дриптан назначают детям с 5 лет в дозе 5 мг/сут на ночь. У детей 7-12 лет – 10 мг/сут в 2 приема. Подросткам 13-17 лет дриптан рекомендуется в дозе 10-15 мг/сут в 2-3 приема. Прямое спазмолитическое

миотропное действие дриптана способствует увеличению функциональной емкости мочевого пузыря.

Тем не менее, энурез возникает при нарушении контроля над мочевым пузырем во время сна, что обусловлено нарушением центральных мозговых механизмов, а не дисфункцией периферического органа. В связи с чем, целесообразность использования дриптана при энурезе не велика.

## 2. Немедикаментозная терапия

### 2.1. Психологическая коррекция

*Выбор техник психологической коррекции определяется целью и задачами лечебного процесса. В комплексной реабилитационной работе с детьми и подростками, страдающими заиканием, тиками и энурезом, наиболее эффективными методами зарекомендовали себя поведенческие, когнитивно-поведенческие, суггестивные методы в условиях групповой и индивидуальной психотерапии. Стратегия психотерапевтического процесса строится с учетом указанных «последствий заболевания», индивидуальных психологических свойств пациента, мотивации к лечению.*

*В детском возрасте особое значение придается семейной психотерапии. Семья является основным источником невротических состояний у детей и подростков. Формирующаяся эмоциональная система, незрелые личностные структуры детей и подростков с системными расстройствами на фоне резидуально-органической церебральной недостаточности становятся легко уязвимой мишенью конфликта в условиях семейной дезинтеграции. Хроническая психогения обуславливает перенапряжение адаптационных возможностей ребенка, обеспечивая срыв биологических механизмов. Применение различных структурированных техник семейной терапии направлено на преодоление дисгармонии межличностного взаимодействия в семье, восстановление семейной иерархии и сплочения родителей ради заботы о своем ребенке.*

*В подростковом периоде мощным средством изменения системы отношений формирующейся личности, коррекции неадекватных реакций и форм поведения ради восстановления полноценного социального функционирования является групповая личностно-ориентированная психотерапия системных расстройств. Индивидуальная работа лишь дополняет групповые методы.*

*В ходе групповых занятий при системных расстройствах с успехом используются функциональные тренинги, во время которых решаются общие и специфические задачи, обусловленные нарушением. Например, устранение фиксации на специфическом дефекте, перестройка коммуникативного поведения, приобретение навыков гибкого взаимодействия с использованием языка невербальных сигналов, стремление к диалогу, синтез и*

восстановление гармонии вербального и невербального общения, изменение на всех уровнях деятельности, от мотивационного до поведенческого.

Поведенческая терапия направлена на формирование навыков социального взаимодействия, включает такие директивные поведенческие техники, как постановка целей, моделирование, поведенческое повторение, подкрепление и домашнее задание. Поведенческая терапия проводится специально подготовленным медицинским психологом.

#### *2.2. Биологически обратная связь (обучение аутокоррекции мозговой активности)*

Метод, не получивший еще широкого распространения в системе здравоохранения, требует специального оборудования и подготовленного к работе специалиста.

#### *2.3. Нейропсихологическая коррекция*

Обоснованием целесообразности применения нейропсихологической коррекции являются многочисленные нарушения высших психических функций при системных расстройствах. Системный подход к нейропсихологической коррекции заключается в применении когнитивных и двигательных методов в иерархизированном комплексе с учетом их взаимодополняющего влияния. В ней используются адаптированные к детскому возрасту телесно-ориентированные, этологические, театральные и психотехнические приемы. Применяется комплекс упражнений, включающий в себя растяжки, дыхательные упражнения, глазодвигательные упражнения, упражнения для языка и мышц челюсти, перекрестные (реципрокные) телесные упражнения, упражнения для развития моторики рук, упражнения для релаксации и визуализации, функциональные упражнения, упражнения для развития коммуникативной и когнитивной сферы. Главная цель нейропсихологической коррекции — активизация и развитие всех ВПФ. Занятия различаются по времени и количеству. Минимальное количество занятий на 1-й курс — 15-20. Предполагаются домашние задания, которые выполняются с кем-либо из родителей или близких ребенка.

#### *2.4. Логопедическая коррекция*

Логопедическая коррекция осуществляется по необходимости при нарушениях речевого развития, нарушениях звукопроизношения. При заикании осуществляются общие дидактические приемы, дыхательные упражнения и др.

#### *2.5. Психообразовательная работа с семьей*

Работа с семьей включает психообразовательные программы (разъяснение родителям основных методов сути расстройства и его лечения, особенностей построения взаимодействия с больным ребенком, разрешение поведенческих проблем. Не только дети, но и их родители нуждаются в помощи, включающей психотерапевтическую поддержку, обучению навыкам выхода из кризисной ситуации, способам конструктивного взаимодействия всех членов семьи



### *3. Психосоциальная терапия*

*Роль психосоциальной терапии возрастает в подростковом возрасте, когда начинают формироваться проблемы, обусловленные социальной дезадаптацией. Психосоциальная терапия не может обходиться только методами и способами воздействия, которыми располагают учреждения психиатрического профиля. Необходимо медико-психолого-социальное сопровождение ребенка или подростка вместе с его семьей на основе межведомственного и межпрофессионального взаимодействия. Психосоциальная терапия включает в себя восстановление или формирование недостаточных в условиях конкретного социума когнитивных, эмоциональных, мотивационно-волевых ресурсов личности, навыков бесконфликтного общения с окружающими, предотвращение социально-психологической деформации личности. Требуется создание терапевтической среды, тренинги коммуникативных и социальных навыков, работа по повышению ответственности за свое социальное поведение, работа по улучшению социального функционирования пациентов в семье, школе, неформальных группах, мероприятия по социально-правовой защите и поддержке пациентов.*

*Таким образом, комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с нейропсихологической и психолого-педагогической коррекцией, социальной работой с семьей и пациентом является основой лечебно-реабилитационного подхода к системным расстройствам (тики, энурез, заикание).*

## **VIII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **VIII.I. Модель пациента**

*Синдром:* заикание.

*Фаза синдрома:* вне обострения – уменьшение проявлений основных и коморбидных расстройств, отсутствие признаков социальной дезадаптации.

*Стадия синдрома:* компенсация речевых судорог.

*Осложнения синдрома:* без осложнений.

*Клиническая ситуация:* проведение диагностического исследования в амбулаторных условиях для решения медико-социальных вопросов, решения вопросов о проведении терапии и реабилитации в амбулаторных условиях в соответствующих учреждениях (речевой центр, психолого-медико-социальный центр и др.).

*Профильность подразделения:* амбулаторные учреждения психиатрического профиля.

*Группа заболеваний:* психические расстройства и психическое здоровье. МКБ-10 (F 98.5).

### **VIII.I.I. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

1. Наличие у ребенка (подростка) признаков заикания легкой степени при отсутствии вторичных невротических нарушений.

2. Отсутствие клинических проявлений коморбидных психических расстройств.

*Алгоритм выбора режима обследования – амбулаторный.*

При выборе режима обследования детей с заиканием (помимо юридических критериев) необходимо руководствоваться следующими клинико-психосоциальными параметрами:

1) Диагностика детей (подростков) с подозрением на заикание должна проводиться в амбулаторных условиях при отсутствии осложняющих обстоятельств:

- наличие физического дефекта, затрудняющего посещение амбулаторного медицинского учреждения;

- наличие физического дефекта или соматического заболевания у родственников или заменяющих их лиц, затрудняющего сопровождение больного в амбулаторное медицинское учреждение;

- отсутствие в амбулаторном психиатрическом учреждений возможностей для проведения диагностического обследования и лечения согласно протоколу.

2) В случае диагностики у детей (подростков) заикания и коморбидных ему нарушений в стадии «обострения» а зависимости от выраженности основных и коморбидных расстройств пациенты направляются на диагностическое обследование и лечение в амбулаторных условиях или стационар.

### **VIII.I.II. Порядок включения пациента в протокол**

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

### **VIII.I.III. Требования к диагностике в амбулаторно-поликлинических условиях**

Код	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
А 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
А 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
А 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС и головного	1

	мозга	
A 02.03.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.03. 005	Измерение роста	1
A 02.03. 002	Измерение массы тела	1
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
A 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06.03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.015	Составление родословной	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография ЦНС и головного мозга	по показаниям
D 12.02.03	Подготовка медицинским психологом заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
D 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1

D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
A 13.30.010	Нейропсихологическое обследование	1
A 13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	1
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинском учреждении	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

#### **VIII.IV. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях**

Диагностическое обследование детей с заиканием «вне обострения» проводится в ситуациях: - выявление симптомов заикания у детей, не имевших ранее подобного диагноза; - выраженное несоответствие симптомов заикания и уровня его социального функционирования установленному ранее диагнозу заикания (снятие диагноза).

*Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в неосложненных случаях могут быть достаточными для диагностики заикания. При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях амбулаторно-поликлинического звена, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.*

В начале, до контакта с пациентом осуществляется **изучение медицинской документации, характеристик с места учебы, а также сбор сведений от родителей и близких, лиц, знающих пациента в повседневной жизни**, что позволяет получить объективные сведения, содержащие данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями; данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, патогенных биологических воздействиях внутриутробного и перинатального периодов, особенностях психомоторного развития, формирования речи, школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях постнатального периода, а также данные об особенностях психического состояния и поведения пациента в зрелом возрасте, возможности самообслуживания, уровень социальной адаптации.

#### ***Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии (психодиагностическое интервью)***

С помощью расспроса собирается субъективный анамнез (если позволяет возраст ребенка) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

**При составлении родословной пациента** необходимо выяснить, нет ли среди его родственников лиц с системными расстройствами, прежде всего, с заиканием, возможно, проявлявшимся только в детском возрасте, умственно отсталых, психически больных, личностей с патологией характера, злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами; описание особенностей передачи перечисленных видов психической патологии. Необходимо установить, не являются ли родители больного кровными родственниками, наличие кровнородственных браков среди предшествующих поколений.

**Визуальное обследование пациента** должно проводиться с акцентом на выявление дисэмбриогенетических стигм, выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка), выявление следов инъекций различной давности, если они имеются.

**Психопатологическое исследование, наблюдение за поведением пациента** позволяют выявить расстройства настроения, волевой сферы, интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания), оценить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования и др.

**Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах,** проводятся врачом психиатром в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического поражения ЦНС и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог (**консультация невролога**). При выявлении признаков текущего соматического заболевания проводится **консультация терапевта**, и т.д.

При установлении диагноза заикания изучается наличие и степень органического поражения головного мозга. Для этого дополнительно проводится одно или несколько инструментальных исследований: **электроэнцефалография, реоэнцефалография, ультразвуковая доплерография головного мозга.**

**Паттерны ЭЭГ** позволяют характеризовать степень морфофункциональной зрелости коры головного мозга и глубинных регуляторных систем разного уровня, установить косвенные признаки внутричерепной гипертензии, пароксизмальной активности головного мозга.

**Медико-генетическое консультирование** проводится при подозрении на:

- наличие в семье сходных по клинико-психопатологическим проявлениям случаев заикания;
- сочетаний психических, соматических расстройств и аномалий развития у пациента;
- наличие признаков текущего органического процесса.

**Медико-генетическое консультирование включает:**

- прием (осмотр, консультация) врача-генетика;
- исследование хромосомного аппарата (кариотип);
- лабораторное исключение ряда генетических нарушений – по показаниям и при наличии технических возможностей лаборатории.

**Экспериментально-психологическое исследование** осуществляется медицинским психологом. Анализ экспериментальных данных, полученных на материале всех использованных методик, проводится в трех направлениях: оценка сформированности психических процессов и функций (анализ, синтез, обобщение, установление логических связей и др.), возможности обучаемости испытуемого, а также особенностей общей организации психической деятельности (умственная работоспособность, память, внимание, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

Заключение психолога должно содержать целостную характеристику структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности в познавательной и эмоционально-волевой сферах.

**Нейропсихологическое исследование** направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля), что позволяет провести оценку когнитивной деятельности ребенка и разработать индивидуальную программу коррекции.

#### **VIII.I.V. Требования к лечению в амбулаторно-поликлинических условиях**

Амбулаторно-поликлиническое лечение в рамках данного протокола не проводится. В случае необходимости проведения такого лечения, пациент параллельно данному протоколу включается в соответствующий протокол, включающий лечение психических расстройств.

#### **VIII.I.VI. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи**

Специальных требований нет.

#### **VIII.I.VII. Требования лекарственной помощи**

Специальных требований нет.

#### **VIII.I.VIII. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи**

Специальных требований нет.

#### **VIII.IX. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации**

Специальных требований нет.

#### **VIII.IX. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами**

Определяются возрастом ребенка и выраженностью заикания.

#### **VIII.I.XI. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Специальных требований нет.

#### **VIII.I.XII. Форма информированного согласия**

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

#### **VIII.I.XIII. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола**

В случае выявления расстройств, свидетельствующих о наличии у ребенка другого психического расстройства, врач-психиатр делает аргументированное заключение о целесообразности продолжения диагностического обследования пациента в рамках соответствующего протокола.

#### **VIII.I.XIV. Возможные исходы и их характеристика**

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи
Принятие диагностического заключения с проведением социальных рекомендаций	В 80-85% случаев	Выявление достаточных признаков для принятия диагностического решения	3 дня +2 дня для подготовки заключения	Исключение из протокола
Продление диагностического исследования с принятием диагностического решения и проведением социальных рекомендаций	В 15-10% случаев	Сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость дополнительного обследования	Длительность определяется объемом диагностических исследований и техническими возможностями медицинских учреждений	Исключение из протокола

Продление диагностического исследования	В 5% случаев	Сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость динамического наблюдения	На любом этапе	Направление на стационар- ное диагностичес- кое психиатри- ческое исследование и переход в другую модель
---	-----------------	---	----------------	--

#### **VIII.I.XV. Стоимостные характеристики протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

#### **VIII.II. Модель пациента**

**Синдром:** заикание.

**Фаза синдрома:** обострение основных проявлений синдрома.

**Стадия синдрома:** усиление клинических проявлений речевых судорог у детей и подростков с возникновением вторичных невротических нарушений в форме логофобии.

**Осложнения синдрома:** без осложнений

**Клиническая ситуация:** лечение в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Профиль подразделения, учреждения:** амбулаторное учреждение (подразделение) для оказания психиатрической помощи.

##### **VIII.II.I. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

1. Наличие у ребенка (подростка) признаков заикания умеренной степени с наличием вторичных невротических нарушений в форме логофобии, требующих проведения лечения.
2. Клинические проявления коморбидных психических расстройств в состоянии компенсации (субкомпенсации), не требующей оказания помощи в условиях стационара.

##### **VIII.II.II. Порядок включения пациента в протокол**

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

##### **VIII.II.III. Требования к проведению диагностического исследования в амбулаторно-поликлинических условиях**



<b>Код</b>	<b>Наименование медицинских работ и услуг</b>	<b>Кратность</b>
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 02.03.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.03.005	Измерение роста	1
A 02.03.002	Измерение массы тела	1
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
A 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06. 03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.015	Составление родословной	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 04.12.001	Исследование глазного дна	1
A 04.12.002	Регистрация электрокардиограммы	по показаниям

A 05.23.002	Электронцефалография	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография ЦНС и головного мозга	по показаниям
D 12.01.01	Взятие крови из пальца	Не менее 1 раза
A 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	по показаниям
A 09.05.026	Рентгеноскопия легких	по показаниям
A 09.05..003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
A 08.05..004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
A 08.05..006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
A 12.05.003	Исследование уровня эритроцитов крови	1
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов крови	1
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов крови	1
A 08. 05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов.	по показаниям
A 09.05.002	Оценка гематокрита	по показаниям
A 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
A 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
A 09.28.022	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	по показаниям
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
A 09.28.003	Определение белка в моче	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	по показаниям
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	по показаниям
A 12.06.03	Реакция Вассермана (RW)	1
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1

A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1
A 09.05.041	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1
A 09.05.042	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1
A 09.05..023	Исследование уровня глюкозы в крови	по показаниям
A 09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка крови	по показаниям
A 09.05.017	Исследование уровня мочевины крови	по показаниям
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина крови	по показаниям
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина крови	по показаниям
D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
A 13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	1
D 12.02.04.	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03.	Подготовка медицинским психологом заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
A 13.30. 010	Нейропсихологическое обследование	по показаниям
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

#### **VIII.П.IV. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях**

Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в неосложненных случаях могут быть достаточными для диагностики заболевания. При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях амбулаторно-поликлинического звена, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.

#### **VIII.П.V. Требования к немедикаментозному лечению в амбулаторно-поликлинических условиях**

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Логопедическая коррекция	Согласно алгоритму
Коррекция поведения индивидуальная и групповая (коммуникативные поведенческие тренинги)	Согласно алгоритму
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям
Работа с семьей	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Нейропсихологическая коррекция	По показаниям
Биологически обратная связь	По показаниям

#### **VIII.П.VI. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи**

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с усилением речевых судорог и логофобических переживаний:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, в школе, детском саду или другом организованном детском коллективе;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- начало критической фазы психического развития;
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

В зависимости от ведущей причины усиления проявлений речевых нарушений структура терапевтических мероприятий смещается в сторону преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления психотерапевтической составляющей комплексного лечения.

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения. В условиях амбулаторно-поликлинической помощи наиболее доступны индивидуальные беседы, направленные на обучение формам

позитивной коммуникации, снижающих выраженность логофобических переживаний, выявление и помощь в устранении сложных психосоциальных ситуаций.

Психотерапевтическая работа с заикающимися детьми и подростками в ПНД требует групповых форм (коммуникативные тренинги). Целью групповой психотерапии является изменение «негативного» коммуникативного поведения, приобретение ими личного опыта эффективной коммуникации, формирование навыков саморегуляции. У детей старшего возраста (12-14 лет) и подростков необходим анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

Проведение амбулаторной психокоррекционной работы позволяет оптимизировать социальное функционирование больных, повысить их общую уверенность, способность к снятию ситуационно обусловленного напряжения, и должно обязательно осуществляться на фоне психофармакотерапии.

#### **VIII.П.VII. Требования к лекарственной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях**

##### **Лекарственные средства обязательного ассортимента**

Наименование группы	Кратность (продолжительность) назначения
Антиконвульсанты	Согласно алгоритму
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие нейрометаболизм	Согласно алгоритму
Диуретики	Согласно алгоритму
Сосудистые средства	Согласно алгоритму

##### **Лекарственные средства дополнительного ассортимента**

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антидепрессанты	Согласно алгоритму
Транквилизаторы	Согласно алгоритму
Общеукрепляющие средства	Согласно алгоритму

#### **VIII.П.VIII. Алгоритмы применения медикаментов**

Характеристика и особенности применения медикаментов при системных расстройствах приводятся в разделе «Общие требования к лечению системных расстройств у детей». Длительность терапии определяется состоянием пациента и в виде поддерживающей терапии

может использоваться в течение многих месяцев. В амбулаторных условиях осуществляется подбор лечения. Лечение приводится из расчета 30 дней.

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Ориентировочная дневная доза в зависимости от возраста	ЭКД***мг ОДДхкол-во дней
<b>Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему</b>					
	<b>Антиконвульсанты</b>				
		Карбамазепин		0,3-0,6 г	9,0-18,0 г
		Оскарбазепин		0,3-0,75 г	9,0-22,5 г
		Вальпроевая кислота		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат кальция		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат натрия		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Топирамат		0,05-0,25 г	1,5-7,5 г
		Левитирацетам		0,2-2,0 г	6,0-60,0 г
	<b>Антидепрессанты</b>				
		Сертралин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
		Флувоксамин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
	<b>Транквилизаторы</b>				
		Гидроксизин		0,025-0,1 г	0,725-3,0 г
	<b>Ноотропы</b>				
		Пантогам	0,7	0,5-1,5 г	15,0-45,0 г
		Пиритинол	0,01	0,1-0,6 г	0,3-1,8 г
		Мексидол	0,01	0,125-0,75 г	3,75-22,5 г
		Ноотропил	0,01	0,4-1,6 г	12,0-48,0 г
		Кортексин	0,02	0,01 г	0,1-0,15 г
		Церебролизин	0,02	1,0-5,0 мл	20,0-75 мл
		Инстенон	0,005	1-3 табл.	30-90 табл.
	<b>Препараты улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга</b>				
		Холина альфосцерат		0,4-1,2 г	12-36 г
		Актовегин	0,05	1-3 табл.	30-90 табл.
		Циннаризин	0,15	25-75 мг	750-2250 мг
		Винпоцетин	0,1	5-10 мг	150-300 мг
		Гинкго билоба		40-120 мг	1,2-3,6 г
	<b>Диуретики</b>				
		Ацетазоламид	1	0,125-0,25 г	1,25-2,5 г
	<b>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</b>				
		Калия и магния аспарагинат	1	1-3 драже	10-30 др.
	<b>Антиэнуретики</b>				
		Десмопрессин		5-30 мкг	150-900 мкг
		Оксибутинина гидрхлорид		10-15 мг	0,3-0,45 г

### **VIII.II.IX. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

Показано удлинение часов отдыха, контроль со стороны родственников за приемом лекарственных средств.

#### **VIII.П.X. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам**

Пациент нуждается в индивидуальном подходе со стороны персонала и родственников, направленном на поддержку применения коммуникативных навыков.

#### **VIII.П.XI. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

#### **VIII.П.XII. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола**

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

#### **VIII.П.XIII. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи**

Дееспособные пациенты и их родственники, а также опекуны недееспособных пациентов должны быть подробно проинструктированы в отношении режима и способах приема лекарств после выписки больного, а также проинформированы о возможных побочных эффектах терапии.

#### **VIII.П.XIV. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола**

Отсутствие признаков когнитивной и поведенческой дезадаптации у пациента по данным наблюдения не менее 2-3-х месяцев. Больной переводится на консультативное наблюдение. Действия требований протокола прекращаются. При развитии другого заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями раздела этого протокола ведения больных.

#### **VIII.П.XV. Возможные исходы и их характеристика**

Вариант исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
Социальная адаптация	В 40-50% случаев	Отсутствие клинических признаков заикания и логофобии	2-3 месяца	Исключение пациента из протокола
Частичная социальная адаптация	В 40-50% случаев	Уменьшение выраженности речевых и логофобических расстройств	1-2 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс лечения
Социальная дезадаптация	В 15-20% случаев	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики состояния	1-3 месяц	Ведение пациента по данной модели, повторный курс с изменением терапии
Развитие осложнений	В 0-0,5% случаев	Появление осложнений, обусловленных терапией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

#### **VIII.П.XIV. Стоимостные характеристики протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

#### **VIII.П. Модель пациента**

**Синдром:** заикание.

**Фаза синдрома:** выраженное обострение основных и коморбидных проявлений синдрома.

**Стадия синдрома:** выраженное усиление клинических проявлений речевых судорог у подростков и детей с усилением вторичных невротических нарушений в форме логофобии.

**Осложнения синдрома:** выраженная декомпенсация коморбидных заиканию нервно-психических нарушений.

**Клиническая ситуация:** лечение в стационарных условиях.

**Профиль подразделения, учреждения:** стационарное отделение для оказания психиатрической помощи.

#### **VIII.П.I. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

1. Наличие у ребенка (подростка) признаков заикания выраженной степени с наличием выраженных вторичных невротических нарушений в форме логофобии, требующих проведения стационарного лечения.

2. Клинические проявления коморбидных психических расстройств в состоянии выраженной декомпенсации, требующей оказания помощи в условиях стационара.

#### **VIII.П.II. Порядок включения пациента в протокол**

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

#### **VIII.П.III. Требования к проведению диагностического исследования в условиях стационара**

<b>Код</b>	<b>Наименование медицинских работ и услуг</b>	<b>Кратность</b>
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
А 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
А 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
А 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС и головного мозга	1



A 02.03.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.03.005	Измерение роста	1
A 02.03.002	Измерение массы тела	1
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
A 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06. 03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.015	Составление родословной	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 04.12.001	Исследование глазного дна	1
A 04.12.002	Регистрация электрокардиограммы	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография ЦНС и головного мозга	по показаниям
D 12.01.01	Взятие крови из пальца	Не менее 1 раза
A 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	по показаниям
A 09.05.026	Рентгеноскопия легких	по показаниям

A 09.05..003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
A 08.05..004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
A 08.05..006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
A 12.05.003	Исследование уровня эритроцитов крови	1
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов крови	1
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов крови	1
A 08. 05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов.	по показаниям
A 09.05.002	Оценка гематокрита	по показаниям
A 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
A 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
A 09.28.022	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	по показаниям
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
A 09.28.003	Определение белка в моче	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	по показаниям
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	по показаниям
A 12.06.03	Реакция Вассермана (RW)	1
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1
A 09.05.041	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1
A 09.05.042	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1
A 09.05..023	Исследование уровня глюкозы в крови	по показаниям
A 09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка крови	по показаниям
A 09.05.017	Исследование уровня мочевины крови	по показаниям
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина крови	по показаниям
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина крови	по показаниям

D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
A 13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	1
D 12.02.04.	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03.	Подготовка медицинским психологом заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
A 13.30. 010	Нейропсихологическое обследование	по показаниям
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

#### **VIII.III.IV. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в условиях стационара**

Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в осложненных случаях могут быть достаточными для диагностики обострения заикания выраженной степени. При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях стационара, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.

#### **VIII.III.V. Требования к немедикаментозному лечению в условиях стационара**

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Логопедическая коррекция	Согласно алгоритму
Коррекция поведения индивидуальная и групповая (коммуникативные поведенческие тренинги)	Согласно алгоритму
Психотерапия индивидуальная и групповая	Согласно алгоритму
Нейропсихологическая коррекция	Согласно алгоритму
Работа с семьей	Согласно алгоритму

#### Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Рефлексотерапия	По показаниям
Биологически обратная связь	По показаниям

#### **VIII.III.VI. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи**

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с усилением речевых судорог и логофобических переживаний, коморбидных нервно-психических расстройств:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, в школе, детском саду или другом организованном детском коллективе;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- начало критической фазы психического развития;
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

С учетом тяжести состояния структура терапевтических мероприятий включает одновременное использование медикаментозной терапии, психотерапевтического воздействия, нейропсихологической и логопедической коррекции.

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения. В условиях стационарной помощи доступны как индивидуальные, так и групповые беседы, направленные на обучение новым формам общения, снижающих выраженность логофобических переживаний, выявление и помощь в устранении сложных психосоциальных ситуаций.

Психотерапевтическая работа с заикающимися детьми и подростками в стационаре требует групповых форм (коммуникативные тренинги). Целью групповой психотерапии является изменение «негативного» коммуникативного поведения, приобретение им опыта эффективной коммуникации, формирование навыков саморегуляции. У детей старшего возраста (12-14 лет) и подростков необходим анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

Психотерапия является основой, на фоне которой осуществляется проведение психотерапии, психокоррекционной работы, нейропсихологической и логопедической коррекции, что позволяет снизить выраженность (устранить) речевых судорог, вторичных невротических нарушений, скомпенсировать коморбидные нервно-психические нарушения, повысить общую уверенность пациентов, подавлять ситуационно обусловленное напряжение. Все вышеперечисленное служит оптимизации социального функционирования больных.

#### **VIII.III.VII. Требования к лекарственной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях**

##### **Лекарственные средства обязательного ассортимента**

Наименование группы	Кратность (продолжительность) назначения
Антиконвульсанты	Согласно алгоритму
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие нейрометаболизм	Согласно алгоритму
Диуретики	Согласно алгоритму
Сосудистые средства	Согласно алгоритму

##### **Лекарственные средства дополнительного ассортимента**

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антидепрессанты	Согласно алгоритму
Транквилизаторы	Согласно алгоритму
Общеукрепляющие средства	Согласно алгоритму

#### **VIII.III.VIII. Алгоритмы применения медикаментов**

Характеристика и особенности применения медикаментов при системных расстройствах приводятся в разделе «Общие требования к лечению системных расстройств у детей». Длительность терапии определяется состоянием пациента и в виде поддерживающей терапии может использоваться в течение многих месяцев. В условиях стационара осуществляется подбор лечения и купирование основной и сопутствующей симптоматики. Лечение приводится из расчета 30 дней.

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Ориентировочная дневная доза в зависимости от возраста	ЭКД***мг ОДДхкол-во дней
<b>Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему</b>					
	<b>Антиконвульсанты</b>				
		Карбамазепин		0,3-0,6 г	9,0-18,0 г
		Окскарбазепин		0,3-0,75 г	9,0-22,5 г
		Вальпроевая кислота		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат кальция		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат натрия		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Топирамат		0,05-0,25 г	1,5-7,5 г
		Леветирацетам		0,2-2,0 г	6,0-60,0 г
	<b>Антидепрессанты</b>				
		Сертралин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
		Флувоксамин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
	<b>Транквилизаторы</b>				
		Гидроксизин		0,025-0,1 г	0,725-3,0 г
	<b>Ноотропы</b>				
		Пантогам	0,7	0,5-1,5 г	15,0-45,0 г
		Пиритинол	0,01	0,1-0,6 г	0,3-1,8 г
		Мексидол	0,01	0,125-0,75 г	3,75-22,5 г
		Ноотропил	0,01	0,4-1,6 г	12,0-48,0 г
		Кортексин	0,02	0,01 г	0,1-0,15 г
		Церебролизин	0,02	1,0-5,0 мл	20,0-75 мл
		Инстенон	0,005	1-3 табл.	30-90 табл.
	<b>Препараты улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга</b>				
		Холина альфосцерат		0,4-1,2 г	12-36 г
		Актовегин	0,05	1-3 табл.	30-90 табл.
		Циннаризин	0,15	25-75 мг	750-2250 мг
		Винпоцетин	0,1	5-10 мг	150-300 мг
		Гинкго билоба		40-120 мг	1,2-3,6 г
	<b>Диуретики</b>				
		Ацетазоламид	1	0,125-0,25 г	1,25-2,5 г
	<b>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</b>				
		Калия и магния аспарагинат	1	1-3 драже	10-30 др.

### **VIII. III. IX. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

Показано удлинение часов отдыха, контроль со стороны медицинского персонала и родственников за приемом лекарственных средств.

### **VIII. III. X. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам**

Пациент нуждается в индивидуальном подходе со стороны персонала и родственников, направленном на всестороннюю поддержку применения коммуникативных навыков.

### **VIII. III. XI. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

#### **VIII.III.XII. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола**

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

#### **VIII.III.XIII. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи**

Дееспособные пациенты и их родственники, а также опекуны недееспособных пациентов должны быть подробно проинструктированы в отношении режима и способах приема лекарств после выписки больного, а также проинформированы о возможных побочных эффектах терапии.

#### **VIII.III.XIV. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола**

Отсутствие признаков когнитивной и поведенческой дезадаптации у пациента по данным наблюдения не менее 2-3-х месяцев. Больной переводится на консультативное наблюдение. Действия требований протокола прекращаются. При развитии другого заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями раздела этого протокола ведения больных.

#### **VIII.III.XV. Возможные исходы и их характеристика**

Вариант исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Социальная адаптация	В 30-40% случаев	Отсутствие клинических признаков заикания, логофобии, коморбидных психических нарушений	2-3 месяца	Исключение пациента из протокола
Частичная социальная адаптация	В 50-60% случаев	Уменьшение выраженности заикания, логофобии, коморбидных психических нарушений	1-2 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс лечения
Социальная дезадаптация	В 10-15% случаев	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики состояния	1-3 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс с изменением терапии
Развитие осложнений	В 0-1% случаев	Появление осложнений, обусловленных терапией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

#### **VIII.III.XIV. Стоимостные характеристики протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

#### **VIII.IV. Модель пациента**

*Синдром:* тики.

*Фаза синдрома:* вне обострения – уменьшение проявлений основных и коморбидных расстройств, отсутствие признаков социальной дезадаптации.

*Стадия синдрома:* компенсация тиковых проявлений.

*Осложнения синдрома:* без осложнений.

*Клиническая ситуация:* проведение диагностического исследования в амбулаторных условиях для решения медико-социальных вопросов, решения вопросов о проведении терапии и реабилитации в амбулаторных условиях в соответствующих учреждениях (психолого-медико-социальный центр).

*Профильность подразделения:* амбулаторные учреждения психиатрического профиля.

*Группа заболеваний:* психические расстройства и психическое здоровье. МКБ-10 (F 95...).

##### **VIII.IV.I. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

1. Наличие у ребенка (подростка) признаков тикового расстройства легкой степени при отсутствии вторичных невротических нарушений.

2. Отсутствие клинических проявлений коморбидных психических расстройств.

*Алгоритм выбора режима обследования – амбулаторный.*

При выборе режима обследования детей с тиками (помимо юридических критериев) необходимо руководствоваться следующими клинико-психосоциальными параметрами:

1) Диагностика детей (подростков) с подозрением на тиковое расстройство должна проводиться в амбулаторных условиях при отсутствии осложняющих обстоятельств:

- наличие физического дефекта, затрудняющего посещение амбулаторного медицинского учреждения;

- наличие физического дефекта или соматического заболевания у родственников или заменяющих их лиц, затрудняющего сопровождение больного в амбулаторное медицинское учреждение;

- отсутствие в амбулаторном психиатрическом учреждений возможностей для проведения диагностического обследования и лечения согласно протоколу.

2) В случае диагностики у детей (подростков) тикового расстройства и коморбидных ему нарушений в стадии «обострения» а зависимости от выраженности основных и коморбидных расстройств пациенты направляются на диагностическое обследование и



лечение в амбулаторных условиях или стационар.

#### **VIII.IV.II. Порядок включения пациента в протокол**

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

#### **VIII.I.III. Требования к диагностике в амбулаторно-поликлинических условиях**

<b>Код</b>	<b>Наименование медицинских работ и услуг</b>	<b>Кратность</b>
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 02.03.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.03. 005	Измерение роста	1
A 02.03. 002	Измерение массы тела	1
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
A 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06.03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.015	Составление родословной	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям

A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография ЦНС и головного мозга	по показаниям
D 12.02.03	Подготовка медицинским психологом заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
D 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
A 13.30.010	Нейропсихологическое обследование	1
A 13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	по показаниям
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинском учреждении	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

#### **VIII.IV.IV. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях**

Диагностическое обследование детей с заиканием «вне обострения» проводится в ситуациях: - выявление симптомов тикозного расстройства у детей, не имевших ранее подобного диагноза;

- выраженное несоответствие симптомов тиков и уровня социального функционирования установленному ранее диагнозу тикозного расстройства (снятие диагноза).

*Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в неосложненных случаях могут быть достаточными для диагностики тикозного расстройства. При необходимости*

*проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях амбулаторно-поликлинического звена, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.*

В начале, до контакта с пациентом осуществляется **изучение медицинской документации, характеристик с места учебы, а также сбор сведений от родителей и близких, лиц, знающих пациента в повседневной жизни**, что позволяет получить объективные сведения, содержащие данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями; данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, патогенных биологических воздействиях внутриутробного и перинатального периодов, особенностях психомоторного развития, формирования речи, школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях постнатального периода, а также данные об особенностях психического состояния и поведения пациента в зрелом возрасте, возможности самообслуживания, уровень социальной адаптации.

#### ***Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии (психодиагностическое интервью)***

С помощью расспроса собирается субъективный анамнез (если позволяет возраст ребенка) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

**При составлении родословной пациента** необходимо выяснить, нет ли среди его родственников лиц с системными расстройствами, прежде всего, с тикозным расстройством, возможно, проявлявшимся только в детском возрасте, умственно отсталых, психически больных, личностей с патологией характера, злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами; описание особенностей передачи перечисленных видов психической патологии. Необходимо установить, не являются ли родители больного кровными родственниками, наличие кровнородственных браков среди предшествующих поколений.

**Визуальное обследование пациента** должно проводиться с акцентом на выявление дисэмбриогенетических стигм, выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка), выявление следов инъекций различной давности, если они имеются.

**Психопатологическое исследование, наблюдение за поведением пациента** позволяют выявить расстройства настроения, волевой сферы, интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания), оценить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования и др.

**Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса,**

*измерение артериального давления на периферических сосудах*, проводятся врачом психиатром в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического поражения ЦНС и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). При выявлении признаков текущего соматического заболевания проводится *консультация терапевта*, и т.д.

При установлении диагноза тикозного расстройства изучается наличие и степень органического поражения головного мозга. Для этого дополнительно проводится одно или несколько инструментальных исследований: *электроэнцефалография, реоэнцефалография, ультразвуковая доплерография головного мозга*.

*Паттерны ЭЭГ* позволяют характеризовать степень морфофункциональной зрелости коры головного мозга и глубинных регуляторных систем разного уровня, установить косвенные признаки внутричерепной гипертензии, пароксизмальной активности головного мозга.

*Медико-генетическое консультирование* проводится при подозрении на:

- наличие сходных в семье по клинико-психопатологическим проявлениям случаев тикозных расстройств;
- сочетаний психических, соматических расстройств и аномалий развития у пациента;
- наличие признаков текущего органического процесса.

*Медико-генетическое консультирование включает:*

- прием (осмотр, консультация) врача-генетика;
- исследование хромосомного аппарата (кариотип);
- лабораторное исключение ряда генетических нарушений – по показаниям и при наличии технических возможностей лаборатории.

*Экспериментально-психологическое исследование* осуществляется медицинским психологом. Анализ экспериментальных данных, полученных на материале всех использованных методик, проводится в трех направлениях: оценка сформированности психических процессов и функций (анализ, синтез, обобщение, установление логических связей и др.), возможности обучаемости испытуемого, а также особенностей общей организации психической деятельности (умственная работоспособность, память, внимание, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

Заключение психолога должно содержать целостную характеристику структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности в познавательной и эмоционально-волевой сферах.

*Нейропсихологическое исследование* направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля), что позволяет провести оценку когнитивной деятельности ребенка и разработать индивидуальную программу коррекции.

#### **VIII.IV.V. Требования к лечению в амбулаторно-поликлинических условиях**

Амбулаторно-поликлиническое лечение в рамках данного протокола не проводится. В случае необходимости проведения такого лечения, пациент параллельно данному протоколу включается в соответствующий протокол, включающий лечение психических расстройств.

#### **VIII.IV.VI. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи**

Специальных требований нет.

#### **VIII.IV.VII. Требования лекарственной помощи**

Специальных требований нет.

#### **VIII.IV.VIII. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи**

Специальных требований нет.

#### **VIII.IV.IX. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации**

Специальных требований нет.

#### **VIII.IV.X. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами**

Определяются возрастом ребенка и выраженностью тикозного расстройства.

#### **VIII.IV.XI. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Специальных требований нет.

#### **VIII.IV.XII. Форма информированного согласия**

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

#### **VIII.IV.XIII. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола**

В случае выявления расстройств, свидетельствующих о наличии у ребенка другого психического расстройства, врач-психиатр делает аргументированное заключение о целесообразности продолжения диагностического обследования пациента в рамках соответствующего протокола.

#### VIII.I.XIV. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи
Принятие диагностического заключения с проведением социальных рекомендаций	В 80-85% случаев	Выявление достаточных признаков для принятия диагностического решения	3 дня +2 дня для подготовки заключения	Исключение из протокола
Продление диагностического исследования с принятием диагностического решения и проведением социальных рекомендаций	В 15-10% случаев	Сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость дополнительного обследования	Длительность определяется объемом диагностических исследований и техническими возможностями медицинских учреждений	Исключение из протокола
Продление диагностического исследования	В 5% случаев	Сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость динамического наблюдения	На любом этапе	Направление на стационарное диагностическое психиатрическое исследование и переход в другую модель

#### VIII.IV.XV. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

#### VIII.V. Модель пациента

**Синдром:** тикозное расстройство.

**Фаза синдрома:** обострение основных проявлений синдрома.

**Стадия синдрома:** усиление клинических проявлений тикозного расстройства у детей подростков с возникновением вторичных невротических нарушений.

**Осложнения синдрома:** без осложнений

**Клиническая ситуация:** лечение в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Профиль подразделения, учреждения:** амбулаторное учреждение (подразделение) для оказания психиатрической помощи.

### **VIII.V.I. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

1. Наличие у ребенка (подростка) признаков тикозного расстройства умеренной степени с наличием вторичных невротических нарушений на имеющийся дефект, и требующих проведения лечения.

2. Клинические проявления коморбидных психических расстройств в состоянии компенсации (субкомпенсации), не требующей оказания помощи в условиях стационара.

### **VIII.V.II. Порядок включения пациента в протокол**

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

### **VIII.V.III. Требования к проведению диагностического исследования в амбулаторно-поликлинических условиях**

<b>Код</b>	<b>Наименование медицинских работ и услуг</b>	<b>Кратность</b>
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 02.03.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.03.005	Измерение роста	1
A 02.03.002	Измерение массы тела	1
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1

A 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06. 03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.015	Составление родословной	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 04.12.001	Исследование глазного дна	1
A 04.12.002	Регистрация электрокардиограммы	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография ЦНС и головного мозга	по показаниям
D 12.01.01	Взятие крови из пальца	Не менее 1 раза
A 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	по показаниям
A 09.05.026	Рентгеноскопия легких	по показаниям
A 09.05..003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
A 08.05..004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
A 08.05..006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
A 12.05.003	Исследование уровня эритроцитов крови	1
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов крови	1
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов крови	1
A 08. 05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов.	по показаниям
A 09.05.002	Оценка гематокрита	по показаниям
A 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
A 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
A 09.28.022	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	по показаниям



A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
A 09.28.003	Определение белка в моче	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	по показаниям
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	по показаниям
A 12.06.03	Реакция Вассермана (RW)	1
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1
A 09.05.041	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1
A 09.05.042	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1
A 09.05..023	Исследование уровня глюкозы в крови	по показаниям
A 09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка крови	по показаниям
A 09.05.017	Исследование уровня мочевины крови	по показаниям
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина крови	по показаниям
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина крови	по показаниям
D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
A 13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	по показаниям
D 12.02.04.	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03.	Подготовка медицинским психологом заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
A 13.30. 010	Нейропсихологическое обследование	по показаниям
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1

D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

#### **VIII.V.IV. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях**

Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в неосложненных случаях могут быть достаточными для диагностики тикозного расстройства. При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях амбулаторно-поликлинического звена, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.

#### **VIII.V.V. Требования к немедикаментозному лечению в амбулаторно-поликлинических условиях**

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Коррекция поведения индивидуальная и групповая (коммуникативные поведенческие тренинги)	Согласно алгоритму
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям
Работа с семьей	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Нейропсихологическая коррекция	По показаниям
Биологически обратная связь	По показаниям
Логопедическая коррекция	По показаниям

#### **VIII.V.VI. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи**

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с усилением тикозных судорог и вторичных невротических переживаний, отражающих реакцию личности на имеющийся дефект:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, в школе, детском саду или другом организованном детском коллективе;

- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- начало критической фазы психического развития;
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

В зависимости от ведущей причины усиления тикозных проявлений структура терапевтических мероприятий смещается в сторону преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления психотерапевтической составляющей комплексного лечения.

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения. В условиях амбулаторно-поликлинической помощи наиболее доступны индивидуальные беседы, направленные на обучение формам позитивной коммуникации, выявление и помощь в устранении сложных психосоциальных ситуаций. Психотерапевтическая работа с детьми и подростками с тикозным расстройством в ПНД требует групповых форм (коммуникативные тренинги). Целью групповой психотерапии является формирование навыков саморегуляции с помощью методов аутогенной тренировки и самовнушения, изменение «негативного» коммуникативного поведения, приобретение личного опыта эффективной коммуникации. У детей старшего возраста (12-14 лет) и подростков необходим анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

Проведение амбулаторной психокоррекционной работы позволяет оптимизировать социальное функционирование больных, повысить их общую уверенность, способность к снятию ситуационно обусловленного напряжения, и должно обязательно осуществляться на фоне психофармакотерапии.

#### **VIII.V.VII. Требования к лекарственной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях**

##### **Лекарственные средства обязательного ассортимента**

Наименование группы	Кратность (продолжительность) назначения
Антиконвульсанты	Согласно алгоритму
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие нейрометаболизм	Согласно алгоритму
Диуретики	Согласно алгоритму
Сосудистые средства	Согласно алгоритму

#### Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Нейролептики	Согласно алгоритму
Антидепрессанты	Согласно алгоритму
Транквилизаторы	Согласно алгоритму
Общеукрепляющие средства	Согласно алгоритму

#### **VIII.V.VIII. Алгоритмы применения медикаментов**

Характеристика и особенности применения медикаментов при системных расстройствах приводятся в разделе «Общие требования к лечению системных расстройств у детей». Длительность терапии определяется состоянием пациента и в виде поддерживающей терапии может использоваться в течение многих месяцев. В амбулаторных условиях осуществляется подбор лечения. Лечение приводится из расчета 30 дней.

Фармако- терапевти- ческая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Ориентирочная дневная доза в зависимости от возраста	ЭКД***мг ОДДхкол-во дней
Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему					
	Антиконвульсанты				
		Карбамазепин		0,3-0,6 г	9,0-18,0 г
		Оскарбазепин		0,3-0,75 г	9,0-22,5 г
		Вальпроевая кислота		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат кальция		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат натрия		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Топирамат		0,05-0,25 г	1,5-7,5 г
		Леветирацетам		0,2-2,0 г	6,0-60,0 г
	Антидепрессанты				
		Сертралин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
		Флувоксамин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
	Транквилизаторы				
		Гидроксизин		0,025-0,1 г	0,725-3,0 г
	Ноотропы				
		Пантогам	0,7	0,5-1,5 г	15,0-45,0 г
		Пиритинол	0,01	0,1-0,6 г	0,3-1,8 г
		Мексидол	0,01	0,125-0,75 г	3,75-22,5 г
		Ноотропил	0,01	0,4-1,6 г	12,0-48,0 г
		Кортексин	0,02	0,01 г	0,1-0,15 г
		Церебролизин	0,02	1,0-5,0 мл	20,0-75 мл
		Инстенон	0,005	1-3 табл.	30-90 табл.
	Нейролептики				
		Галоперидол		0,5-5,0 мг	15,0-150,0 мг
		Рисполепт		3-9 мг	90-270 мг
		Кветиапин		5-20 мг	0,15-0,6 г
	Препараты, улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга				
		Холина альфосцерат		0,4-1,2 г	12-36 г
		Актовегин	0,05	1-3 табл.	30-90 табл.
		Циннаризин	0,15	25-75 мг	750-2250 мг
		Винпоцетин	0,1	5-10 мг	150-300 мг
		Гинкго билоба		40-120 мг	1,2-3,6 г
	Диуретики				
		Ацетазоламид	1	0,125-0,25 г	1,25-2,5 г
	Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия				
		Калия и магния аспарагинат	1	1-3 драже	10-30 др.

### VIII.V.IX. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Показано удлинение часов отдыха, контроль со стороны родственников за приемом лекарственных средств.

### VIII.II.X. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациент нуждается в индивидуальном подходе со стороны персонала и родственников, направленном на поддержку социальной активности, применения новых коммуникативных навыков.

#### **VIII.V.XI. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

#### **VIII.V.XII. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола**

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

#### **VIII.V.XIII. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи**

Дееспособные пациенты и их родственники, а также опекуны недееспособных пациентов должны быть подробно проинструктированы в отношении режима и способах приема лекарств после выписки больного, а также проинформированы о возможных побочных эффектах терапии.

#### **VIII.V.XIV. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола**

Отсутствие признаков когнитивной и поведенческой дезадаптации у пациента по данным наблюдения не менее 2-3-х месяцев. Больной переводится на консультативное наблюдение. Действия требований протокола прекращаются. При развитии другого заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями раздела этого протокола ведения больных.

#### **VIII.V.XV. Возможные исходы и их характеристика**

Вариант исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Социальная адаптация	В 40-50% случаев	Отсутствие клинических признаков тиков и вторичных невротических нарушений	2-3 месяца	Исключение пациента из протокола
Частичная социальная адаптация	В 40-50% случаев	Уменьшение выраженности тиков и вторичных невротических расстройств	1-2 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс лечения
Социальная дезадаптация	В 15-20% случаев	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики состояния	1-3 месяц	Ведение пациента по данной модели, повторный курс с изменением терапии
Развитие осложнений	В 0-0,5% случаев	Появление осложнений, обусловленных терапией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

#### **VIII.V.XIV. Стоимостные характеристики протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

#### **VIII.VI. Модель пациента**

**Синдром:** тикозное расстройство.

**Фаза синдрома:** выраженное обострение основных и коморбидных проявлений синдрома.

**Стадия синдрома:** выраженное усиление клинических проявлений тикозного расстройства у детей и подростков с усилением вторичных невротических нарушений в форме депрессивно-фобического, отражающего реакцию личности на имеющийся дефект.

**Осложнения синдрома:** выраженная декомпенсация коморбидных тикозному расстройству нервно-психических нарушений.

**Клиническая ситуация:** лечение в стационарных условиях.

**Профиль подразделения, учреждения:** стационарное отделение для оказания психиатрической помощи.

#### **VIII.VI.I. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

1. Наличие у ребенка (подростка) признаков тикозного расстройства выраженной степени с наличием выраженных вторичных невротических нарушений в форме депрессивно-фобического синдрома, требующих проведения стационарного лечения.

2. Клинические проявления коморбидных психических расстройств в состоянии выраженной декомпенсации, требующей оказания помощи в условиях стационара.

#### **VIII.VI.II. Порядок включения пациента в протокол**

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

#### **VIII.VI.III. Требования к проведению диагностического исследования в условиях стационара**

Код	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
А 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
А 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
А 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС и головного	

	мозга	1
A 02.03.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.03.005	Измерение роста	1
A 02.03.002	Измерение массы тела	1
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
A 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06. 03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.015	Составление родословной	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 04.12.001	Исследование глазного дна	1
A 04.12.002	Регистрация электрокардиограммы	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография ЦНС и головного мозга	по показаниям
D 12.01.01	Взятие крови из пальца	Не менее 1 раза
A 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	по показаниям



A 09.05.026	Рентгеноскопия легких	по показаниям
A 09.05..003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
A 08.05..004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
A 08.05..006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
A 12.05.003	Исследование уровня эритроцитов крови	1
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов крови	1
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов крови	1
A 08. 05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов.	по показаниям
A 09.05.002	Оценка гематокрита	по показаниям
A 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
A 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
A 09.28.022	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	по показаниям
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
A 09.28.003	Определение белка в моче	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	по показаниям
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	по показаниям
A 12.06.03	Реакция Вассермана (RW)	1
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1
A 09.05.041	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1
A 09.05.042	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1
A 09.05..023	Исследование уровня глюкозы в крови	по показаниям
A 09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка крови	по показаниям
A 09.05.017	Исследование уровня мочевины крови	по показаниям
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина крови	по показаниям

A 09.05.026	Исследование уровня холестерина крови	по показаниям
D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
A 13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	1
D 12.02.04.	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03.	Подготовка медицинским психологом заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
A 13.30. 010	Нейропсихологическое обследование	по показаниям
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

#### **VIII.VI.IV. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в условиях стационара**

Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в осложненных случаях могут быть достаточными для диагностики обострения тикозного расстройства выраженной степени. При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях стационара, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.

#### **VIII.VI.V. Требования к немедикаментозному лечению в условиях стационара**

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Коррекция поведения индивидуальная и групповая (коммуникативные поведенческие тренинги)	Согласно алгоритму
Нейропсихологическая коррекция	Согласно алгоритму
Психотерапия индивидуальная и групповая	Согласно алгоритму
Работа с семьей	Согласно алгоритму

#### Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Биологически обратная связь	По показаниям
Логопедическая коррекция	По показаниям
Рефлексотерапия	По показаниям

#### **VIII.VI.VI. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи**

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с выраженным усилением тикозного расстройства и возникновением депрессивно-фобических переживаний, а также коморбидных тикам нервно-психических расстройств выраженной степени:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, в школе, детском саду или другом организованном детском коллективе;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- начало критической фазы психического развития;
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

С учетом тяжести состояния структура терапевтических мероприятий включает одновременное использование медикаментозной терапии, психотерапевтического воздействия и нейропсихологической коррекции.

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения. В условиях стационарной помощи доступны как индивидуальные, так и групповые беседы, направленные на обучение новым формам общения, снижающих выраженность тикозных проявлений, вторичных депрессивно-фобических переживаний, выявление и помощь в устранении сложных психосоциальных ситуаций.

Психотерапевтическая работа с детьми и подростками с тикозным расстройством в стационаре требует групповых форм (коммуникативные тренинги). Целью групповой психотерапии является формирование навыков саморегуляции, позволяющих эффективно снижать напряженность психосоциальной ситуации, изменение «негативного» коммуникативного поведения, приобретение опыта эффективной коммуникации. У детей

старшего возраста (12-14 лет) и подростков необходим анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

Психофармакотерапия является основой, на фоне которой осуществляется проведение психотерапии, психологической и нейропсихологической коррекции, что позволяет снизить выраженность (устранить) проявления тикозного расстройства, вторичных невротических нарушений, скомпенсировать коморбидные нервно-психические нарушения, повысить общую уверенность пациентов, подавлять ситуационно обусловленное напряжение. Все вышеперечисленное служит оптимизации социального функционирования больных.

#### **VIII.VI.VII. Требования к лекарственной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях**

##### **Лекарственные средства обязательного ассортимента**

Наименование группы	Кратность (продолжительность) назначения
Антиконвульсанты	Согласно алгоритму
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие нейрометаболизм	Согласно алгоритму
Диуретики	Согласно алгоритму
Сосудистые средства	Согласно алгоритму

##### **Лекарственные средства дополнительного ассортимента**

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Нейролептики	Согласно алгоритму
Антидепрессанты	Согласно алгоритму
Транквилизаторы	Согласно алгоритму
Общеукрепляющие средства	Согласно алгоритму

#### **VIII.VI.VIII. Алгоритмы применения медикаментов**

Характеристика и особенности применения медикаментов при системных расстройствах приводятся в разделе «Общие требования к лечению системных расстройств у детей». Длительность терапии определяется состоянием пациента и в виде поддерживающей терапии может использоваться в течение многих месяцев. В условиях стационара осуществляется подбор лечения и купирование основной и сопутствующей симптоматики. Лечение приводится из расчета 30 дней.

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Ориентировочная дневная доза в зависимости от возраста	ЭКД***мг ОДДхкол-во дней
Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему					
	Антиконвульсанты				
		Карбамазепин		0,3-0,6 г	9,0-18,0 г
		Оскарбазепин		0,3-0,75 г	9,0-22,5 г
		Вальпроевая кислота		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат кальция		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат натрия		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Топирамат		0,05-0,25 г	1,5-7,5 г
		Леветирацетам		0,2-2,0 г	6,0-60,0 г
	Антидепрессанты				
		Сертралин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
		Флувоксамин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
	Транквилизаторы				
		Гидроксизин		0,025-0,1 г	0,725-3,0 г
	Ноотропы				
		Пантогам	0,7	0,5-1,5 г	15,0-45,0 г
		Пиритинол	0,01	0,1-0,6 г	0,3-1,8 г
		Мексидол	0,01	0,125-0,75 г	3,75-22,5 г
		Ноотропил	0,01	0,4-1,6 г	12,0-48,0 г
		Кортексин	0,02	0,01 г	0,1-0,15 г
		Церебролизин	0,02	1,0-5,0 мл	20,0-75 мл
		Инстенон	0,005	1-3 табл.	30-90 табл.
	Нейролептики				
		Галоперидол		0,5-5,0 мг	15,0-150,0 мг
		Рисполепт		3-9 мг	90-270 мг
		Кветиапин		5-20 мг	0,15-0,6 г
	Препараты, улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга				
		Холина альфосцерат		0,4-1,2 г	12-36 г
		Актовегин	0,05	1-3 табл.	30-90 табл.
		Циннаризин	0,15	25-75 мг	750-2250 мг
		Винпоцетин	0,1	5-10 мг	150-300 мг
		Гинкго билоба		40-120 мг	1,2-3,6 г
	Диуретики				
		Ацетазоламид	1	0,125-0,25 г	1,25-2,5 г
	Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия				
		Калия и магния аспарагинат	1	1-3 драже	10-30 др.

### VIII.VI.IX. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Показано удлинение часов отдыха, контроль со стороны медицинского персонала и родственников за приемом лекарственных средств.

### VIII.VI.X. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациент нуждается в индивидуальном подходе со стороны персонала и родственников, направленном на развитие навыков саморегуляции, позволяющих эффективно снижать напряженность психосоциальной ситуации, расширять опыт эффективной коммуникации

#### **VIII.VI.XI. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

#### **VIII.VI.XII. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола**

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

#### **VIII.VI.XIII. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи**

Дееспособные пациенты и их родственники, а также опекуны недееспособных пациентов должны быть подробно проинструктированы в отношении режима и способах приема лекарств после выписки больного, а также проинформированы о возможных побочных эффектах терапии.

#### **VIII.VI.XIV. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола**

Отсутствие признаков когнитивной и поведенческой дезадаптации у пациента по данным наблюдения не менее 2-3-х месяцев. Больной переводится на консультативное наблюдение. Действия требований протокола прекращаются. При развитии другого заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями раздела этого протокола ведения больных.

#### **VIII.VI.XV. Возможные исходы и их характеристика**

Вариант исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Социальная адаптация	В 30-40% случаев	Отсутствие клинических признаков тиков, вторичных депрессивно-фобических и коморбидных психических нарушений	2-3 месяца	Исключение пациента из протокола
Частичная социальная адаптация	В 50-60% случаев	Уменьшение выраженности клинических признаков тиков, вторичных депрессивно-фобических и коморбидных психических нарушений	1-2 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс лечения
Социальная дезадаптация	В 10-15% случаев	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики	1-3 месяц	Ведение пациента по данной модели, повторный курс с

		состояния		изменением терапии
Развитие осложнений	В 0-1% случаев	Появление осложнений, обусловленных терапией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

#### **VIII.VI.XIV. Стоимостные характеристики протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

#### **VIII.VII. Модель пациента**

*Синдром:* энурез.

*Фаза синдрома:* вне обострения – уменьшение проявлений основных и коморбидных расстройств, отсутствие признаков социальной дезадаптации.

*Стадия синдрома:* компенсация проявлений энуреза.

*Осложнения синдрома:* без осложнений.

*Клиническая ситуация:* проведение диагностического исследования в амбулаторных условиях для решения медико-социальных вопросов, решения вопросов о проведении терапии и реабилитации в амбулаторных условиях в соответствующих учреждениях (психолого-медико-социальный центр).

*Профильность подразделения:* амбулаторные учреждения психиатрического профиля.

*Группа заболеваний:* психические расстройства и психическое здоровье. МКБ-10 (F 95.8.).

#### **VIII.VII.I. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

1. Наличие у ребенка (подростка) признаков энуреза легкой степени при отсутствии вторичных невротических нарушений.

2. Отсутствие клинических проявлений коморбидных психических расстройств.

*Алгоритм выбора режима обследования – амбулаторный.*

При выборе режима обследования детей с энурезом (помимо юридических критериев) необходимо руководствоваться следующими клинико-психосоциальными параметрами:

1) Диагностика детей (подростков) с подозрением на энурез должна проводиться в амбулаторных условиях при отсутствии осложняющих обстоятельств:

- наличие физического дефекта, затрудняющего посещение амбулаторного медицинского учреждения;

- наличие физического дефекта или соматического заболевания у родственников или заменяющих их лиц, затрудняющего сопровождение больного в амбулаторное медицинское

учреждение;

- отсутствие в амбулаторном психиатрическом учреждений возможностей для проведения диагностического обследования и лечения согласно протоколу.

2) В случае диагностики у детей (подростков) энуреза и коморбидных ему нарушений в стадии «обострения» а зависимости от выраженности основных и коморбидных расстройств пациенты направляются на диагностическое обследование и лечение в амбулаторных условиях или стационар.

#### **VIII.VII.II. Порядок включения пациента в протокол**

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

#### **VIII.VII.III. Требования к диагностике в амбулаторно-поликлинических условиях**

<b>Код</b>	<b>Наименование медицинских работ и услуг</b>	<b>Кратность</b>
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 02.03.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.03. 005	Измерение роста	1
A 02.03. 002	Измерение массы тела	1
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1



A 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06.03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.015	Составление родословной	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография ЦНС и головного мозга	по показаниям
D 12.02.03	Подготовка медицинским психологом заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
D 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
A 13.30.010	Нейропсихологическое обследование	1
A 13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	по показаниям
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинском учреждении	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

#### **VIII.VII.IV. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях**

Диагностическое обследование детей с энурезом «вне обострения» проводится в ситуациях: - выявление симптомов энуреза у детей, не имевших ранее подобного диагноза;

- выраженное несоответствие симптомов энуреза и уровня социального функционирования установленному ранее диагнозу энуреза (снятие диагноза).

*Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в неосложненных случаях могут быть достаточными для диагностики энуреза. При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях амбулаторно-поликлинического звена, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.*

В начале, до контакта с пациентом осуществляется **изучение медицинской документации, характеристик с места учебы, а также сбор сведений от родителей и близких, лиц, знающих пациента в повседневной жизни**, что позволяет получить объективные сведения, содержащие данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями; данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, патогенных биологических воздействиях внутриутробного и перинатального периодов, особенностях психомоторного развития, формирования речи, школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях постнатального периода, а также данные об особенностях психического состояния и поведения пациента в зрелом возрасте, возможности самообслуживания, уровень социальной адаптации.

#### ***Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии (психодиагностическое интервью)***

С помощью расспроса собирается субъективный анамнез (если позволяет возраст ребенка) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

***При составлении родословной пациента*** необходимо выяснить, нет ли среди его родственников лиц с системными расстройствами, прежде всего, с энурезом, возможно, проявлявшимся только в детском возрасте, умственно отсталых, психически больных, личностей с патологией характера, злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами; описание особенностей передачи перечисленных видов психической патологии. Необходимо установить, не являются ли родители больного кровными родственниками, наличие кровнородственных браков среди предшествующих поколений.

***Визуальное обследование пациента*** должно проводиться с акцентом на выявление дисэмбриогенетических стигм, выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка), выявление следов инъекций различной давности, если они имеются.

***Психопатологическое исследование, наблюдение за поведением пациента*** позволяют выявить расстройства настроения, волевой сферы, интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания), оценить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования и др.

*Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах,* проводятся врачом психиатром в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического поражения ЦНС и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). При выявлении признаков текущего соматического заболевания проводится *консультация терапевта*, и т.д.

При установлении диагноза энуреза изучается наличие и степень органического поражения головного мозга. Для этого дополнительно проводится одно или несколько инструментальных исследований: *электроэнцефалография, реоэнцефалография, ультразвуковая доплерография головного мозга.*

*Паттерны ЭЭГ* позволяют характеризовать степень морфофункциональной зрелости коры головного мозга и глубинных регуляторных систем разного уровня, установить косвенные признаки внутричерепной гипертензии, пароксизмальной активности головного мозга.

*Медико-генетическое консультирование* проводится при подозрении на:

- наличие сходных в семье по клинико-психопатологическим проявлениям случаев энуреза;
- сочетаний психических, соматических расстройств и аномалий развития у пациента;
- наличие признаков текущего органического процесса.

*Медико-генетическое консультирование включает:*

- прием (осмотр, консультация) врача-генетика;
- исследование хромосомного аппарата (кариотип);
- лабораторное исключение ряда генетических нарушений – по показаниям и при наличии технических возможностей лаборатории.

*Экспериментально-психологическое исследование* осуществляется медицинским психологом. Анализ экспериментальных данных, полученных на материале всех использованных методик, проводится в трех направлениях: оценка сформированности психических процессов и функций (анализ, синтез, обобщение, установление логических связей и др.), возможности обучаемости испытуемого, а также особенностей общей

организации психической деятельности (умственная работоспособность, память, внимание, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

Заключение психолога должно содержать целостную характеристику структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности в познавательной и эмоционально-волевой сферах.

*Нейропсихологическое исследование* направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля), что позволяет провести оценку когнитивной деятельности ребенка и разработать индивидуальную программу коррекции.

#### **VIII.VII.V. Требования к лечению в амбулаторно-поликлинических условиях**

Амбулаторно-поликлиническое лечение в рамках данного протокола не проводится. В случае необходимости проведения такого лечения, пациент параллельно данному протоколу включается в соответствующий протокол, включающий лечение психических расстройств.

#### **VIII.VII.VI. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи**

Специальных требований нет.

#### **VIII.VII.VII. Требования лекарственной помощи**

Специальных требований нет.

#### **VIII.VII.VIII. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи**

Специальных требований нет.

#### **VIII.VII.IX. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации**

Специальных требований нет.

#### **VIII.VII.X. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами**

Определяются возрастом ребенка и выраженностью энуреза.

#### **VIII.VII.XI. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Специальных требований нет.

#### **VIII.VII.XII. Форма информированного согласия**

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

#### **VIII.VII.XIII. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола**

В случае выявления расстройств, свидетельствующих о наличии у ребенка другого психического расстройства, врач-психиатр делает аргументированное заключение о

целесообразности продолжения диагностического обследования пациента в рамках соответствующего протокола.

#### **VIII.VII.XIV. Возможные исходы и их характеристика**

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимущество и этапность в оказании медицинской помощи
Принятие диагностического заключения с проведением социальных рекомендаций	В 80-85% случаев	Выявление достаточных признаков для принятия диагностического решения	3 дня +2 дня для подготовки заключения	Исключение из протокола
Продление диагностического исследования с принятием диагностического решения и проведением социальных рекомендаций	В 15-10% случаев	Сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость дополнительного обследования	Длительность определяется объемом диагностических исследований и техническими возможностями медицинских учреждений	Исключение из протокола
Продление диагностического исследования	В 5% случаев	Сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость динамического наблюдения	На любом этапе	Направление на стационарное диагностическое психиатрическое исследование и переход в другую модель

#### **VIII.IV.XV. Стоимостные характеристики протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

#### **VIII.VIII. Модель пациента**

**Синдром:** энурез.

**Фаза синдрома:** обострение основных проявлений синдрома.

**Стадия синдрома:** усиление клинических проявлений энуреза у детей и подростков с формированием вторичных невротических нарушений, отражающих реакцию личности на имеющийся дефект.

**Осложнения синдрома:** без осложнений

**Клиническая ситуация:** лечение в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Профиль подразделения, учреждения:** амбулаторное учреждение (подразделение) для оказания психиатрической помощи.

#### **VIII.VIII.I. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

1. Наличие у ребенка (подростка) признаков энуреза умеренной степени с наличием вторичных невротических нарушений на имеющийся дефект, и требующих проведения лечения.

2. Клинические проявления коморбидных психических расстройств в состоянии компенсации (субкомпенсации), не требующей оказания помощи в условиях стационара.

#### **VIII.VIII.II. Порядок включения пациента в протокол**

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

#### **VIII.VIII.III. Требования к проведению диагностического исследования в амбулаторно-поликлинических условиях**

<b>Код</b>	<b>Наименование медицинских работ и услуг</b>	<b>Кратность</b>
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 02.03.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.03.005	Измерение роста	1

A 02.03.002	Измерение массы тела	1
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
A 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06. 03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.015	Составление родословной	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 04.12.001	Исследование глазного дна	1
A 04.12.002	Регистрация электрокардиограммы	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография ЦНС и головного мозга	по показаниям
D 12.01.01	Взятие крови из пальца	Не менее 1 раза
A 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	по показаниям
A 09.05.026	Рентгеноскопия легких	по показаниям
A 09.05..003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
A 08.05..004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
A 08.05..006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
A 12.05.003	Исследование уровня эритроцитов крови	1
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов крови	1
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов крови	1
A 08. 05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов.	по показаниям

A 09.05.002	Оценка гематокрита	по показаниям
A 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
A 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
A 09.28.022	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	по показаниям
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
A 09.28.003	Определение белка в моче	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	по показаниям
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	по показаниям
A 12.06.03	Реакция Вассермана (RW)	1
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1
A 09.05.041	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1
A 09.05.042	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1
A 09.05..023	Исследование уровня глюкозы в крови	по показаниям
A 09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка крови	по показаниям
A 09.05.017	Исследование уровня мочевины крови	по показаниям
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина крови	по показаниям
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина крови	по показаниям
D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
A 13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	по показаниям
D 12.02.04.	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03.	Подготовка медицинским психологом заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
A 13.30. 010	Нейропсихологическое обследование	по показаниям
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации	



	(учреждении)	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

#### **VIII.VIII.IV. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях**

Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в неосложненных случаях могут быть достаточными для диагностики энуреза. При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях амбулаторно-поликлинического звена, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.

#### **VIII.VIII.V. Требования к немедикаментозному лечению в амбулаторно-поликлинических условиях**

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Коррекция поведения индивидуальная и групповая (коммуникативные поведенческие тренинги)	Согласно алгоритму
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям
Нейропсихологическая коррекция	По показаниям
Работа с семьей	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Биологически обратная связь	По показаниям
Логопедическая коррекция	По показаниям

#### **VIII.VIII.VI. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи**

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с усилением энуреза и вторичных невротических переживаний, отражающих реакцию личности на имеющийся дефект:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, в школе, детском саду или другом организованном детском коллективе;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- начало критической фазы психического развития;
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

В зависимости от ведущей причины усиления энуреза структура терапевтических мероприятий смещается в сторону преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления психотерапевтической составляющей комплексного лечения.

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения. В условиях амбулаторно-поликлинической помощи наиболее доступны индивидуальные беседы, направленные на обучение формам позитивной коммуникации, выявление и помощь в устранении сложных психосоциальных ситуаций. Психотерапевтическая работа с детьми и подростками с энурезом в ПНД требует групповых форм (коммуникативные тренинги). Целью групповой психотерапии является формирование навыков саморегуляции с помощью методов аутогенной тренировки и самовнушения, изменение «негативного» коммуникативного поведения, приобретение личного опыта эффективной коммуникации. У детей старшего возраста (12-14 лет) и подростков необходим анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

Проведение амбулаторной психокоррекционной работы позволяет оптимизировать социальное функционирование больных, повысить их общую уверенность, способность к снятию ситуационно обусловленного напряжения, и должно обязательно осуществляться на фоне психофармакотерапии.

#### **VIII.VIII.VII. Требования к лекарственной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях**

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность (продолжительность) назначения
Антиконвульсанты	Согласно алгоритму
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие нейрометаболизм	Согласно алгоритму

Диуретики	Согласно алгоритму
Сосудистые средства	Согласно алгоритму
Антиэнуретики	Согласно алгоритму

#### Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антидепрессанты	Согласно алгоритму
Транквилизаторы	Согласно алгоритму
Общеукрепляющие средства	Согласно алгоритму

### **VIII.VIII.VIII. Алгоритмы применения медикаментов**

Характеристика и особенности применения медикаментов при системных расстройствах приводятся в разделе «Общие требования к лечению системных расстройств у детей». Длительность терапии определяется состоянием пациента и в виде поддерживающей терапии может использоваться в течение многих месяцев. В амбулаторных условиях осуществляется подбор лечения. Лечение приводится из расчета 30 дней.

Фармако- терапевти- ческая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Ориентирочная дневная доза в зависимости от возраста	ЭКД***мг ОДДхкол-во дней
Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему					
	Антиконвульсанты				
		Карбамазепин		0,3-0,6 г	9,0-18,0 г
		Оскарбазепин		0,3-0,75 г	9,0-22,5 г
		Вальпроевая кислота		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат кальция		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат натрия		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Топирамат		0,05-0,25 г	1,5-7,5 г
		Леветирацетам		0,2-2,0 г	6,0-60,0 г
	Антидепрессанты				
		Сертралин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
		Флувоксамин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
	Транквилизаторы				
		Гидроксизин		0,025-0,1 г	0,725-3,0 г
	Ноотропы				
		Пантогам	0,7	0,5-1,5 г	15,0-45,0 г
		Пиритинол	0,01	0,1-0,6 г	0,3-1,8 г
		Мексидол	0,01	0,125-0,75 г	3,75-22,5 г
		Ноотропил	0,01	0,4-1,6 г	12,0-48,0 г
		Кортексин	0,02	0,01 г	0,1-0,15 г
		Церебролизин	0,02	1,0-5,0 мл	20,0-75 мл
		Инстенон	0,005	1-3 табл.	30-90 табл
	Препараты улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга				
		Холина альфосцерат		0,4-1,2 г	12-36 г
		Актовегин	0,05	1-3 табл.	30-90 табл.
		Циннаризин	0,15	25-75 мг	750-2250 мг
		Винпоцетин	0,1	5-10 мг	150-300 мг
		Гинкго билоба		40-120 мг	1,2-3,6 г
	Диуретики				
		Ацетазоламид	1	0,125-0,25 г	1,25-2,5 г
	Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия				
		Калия и магния аспарагинат	1	1-3 драже	10-30 др.
	Антиэнуретики				
		Десмопрессин		5-30 мкг	150-900 мкг
		Оксибутинина гидрохлорид		10-15 мг	0,3-0,45 г

#### **VIII.VIII.IX. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

Показано удлинение часов отдыха, контроль со стороны родственников за приемом лекарственных средств.

#### **VIII.VIII.X. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам**

Пациент нуждается в индивидуальном подходе со стороны персонала и родственников, направленном на поддержку социальной активности, применения новых навыков саморегуляции, аутогенной тренировки, эффективной коммуникации.

#### **VIII.VIII.XI. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

#### **VIII.VIII.XII. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола**

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

#### **VIII.VIII.XIII. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи**

Дееспособные пациенты и их родственники, а также опекуны недееспособных пациентов должны быть подробно проинструктированы в отношении режима и способах приема лекарств после выписки больного, а также проинформированы о возможных побочных эффектах терапии.

#### **VIII.VIII.XIV. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола**

Отсутствие признаков когнитивной и поведенческой дезадаптации у пациента по данным наблюдения не менее 2-3-х месяцев. Больной переводится на консультативное наблюдение. Действия требований протокола прекращаются. При развитии другого заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями раздела этого протокола ведения больных.

#### **VIII.VIII.XV. Возможные исходы и их характеристика**

Вариант Исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Социальная адаптация	В 60-70% случаев	Отсутствие клинических признаков энуреза и вторичных невротических нарушений	2-3 месяца	Исключение пациента из протокола
Частичная социальная адаптация	В 20-30% случаев	Уменьшение выраженности энуреза и вторичных невротических расстройств	1-2 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс лечения
Социальная дезадаптация	В 5-15% случаев	Отсутствие как положительной, так и	1-3 месяц	Ведение пациента по данной модели,

		отрицательной динамики состояния		повторный курс с изменением терапии
Развитие осложнений	В 0-0,5% случаев	Появление осложнений, обусловленных терапией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

#### **VIII.VIII.XIV. Стоимостные характеристики протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

#### **VIII.IX. Модель пациента**

**Синдром:** энурез.

**Фаза синдрома:** выраженное обострение основных и коморбидных проявлений синдрома.

**Стадия синдрома:** выраженное усиление клинических проявлений энуреза у детей и подростков с усилением вторичных невротических нарушений в форме депрессивно-фобического, отражающего реакцию личности на имеющийся дефект.

**Осложнения синдрома:** выраженная декомпенсация коморбидных энурезу нервно-психических нарушений.

**Клиническая ситуация:** лечение в стационарных условиях.

**Профиль подразделения, учреждения:** стационарное отделение для оказания психиатрической помощи.

#### **VIII.IX.I. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

1. Наличие у ребенка (подростка) признаков энуреза выраженной степени с наличием выраженных вторичных невротических нарушений в форме депрессивно-фобического синдрома, требующих проведения стационарного лечения.

2. Клинические проявления коморбидных энурезу психических расстройств в состоянии выраженной декомпенсации, требующей оказания помощи в условиях стационара.

#### **VIII.IX.II. Порядок включения пациента в протокол**

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

#### **VIII.IX.III. Требования к проведению диагностического исследования в условиях стационара**

Код	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1

A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 02.03.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.03.005	Измерение роста	1
A 02.03.002	Измерение массы тела	1
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
A 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06. 03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.015	Составление родословной	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 04.12.001	Исследование глазного дна	1
A 04.12.002	Регистрация электрокардиограммы	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1

A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография ЦНС и головного мозга	по показаниям
D 12.01.01	Взятие крови из пальца	Не менее 1 раза
A 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	по показаниям
A 09.05.026	Рентгеноскопия легких	по показаниям
A 09.05..003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
A 08.05..004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
A 08.05..006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
A 12.05.003	Исследование уровня эритроцитов крови	1
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов крови	1
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов крови	1
A 08. 05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов.	по показаниям
A 09.05.002	Оценка гематокрита	по показаниям
A 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
A 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
A 09.28.022	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	по показаниям
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
A 09.28.003	Определение белка в моче	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	по показаниям
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	по показаниям
A 12.06.03	Реакция Вассермана (RW)	1
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1
A 09.05.041	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1



A 09.05.042	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1
A 09.05..023	Исследование уровня глюкозы в крови	по показаниям
A 09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка крови	по показаниям
A 09.05.017	Исследование уровня мочевины крови	по показаниям
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина крови	по показаниям
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина крови	по показаниям
D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
A 13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	1
D 12.02.04.	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03.	Подготовка медицинским психологом заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
A 13.30. 010	Нейропсихологическое обследование	по показаниям
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

#### **VIII.IX.IV. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в условиях стационара**

Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в осложненных случаях могут быть достаточными для диагностики энуреза. При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях стационара, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.

#### **VIII.VI.V. Требования к немедикаментозному лечению в условиях стационара**

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Коррекция поведения индивидуальная и групповая (коммуникативные поведенческие тренинги)	Согласно алгоритму
Нейропсихологическая коррекция	Согласно алгоритму
Психотерапия индивидуальная и групповая	Согласно алгоритму
Работа с семьей	Согласно алгоритму

#### Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Биологически обратная связь	По показаниям
Логопедическая коррекция	По показаниям
Рефлексотерапия	По показаниям

### **VIII.IX.VI. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи**

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с выраженным усилением энуреза и возникновением депрессивно-фобических переживаний, а также коморбидных тикам нервно-психических расстройств выраженной степени:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, в школе, детском саду или другом организованном детском коллективе;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- начало критической фазы психического развития;
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

С учетом тяжести состояния структура терапевтических мероприятий включает одновременное использование медикаментозной терапии, психотерапевтического воздействия и нейропсихологической коррекции.

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения. В условиях стационарной помощи доступны как индивидуальные, так и групповые беседы, направленные на обучение новым формам саморегуляции и аутогенной тренировки, способных снизить психосоциальное напряжение, снизить частоту эпизодов недержания мочи. Психотерапевтическая работа с детьми и

подростками с энурезом в стационаре требует групповых форм (коммуникативные тренинги). Целью групповой психотерапии является изменение «негативного» коммуникативного поведения, приобретение опыта эффективной коммуникации. У детей старшего возраста (12-14 лет) и подростков необходим анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

Психофармакотерапия является основой, на фоне которой осуществляется проведение психотерапии, психологической и нейропсихологической коррекции, что позволяет снизить выраженность и частоту (устранить) энуреза, вторичных невротических нарушений, скомпенсировать коморбидные нервно-психические нарушения, повысить общую уверенность пациентов, подавлять ситуационно обусловленное напряжение. Все вышеперечисленное служит оптимизации социального функционирования больных.

#### **VIII.IX.VII. Требования к лекарственной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях**

##### **Лекарственные средства обязательного ассортимента**

Наименование группы	Кратность (продолжительность) назначения
Антиконвульсанты	Согласно алгоритму
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие нейрометаболизм	Согласно алгоритму
Диуретики	Согласно алгоритму
Сосудистые средства	Согласно алгоритму
Антиэнуретики	Согласно алгоритму

##### **Лекарственные средства дополнительного ассортимента**

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антидепрессанты	Согласно алгоритму
Транквилизаторы	Согласно алгоритму
Общеукрепляющие средства	Согласно алгоритму

#### **VIII.IX.VIII. Алгоритмы применения медикаментов**

Характеристика и особенности применения медикаментов при системных расстройствах приводятся в разделе «Общие требования к лечению системных расстройств у детей». Длительность терапии определяется состоянием пациента и в виде поддерживающей терапии может использоваться в течение многих месяцев. В условиях стационара осуществляется

подбор лечения и купирование основной и сопутствующей симптоматики. Лечение приводится из расчета 30 дней.

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Ориентировочная дневная доза в зависимости от возраста	ЭКД***мг ОДДхкол-во дней
Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему					
	Антиконвульсанты				
		Карбамазепин		0,3-0,6 г	9,0-18,0 г
		Оскарбазепин		0,3-0,75 г	9,0-22,5 г
		Вальпроевая кислота		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат кальция		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Вальпроат натрия		0,3-1,2 г	9,0-36,0 г
		Топирамат		0,05-0,25 г	1,5-7,5 г
		Леветирацетам		0,2-2,0 г	6,0-60,0 г
	Антидепрессанты				
		Сертралин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
		Флувоксамин		0,02-0,15 г	0,6-4,5 г
	Транквилизаторы				
		Гидроксизин		0,025-0,1 г	0,725-3,0 г
	Ноотропы				
		Пантогам	0,7	0,5-1,5 г	15,0-45,0 г
		Пиритинол	0,01	0,1-0,6 г	0,3-1,8 г
		Мексидол	0,01	0,125-0,75 г	3,75-22,5 г
		Ноотропил	0,01	0,4-1,6 г	12,0-48,0 г
		Кортексин	0,02	0,01 г	0,1-0,15 г
		Церебролизин	0,02	1,0-5,0 мл	20,0-75 мл
		Инстенон	0,005	1-3 табл.	30-90 табл.
	Препараты, улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга				
		Холина альфосцерат		0,4-1,2 г	12-36 г
		Актовегин	0,05	1-3 табл.	30-90 табл.
		Циннаризин	0,15	25-75 мг	750-2250 мг
		Винпоцетин	0,1	5-10 мг	150-300 мг
		Гинкго билоба		40-120 мг	1,2-3,6 г
Другие средства					
	Диуретики				
		Ацетазоламид	1	0,125-0,25 г	1,25-2,5 г
	Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия				
		Калия и магния аспарагинат	1	1-3 драже	10-30 др.
	Антиэнуриетики				
		Десмопрессин		5-30 мкг	150-900 мкг
		Оксибутинина гидрпохлорид		10-15 мг	0,3-0,45 г

#### VIII.IX.IX. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Показано удлинение часов отдыха, контроль со стороны медицинского персонала и родственников за приемом лекарственных средств.

#### **VIII.IX.X. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам**

Пациент нуждается в индивидуальном подходе со стороны персонала и родственников, направленном на развитие навыков саморегуляции, позволяющих эффективно снижать напряженность психосоциальной ситуации, расширять опыт эффективной коммуникации

#### **VIII.IX.XI. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

#### **VIII.IX.XII. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола**

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

#### **VIII.IX.XIII. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи**

Дееспособные пациенты и их родственники, а также опекуны недееспособных пациентов должны быть подробно проинструктированы в отношении режима и способах приема лекарств после выписки больного, а также проинформированы о возможных побочных эффектах терапии.

#### **VIII.IX.XIV. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола**

Отсутствие признаков когнитивной и поведенческой дезадаптации у пациента по данным наблюдения не менее 2-3-х месяцев. Больной переводится на консультативное наблюдение. Действия требований протокола прекращаются. При развитии другого заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями раздела этого протокола ведения больных.

#### **VIII.IX.XV. Возможные исходы и их характеристика**

Вариант Исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Социальная адаптация	В 40-50% случаев	Отсутствие клинических признаков энуреза, вторичных депрессивно-фобических и коморбидных психических нарушений	2-3 месяца	Исключение пациента из протокола
Частичная социальная адаптация	В 40-50% случаев	Уменьшение выраженности клинических признаков энуреза, вторичных депрессивно-фобических и коморбидных психических нарушений	1-2 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс лечения

Социальная дезадаптация	В 15-20% случаев	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики состояния	1-3 месяц	Ведение пациента по данной модели, повторный курс с изменением терапии
Развитие осложнений	В 0-1% случаев	Появление осложнений, обусловленных терапией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

#### **VIII.IX.XIV. Стоимостные характеристики протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

#### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

- Болдырев А.И.* Пограничные формы эпилепсии//12-й съезд психиатров России: Материалы съезда. — М., 1995. — С. 321–323.
- Буторина Н.Е., Буторин Г.Г.* Резидуально-органический психосиндром и многоосевая классификационная система с позиции детской и подростковой психиатрии// Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса. — М.: РОСИНЭКС, 2001. — С. 92–93.
- Буторина Н.Е., Ретюнский К.Ю.* Затяжные системные расстройства в детском возрасте (клиника, патогенез, терапия). — Екатеринбург: Экспресс-Дизайн, Екатеринбург, 2005. — 280 с.
- Буянов М.И.* Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков. — М.: Медицина, 1995. — 192 с.
- Зенков Л.Р.* Лечение эпилепсии: Справочное руководство для врачей. — М.: Ремедиум, 2001. — 228 с.
- Зенков Л.Р.* Непароксизмальные эпилептические расстройства: руководство для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 280 с.
- Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. — 2-е изд. перераб. и доп. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
- Крыжановский Г.Н.* Генераторы, патологические детерминанты и патологические системы в патогенезе нервно-психических расстройств//Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — Том 11, Вып. 1. — С. 38–42.
- Лохов М.И., Фесенко Ю.А.* Заикание и логоневроз: Диагностика и лечение (заикание как модель нарушений при пограничных психических расстройствах). — СПб.: Сотис, 2000. — 288 с.
- Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Щугарева Л.М.* Заикание: Неврология или логопедия? — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. — 600 с.
- Михайлова Е.Л.* Коммуникативное самосознание: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1988. — 25 с.
- Ретюнский К.Ю., Трифонов Б.А., Ворошилин С.И.* Системные расстройства коммуникации (заикание и тики): Механизмы, феноменология и коррекция. — Екатеринбург: Изд-во УрГИ, 2004. — 195 с.
- Скворцов И.А., Адашинская Г.И., Нефедова И.В.* Модифицированная методика нейропсихологической диагностики и коррекции при нарушениях развития высших

- психических функций у детей: Учебно-методическое пособие. — М.: Тривола, 2000 — 50 с.
- Трифонов Б.А., Ретюнский К.Ю., Ворошилин С.И. Психодиагностика и психокоррекция затяжных форм заикания. — Екатеринбург: Изд-во УрГИ, 1997. — 193 с.
- Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. — М.: Триада-Х, 2000. — 232 с.
- Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальные дисфункции мозга в детском возрасте. — Нижний Новгород, 1995. — 37 с.
- Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999. — 656 с.
- Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горяинова Т.Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. — СПб.: Деан, 1999. — 128 с.
- Al-Waili N.S. Carbamazepine to treat primary nocturnal enuresis: double-blind study//Eur. J. Med. Res. — 2000. — Jan., 26, 5 (1). — P. 40–44.
- Bloodstein O. A handbook on stuttering. — 5<sup>th</sup> ed. — San Diego: Singular Publishing Group, 1995. — 480 p.
- Brunn R.D. The natural history of Tourette's syndrome//In.: Cohen D.J., Bruun R.D., Leckman J.F. Tourette's syndrome and Tic disorders. — New York: Wiley, 1988. — P. 21–39.
- Butler R.J., Holland P. The three systems: a conceptual way of understanding nocturnal enuresis//Scand. J. Urol. Nephrol. — 2000. — Aug., 34 (4). — P. 270–277.
- Bye A.M., Kok D.J., Ferenschild F.T., Vles J.S. Paroxysmal non-epileptic events in children: a retrospective study over a period of 10 years//J. Paediatr. Child. Health. — 2000. — Jun., 36 (3). — P. 244–248.
- Crimmins C.R., Rathbun S.R., Husmann D.A. Management of urinary incontinence and nocturnal enuresis in attention-deficit hyperactivity disorder//J. Urol. — 2003. — Oct., 170 (4 Pt. 1). — P. 1347–1350.
- (Kaplan H.I., Sadock B.J.) Каплан Г.И., Сэддок Б.Дж. Клиническая психиатрия: Руководство по психиатрии для врачей и студентов/Пер. с англ./Под ред. Т.Б.Дмитриевой. — М.: ГЭОТАР, Медицина, 1999. — 505 с.).
- (Lees A.J.) Лис А.С. Тики/Пер. с англ. — М.: Медицина, 1989. — 336 с.
- Martin A., Volkmar F.R. Lewis' Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. — NY, 2007. — 1122 p.