

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 «ГНЦССП Росздрава»
академик РАМН

_____ Т.Б. Дмитриева
«___» ноября 2008 года

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

«Органическое расстройство в связи с эпилепсией»

Москва, 2008 г.

Протокол ведения больных в детском возрасте «Органическое расстройство в связи с эпилепсией» разработан д.м.н. Малининой Е.В.

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Нормативный документ Протокол ведения больных в детском возрасте «Органическое расстройство в связи с эпилепсией» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации. Область распространения настоящего протокола – специализированные психиатрические лечебно-профилактические учреждения (психоневрологические диспансеры, психиатрические больницы, психоневрологические интернаты), психиатрические кабинеты и консультации в обще медицинских учреждениях.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем стандарте 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 26.10.1999 №1194 «Об утверждении «Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации», (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, №46, ст.5322);
- Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 г. (утверждена постановлением Правительства РФ – от 28,07,2005г. № 461.

III. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Протокол ведения больных в детском возрасте «Органическое расстройство в связи с эпилепсией» создан с целью нормативного обеспечения Постановления Правительства Российской Федерации от 26.10.1999 «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, №46, ст. 5322) и Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».

Протокол ведения больных в детском возрасте «Органическое расстройство в связи с эпилепсией» разработан для решения следующих задач:

- Установления единых требований к порядку диагностики и лечения детей с органическими психическими расстройствами в связи с эпилепсией.
- Унификации разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизации медицинской помощи больных эпилепсией с психическими расстройствами.
- Обеспечения оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении и на территории в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения настоящего стандарта – лечебно-диагностические учреждения/отделения системы здравоохранения всех уровней психиатрического профиля.

IV. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА «ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО В СВЯЗИ С ЭПИЛЕПСИЕЙ»

Ведение протокола «Органическое расстройство в связи с эпилепсией» осуществляется ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Росздрава.

V. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными припадками, возникающими в результате чрезмерных нейронных разрядов и сопровождающиеся различными клиническими и параклиническими симптомами с нарушением двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных и психических функций. Эпилепсия имеет нейробиологические, когнитивные, психологические и социальные последствия.

Клиническая картина эпилепсии представляет собой сложный комплекс симптомов, в котором психические изменения тесно переплетаются с неврологическими и соматическими проявлениями. Признаки эпилептической болезни выражаются как в форме отдельных приступов, так и в своеобразных, более или менее стойких психопатологических и неврологических нарушениях, наблюдающихся в пост - и межприступном периоде. В этой связи клиническая картина эпилепсии должна рассматриваться с позиций неврологической и психиатрической моделей.

Неврологическая модель. По современным взглядам эпилептологии диагноз эпилепсии является клинико-электро-анатомическим. В настоящее время для установления точного диагноза эпилепсии недостаточно иметь только описание приступов (клинический критерий), необходимо электроэнцефалографическое подтверждение (электрический критерий), а также проведение методов нейровизуализации (анатомический критерий). Диагноз эпилепсии включает принцип локализации (фокальные, генерализованные формы), этиологии (симптоматические, криптогенные, идиопатические), возраст дебюта, основные виды приступов, определяющих клиническую картину, и прогноз заболевания.

Современные стандарты ведения больных эпилепсией, разработанные Всемирной противэпилептической лигой предусматривают использование Международной классификации эпилепсий и эпи-синдромов (1989), а также Международной классификации припадков в качестве основы постановки диагноза и выбора тактики лечения больных, что отражено в протоколах ведения больных эпилепсией (неврологическая модель) в РФ.

Психиатрическая модель. Особенности эпилепсии являются большая частота нарушений психической деятельности, разнообразие их форм и различная их продолжительность. Они касаются многих сторон психической деятельности: интеллекта, памяти, мышления, эмоциональной сферы, поведения и черт характера. Многообразие этих нарушений связано прежде всего с их этиологической гетерогенностью.

- Так, при отдельных формах эпилепсии психические нарушения отсутствуют.
- В большинстве случаев они связаны с органическим поражением головного мозга. Проявлением заболевания являются и эпилептические припадки и «органические» изменения личности, как и у больных с органическим поражением мозга, но не страдающих эпилепсией.
- Психические нарушения могут быть связаны с эпилептизацией, т.е. результатом деятельности эпилептического очага и будут зависеть от его локализации. Эпилептические разряды значительно расстраивают нормальную нейронную активность в пораженной области мозга. Как правило, это лобная и височная локализация. Патология нейронной активности в этих частях мозга, регулирующих высшую нервную деятельность, может проявляться нарушениями когнитивного функционирования и поведения в интервалах между припадками.
- Психические расстройства могут быть связаны с психогенными, стрессовыми факторами. Сам факт наличия эпилептических припадков, нередко являющийся

серьезным психическим стрессом для больного, его семьи, окружающих, может вести к тревожности, депрессии и агрессивности.

- Психические расстройства связаны с побочным действием антиэпилептических препаратов - фармакогенные изменения. Противосудорожная терапия, особенно если она проводится интенсивно, способна вызвать характерологические изменения.

В классических и современных клинических трудах, посвященных эпилепсии дано детальное описание наиболее ярких проявлений нарушений психики. Это прежде всего замедленность мышления, нарушения памяти, сужение интересов, эгоцентризм, склонность к религиозности и частым нарушениям в аффективной сфере с колебаниями от экстатического до гневливо раздраженного поведения. Соответствующие личностные особенности описывались в психиатрической литературе под названиями «эпенетическая конституция», «глишроидия», «иксоидный характер», «эпилептоидная личность». Следует, однако, заметить, что охарактеризованные выше личностные изменения, не являются прерогативой эпилепсии и могут встречаться при других патологических состояниях, обусловленных органическим поражением мозга.

Выраженность и глубина изменений личности зависят главным образом от возраста дебюта болезни: Более тяжелые изменения психики характерны для лиц, заболевших в детстве, где в большинстве случаев припадки являются следствием ранних детских мозговых повреждений, что в свою очередь сказывается на развитии раннего детского психоорганического синдрома различной степени выраженности. Чаще у таких больных имеет место задержка или регресс психомоторного развития. Поэтому эпилепсия у детей характеризуется более злокачественным течением, чем у взрослых, и скорее приводит к задержке интеллекта и разнообразным расстройствам речи. Для детей младшего возраста характерны все увеличивающееся двигательное беспокойство, чрезвычайная отвлекаемость внимания, невозможность сколько-нибудь длительной его концентрации, нередко в эмоционально-волевой сфере выступают аффективная возбудимость, плаксивость, дисфория.

Считается, что черты характера, свойственные взрослым больным эпилепсией (медлительность, вязкость, «прилипчивость», мелочная пунктуальность) развиваются только к подростковому возрасту.

Частота межпароксизмальных нарушений психики у детей составляет по данным разных авторов от 3 до 50%. При начале эпилепсии в возрасте до 6 лет число больных с психическими нарушениями составляет 40,6%, от 6 до 11 лет – 32,5%, от 11 до 25 лет – 30,5%.

Этиология. Эпилепсия относится к полиэтиологичным заболеваниям. Распределение различных этиологических факторов изменяется с возрастом. В детстве важная роль отводится пре- и перинатальным поражениям нервной системы. Важная роль в развитии эпилепсии принадлежит и генетическим факторам. На высокую значимость генетических факторов в развитии эпилепсии и судорожных синдромов указывает: наследственная отягощенность, прослеживаемая в семьях больных эпилепсией; высокая степень конкордантности среди монозиготных близнецов; сцепленность отдельных форм эпилепсий и эпилептических синдромов с конкретными генами, а также связь некоторых эпилептических синдромов с точковыми мутациями митохондриального генома.

Клиническая картина. Органические психические расстройства вследствие эпилепсии рассматриваются в контексте церебрального заболевания, имеющего четкую этиологию, патогенетические механизмы и широкий спектр психопатологических проявлений. Группировка указанной патологии включает непсихотические психические расстройства и психозы. Наиболее характерными и постоянно присутствующими являются поражения когнитивных функций (память, интеллект, обучение, внимание и т. д.) и расстройства восприятия, содержания мыслей, эмоций, общего склада личности и поведения.

С целью правильной и точной квалификации установленного диагноза в детском возрасте необходим адаптированный вариант классификации органических психических расстройств с учетом возрастных особенностей нервно-психического развития, концепции психического дизонтогенеза и клинических характеристик эпилептического процесса.

Непсихотические психические нарушения в структуре эпилепсии в детском возрасте определяются как *эпилептическая энцефалопатия*, которая развивается на фоне текущего заболевания центральной нервной системы, а именно эпилепсии, раскрывая тем самым этиопатогенетические и клинические особенности психической патологии. Клиника эпилептической энцефалопатии отличается полиморфностью симптоматики и определяется возрастным уровнем развития. Ее структура представляет собой континуум, на одном полюсе которого находятся легкие нарушения в виде церебрastenических расстройств, на другом – тяжелые состояния слабоумия, грубые эмоционально-волевые нарушения. Динамика расстройств имеет прогрессивный тип течения. Прогностически неблагоприятными факторами являются периоды возрастных кризов, ранний возраст дебюта эпилептических приступов (до 3-х лет), длительность эпилепсии более 5 лет, симптоматические и криптогенные фокальные формы эпилепсии с мультифокальной, лобной и височной локализацией, а также симптоматические и криптогенные генерализованные формы.

Патогномоничную основу психопатологической симптоматики эпилептической энцефалопатии представляет психоорганический синдром. Эпилептический психоорганический синдром выступает довольно сложной структурой, в рамках которой наблюдаются сочетания симптомов различных групп психических расстройств. Среди наиболее распространенных симптомокомплексов обнаруживаются церебрастенические, когнитивные, эмоционально-волевые и поведенческие расстройства. Выраженность того или иного симптомокомплекса зависит от возрастного фактора (уровня нервно-психического развития) и клинических характеристик эпилептического процесса (возраста дебюта эпилептических приступов, длительности заболевания, формы эпилепсии и локализация эпилептического очага).

Особенности клинической картины эпилептического психоорганического синдрома в детском возрасте предполагают использование нескольких разделов, кодов МКБ-10. При квалификации психопатологического синдрома применяются разделы F00- F09, F90-F99, а для обозначения заболевания, лежащего в основе психических расстройств используется раздел G40-G47 (эпилепсия и эпилептические синдромы).

В соответствии с МКБ-10 синдромы эпилептической энцефалопатии (психоорганический синдром) могут рассматриваться следующим образом.

Церебрастенические расстройства (F06.62). Церебральная астения проявляется в виде раздражительной слабости, включающей, с одной стороны, повышенную психическую истощаемость, быструю утомляемость, низкую работоспособность (как умственную, так и физическую), с другой, повышенную раздражительность, эмоциональную лабильность и готовность к аффективным вспышкам. Астеническая симптоматика в одних случаях является манифестирующей, появляется в дебюте психических нарушений. Преимущественно это характерно для детей школьного возраста. В других, как правило, сопровождает формирование синдромологической структуры психоорганического (энцефалопатического) синдрома и является основополагающей.

Когнитивные нарушения (F06.72; F02.8x2). Квалификация когнитивных расстройств опирается на время их возникновения и уровень нервно-психического развития ребенка. Так в большинстве случаев (до 50%) эпилепсия начинается в возрасте до 3-х лет. В данном случае еще не закончено морфофункциональное развитие головного мозга. Как правило у этих детей формируется общее психическое недоразвитие (умственная отсталость), либо задержка психического развития. Патогенетически данные расстройства обусловлены органическим поражением головного мозга. При развитии эпилепсии на фоне сформировавшихся психических функций возможно развитие интеллектуального дефекта, а именно деменции

(слабоумие), либо легкое снижение когнитивной продукции. В данном случае когнитивные нарушения обусловлены либо органическим поражением головного мозга (например, черепно-мозговая травма, нейроинфекция), либо эпилептическим процессом (эпилептическая энцефалопатия). Степень нарушения интеллектуальной деятельности неоднозначна и зависит от дебюта эпилептических приступов и формы эпилепсии. В первую очередь при раннем дебюте эпилептических припадков всегда страдают когнитивные функции (память, внимание, работоспособность, мышление). Наиболее часто лобная, височная и мультифокальная локализация эпилептического очага дает данные расстройства. Доказано, что генерализованные эпилепсии раннего детского возраста (эпилептические энцефалопатии) приводят к тяжелой дезинтеграции когнитивных функций. Динамика нарушений интеллектуальной деятельности имеет прогрессивный характер, напрямую связана с длительностью заболевания.

Эмоционально-волевые и поведенческие нарушения (F07.02; F90-F99). Одним из наиболее выраженных синдромов эпилептической энцефалопатии является *синдром эмоционально-волевых расстройств*. В структуре эмоциональных расстройств доминирует лабильность, неустойчивость, которые включаются в астеническую симптоматику и поведенческие реакции. Проявления расстройств поведения зависят от возраста пациентов и определяются типом личностных реакций. Превалируют аффективная возбудимость с агрессивностью, расторможением примитивных влечений и эмоционально-волевая неустойчивость с отсутствием волевых задержек, повышенной внушаемостью, что проявляется оппозиционно вызывающим и социализированным расстройством поведения. Иными словами, ведущими проявлениями являются психопатоподобные состояния, в понимании отечественной детской психиатрии. Данные нарушения также связаны с особенностями течения эпилепсии. Так, эксплозивная симптоматика преобладает у детей с локализацией эпилептического очага в лобной доле, а дефензивность у детей с генерализованными формами, в то же время среди фокальных форм у детей с височной локализацией. Дистимическая и дисфорическая симптоматика доминируют при лобной и мультифокальной локализации. Известно, что локальные нарушения лобных, медио-базальных отделов височных долей приводят к эмоциональной лабильности, перепадам и амбивалентности настроения. Паратимии, дистимии и дисфории чаще встречаются у детей с ранним дебютом приступов.

Среди детей, больных эпилепсией может встречаться практически весь спектр психических расстройств, наблюдаемых у пациентов без эпилептических приступов (например, тики, энурез, заикание, аутизм и т. д.). Если нарушения не обусловлены эпилептическим

процессом, то расцениваются как коморбидные и должны рассматриваться в протоколах соответствующих заболеваний (синдромов).

Эпилептические психозы (F05.02; F06.02; F06.12; F06.22). Эпилептические психозы в детском возрасте встречаются достаточно редко. По отношению к основному клиническому проявлению эпилепсии – припадку, их делят на преиктальные, постиктальные и межиктальные. Преиктальные и постиктальные психозы протекают в виде сумеречных состояний, дисфорий, делирия и дисфории. Межиктальные психозы, как правило, имеют клиническую картину с шизофреноподобной симптоматикой. Происхождение эпилептических психозов связано преимущественно с формой эпилепсии, а именно локализацией эпилептического очага – височной и лобной. Кроме того, возможно появление психоза в связи с феноменом форсированной нормализации (H.Landolt), осложнением антиэпилептической терапии, побочным действием АЭП, резкой отменой АЭП. Нужно помнить, что статус фокальных приступов, как простых, так и сложных может внешне напоминать картину психоза, который в данном случае может расцениваться, как иктальный.

По длительности течения психозы подразделяют на острые (транзиторные), продолжительностью до нескольких часов и хронические. В зависимости от уровня расстройства сознания выделяют психозы на фоне ясного сознания и с помрачением сознания (например, делирий, сумерки).

Стадия органического психического расстройства в связи с эпилепсией анализируется по динамике непосредственно самого заболевания (эпилепсия) и по мере усложнения клинической картины психоорганического синдрома в рамках описанного выше континуума, отражающего прогрессивный характер течения симптоматики. Можно выделить стадию манифестации, стадию развернутых клинических проявлений и исходные состояния.

Выделение **фазы синдрома** происходит в зависимости от выраженности и стабильности динамики клинических симптомов. Отдельными протоколами диагностики и лечения в соответствии с МКБ-10 представлены органические психические расстройства в связи с эпилепсией в фазе компенсации и органические психические расстройства в связи с эпилепсией в стадии декомпенсации. Как правило, компенсаторные фазы требуют амбулаторной помощи, а в фазе декомпенсации – это может быть и амбулаторная и стационарная помощь.

Осложнения заболевания в рамках эпилептической болезни рассматриваются в том случае, если клиническая картина органического психосиндрома дополняется новыми симптомами другого регистра. В этом смысле осложнением может рассматриваться

психотические симптомы, возникшие на фоне деменции, легкого когнитивного расстройства или расстройства личности.

В зависимости от ведущего синдрома органического психического расстройства, его стадии фазы и осложнений определяются следующие клинические ситуации:

1. Обследование и лечение пациентов с когнитивными органическими психическими расстройствами (легкое когнитивное расстройство, деменция) на любой стадии в фазе декомпенсации без осложнений может проводиться амбулаторно, в условиях психоневрологического диспансера.
2. Обследование и лечение пациентов с когнитивными органическими психическими расстройствами (легкое когнитивное расстройство, деменция) на любой стадии в фазе декомпенсации с осложнением в виде эмоциональных и поведенческих расстройств может проводиться в условиях стационарных и полустационарных отделений психиатрических больниц;
3. Обследование и лечение пациентов с эмоционально-волевыми и поведенческими расстройствами (органическое расстройство личности и поведения, гиперкинетические расстройства, расстройства поведения) на любой стадии в фазе декомпенсации без осложнений может проводиться амбулаторно в условиях психоневрологического диспансера;
4. Обследование и лечение пациентов с эмоционально-волевыми и поведенческими расстройствами (органическое расстройство личности и поведения, гиперкинетические расстройства, расстройства поведения) представляющие отчетливую опасность для окружающих и самого пациента, на любой стадии в фазе декомпенсации без осложнений может проводиться в условиях стационарных отделений психиатрических больниц;
5. Обследование и лечение пациентов с эпилептическим психозом без других психических расстройств или с психическим расстройством на стадии компенсации без осложнений может проводиться амбулаторно в условиях психоневрологического диспансера и полустационарных отделений психиатрических больниц.
6. Обследование и лечение пациентов с эпилептическим психозом без других психических расстройств или с психическим расстройством на любой стадии без осложнений может проводиться в условиях стационарных отделений психиатрических больниц.

VI. 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) может быть проведено без согласия пациента или без согласия его законного 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 обследование включает:

- психиатрическое обследование, состоящее из *объективного анамнеза*, полученного в результате расспроса родителей, родственников или опекунов (законных представителей), *анализа медицинской документации* и *субъективного анамнеза* (если получение сведений представляется возможным в силу возрастных и когнитивных способностей пациента);

- проведение клинического (психопатологического), физикального, инструментальных и функциональных методов исследования, привлечения врачей-консультантов других специальностей (невролога, педиатра, окулиста и др.);
- экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование, состоящее из разнообразных методик, выбор которых зависит от задач исследования и вопросов, поставленных перед психологом врачом.
- нейропсихологическое тестирование
- при наличии когнитивных и речевых расстройств консультация логопеда, дефектолога

VI.I Психиатрическое диагностическое обследование

Клиническое психиатрическое обследование складывается из психопатологического комплекса, включающего *клинико-анамнестический, клинико-психопатологический и клинико-динамический методы*. Опираясь на общепринятую схему диагностического психопатологического обследования детей и подростков, для установления условий развития психических расстройств при эпилепсии и определения закономерностей их развития, предусматривается анализ наследственных, социальных факторов, оценка состояния здоровья родителей, акушерско-гинекологического анамнеза течения беременности и родов, состояния ребенка в период новорожденности, особенностей раннего психомоторного развития, динамики когнитивного функционирования и поведения.

Данные сведения собираются в ходе сбора объективного и субъективного анамнеза.

VI.I.I Объективный анамнез

Объективный анамнез включает:

1. Сведения о наследственности больного ребенка или подростка

В этой части описываются особенности психического состояния всех родственников. Целесообразно выяснить, не страдают ли они (или не страдали) эпилептическими припадками, запоями, не было ли у них бреда, галлюцинаций, не отличается (не отличался) ли кто-нибудь из них необычным, странным характером, не слыл ли среди окружающих чудаком и т.д.

2. Социальная характеристика семьи

Описывается состав семьи, возраст ее членов, их социальное положение, жилищно-бытовые условия, моральный климат в семье, взаимоотношения между ее членами, отношение больного к родителям, и другим родственникам. Определяется тип воспитания (например: гиперопека, гипоопека и т.д.).

3. Акушерско-гинекологический анамнез

Следует указать, какая беременность пробандом по счету, а также кратко остановиться на особенностях протекания предыдущих беременностей и родов – выяснить, не было ли выкидышей и преждевременных родов. Описать состояние здоровья матери в период беременности, сведения о патогенных биологических факторах в период внутриутробного и перинатального развития ребенка.

4. Данные о раннем психомоторном развитии ребенка

Сбор сведений об особенностях становления моторики, формирования речи, школьных навыков, особенностях психоэмоционального реагирования.

5. Перенесенные в раннем детстве инфекционные и другие заболевания

Указать, как протекали эти заболевания, не сопровождались ли они гиперергическими, церебральными явлениями (гипертермия, судорожные реакции, экзогенные психотические состояния). Отметить, какое влияние эти заболевания имели на дальнейшее развитие ребенка.

6. Динамики когнитивного функционирования и поведения ребенка

Нужно собрать сведения о времени появления тех или иных изменений в психическом статусе ребенка, характере этих изменений и их связи с теми или иными патогенными факторами. К числу объективных сведений, существенно дополняющих анамнез, относятся характеристики из дошкольных, школьных учреждений, с места работы подростка.

VI.I.II Субъективный анамнез

С помощью расспроса собирается субъективный анамнез, и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента. Необходимо учитывать, что малолетние больные не могут сообщить о себе никаких данных, т.к. они попросту не знают их, в других случаях, не позволяет уровень психического развития пациента ребенка. 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 ребенку. 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 ребенка до момента обследования.

VI.I.III. Клиническое (психопатологическое) обследование

Отдельные психические функции, анализируемые в процессе психопатологического обследования

1. *Сознание:* Количественные нарушения (степень выключения сознания): сомноленция, сопор, кома. Качественные нарушения (вид нарушения сознания, содержание сознания): аментивный синдром, делирий, сумеречное помрачение сознания (органически и психогенно обусловленное).

2. *Восприятие:* Количественные нарушения: повышенная или пониженная чувствительность к раздражителям, замедление процессов восприятия. Качественные нарушения (обманы восприятия): аномалии восприятия (например, микропсия, макропсия), иллюзорные обманы восприятия (ошибочное восприятие действительности), галлюцинации (ложные восприятия), псевдогаллюцинации.

3. *Ориентировка* (во времени, месте, ситуации и собственной личности)

4. *Память* (память на события прошлого, на текущие события, опосредованная и непосредственная память). Количественные нарушения: амнезия (ретроградная, психогенная амнезия), постепенное ослабление памяти. Качественные нарушения: вымышленные воспоминания, фантастическая псевдология, симптомы Deja-vu (симптом «уже виденного»), Jamais-vu (симптомы «никогда не виденного»), расстройство способности к запоминанию (забывчивость).

5. *Влечения и активность:* Количественные нарушения: усиление побуждений, снижение побуждений. Качественные нарушения (вид и направленность): навязчивости, компульсивные и импульсивные действия.

6. *Аффективная (эмоциональная) сфера:* Количественные нарушения: повышенная эмоциональность, аффективное обеднение. Качественные нарушения (фон настроения): синдром мании, эйфории, депрессивный синдром. Нарушения регуляции (изменения фона настроения): эмоциональная лабильность застойный аффект.

7. *Мышление:* Формальные расстройства (нарушения ассоциативного процесса): задержки мышления, замедление мышления, ускорение мышления, персеверации (застревание), разорванность. Расстройства мышления по содержанию: навязчивые идеи (навязчивые мысли), сверхценные идеи, бредовые идеи (первичный и вторичный бред).

8. *Интеллект:* Количественные расстройства: низкий уровень интеллектуальных способностей. Качественные расстройства: парциальные нарушения интеллекта (нейропсихологические синдромы, специфические нарушения развития).

9. *Личность:* Субъективные нарушения (переживание пациентом самого себя или частей собственного тела как чуждых): деперсонализация, дереализация, нарушения «Я». Объективные нарушения (изменения замечают окружающие): аномальные личности.

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

С целью единого подхода к квалификации психических расстройств постановка ведущих психопатологических синдромов проводится в соответствии с МКБ-10, психиатрического раздела. В отдельных случаях при описании и интерпретации психических нарушений используются разделы отечественной классификации психических расстройств в детском возрасте и рубрики МКБ-10 неврологического раздела.

VI.IV. Физикальное обследование

Соматическое и неврологическое обследование пациента, первоначально проводится самим врачом-психиатром.

Исследование *соматического состояния* по органам и системам с учетом предъявляемых жалоб и наличия соматических заболеваний в анамнезе включает:

- 1) Исследование особенностей физического состояния:
 - 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 др.)
 - склонности к определенному типу телосложения (пикнический, астенический, атлетический, диспластический и т.д.)
 - чистота кожных покровов (сыпь, угри, татуировки), следы повреждений (рубцы, шрамы, следы прикуса языка, порезы, инъекции). Измеряется рост и вес пациента;
- 2) Исследование органов дыхания (осмотр, перкуссия, аускультация);
- 3) Исследование сердечно-сосудистой системы (осмотр, перкуссия, аускультация, измерение частоты пульса и артериального давления);
- 4) Исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени методом перкуссии).

Как правило, дети, больные эпилепсией проходят комплексное обследование, касающееся как психиатрической диагностики, так и *неврологической*. Неврологическая модель диагностики опирается не только на физикальное обследование, но и включает диагностику эпилепсии.

Неврологическое обследование проводится по общепринятой схеме. При оценке неврологической симптоматики учитываются критерии, достаточно широко используемые в

клинике: нарушения черепной иннервации (косоглазие, птоз, недостаточность конвергенции, центральный парез лицевого нерва, подъязычного нерва, различные виды нистагма, дизартрии); двигательные нарушения (мышечная дистония, асимметрия мышечного тонуса, анизорефлексия, наличие патологических рефлексов); координаторные нарушения (неустойчивость при ходьбе, неловкость, неуклюжесть, положительные пробы на адиодохокинез, тремор век, конечностей); вегетативные расстройства в виде дистального гипергидроза, красного разлитого дермографизма. Выявляются особенности фенотипа (пороки развития, кожные пятна и др.). По возможности проводится визуальная регистрация эпилептических приступов (например, абсансов, негативного миоклонуса и др.).

Диагностика эпилепсии направлена на установление собственно эпилептического характера приступов, этиологии эпилепсии и провоцирующих факторов. Для этого необходимо сочетание данных анамнеза, клинического осмотра, электроэнцефалографии и инструментальных исследований.

Диагностика эпилепсии опирается на всесторонний анализ различных признаков и включает несколько этапов:

1. Сбор анамнеза (для уточнения возможной этиологии заболевания).

Для установления причины эпилепсии имеют значение следующие факты: эпилепсия у родственников пациента, наличие у него в анамнезе осложнений перинатального периода, черепно-мозговых травм, нейроинфекций, фебрильных судорог, признаков алкоголизма, наркомании, симптомов злокачественных новообразований. Важно уточнить, влияют ли на ребенка провоцирующие факторы: лихорадка, волнение, депривация сна, менструальный цикл, алкоголь, гипервентиляция, мелькание света, телевизор и т. д.

2. Описание эпилептических приступов. Наилучший способ установления вида приступа у ребенка, это возможность увидеть приступ самому врачу. К сожалению это не всегда удается. Поэтому всю информацию можно получить посредством очного анкетирования родителей, очевидцев приступов и самих пациентов, из анализа выписок из медицинской документации: истории болезни амбулаторной и/или стационарной, выписки из других стационаров – неврологических, педиатрических.

При диагностике необходимо последовательное описание первого и последующих приступов, отображение событий перед приступом, во время него и после. Важно уточнить наличие таких симптомов как моторные, сенсорные, вегетативные и психические нарушения. Выяснить наличие измененного сознания, автоматизмов, тонических феноменов, клонических движений, прикусывание языка, недержание мочи, постприступные нарушения поведения.

Нужно учитывать продолжительность и момент возникновения приступов (бодрствование, сон), их частоту.

3. Установление характера приступов по данным анамнеза, клиники и ЭЭГ проводится в соответствии с Международной классификацией эпилептических приступов (Киото, 1981).

4. Диагностика формы эпилепсии по данным анамнеза, клиники, ЭЭГ и нейровизуализации должна соответствовать Международной классификацией эпилепсий и эпилептических синдромов (Нью-Дели, 1989) и МКБ-10 раздела G40 – 47.

VI.I.V. Инструментальные методы исследования

Методы функциональной диагностики

Электроэнцефалография (ЭЭГ) является основным, ведущим электрофизиологическим методом в диагностике эпилепсии. Данные ЭЭГ помогают дифференцировать различные формы припадков, установить локализацию эпилептического очага, а также осуществлять контроль эффективности лекарственной терапии. Основные задачи, стоящие перед ЭЭГ обследованием:

- 1) Диагностика эпилепсии (тип эпилептического приступа, форма эпилепсии)
- 2) Дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических пароксизмов (истерических, синкопальных и др.)
- 3) Дифференциальная диагностика поведенческих расстройств, нарушений психологического развития в рамках эпилептических энцефалопатий
- 4) Контроль динамики заболевания и эффективности терапии

Психиатрические отделения должны проводить рутинное ЭЭГ исследование, а специализированные эпилептологические центры (кабинеты) в обследование включают еще и ЭЭГ сна, ЭЭГ мониторинг, видео-ЭЭГ мониторинг. Последние методы регистрации биоэлектрической активности головного мозга являются наиболее информативными, поскольку позволяют одновременно регистрировать ЭЭГ и клинические данные, а также получить картину ЭЭГ в состоянии бодрствования и сна.

Методы нейровизуализации

Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография головного мозга (КТ, МРТ). Данное обследование является в настоящее время основными методами прижизненной неинвазивной визуализации и выявления различных структурных аномалий головного мозга. Они преследуют важнейшую задачу – установление возможной этиологии заболевания – и в этом аспекте являются определяющими.

Методы нейровизуализации проводятся в обязательном порядке всем больным при первично выявленной эпилепсии. Показанием для повторного исследования является: изменение характера приступов, с появлением фокальных; выраженное нарастание когнитивных нарушений; появление неврологической дефицитарной симптоматики; отрицательная динамика при антиэпилептической терапии.

VI.I.VI. Консультация специалистов

Консультация окулиста

Определение состояния глазного дна, выявление признаков сосудистого и органического поражения головного мозга.

Консультация логопеда

Логопедическое обследование проводится логопедом – дефектологом. Схема обследования включает такие значимые подразделы как обследование звукопроизношения, фонематического слуха, анализ звукового состава слова, произношение слов сложной слоговой структуры, понимание речи, грамматический строй речи, словарь, связная речь, чтение, письмо.

Консультация педиатра

Консультация педиатра необходима при выявлении острых и хронических соматических заболеваниях, при выборе тактики лечения психотропными и антиэпилептическими препаратами на фоне имеющейся соматической патологии.

Консультация невролога

Специализированное неврологическое обследование больного эпилепсией является обязательным звеном комплексного обследования. Это необходимо прежде всего потому, что эпилепсия относится к разделу неврологических расстройств. Невролог проводит оценку неврологической симптоматики, консультирует пациента по вопросам этиологии, семиологии и классификации эпилептических приступов, определяет форму эпилепсии. Важным является и обсуждение тактики выбора антиэпилептических препаратов.

VI.I.VII. Психологическое обследование

Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) обследование проводится медицинским психологом учреждения (отделения) и является дополнительным методом исследования. Показания к его проведению определяет врач. Экспериментально-психологическое обследование должно дать информацию об индивидуально-психологических особенностях и психическом состоянии пациента, которые необходимы для уточнения

диагноза и подбора психотерапевтической тактики. Данные экспериментально-психологического исследования должны быть обобщены в заключение психолога.

Необходимо применять следующий минимальный набор экспериментальных методов, охватывающих основные сферы психической деятельности:

- А) исследование умственной работоспособности и внимания;
- Б) исследование памяти;
- В) исследование ассоциативной сферы;
- Г) исследование индивидуально-психологических особенностей.

1. Экспериментально-психологическое обследование

Методики исследования внимания: метод Пьерона-Рузера, корректурная проба (метод Бурдона), проба Крепелина, отыскивание чисел по таблицам Шульте, и др. - не менее одной методики;

Методики исследования памяти: заучивание 10 слов, запоминание предложений, цифр, геометрических фигур, метод пиктограмм и др. - не менее одной методики;

Методики исследования мышления: рассказ по картинке, комбинирование картин, сравнение и обобщение понятий, определение понятий, классификация понятий, исключение понятий, толкование метафор, пословиц и фраз, простые и сложные аналогии, ассоциативный эксперимент - не менее одной методики;

Методики исследования интеллекта: детский адаптированный вариант методики Векслера, ШТУР, прогрессивные матрицы Равена - не менее одной методики;

Исследование индивидуально-психологических особенностей проводится у пациентов с неглубоким интеллектуальным дефектом. Диагностическое значение имеет проективное рисование на темы: «Автопортрет», «Моя семья», «Дом — дерево — человек», «Если бы у меня была волшебная палочка...». Методикой, отражающей сознательные и частично неосознанные уровни отношений, внутрисемейных и межличностных, является «Цветовой тест отношений» (ЦТО). К проективным тестам также относится тематический апперцептивный тест (ТАТ) — анализ результатов которого состоит в интерпретации содержания историй, описаний мыслей и чувств персонажей - 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.

2.Нейропсихологическое обследование. Для выявления последствий органического поражения мозга у детей наиболее адекватными являются нейропсихологические методы обследования состояния высших психических функций.

Нейропсихологическое исследование диагностирует в основном нарушения высшей психической деятельности, локальность повреждения головного мозга и степень дисфункции. Полное нейропсихологическое обследование содержит изучение предметного, лицевого гнозиса (с эмоциональной идентификацией портретов), слухового гнозиса, оптико-пространственного гнозиса, стереогноза и тактильных функций, схемы тела, кинестетического, конструктивного, пространственного и динамического праксиса, идеомоторные пробы, диагностику речевых нарушений (пробы на артикуляцию, чтение вслух, словообразовательные навыки, отражённая речь, фонематический анализ, понимание сложных логико-грамматических конструкций и др.), письма, цифрового гнозиса и счёта, исследований внимания, памяти, интеллектуальных процессов и эмоциональной сферы. Для детского психиатра наиболее значимы исследования когнитивных функций, прежде всего для оценки степени интеллектуальной недостаточности.

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

VI.II .Общие подходы к лечению

Результаты лечения психической патологии при эпилепсии будут зависеть от правильной, адекватной антиэпилептической терапии. В первую очередь это касается психических расстройств связанных с эпилептическим процессом.

Стандарты лечения эпилепсии опираются на синдромологическую диагностику конкретной формы эпилепсии. В отличие от взрослых, в детском возрасте по Международной классификации эпилепсий и эпилептических синдромов выделяется около 40 различных форм заболевания, различающихся клинической симптоматикой, принципами терапии и прогнозом. Поэтому основополагающий принцип лечения эпилепсии у детей звучит так: *выбор антиэпилептического препарата (АЭП) зависит от формы эпилепсии и характера приступа.*

Следующим важным условием лечения является *монотерапия*. Купирование эпилептических приступов должно осуществляться преимущественно одним препаратом. Это помогает избежать побочных эффектов и тератогенного воздействия. Исключение составляют резистентные формы эпилепсии (например, синдром Леннокса-Гасто, симптоматические фокальные формы).

Лечение следует *начинать с малых доз*, постепенно увеличивая дозу до достижения терапевтической эффективности или появления признаков побочных эффектов. Стартовая дозировка обычно составляет 1/8-1/4 от предполагаемой средней терапевтической. Титрование препарата происходит раз в 5-7 дней. Необходимо использование АЭП в *адекватных возрастных дозировках*. В случае неэффективности АЭП он должен быть постепенно заменен другим, потенциально эффективным при данной форме эпилепсии.

Частота приема препарата определяется формой выпуска, способом введения и фармакокинетической характеристикой. В детском возрасте предпочтение отдается пролонгированным препаратам, которые назначаются 2 раза в сутки (депакин-хроно, финлепсин-ретард, топамакс, ламиктал, трилептал, кеппра).

У детей не рекомендуется назначать старые АЭП (барбитураты и гидантоины) ввиду низкой эффективности и тяжелых побочных действий. Особенно это касается пациентов с интеллектуальными проблемами, т.к. эти препараты оказывают негативное влияние на когнитивные функции.

К базовым препаратам в детской практике относятся вальпроаты, карбамазепин и топирамат. сукцинимиды, бензодиазепины, ламотриджин применяются в педиатрической практике преимущественно как добавочные препараты.

Сроки снижения и отмены АЭП строго индивидуальны и зависят от формы эпилепсии и особенностей течения заболевания. При идиопатических формах возможно снижение спустя 3 года с момента последнего приступа. При симптоматических - не ранее чем через 4-5 лет с момента отсутствия приступов.

Для профилактики побочных эффектов АЭП и улучшения метаболизма назначаются гепатопротекторы, ферменты (эссенциале, мезим-форте, фолиевая кислота, коэнзим Q 10, L-карнитин, аскорутин).

Основные антиэпилептические препараты

Международное непатентованное название препарата (МНН)	Характеристики применения
Вальпроаты	Начальная доза: 5-10 мг/кг/сут. Поддерживающая доза: 15-30 мг/кг/сут. Кратность приема: 1-3 раза в день (в зависимости от формы выпуска) Способ применения: пероральный (таблетки, таблетки пролонгированного действия, сироп), внутривенный, ректальный Титрование дозы: 5 мг/кг/сут. каждые 4-7 дней

Карбамазепин	Начальная доза: 5 мг/кг/сут. Поддерживающая доза: 15-30 мг/кг/сут. Кратность приема: 1-3 раза в день (в зависимости от формы выпуска) Способ применения: пероральный (таблетки, таблетки пролонгированного действия, суспензия), ректальный Титрование дозы: 5 мг/кг/сут. каждые 4-7 дней
Топирамат	Начальная доза: 0,5 – 1 мг/кг/сут. Поддерживающая доза: 3-6 мг/кг/сут. Кратность приема: 2 раза в день Способ применения: пероральный (таблетки) Титрование дозы: 0,5 – 1 мг/кг/сут. каждые 1-2 недели
Ламотриджин	Начальная доза: 0,5 мг/кг/сут. (0,2 мг/кг/сут. при комбинации с вальпроатом) Поддерживающая доза: 2-10 мг/кг/сут. (1-5 мг/кг/сут. при комбинации с вальпроатом) Кратность приема: 1-2 раза в день Способ применения: пероральный (таблетки) Титрование дозы: 0,6 мг/кг/сут. каждые 2 недели (0,3 мг/кг/сут. при комбинации с вальпроатом)
Леветирацетам	Начальная доза: 500 мг. 2 раза в сутки Поддерживающая доза: 1500 мг. 2 раза в сутки Кратность приема: 2 раза в сутки Способ применения: пероральный (таблетки) Титрование дозы: 500 мг. каждые 2-4 недели
Этосуксимид	Начальная доза: 5-10 мг/кг/сут. Поддерживающая доза: 20 мг/кг/сут. Кратность приема: 2 раза в сутки Способ применения: пероральный (капсулы) Титрование дозы: 5 мг/кг/сут. каждые 4-7 дней
Оскарбазепин	Начальная доза: 8-10 мг/кг/сут. Поддерживающая доза: 30 мг/кг/сут. Кратность приема: 2 раза в сутки Способ применения: пероральный (капсулы) Титрование дозы: 10 мг/кг/сут. каждые 7 дней
Клоназепам	Начальная доза: 0,01–0,03 мг/кг/сут. Поддерживающая доза: 0,1–0,2 мг/кг/сут. Кратность приема: 2-3 раза в день Способ применения: пероральный (таблетки), внутривенный (раствор для инъекций) Титрование дозы: 5 мг/кг/сут. один раз в неделю

Протоколы лечения различных форм эпилепсии подробно изложены в неврологических стандартах ведения больных эпилепсией.

Назначение психотропных препаратов при эпилепсии в детском возрасте для купирования психопатологической симптоматики должно базироваться на возрастных аспектах

детской психофармакотерапии и дифференцированном подходе в отношении генеза психической патологии.

Медикаментозная терапия психических расстройств при эпилепсии, обусловленных органическим поражением головного мозга (психоорганический синдром) опирается на принцип комплексного воздействия, включающий патогенетическую и симптоматическую терапию.

Патогенетическая терапия обращена на основные механизмы формирования органических психических расстройств (токсикоз, гипоксия, отек мозга, дисциркуляторные нарушения, атрофические и спаечные изменения тканей головного мозга) и включает дегидратацию, средства, влияющие на мозговой метаболизм (ноотропы, церебропротекторы), улучшающие мозговое кровообращение (сосудистые препараты).

Гопантеновая кислота – 0,25 – 0,5 г. в сутки. Курс лечения – до 6 мес. и более. Тактика лечения предусматривает наращивание дозы в течение 7 – 12 дней до терапевтической дозы. Отмена препарата постепенная в течение 7 – 8 дней.

Пирацетам – до 5 лет – 0,6 – 0,8 г/сут.; 5 – 16 лет – 1,2 – 1,8 г/сут. Лечение при пониженной успеваемости длительное, на период всего обучения.

Кортексин - детям с массой тела до 20 кг. – 0,5 мг/кг, с массой более 20 кг. – 10 мг. В течение 5-10 дней.

Глицин - повышает умственную работоспособность, уменьшает психоэмоциональное напряжение, кроме того ослабляет выраженность побочных эффектов психотропных и противосудорожных средств. Детям до 3-х лет – 0.5 табл. 2-3 раза в сутки; старше 3-х лет – по 1 табл. 2-3 раза в сутки. Курс лечения 7 – 14 дней, при необходимости до 30 дней. Через 30 дней курс можно повторить.

Фенибут – в возрасте 3 - 6 лет средние суточные дозы составляют 62,5мг., максимальные – 125,0мг., 7 – 14 лет – 100,0мг. – 300,0мг., 15 – 18 лет – 300,0мг. – 500,0мг. в сутки.

В случае присутствия церебральных симптомов с головными болями возможно курсовое применение сосудистых препаратов в возрастных дозах – **кавинтон, циннаризин**.

При признаках гипертензионно-гидроцефального синдрома показано назначение дегидротационной терапии (**диакарб, настои мочегонных трав**).

Симптоматическая терапия направлена на сглаживание или преодоление отдельных симптомов психоорганического синдрома. Выбор медикаментозного средства должен производиться с учетом ведущего психопатологического симптомокомплекса. Назначаются нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты в соответствии с возрастными

ограничениями и дозировками, в зависимости от соматического статуса, переносимости препарата, эффективности предыдущего лечения и динамики заболевания в целом.

- **тиоридазина** - в дозе: 4 -7 лет – 10 -20 мг/сут.; 8 – 14 лет – 20 – 30 мг/сут.; 15 – 18 лет – 30 -50 мг/сут. в 2 – 3 приема. Назначается в рамках острых шизофреноподобных состояний с психомоторным возбуждением, напряжением, страхами; при расстройствах поведения;
- **хлорпротиксена** – 3 – 6 лет – средняя доза 3,75 мг/сут, максимальная – 7,5 мг/сут., 7 – 14 лет – 7,5 – 45.0 мг/сут., 15 – 18 лет – 15.0 – 100.0 мг/сут. Психозы с депрессивным состоянием, страхом, напряжением;
- **галоперидол**. детям 3 – 12 лет (с массой тела 15 – 40 кг.) 0,025 – 0,05 мг/кг/сут. в 2 – 3 приема, с повышением дозы не чаще, чем каждые 5 – 7 дней, до суточной дозы 0,15мг/кг. Старше 14 лет средние суточные дозы составляют 1,5мг/сут., а максимальные – 9,0мг/сут. При эпилепсии преимущественно назначается для снятия психомоторного возбуждения и параноидной симптоматики;
- **левопромазин** – в возрасте 3 – 6 лет средние суточные дозы составляют 6,0мг/сут., максимальные – 25,0мг/сут; 7 – 14 лет – 12,5 – 75,0мг/сут.; 15 – 18 лет – 12.5 – 100,0мг/сут. При психомоторном возбуждении с ажитацией, тревогой, паникой, фобиями, стойкой бессонницей;
- **перипразин** - 3-6 лет – 1,0мг/сут. (средняя доза) – 3,0мг/сут. (максимальная доза), 7 -14 лет 2,0 – 20,0мг/сут., 15 – 18 лет – 5,0 – 40,0мг/сут. Особенно эффективен при психопатоподобных состояниях с преобладанием стенического аффекта и поведения, при аффективно-взрывчатых и дисфорических нарушениях. В рамках параноидных, тяжелых дисфорических состояний, для купирования враждебности, импульсивности, агрессивности;
- **хлорпромазин** в дозе 1мг/кг/сут., интервалы возрастных суточных доз по возрасту соответствуют следующим показателям: 3 – 6 лет – 6,0 (средние) – 25,0мг/сут. (максимальные), 7 – 14 лет – 12,5 – 100,0мг/сут., 15 - 18 лет – 25,0 – 200,0мг/сут. Все состояния с психомоторным возбуждением; Препарат назначается при параноидных, галлюцинаторных состояниях, психомоторном возбуждении (кататоническом, гебефреническом, маниакальном);
- **рисперидон**: с 15 лет доза составляет 0,25 – 0,5мг. 2 раза в сут., при необходимости доза может быть повышена на 0,5мг в день, не чаще чем через день, для большинства

пациентов оптимальная доза – 1 – 2 мг/сут. Эффективен при поведенческих расстройствах (агрессивность, деструктивное поведение) на фоне снижения когнитивной продуктивности; Психотические состояния с преобладанием продуктивной (бред, галлюцинации, агрессивность), негативной (притупленный аффект, эмоциональная и социальная отрешенность) и аффективной (депрессия) симптоматикой.

- **перфеназин** - с 12 лет средние суточные дозы составляют 4,0мг., максимальные – 20,0мг., с 15 – 18 лет – 8,0 – 30,0мг/сут. Воздействие на синдромы, протекающие с заторможенностью, вялостью, апатоабулическими состояниями;
- **трифлуоперазин** - детям 6 лет и старше по 1мг 1 – 2 раза в сутки. При аффективно-бредовых, галлюцинаторных состояниях, психомоторном возбуждении;
- **клозапин** - разовая доза для детей 6 – 8 лет – 5 – 10мг, суточная – 15 – 30мг., для детей 8 – 15 лет разовая доза составляет 10 – 20мг, суточная – 30 – 60мг., ее делят на 2 -3 приема, высшая суточная доза для детей – 100мг. Психозы с острым и хроническим течением с полиморфной психотической симптоматикой, психомоторным возбуждением, агрессивностью, расстройством сна;

При назначении нейролептических препаратов необходимо помнить о том, что многие из них могут снижать порог судорожной готовности и вызывать эпилептиформные изменения на ЭЭГ. Поэтому при подборе дозы нейролептиков у больных эпилепсией необходимо контролировать клинические и электроэнцефалографические показатели.

Терапию депрессивных нарушений следует проводить антидепрессантами, хотя имеются трудности в выборе препарата, связанные прежде всего с ограничением применения данных лекарственных средств в детском возрасте. Назначение трициклических антидепрессантов (**имипрамин, клонипрамин, амитриптилин**) не рекомендовано в связи с проконвульсивным эффектом. Предпочтение отдается ингибиторам обратного захвата серотонина – **феварин, сертралин, циталопрам, пароксетин**, назначаемые с подросткового возраста.

Для купирования острых тревожных состояний с параноидно–галлюцинаторной симптоматикой, психомоторным возбуждением показано применение **диазепама** в дозе 5 – 10мг. (7-13 лет) и 2,5 – 5мг. (1-6 лет) парентерально.

В комплексную терапию органических психических расстройств при эпилепсии входят и немедикаментозные мероприятия в виде психотерапии и социотерапевтических занятий (лечебная педагогика, лечебная физкультура, музыкальная ритмика, трудотерапия, социальная работа с семьей и ребенком). Достаточно часто лекарственные препараты могут быть

использованы и для того, чтобы повысить чувствительность больного ребенка к другим формам лечения – психотерапевтическим и социотерапевтическим. Эти методы должны быть взаимодополняющими в контексте реабилитационной стратегии и тактики.

Терапия может проводиться в условиях стационара, полустационара и диспансера. Показанием для *стационарной помощи* являются острые и подострые психотические состояния (эпилептические психозы), тяжелые формы декомпенсации психоорганического синдрома преимущественно с нарушением поведения и эмоционально-волевыми расстройствами (тяжелое психомоторное возбуждение, ауто- и гетероагрессивные формы поведения, суицидальные намерения или попытки, нарушения в сфере влечений), частые, полиморфные пароксизмальные расстройства, не купирующихся в условиях амбулаторной помощи, а также решения диагностических и социальных вопросов.

На лечение в условиях *дневного стационара (полустационара)* направляются дети с психическими нарушениями, обнаруживающие затяжной характер течения (тяжелая астения, неврозоподобные симптомы), с декомпенсацией эмоциональных (депрессивные и гипоманиакальные состояния с умеренно выраженными психомоторными нарушениями) и когнитивных расстройств (дефицитарные состояния).

Амбулаторное лечение предусматривает купирование декомпенсаций астенической, соматовегетативной симптоматики, проведение поддерживающей терапии и реабилитации.

Показаниями для амбулаторного лечения являются непсихотические формы психоорганического синдрома в виде церебрастенических, эмоционально-волевых и поведенческих расстройств, депрессивные состояния без выраженных психомоторных нарушений и суицидальных тенденций.

В амбулаторном наблюдении и лечении у детского психиатра нуждаются пациенты страдающие эпилепсией и имеющие различные проявления психоорганического синдрома (от церебрастенических расстройств до деменции), а также перенесшие острые психотические состояния в связи с эпилептическим процессом.

Различия, связанные с условиями лечения в стационаре и диспансере относительно и включают:

- 1) преимущественное использование интенсивных методов лечения в стационаре и более высоких доз;
- 2) преимущественное использование перорального приема психотропных средств (или ретардированных форм) в амбулаторных условиях;

Длительность лечения: Стационарного больного – от 1 до 2 месяцев. Сроки амбулаторного лечения определяется динамикой состояния и составляет от 6 месяцев до 5 и более лет, у отдельных категорий лиц на протяжении всей жизни.

При эпилептических психозах: стационарное – средний срок пребывания в стационаре 60 дней. При амбулаторном лечении больной получает поддерживающую терапию не менее 2 – 3 месяцев после выписки из стационара. В дальнейшем проводят курсы противорецидивного лечения.

Ожидаемые результаты лечения. В условиях стационара – купирование острой психопатологической симптоматики (бредовых и аффективных расстройств) и психомоторного возбуждения, упорядочивание поведения, достижение контроля над эпилептическими приступами и другими пароксизмальными состояниями, уменьшение дефицитарных нарушений, социальная адаптация больных, улучшение качества жизни больного и лиц, ухаживающих за ним.

В амбулаторных условиях – уменьшение когнитивных нарушений, купирование неглубоких или кратковременных психотических и аффективных расстройств, негрубых нарушений поведения, достижение стабилизации психического состояния с купированием неврозоподобной симптоматики, достижение контроля над эпилептическими приступами и другими пароксизмальными состояниями.

Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные наблюдения за больным, патопсихологического обследования, а также характер предъявляемых жалоб и самоотчетов больного и их соответствия сведениям, полученным со слов родителей, опекунов и родственников.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

7.1. Модель пациента - синдромальная

Синдром: психоорганический синдром с когнитивными расстройствами при эпилепсии (легкое когнитивное расстройство, деменция)

Код по МКБ-10: F06.72; F02.8x2;

Стадия: манифестация, развернутых клинических проявлений и исходные состояния

Фаза: декомпенсация

Осложнение: могут присутствовать церебрастенические симптомы и ситуационные колебания настроения

Клиническая ситуация: обследование и лечение больных с когнитивными расстройствами в рамках психоорганического синдрома вследствие эпилепсии (легкое когнитивное расстройство, деменция) в амбулаторно-поликлинических условиях

Условия оказания: амбулаторная помощь

Профиль подразделения, учреждения: амбулаторно-поликлинический (диспансер)

Функциональное назначение отделения, учреждения: лечебно-диагностическое

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Критерием включения в протокол является наличие у пациента, страдающего эпилепсией низких когнитивных способностей:

- **Легкое когнитивное расстройство** – снижение когнитивной продуктивности, включающее нарушение памяти, внимания, трудности в обучении и работоспособности и не достигающее до уровня деменции
- **Деменция** (приобретенное слабоумие) при эпилепсии является синдромом, обусловленным заболеванием мозга, как правило, прогрессирующего характера, при котором отмечаются нарушения всех высших корковых функций, включающих память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, язык и суждения. Снижение интеллекта и уровня ранее приобретенных знаний может происходить вплоть до утраты элементарных навыков, способностей к самообслуживанию (афазия, алексия, апраксия). Критерий постановки деменции в детском возрасте соответствует возрасту старше 3 лет.

В модель включаются пациенты, страдающие эпилепсией и:

- a) впервые обнаруживающие низкие когнитивные способности;
- b) выявляющие снижение когнитивной и социальной продуктивности в динамике;

7.1.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние больного, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3 Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Диагностика проводится в объеме, необходимом для осуществления лечебной деятельности

Код	Наименование	Среднее количество
В 01.035.01	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	1
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1

Код	Наименование	Среднее количество
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 01.30.003	Пальпация в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
	Изучение медицинских и иных документов	1
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии центральной нервной системы	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A02. 03. 001	Измерение окружности головы	1
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы 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 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A02. 03. 005	Измерение роста	1
A02. 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	не менее 1
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно резонансная томография головного мозга	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головного мозга	по показаниям
	Заполнение амбулаторной карты	1
D 12.02.04.	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03.	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом.	1

Код	Наименование	Среднее количество
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	не менее 1
D 22.02. 01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22. 05	Организация архивного хранения документов	1
D 03.05	Взаимодействие с органами законодательной и исполнительной власти, органами управления здравоохранением, другими медицинскими учреждениями	по показаниям

7.1.4. 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 когнитивных расстройств в рамках психоорганического синдрома вследствие эпилепсии. При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях амбулаторного звена, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.

В начале, до контакта с пациентом осуществляется **изучение медицинской документации, характеристик с места учебы и работы, а также получение сведений от родителей и лиц, знающих пациента в повседневной жизни**, что позволяет получить объективные сведения, содержащие данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями и эпилепсией; 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.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе психотравмирующих ситуаций, черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, предшествующих развитию психопатологической симптоматики.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить в клинической картине пациента расстройства сознания, восприятия, когнитивные нарушения, расстройства эмоциональной и волевой сфер, двигательные нарушения, пароксизмальные

состояния, распознать сопутствующие неврологические нарушения, определить связанные с приступами те или иные нарушения и (или) побочные эффекты лекарственной противосудорожной терапии.

При проведении указанных видов услуг у пациента, страдающего эпилепсией, выявляется психоорганический синдром с когнитивными нарушениями в виде деменции, либо легких когнитивных расстройств, без поведенческих нарушений и с нарушением поведения, а также другими различными сопутствующими психопатологическими расстройствами, которые рассматриваются в соответствующих протоколах ведения психически больных детей.

Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, пальпация при патологии центральной нервной системы 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 центральной нервной системы при когнитивных нарушениях у больных с эпилепсией и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса, различных эпилептических приступов, изменений ЭЭГ и МРТ к исследованию привлекается невролог (***консультация невролога***). При выявлении признаков текущего соматического заболевания - педиатр (***консультация педиатра***) и т.д.

Для подтверждения или исключения диагноза эпилепсии, уточнения органического поражения головного мозга необходимо проведение ***электрофизиологического исследования, КТ или МРТ головного мозга***. Инструментальные и лабораторные обследования проводятся по общей методике обследования пациентов, страдающих органическим психическим расстройством.

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, мышление, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

После установления психиатрического диагноза врач переходит к составлению тактики медикаментозного и психотерапевтического лечения, решению вопроса о привлечении членов семьи пациента к психотерапии.

После этого пациент, его родители или законный представитель информируется о планируемом лечении, ожидаемых результатах, предполагаемых сроках лечения, а также о возможных осложнениях терапии. Врач должен получить согласие пациента, его родителей или законного представителя на предлагаемые формы помощи.

7.1.5 Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза	2
A 13.30.001	Патопсихологическое обследование	1
A 13.30.008	Наблюдение за поведением	По показаниям
A 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	Согласно алгоритму
A 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы	Согласно алгоритму
A 13.30.002	Назначение трудотерапии	По показаниям
A 13.30.005.	Психотерапия	По показаниям
A 25.30.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях психической сферы	По показаниям
A 13.30.003	Психологическая адаптация	По показаниям
A 13.31.001	Обучение самоуходу	По показаниям
A 13.31.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным	1

При когнитивных нарушениях (легкое когнитивное расстройство, деменция) в рамках органического психического расстройства при эпилепсии лечение предпочтительно осуществлять в амбулаторных условиях. Проводится терапия, направленная на купирование эпилептических приступов, а также на психопатологическую симптоматику.

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь включает психотерапевтическое воздействие, включающее несколько направлений.

1. Предупреждение возникновения эмоциональных и поведенческих расстройств у пациентов, страдающих эпилепсией
2. Психотерапевтическая работа с родителями пациентов, страдающих эпилепсией
3. Психотерапевтическая работа с членами семьи больного

В зависимости от личностных и интеллектуальных особенностей ребенка, формы эпилепсии, ее течения наличия сопутствующих невротических и неврозоподобных синдромов, используются различные методы психотерапевтического воздействия.

Для предупреждения развития личностных нарушений важное значение имеет установление правильных взаимоотношений ребенка с окружающей средой (внутрисемейные отношения, отношения в детском коллективе). С этой целью используется индивидуальная или групповая психотерапия. Например, рациональная психотерапия, которую необходимо включить в комплексное лечение с самого начала заболевания; игровая терапия, в зависимости от возраста больного; аутогенная тренировка.

Особую работу необходимо проводить с родителями и людьми, ухаживающими за больным, привлекая их к сотрудничеству в целенаправленном устранении болезненных проявлений. Этот аспект лежит в основе семейной терапии, главным методом которой является психопедагогическая работа с родителями больных, в результате которой возникает групповое взаимодействие, направленное на изменение межличностных отношений в семье.

Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому немедикаментозному

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Индивидуальные беседы с больным и его родственниками (семейное консультирование)	Согласно алгоритму
Коррекция поведения индивидуальная	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Целью терапевтических мероприятий является максимально длительное сохранение привычного образа жизни больных, поддержание их социальной активности, коррекция продуктивной и негативной психопатологической симптоматики, нарушений поведения, и достижение контроля над эпилептическими приступами.

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антиэпилептические препараты	Согласно алгоритму
Психотропные препараты <ul style="list-style-type: none"> • нейролептики • антидепрессанты • седативные и анксиолитические средства (транквилизаторы) 	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие мозговой метаболизм и мозговое кровообращение	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Диуретики	Согласно алгоритму
Ферменты и гепатопротекторы	Согласно алгоритму

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи

Антиэпилептические препараты (АЭП) назначаются при верифицированном диагнозе эпилепсии (клинико-электро-анатомический диагноз), строго в соответствии с формой заболевания и характером приступов (неврологические стандарты). Предпочтение отдается монотерапии. Титрование АЭП начинается с малых доз, с постепенным увеличением (раз в 4-7 дней) до достижения терапевтической эффективности или появления первых симптомов побочных эффектов. Эффективность терапии оценивается по данным клиники (достижение контроля над приступами – урежение или купирование приступов) и при отдельных формах эпилепсии (эпилептические энцефалопатии) на основании результатов ЭЭГ - исследования. В случае неэффективности АЭП он должен быть постепенно заменен другим, потенциально эффективным при данной форме эпилепсии.

Протоколы лечения различных форм эпилепсии подробно изложены в неврологических стандартах ведения больных эпилепсией.

Лечение психопатологических расстройств следует проводить, не отменяя противоэпилептические препараты.

Ведущее место в лечении когнитивных расстройств отводится ноотропным препаратам и церебропротекторам, которые улучшают память, облегчают процесс обучения и предотвращают мнестические нарушения - *гопантевая кислота, пирацетам, кортексин, глицин, фенибут.*

В случае присутствия церебрастенических симптомов с головными болями возможно курсовое применение сосудистых препаратов в возрастных дозах – **кавинтон, циннаризин**.

При появлении колебаний настроения, с невыраженными нарушениями поведения возможно назначение **тиоридазина, хлорпротиксена** в возрастных жозировках.

Терапию депрессивных нарушений следует проводить антидепрессантами (**имипрамин, кломипрамин, амитриптилин, феварин, сертралин, циталопрам, пароксетин**), назначаемые в возрастных дозах.

При признаках гипертензионно-гидроцефального синдрома показано назначение дегидротационной терапии (**диакарб, настои мочегонных трав**).

Для профилактики побочных эффектов антиэпилептической терапии и улучшения метаболизма назначаются **эссенциале, мезим-форте, фолиевая кислота, коэнзим Q10, L-карнитин**.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации

Ребенок, страдающий эпилепсией и имеющий когнитивные расстройства, может посещать дошкольные и школьные специализированные образовательные учреждения в случаях, когда уровень интеллектуального развития соответствует пограничному (IQ 70-79) или легкой степени умственной отсталости (IQ 50-69). При коэффициенте умственного развития в диапазоне 49 и ниже пациент нуждается в социальных видах помощи и уходе.

Пациенты, страдающие эпилепсией с когнитивными нарушениями должны относиться к категории детей-инвалидов и иметь все виды необходимой для них социальной помощи.

Важным условием лечения пациента с эпилепсией является соблюдение правил режима сна и бодрствования. Следует избегать недосыпаний, позднего отхода ко сну и раннего, внезапного пробуждения.

Больным требуется ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки, избегать жару, духоту (в частности бани). Дети с эпилептическими приступами, медикаментозно контролируемые могут заниматься физкультурой и спортом, так как активная физическая деятельность положительно сказывается на течении эпилепсии. Занятия спортом благотворно влияют на самооценку и снижают уровень изолированности детей от общества. Следует уделять внимание умеренным физическим упражнениям, занятиям коллективным видам спорта. Противопоказаны альпинизм, катание на коньках, роликах, скейте, мотоцикле, плавание. Исключены парашютный спорт, дайвинг. Подросткам рекомендуется воздержаться от приема спиртных напитков.

Реабилитационные мероприятия должны включать разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больным. Необходим правильный выбор профессии и рода занятий, создание благоприятного климата в семье и коллективе.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами

Необходима организация ухода за больными, помощь в самообслуживании, стимуляция физической активности, стимуляция социальных взаимодействий.

Пациент нуждается в контроле поведения со стороны родственников или замещающих их лиц, а также индивидуальном подходе, уменьшающих возможность протестных реакций.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Следует ограничить избыточный прием соли и острых блюд. Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств

7.1.12. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола

Добровольное информированное согласие пациент или его родители или его законный представитель дают в случаях, определенных законодательством.

7.1.13. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, при отсутствии данного заболевания, пациент переходит в Протокол ведения больных с соответствующим/выявленным заболеванием/синдромом.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками данного заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого Протокола ведения больных, соответствующего лечению когнитивных расстройств у детей, больных эпилепсией;
- б) Протокола ведения больных с выявленным заболеванием/синдромом.

7.1.14. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи
Улучшение состояния	В 70-80% случаев	Улучшение когнитивных показателей, социальной адаптации,	30 - 60 дней	Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего

		урежение приступов		заболевания)
Стабилизация	В 50-60% случаев	Стабильное когнитивное функционирование, социальная адаптация, контроль над приступами (урежение приступов)	30 - 60 дней	Исключение из протокола
Прогрессирование	В 30-40% случаев	Нарастание когнитивного дефицита, появление эмоциональных и поведенческих расстройств, нарушение социальной адаптации, учащение приступов	На любом этапе	Переход в другую модель (госпитализация пациента)
Отсутствие эффекта	В 30-40% случаев	Резистентность психопатологической симптоматики, эпилептических приступов к проводимой терапии	На любом этапе	1.Продолжение лечения, повторный курс (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания) 2.Переход в другую модель (госпитализация пациента)
Развитие нового заболевания, связанного с основным	В 10-15% случаев	Появление выраженных поведенческих расстройств, психотической симптоматики	На любом этапе	Переход в другую модель
Летальный исход	0-1%	Эпи. статус, несчастный случай	На любом этапе	Исключение из протокола

7.1.15. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента – синдромальная

Синдром: психоорганический синдром с когнитивными расстройствами при эпилепсии (легкое когнитивное расстройство, деменция)

Код по МКБ-10: F06.72; F02.8x2;

Стадия: манифестация, развернутых клинических проявлений и исходные состояния.

Фаза: декомпенсация

Осложнение: могут присутствовать церебрастенические симптомы и ситуационные колебания настроения, эмоционально-волевые и поведенческие расстройства

Клиническая ситуация: обследование и лечение больных с когнитивными расстройствами в рамках психоорганического синдрома вследствие эпилепсии (легкое когнитивное расстройство, деменция) в стационарных условиях

Условие оказания: стационарная помощь

Профиль подразделения, учреждения: стационарный (стационар, дневной стационар)

Функциональное назначение отделения, учреждения: лечебно-диагностическое

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Критерием включения в протокол является наличие у пациента, страдающего эпилепсией низких когнитивных способностей:

- **Легкое когнитивное расстройство** – снижение когнитивной продуктивности, включающее нарушение памяти, внимания, трудности в обучении и работоспособности и не достигающее до уровня деменции
- **Деменция** (приобретенное слабоумие) при эпилепсии является синдромом, обусловленным заболеванием мозга, как правило, прогрессирующего характера, при котором отмечаются нарушения всех высших корковых функций, включающих память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, язык и суждения. Снижение интеллекта и уровня ранее приобретенных знаний может происходить вплоть до утраты элементарных навыков, способностей к самообслуживанию (афазия, алексия, апраксия). Критерий постановки деменции в детском возрасте соответствует возрасту старше 3 лет.

Диагностика и лечение в стационарных условиях проводится при обстоятельствах, препятствующих проведению полноценного диагностического обследования и лечения в амбулаторных условиях:

- отсутствие возможности проведения диагностических процедур дополнительного ассортимента в условиях амбулаторно-поликлинического звена
- неэффективность терапии, проводимой в амбулаторных условиях
- у пациентов с низкими интеллектуальными способностями, обнаруживающих эмоционально-волевые и поведенческие расстройства.

7.2.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние больного, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.3. Требования к диагностике стационарной.

Код	Наименование	Среднее количество
В 01.035.01	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	1
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
А 1.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
А 01.30.003	Пальпация в психиатрии	1
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
	Изучение медицинских и иных документов	1
А 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии центральной нервной системы	1
А 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
А 02. 03. 001	Измерение окружности головы	1
А 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
А 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
А 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
А 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
А 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
А 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
А 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
А 02. 03. 005	Измерение роста	1
А 02. 03. 002	Измерение массы тела	1
А 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
А 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
А 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
А 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	не менее 1
В 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
В 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика	по показаниям
А 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
А 05.23.002	Электроэнцефалография	по показаниям
А 05.23.003	Магнитно резонансная томография головного мозга	по показаниям
А 04.12.001	Компьютерная томография головного мозга	по показаниям
D 12.01.01	Взятие крови из пальца	1
А 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	1
А 09.05.026	Рентгеноскопия легких	по показаниям
А 09.19.003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
А 09.19.006	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
А 09.20.001	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
А 09.28.001	Исследование уровня общего билирубина в крови	1
А 09.28.003	Исследование уровня глюкозы в крови	1
А 09.28.011	Исследование уровня холестерина в крови	1
А 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
А 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
А 09.28.023	Исследование осадка мочи	1
А 11.05.001	Определение белка в моче	1
А 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	1

Код	Наименование	Среднее количество
A 12.05.005	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1
A 12.05.006	Определение осмолярности мочи	1
A 12.06.011	Определение объема мочи	по показаниям
A 12.06.016	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	по показаниям
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
D 12.01.01	Исследование оседания эритроцитов	по показаниям
D 12.03.03	Определение основных групп крови (A, B, 0)	по показаниям
D 12.04.01	Определение резус принадлежности	по показаниям
D 12.04.02	Реакция Вассермана (RW)	1
D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
Д 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
	Оформление и подготовка выписки из истории болезни к отправке	1
	Организация архивного хранения документов	1
D 03.05	Взаимодействие с органами законодательной и исполнительной власти, органами управления здравоохранением, другими медицинскими учреждениями	по показаниям
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	Не менее 1 раза
A 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	1

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских работ и услуг в стационарных условиях

При производстве диагностического обследования пациента в условиях **стационарного отделения** осуществляется полный комплекс исследований, необходимых для установления диагноза: психиатрическое, экспериментально-психологическое, дополнительные функциональные методы исследования (ЭЭГ-видео-мониторинг) и привлечение врачей-консультантов (невролога, педиатра и др.).

Кроме того, проводятся исследования, регламентированные условиями содержания пациентов в психиатрическом стационаре, выполняемые для выявления сопутствующей соматической патологии у психически больных, по ряду заболеваний находящихся в группах риска (туберкулез, ВИЧ, СПИД, гепатиты, кишечные инфекционные заболевания, венерические заболевания).

В стационарных условиях проводится диагностическое обследование пациентов, установление диагноза у которых представляет сложности и требует наблюдения в динамике, а также проведение полного комплекса исследований.

Наблюдение за пациентом осуществляет не только врачом-психиатром, но и средним медицинский персонал (свои наблюдения медицинские сестры фиксируют в Журнале наблюдений за пациентами).

Минимальный набор материалов, необходимых для проведения исследования, включает: медицинские документы, содержащие копии предыдущих обследований пациента; амбулаторные медицинские карты из поликлиники общего профиля и психоневрологического диспансера; справки, выписки из медицинских карт, медицинского заключения.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе психотравмирующих ситуаций, черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, предшествующих развитию психопатологической симптоматики.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить в клинической картине пациента расстройства сознания, восприятия, когнитивные нарушения, расстройства эмоциональной и волевой сфер, двигательные нарушения, пароксизмальные состояния, распознать сопутствующие неврологические нарушения, определить связанные с приступами те или иные нарушения и (или) побочные эффекты лекарственной противосудорожной терапии.

При проведении указанных видов услуг у пациента, страдающего эпилепсией, выявляется психоорганический синдром с когнитивными нарушениями в виде легких когнитивных расстройств, либо деменции, без поведенческих и эмоционально-волевых расстройств и с поведенческими и эмоционально-волевыми расстройствами, а также с другими сопутствующими психопатологическими расстройствами, которые рассматриваются в соответствующих протоколах ведения психически больных.

Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, пальпация при патологии центральной нервной системы 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 центральной нервной системы при когнитивных нарушениях у больных с эпилепсией и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса, различных эпилептических приступов, изменений ЭЭГ и МРТ к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). При выявлении признаков текущего соматического заболевания - педиатр (*консультация педиатра*) и т.д.

Для подтверждения или исключения диагноза эпилепсии, уточнения органического поражения головного мозга необходимо проведение *электрофизиологического исследования, КТ или МРТ головного мозга*. Инструментальные и лабораторные обследования проводятся по общей методике обследования пациентов, страдающих органическим психическим расстройством.

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, мышление, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

После установления психиатрического диагноза врач переходит к составлению тактики медикаментозного и психотерапевтического лечения, решению вопроса о привлечении членов семьи пациента к психотерапии.

После этого пациент, его родители или законный представитель информируется о планируемом лечении, ожидаемых результатах, предполагаемых сроках лечения, а также о возможных осложнениях терапии. Врач должен получить согласие пациента, его родителей или законного представителя на предлагаемые формы помощи.

7.2.5 Требования к стационарному лечению

Код ПМУ	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
А 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при патологии психической сферы	Согласно алгоритму

А 25.30.002	Назначение диетической терапии при патологии психической сферы	Согласно алгоритму
А 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при патологии психической сферы	Согласно алгоритму
А 25.30.001	Коррекция лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	По показаниям
А 13.30.002	Трудотерапия	По показаниям
А 13.30.004	Терапия средой	По показаниям
А 13.30.005	Психотерапия	По показаниям
А 13.31.003	Аутогенная тренировка	По показаниям
А 13.31.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным	По показаниям
А 13.31.001	Обучение самоуходу	По показаниям
А 13.30.003	Психологическая адаптация	По показаниям

7.2.6 Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с появлением или усилением поведенческих и эмоциональных расстройств:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, учебных заведениях;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- сомато-эндокринная перестройка организма (незакончившийся половой метаморфоз, фаза инволюции);
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

В зависимости от ведущей причины появления или усиления поведенческих и эмоциональных расстройств 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 стационара в качестве обязательного ассортимента должны проводиться индивидуальные беседы с больным и его

родственниками (семейное консультирование), направленные на повышение толерантности к больному, обучению формам общения, снижающих риск неадекватного аффективного реагирования, выявление и помощь в устранении (по возможности) аномальных психосоциальных ситуаций. Беседы проводятся как лечащим врачом, так и медицинским психологом.

Индивидуальная коррекция поведения пациента проводится врачом, медицинским психологом при участии медицинского персонала отделения. Психотерапевтические беседы, развлекательные и трудовые мероприятия отделения должны быть направлены на релаксацию пациента, отвлечение от психотравмирующих переживаний, поощрение адекватных форм поведения.

Из дополнительного ассортимента психотерапевтических методов лечения выбирается тот, который наиболее подходит пациенту с учетом его когнитивных способностей, особенностей личности, склонностей, наличия или отсутствия психотравмирующих переживаний (семейная психотерапия, сказкотерапия, поведенческая психотерапия).

Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные патопсихологического обследования и наблюдения за поведением больного, позволяющие выявить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования, а также характер предъявляемых жалоб и самоотчетов больного и их соответствия сведениям, полученным со слов родственников и заменяющих их лиц.

Требования к лечению стационарному немедикаментозному

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Индивидуальные беседы с больным и его родственниками (семейное консультирование)	Согласно алгоритму
Коррекция поведения индивидуальная	Согласно алгоритму
Трудотерапия в отделении	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям

7.2.7 Требования лекарственной помощи стационарной

Целью терапевтических мероприятий является максимально длительное сохранение привычного образа жизни больных, поддержание их социальной активности, коррекция продуктивной и негативной психопатологической симптоматики, нарушений поведения, и достижение контроля над эпилептическими приступами.

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антиэпилептические препараты	Согласно алгоритму
Психотропные препараты <ul style="list-style-type: none"> • нейролептики • антидепрессанты • седативные и анксиолитические средства (транквилизаторы) 	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие мозговой метаболизм и мозговое кровообращение	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Диуретики	Согласно алгоритму
Ферменты и гепатопротекторы	Согласно алгоритму

7.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи

Антиэпилептические препараты (АЭП) назначаются при верифицированном диагнозе эпилепсии (клинико-электро-анатомический диагноз), строго в соответствии с формой заболевания и характером приступов. Предпочтение отдается монотерапии. Титрование АЭП начинается с малых доз, с постепенным увеличением (раз в 4-7 дней) до достижения терапевтической эффективности или появления первых симптомов побочных эффектов. Эффективность терапии оценивается по данным клиники (достижение контроля над приступами – урежение или купирование приступов) и при отдельных формах эпилепсии (эпилептические энцефалопатии) на основании результатов ЭЭГ - исследования. В случае неэффективности АЭП он должен быть постепенно заменен другим, потенциально эффективным при данной форме эпилепсии.

Протоколы лечения различных форм эпилепсии подробно изложены в неврологических стандартах ведения больных эпилепсией.

Лечение психопатологических расстройств следует проводить, не отменяя противоэпилептические препараты.

Ведущее место в лечении когнитивных расстройств отводится ноотропным препаратам и церебропротекторам, которые улучшают память, облегчают процесс обучения и предотвращают амнестические нарушения - *гопантеновая кислота, пирацетам, кортексин, глицин, фенибут.*

В случае присутствия церебрастенических симптомов с головными болями возможно курсовое применение сосудистых препаратов в возрастных дозах – **кавинтон, циннаризин**.

При признаках гипертензионно-гидроцефального синдрома показано назначение дегидротационной терапии (**диакарб, настои мочегонных трав**).

Для профилактики побочных эффектов антиэпилептической терапии и улучшения метаболизма назначаются **эссенциале, мезим-форте, фолиевая кислота, коэнзим Q10, L-карнитин**.

При появлении колебаний настроения, с нарушениями поведения возможно назначение **тиоридазина, хлорпротиксена**.

При снижении интеллекта, протекающего с симптомами психомоторного возбуждения, расстройствами в сфере влечений, преимущественно используются следующие **нейролептики: галоперидол, левомепромазин, перициазино** (особенно эффективен при психопатоподобных состояниях с преобладанием стенического аффекта и поведения, при аффективно-взрывчатых и дисфорических нарушениях), **хлорпромазин** (все состояния с психомоторным возбуждением), **рисперидон**: (эффективен при поведенческих расстройствах (агрессивность, деструктивное поведение) на фоне снижения когнитивной продуктивности).

Терапию депрессивных нарушений следует проводить антидепрессантами (**имипрамин, кломипрамин, амитриптилин, феварин, сертралин, циталопрам, пароксетин**), назначаемые с подросткового возраста.

7.2.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации

Ребенок, страдающий эпилепсией и имеющий когнитивные расстройства, может посещать дошкольные и школьные специализированные образовательные учреждения в случаях, когда уровень интеллектуального развития соответствует пограничному (IQ 70-79) или легкой степени умственной отсталости (IQ 50-69). При коэффициенте умственного развития в диапазоне 49 и ниже пациент нуждается в социальных видах помощи и уходе.

Пациенты, страдающие эпилепсией с когнитивными нарушениями должны относиться к категории детей-инвалидов и иметь все виды необходимой для них социальной помощи.

Важным условием лечения пациента с эпилепсией является соблюдение правил режима сна и бодрствования. Следует избегать недосыпаний, позднего отхода ко сну и раннего, внезапного пробуждения.

Больным требуется ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки, избегать жару, духоту (в частности бани). Дети с эпилептическими приступами, медикаментозно контролируемые могут заниматься физкультурой и спортом, так как активная физическая

деятельность положительно сказывается на течении эпилепсии. Занятия спортом благотворно влияют на самооценку и снижают уровень изолированности детей от общества. Следует уделять внимание умеренным физическим упражнениям, занятиям коллективным видам спорта. Противопоказаны альпинизм, катание на коньках, роликах, скейте, мотоцикле, плавание. Исключены парашютный спорт, дайвинг. Подросткам рекомендуется воздержаться от приема спиртных напитков.

Реабилитационные мероприятия должны включать разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больным. Необходим правильный выбор профессии и рода занятий, создание благоприятного климата в семье и коллективе.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами

Необходима организация ухода за больными, помощь в самообслуживании, стимуляция физической активности, стимуляция социальных взаимодействий.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Следует ограничить избыточный прием соли и острых блюд. Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

7.2.12. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола

Добровольное информированное согласие пациент или его родители или его законный представитель дают в случаях, определенных законодательством.

7.2.13. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, при отсутствии данного заболевания, пациент переходит в Протокол ведения больных с соответствующим/выявленным заболеванием/синдромом.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками данного заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого Протокола ведения больных, соответствующего лечению когнитивных расстройств у детей, больных эпилепсией;
- б) Протокола ведения больных с выявленным заболеванием/синдромом.

7.2.14. Возможные исходы и их характеристика

Наименование	Частота	Критерии и признаки	Ориентиро	Преимственность и
--------------	---------	---------------------	-----------	-------------------

исхода	Развити я		вочное время достижения	этапность в оказании медицинской помощи
Улучшение состояния	В 50-60% случаев	Улучшение когнитивных показателей, социальной адаптации, урежение приступов	30 – 60 дней	Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания)
Стабилизация	В 40-50% случаев	Стабильное когнитивное функционирование, социальная адаптация, контроль над приступами (урежение приступов)	30 - -60 дней	1. Исключение пациента из протокола
Прогрессирование	В 30-40% случаев	Нарастание когнитивного дефицита, появление эмоциональных и поведенческих расстройств, нарушение социальной адаптации, учащение приступов	На любом этапе	1.Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания), повторный курс; курс с изменением терапии; 2.Переход в другую модель
Отсутствие эффекта	В 30-40% случаев	Резистентность психопатологической симптоматики, эпилептических приступов к проводимой терапии	На любом этапе	1.Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания), повторный курс; курс с изменением терапии; 2.Переход в другую модель
Развитие нового заболевания, связанного с основным	В 10-15% случаев	Появление выраженных поведенческих расстройств, психотической симптоматики	На любом этапе	Переход в другую модель
Летальный исход	0-1%	Эпилептический статус, несчастный случай		Исключение из протокола

7.2.15. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.3. Модель пациента - синдромальная

Синдром: обследование и лечение больных с эмоциональными и поведенческими расстройствами в связи с эпилепсией

Код по МКБ-10: F07.X2; F07.02; F90-92

Стадия: манифестация, развернутых клинических проявлений и исходные состояния

Фаза: декомпенсация

Осложнение: могут присутствовать церебрастенические симптомы

Клиническая ситуация: обследование и лечение детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами в связи с эпилепсией (гиперкинетические расстройства, расстройства поведения, смешанные расстройства поведения и эмоций, органическое расстройство личности вследствие эпилепсии) в амбулаторно-поликлинических условиях

Условие оказания: амбулаторная помощь

Профиль подразделения, учреждения: амбулаторно-поликлинический (диспансер)

Функциональное назначение отделения, учреждения: лечебно-диагностическое

7.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Критерием включения в протокол является наличие у пациента, страдающего эпилепсией эмоциональных и поведенческих расстройств.

Эмоционально-волевые и поведенческие расстройства в рамках психоорганического синдрома у детей, больных эпилепсией, должны рассматриваться в возрастном аспекте. Данные нарушения обусловлены незрелостью, несформированностью личности и проявляются полиморфизмом симптомов, сочетанием поведенческих реакций с расстройствами невротического уровня. Динамика эмоционально-волевых и поведенческих расстройств свидетельствует о патологической трансформации личности. В этой связи в детском возрасте эта группа расстройств включает рубрики F07 – расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (в нашем случае - эпилепсии) и F90-92 – эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. Сюда входят:

1) *гиперкинетические расстройства (F90)* с основными диагностическими критериями:

- а) нарушенное внимание
- б) гиперактивность
- с) импульсивность

2) *расстройства поведения (F91)*

- стойкое диссоциальное, агрессивное или вызывающее поведение, проявляющееся в:

- а) чрезмерной драчливости или хулиганстве
- б) жестокости к другим людям или животным
- с) умышленном и значительном повреждении собственности
- д) поджогах

- e) воровстве, лжи
- f) прогулах школы и уходах из дома
- g) необычно частых и тяжелых вспышках гнева
- h) вызывающем, провокационном поведении
- i) откровенном непослушании

3) смешанные расстройства поведения и эмоций (F92)

- сочетание стойкого агрессивного диссоциального или вызывающего поведения с явными и заметными симптомами депрессии, тревоги или другими эмоциональными нарушениями.

И только к завершению пубертатного периода при квалификации данных нарушений возможно использование рубрики F07.02 – органическое расстройство личности вследствие эпилепсии. При этом должны выполняться общие критерии расстройства личности и поведения. Для установления достоверного диагноза требуется два и более из перечисленных ниже признаков.

1. Значительное *снижение* способности справляться с *целенаправленной деятельностью*, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху;
2. *Измененное эмоциональное поведение*, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии. В некоторых случаях наиболее яркой чертой может быть апатия;
3. *Расстройства влечений*. Выражения потребностей и влечений могут возникать без учета последствий или социальных условий (пациент может совершать антисоциальные акты, как например, воровство, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правил личной гигиены);
4. *Когнитивные нарушения* в форме подозрительности или параноидных мыслей или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактной темой (например, религией, идеи реформаторства др.);
5. *Расстройства мышления*. Выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, вязкость и гиперграфия;

При выраженных локальных изменениях (синдром лобной доли и др.) в клинической картине могут выступать признаки дефицита функций соответственно топике органического

поражения мозга: гиподинамия, апато-абулические расстройства, нарушение поведения, речевые расстройства, нарушения функций письма, чтения и др.

7.3.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние больного, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.3.3 Требования к проведению диагностического исследования амбулаторно-поликлиническому

Диагностика проводится в объеме, необходимом для осуществления лечебной деятельности

Код	Наименование	Среднее количество
В 01.035.01	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	1
A01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A 1.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A01.30.003	Пальпация в психиатрии	1
A13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
	Изучение медицинских и иных документов	1
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии центральной нервной системы	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A02. 03. 001	Измерение окружности головы	1
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A01.31.010	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
A02. 03. 005	Измерение роста	1
A02. 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	не менее 1
В 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
В 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
A 05.23.002	Электронцефалография	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно резонансная томография головного мозга	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головного мозга	по показаниям

Код	Наименование	Среднее количество
	Заполнение амбулаторной карты	1
D 12.02.04.	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03.	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом.	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	не менее 1
D22.02. 01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22. 05	Организация архивного хранения документов	1
D 03.05	Взаимодействие с органами законодательной и исполнительной власти, органами управления здравоохранением, другими медицинскими учреждениями	по показаниям

7.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях

Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в неосложненных случаях могут быть достаточными для диагностики эмоциональных и поведенческих нарушений в рамках органических психических расстройств при эпилепсии. При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях амбулаторного звена, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.

В начале, до контакта с пациентом осуществляется **изучение медицинской документации, характеристик с места учебы и работы, а также получение сведений от родителей и лиц, знающих пациента в повседневной жизни**, что позволяет получить объективные сведения, содержащие данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями и эпилепсией; данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, патогенных биологических воздействий внутриутробного и перинатального периодов, особенностях психомоторного развития, формирования речи, школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях постнатального периода.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе психотравмирующих ситуаций, черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, предшествующих развитию психопатологической симптоматики.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить в клинической картине пациента расстройства сознания, восприятия, когнитивные нарушения, расстройства эмоциональной и волевой сфер, двигательные нарушения, пароксизмальные состояния, распознать сопутствующие неврологические нарушения, определить связанные с приступами те или иные нарушения и (или) побочные эффекты лекарственной противосудорожной терапии.

При проведении указанных видов услуг у пациента страдающего эпилепсией выявляется психоорганический синдром с эмоциональными и поведенческими нарушениями.

Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, пальпация при патологии центральной нервной системы 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 центральной нервной системы при эмоциональных и поведенческих нарушениях у больных с эпилепсией и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса, различных эпилептических приступов, изменений ЭЭГ и МРТ к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). При выявлении признаков текущего соматического заболевания - педиатр (*консультация педиатра*) и т.д.

Для подтверждения или исключения диагноза эпилепсии, уточнения органического поражения головного мозга необходимо проведение *электрофизиологического исследования, КТ или МРТ головного мозга*. Инструментальные и лабораторные обследования проводятся по общей методике обследования пациентов, страдающих органическим психическим расстройством.

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, мышление, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

После установления психиатрического диагноза врач переходит к составлению тактики медикаментозного и психотерапевтического лечения, решению вопроса о привлечении членов семьи пациента к психотерапии.

После этого пациент, его родители или законный представитель информируется о планируемом лечении, ожидаемых результатах, предполагаемых сроках лечения, а также о возможных осложнениях терапии. Врач должен получить согласие пациента, его родителей или законного представителя на предлагаемые формы помощи.

7.3.5 Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза	2
А 13.30.001	Патопсихологическое обследование	1
А 13.30.008	Наблюдение за поведением	по показаниям
А 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	согласно алгоритму
А 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы	согласно алгоритму
А 13.30.002	Назначение трудотерапии	по показаниям
А 13.30.005.	Психотерапия	по показаниям
А 25.30.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях психической сферы	по показаниям
А 13.30.003	Психологическая адаптация	по показаниям
А 13.31.001	Обучение самоуходу	по показаниям
А 13.31.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным	1

7.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с усилением поведенческих и эмоциональных расстройств:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;

- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, учебных заведениях (школа, училище, ВУЗ);
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- сомато-эндокринная перестройка организма (незакончившийся половой метаморфоз, фаза инволюции);
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

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

Используются различные методы психотерапевтического воздействия, включающие рациональную психотерапию, которую необходимо включить в комплексное лечение с самого начала заболевания. Следует учитывать общее успокаивающее влияние психотерапии, снижающей общую возбудимость, нормализующей сон, снижающей или уменьшающей напряженность аффекта. Факторы, оказывающие психотравмирующее действие и вызывающие бурную реакцию у больных, после психотерапии утрачивают свое патогенное влияние. Особую работу необходимо проводить с родителями и людьми, ухаживающими за больным, привлекая их к сотрудничеству в целенаправленном устранении болезненных проявлений. Этот аспект лежит в основе семейной терапии, главным методом которой является психопедагогическая работа с родителями больных, в результате которой возникает групповое взаимодействие, направленное на изменение межличностных отношений в семье. В условиях амбулаторно-поликлинической помощи наиболее доступны индивидуальные беседы, направленные на повышение толерантности к больному, обучению формам общения, снижающих риск неадекватного аффективного реагирования, выявление и помощь в устранении (по возможности) аномальных психосоциальных ситуаций.

Если в ПНД налажена психотерапевтическая работа с больными, пациенты могут приобщаться к групповым формам психотерапии. Целью групповой психотерапии является снижение коммуникативной напряженности больного, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков решения жизненных проблем. Следует стимулировать социальную активность больных путем развития различных форм проведения досуга.

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

Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому немедикаментозному

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Индивидуальные беседы с больным и его родственниками (семейное консультирование)	Согласно алгоритму
Коррекция поведения индивидуальная	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям

7.3.7. Требования лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Целью терапевтических мероприятий является максимально длительное сохранение привычного образа жизни больных, поддержание их социальной активности, коррекция продуктивной психопатологической симптоматики, нарушений поведения.

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антиэпилептические препараты	Согласно алгоритму
Психотропные препараты <ul style="list-style-type: none"> • нейрорепаранты, • антидепрессанты, • седативные и анксиолитические средства (транквилизаторы) 	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие мозговой метаболизм и мозговое кровообращение	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Диуретики	Согласно алгоритму
Ферменты и гепатопротекторы	Согласно алгоритму

7.3.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи

Антиэпилептические препараты (АЭП) назначаются при верифицированном диагнозе эпилепсии (клинико-электро-анатомический диагноз), строго в соответствии с формой

заболевания и характером приступов. Предпочтение отдается монотерапии. Титрование АЭП начинается с малых доз, с постепенным увеличением (раз в 4-7 дней) до достижения терапевтической эффективности или появления первых симптомов побочных эффектов. Эффективность терапии оценивается по данным клиники (достижение контроля над приступами – урежение или купирование приступов) и при отдельных формах эпилепсии (эпилептические энцефалопатии) на основании результатов ЭЭГ - исследования. В случае неэффективности АЭП он должен быть постепенно заменен другим, потенциально эффективным при данной форме эпилепсии.

Протоколы лечения различных форм эпилепсии подробно изложены в неврологических стандартах ведения больных эпилепсией.

Лечение психопатологических расстройств следует проводить, не отменяя противосеизмические препараты.

При появлении колебаний настроения, с нарушениями поведения возможно назначение *тиоридазина, хлорпромазина*.

При снижении интеллекта, протекающего с симптомами психомоторного возбуждения, расстройствами в сфере влечений, преимущественно используются следующие *нейролептики: галоперидол, левомепромазин, перициазин* (особенно эффективен при психопатоподобных состояниях с преобладанием стенического аффекта и поведения, при аффективно-взрывчатых и дисфорических нарушениях), *хлорпромазин* (состояния с психомоторным возбуждением), *рисперидон* (эффективен при поведенческих расстройствах (агрессивность, деструктивное поведение) на фоне снижения когнитивной продуктивности).

Терапию депрессивных нарушений следует проводить антидепрессантами, (имипрамин, кломипрамин, амитриптилин, феварин, сертралин, циталопрам, пароксетин).

При признаках гипертензионно-гидроцефального синдрома показано назначение дегидратационной терапии (диакарб, настои мочегонных трав).

Для профилактики побочных эффектов антиэпилептической терапии и улучшения метаболизма назначаются эссенциале, мезим-форте, фолиевая кислота, коэнзим Q10, L-карнитин.

7.3.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации

Важным условием лечения пациента с эпилепсией является соблюдение правил режима сна и бодрствования. Следует избегать недосыпаний, позднего отхода ко сну и раннего, внезапного пробуждения.

Больным требуется ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки, избегать жару, духоту (в частности бани). Дети с эпилептическими приступами, медикаментозно контролируемые могут заниматься физкультурой и спортом, так как активная физическая деятельность положительно сказывается на течении эпилепсии. Занятия спортом благотворно влияют на самооценку и снижают уровень изолированности детей от общества. Следует уделять внимание умеренным физическим упражнениям, занятиям коллективным видам спорта. Противопоказаны альпинизм, катание на коньках, роликах, скейте, мотоцикле, плавание. Исключены парашютный спорт, дайвинг. Подросткам рекомендуется воздержаться от приема спиртных напитков.

Реабилитационные мероприятия должны включать разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больным. Необходим правильный выбор профессии и рода занятий, создание благоприятного климата в семье и коллективе.

Показано ограничение перенапряжений и стрессовых ситуаций, удлинение часов отдыха, контроль со стороны родственников за приемом лекарственных средств.

7.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами

Необходима организация ухода за больными, помощь в самообслуживании, стимуляция физической активности, стимуляция социальных взаимодействий.

Пациент нуждается в контроле поведения со стороны родственников или замещающих их лиц, а также индивидуальном подходе, уменьшающих возможность протестных реакций.

7.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Следует ограничить избыточный прием соли и острых блюд. Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

7.3.12. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола

Добровольное информированное согласие пациент или его родители или его законный представитель дают в случаях, определенных законодательством.

7.3.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Родители пациентов, их родственники, а также опекуны должны быть подробно проинструктированы в отношении режима и способах приема лекарств, а также проинформированы о возможных побочных эффектах терапии.

7.3.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, при отсутствии данного заболевания, пациент переходит в Протокол ведения больных с соответствующим/выявленным заболеванием/синдромом.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками данного заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого Протокола ведения больных, соответствующего лечению когнитивных расстройства у детей, больных эпилепсией;
- б) Протокола ведения больных с выявленным заболеванием/синдромом.

7.3.15. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи
Улучшение состояния (частичная социальная адаптация)	50-40% случаев	Уменьшение выраженности эмоциональных и поведенческих расстройств	30 - 60 дней	Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания)
Стабилизация (социальная адаптация)	60-70% случаев	Стабильная социальная адаптация, отсутствие симптомов эмоциональных и поведенческих расстройств	Не ограничено	Исключение из протокола
Прогрессирование	10-15% случаев	Усугубление патологических свойств личности, нарушение социальной адаптации, нарастание когнитивного дефицита, учащение приступов	На любом этапе. Не ограничено	1.Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания), повторный курс; курс с изменением терапии; 2.Переход в другую модель (госпитализация пациента)
Отсутствие эффекта	5-10% случаев	Резистентность психопатологической симптоматики, эпилептических приступов к проводимой терапии	На любом этапе	1.Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания), повторный курс; курс с изменением терапии; 2.Переход в другую модель (госпитализация пациента)

Развитие нового заболевания, связанного с основным	10-15% случаев	Присоединение нового заболевания, чье появление этиологически и патогенетически связано с исходным заболеванием. Появление выраженных когнитивных расстройств, психотической симптоматики	На любом этапе	1.Переход в другую модель (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания)
Летальный исход	0-1%	Эпилептический статус, несчастный случай	На любом этапе	Исключение из протокола

7.3.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.4. Модель пациента – синдромальная

Синдром: обследование и лечение больных с эмоциональными и поведенческими расстройствами в связи с эпилепсией

Код по МКБ-10: F07.X2; F07.02; F90-92

Стадия: манифестация, развернутых клинических проявлений и исходные состояния

Фаза: декомпенсация

Осложнение: могут присутствовать церебрастенические симптомы

Клиническая ситуация: обследование и лечение детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами в связи с эпилепсией (гиперкинетические расстройства, расстройства поведения, смешанные расстройства поведения и эмоций, органическое расстройство личности вследствие эпилепсии) в стационарных условиях

Условие оказания: стационарная помощь

Профиль подразделения, учреждения: стационарный (стационар, дневной стационар)

Функциональное назначение отделения, учреждения: лечебно-диагностическое

7.4.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Критерием включения в протокол является наличие у пациента, страдающего эпилепсией эмоциональных и поведенческих расстройств.

Эмоционально-волевые и поведенческие расстройства в рамках психоорганического синдрома у детей, больных эпилепсией, должны рассматриваться в возрастном аспекте. Данные нарушения обусловлены незрелостью, несформированностью личности и проявляются полиморфизмом симптомов, сочетанием поведенческих реакций с расстройствами невротического уровня. Динамика эмоционально-волевых и поведенческих расстройств свидетельствует о патологической трансформации личности. В этой связи в детском возрасте эта группа расстройств включает рубрики F07 – расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (в нашем случае - эпилепсии) и F90-92 – эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. Сюда входят:

1) *гиперкинетические расстройства (F90)* с основными диагностическими критериями:

- d) нарушенное внимание
- e) гиперактивность
- f) импульсивность

2) *расстройства поведения (F91)*

- стойкое диссоциальное, агрессивное или вызывающее поведение, проявляющееся в:

- j) чрезмерной драчливости или хулиганстве
- k) жестокости к другим людям или животным
- l) умышленном и значительном повреждении собственности
- m) поджогах
- n) воровстве, лжи
- o) прогулах школы и уходах из дома
- p) необычно частых и тяжелых вспышках гнева
- q) вызывающем, провокационном поведении
- r) откровенном непослушании

3) *смешанные расстройства поведения и эмоций (F92)*

- сочетание стойкого агрессивного диссоциального или вызывающего поведения с явными и заметными симптомами депрессии, тревоги или другими эмоциональными нарушениями.

И только к завершению пубертатного периода при квалификации данных нарушений возможно использование рубрики F07.02 – органическое расстройство личности вследствие эпилепсии. При этом должны выполняться общие критерии расстройства личности и

поведения. Для установления достоверного диагноза требуется два и более из перечисленных ниже признаков.

6. Значительное *снижение* способности справляться с *целенаправленной деятельностью*, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху;
7. *Измененное эмоциональное поведение*, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии. В некоторых случаях наиболее яркой чертой может быть апатия;
8. *Расстройства влечений*. Выражения потребностей и влечений могут возникать без учета последствий или социальных условий (пациент может совершать антисоциальные акты, как например, воровство, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правил личной гигиены);
9. *Когнитивные нарушения* в форме подозрительности или параноидных мыслей или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактной темой (например, религией, идеи реформаторства др.);
10. *Расстройства мышления*. Выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, вязкость и гиперграфия;

При выраженных локальных изменениях (синдром лобной доли и др.) в клинической картине могут выступать признаки дефицита функций соответственно топике органического поражения мозга: гиподинамия, апато-абулические расстройства, нарушение поведения, речевые расстройства, нарушения функций письма, чтения и др.

Наличие расстройств поведения, преобладающими характеристиками которого являются часто возникающие вспышки агрессивного или угрожающего поведения, а также поведения, обусловленного невозможностью контролировать влечения и удовлетворения потребностей, представляющие отчетливую опасность для окружающих и самого пациента.

7.4.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние больного, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.4.3. Требования к диагностике стационарной.

Код	Наименование	Среднее количество
В 01.035.01	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	1
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
А 1.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
А 01.30.003	Пальпация в психиатрии	1
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
	Изучение медицинских и иных документов	1
А 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии центральной нервной системы	1
А 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
А 02. 03. 001	Измерение окружности головы	1
А 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
А 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
А 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
А 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
А 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
А 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
А 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
А 02. 03. 005	Измерение роста	1
А 02. 03. 002	Измерение массы тела	1
А 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
А 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
А 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
А 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	не менее 1
В 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
В 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика	по показаниям
А 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
А 05.23.002	Электроэнцефалография	по показаниям
А 05.23.003	Магнитно резонансная томография головного мозга	по показаниям
А 04.12.001	Компьютерная томография головного мозга	по показаниям
D 12.01.01	Взятие крови из пальца	1
А 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	1
А 09.05.026	Рентгеноскопия легких	по показаниям
А 09.19.003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
А 09.19.006	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
А 09.20.001	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
А 09.28.001	Исследование уровня общего билирубина в крови	1
А 09.28.003	Исследование уровня глюкозы в крови	1
А 09.28.011	Исследование уровня холестерина в крови	1
А 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
А 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
А 09.28.023	Исследование осадка мочи	1
А 11.05.001	Определение белка в моче	1
А 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	1

Код	Наименование	Среднее количество
A 12.05.005	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1
A 12.05.006	Определение осмолярности мочи	1
A 12.06.011	Определение объема мочи	по показаниям
A 12.06.016	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	по показаниям
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
D 12.01.01	Исследование оседания эритроцитов	по показаниям
D 12.03.03	Определение основных групп крови (A, B, 0)	по показаниям
D 12.04.01	Определение резус принадлежности	по показаниям
D 12.04.02	Реакция Вассермана (RW)	1
D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
D 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
	Оформление и подготовка выписки из истории болезни к отправке	1
	Организация архивного хранения документов	1
D 03.05	Взаимодействие с органами законодательной и исполнительной власти, органами управления здравоохранением, другими медицинскими учреждениями	по показаниям
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	Не менее 1 раза

7.4.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских работ и услуг в стационарных условиях

При производстве диагностического обследования пациента в условиях **стационарного отделения** осуществляется полный комплекс исследований, необходимых для установления диагноза: психиатрическое, экспериментально-психологическое, дополнительные функциональные методы исследования (ЭЭГ-видео-мониторинг) и привлечение врачей-консультантов (невролога, педиатра и др.).

Кроме того, проводятся исследования, регламентированные условиями содержания пациентов в психиатрическом стационаре, выполняемые для выявления сопутствующей соматической патологии у психически больных, по ряду заболеваний находящихся в группах риска (туберкулез, ВИЧ, СПИД, гепатиты, кишечные инфекционные заболевания, венерические заболевания).

В стационарных условиях проводится диагностическое обследование пациентов, установление диагноза у которых представляет сложности и требует наблюдения в динамике, а также проведение полного комплекса исследований.

Наблюдение за пациентом осуществляет не только врачом-психиатром, но и средним медицинским персоналом (свои наблюдения медицинские сестры фиксируют в Журнале наблюдений за пациентами).

Минимальный набор материалов, необходимых для проведения исследования, включает: медицинские документы, содержащие копии предыдущих обследований пациента; амбулаторные медицинские карты из поликлиники общего профиля и психоневрологического диспансера; справки, выписки из медицинских карт, медицинского заключения.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе психотравмирующих ситуаций, черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, предшествующих развитию психопатологической симптоматики.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить в клинической картине пациента расстройства сознания, восприятия, когнитивные нарушения, расстройства эмоциональной и волевой сфер, двигательные нарушения, пароксизмальные состояния, распознать сопутствующие неврологические нарушения, определить связанные с приступами те или иные нарушения и (или) побочные эффекты лекарственной противосудорожной терапии.

При проведении указанных видов услуг у пациента, страдающего эпилепсией, выявляется психоорганический синдром с эмоциональными и поведенческими расстройствами.

Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, пальпация при патологии центральной нервной системы 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 центральной нервной системы при эмоциональных и поведенческих нарушениях у больных с эпилепсией и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса, различных эпилептических приступов, изменений ЭЭГ и МРТ к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). При выявлении признаков текущего соматического заболевания - педиатр (*консультация педиатра*) и т.д.

Для подтверждения или исключения диагноза эпилепсии, уточнения органического поражения головного мозга необходимо проведение *электрофизиологического исследования, КТ или МРТ головного мозга*. Инструментальные и лабораторные обследования проводятся по общей методике обследования пациентов, страдающих органическим психическим расстройством.

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, мышление, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

После установления психиатрического диагноза врач переходит к составлению тактики медикаментозного и психотерапевтического лечения, решению вопроса о привлечении членов семьи пациента к психотерапии.

После этого пациент, его родители или законный представитель информируется о планируемом лечении, ожидаемых результатах, предполагаемых сроках лечения, а также о возможных осложнениях терапии. Врач должен получить согласие пациента, его родителей или законного представителя на предлагаемые формы помощи.

7.4.5 Требования к стационарному лечению

Код ПМУ	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
А 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при патологии психической сферы	Согласно алгоритму
А 25.30.002	Назначение диетической терапии при патологии психической сферы	Согласно алгоритму
А 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при патологии психической сферы	Согласно алгоритму

А 25.30.001	Коррекция лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	По показаниям
А 13.30.002	Трудотерапия	По показаниям
А 13.30.004	Терапия средой	По показаниям
А 13.30.005	Психотерапия	По показаниям
А 13.31.003	Аутогенная тренировка	По показаниям
А 13.31.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным	По показаниям
А 13.31.001	Обучение самоуходу	По показаниям
А 13.30.003	Психологическая адаптация	По показаниям

7.4.6 Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с усилением поведенческих и эмоциональных расстройств:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, на работе у лиц с легкой умственной отсталостью;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- сомато-эндокринная перестройка организма (незакончившийся половой метаморфоз, фаза инволюции);
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

В зависимости от ведущей причины усиления поведенческих и эмоциональных расстройств 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 стационара в качестве обязательного ассортимента должны проводиться индивидуальные беседы с больным и его родственниками (семейное консультирование), направленные на повышение толерантности к больному, обучению формам общения, снижающих риск неадекватного аффективного реагирования, выявление и помощь в устранении (по возможности) аномальных психосоциальных ситуаций. Беседы проводятся как лечащим врачом, так и медицинским психологом.

Используются различные методы психотерапевтического воздействия, включающие рациональную психотерапию, которую необходимо включить в комплексное лечение с самого начала заболевания. Следует учитывать общее успокаивающее влияние психотерапии, снижающей общую возбудимость, нормализующей сон, снижающей или уменьшающей напряженность аффекта. Факторы, оказывающие психотравмирующее действие и вызывающие бурную реакцию у больных, после психотерапии утрачивают свое патогенное влияние. Особую работу необходимо проводить с родителями и людьми, ухаживающими за больным, привлекая их к сотрудничеству в целенаправленном устранении болезненных проявлений. Этот аспект лежит в основе семейной терапии, главным методом которой является психопедагогическая работа с родителями и родственниками больного, в результате которой возникает групповое взаимодействие, направленное на изменение межличностных отношений в семье. Следует стимулировать социальную активность больных путем развития различных форм проведения досуга.

Индивидуальная коррекция поведения пациента проводится врачом, медицинским психологом при участии медицинского персонала отделения. Психотерапевтические беседы, развлекательные и трудовые мероприятия отделения должны быть направлены на релаксацию пациента, отвлечение от психотравмирующих переживаний, поощрение адекватных форм поведения.

Из дополнительного ассортимента психотерапевтических методов лечения выбирается тот, который наиболее подходит пациенту с учетом его когнитивных способностей, особенностей личности, склонностей, наличия или отсутствия психотравмирующих переживаний (семейная психотерапия, поведенческая психотерапия).

Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные патопсихологического обследования и наблюдения за поведением больного, позволяющие выявить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования, а также характер предъявляемых жалоб и самоотчетов больного и их соответствия сведениям, полученным со слов родственников и заменяющих их лиц.

Требования к лечению стационарному немедикаментозному

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Индивидуальные беседы с больным и его родственниками (семейное консультирование)	Согласно алгоритму
Коррекция поведения индивидуальная	Согласно алгоритму
Трудотерапия в отделении	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям

7.4.7 Требования к лекарственной помощи стационарной

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антиэпилептические препараты	Согласно алгоритму
Психотропные препараты <ul style="list-style-type: none"> • нейролептики, • антидепрессанты, • седативные и анксиолитические средства (транквилизаторы) 	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие мозговой метаболизм и мозговое кровообращение	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Диуретики	Согласно алгоритму
Ферменты и гепатопротекторы	Согласно алгоритму

Целью терапевтических мероприятий при эмоциональных и поведенческих расстройствах при эпилепсии является максимально длительное сохранение привычного образа жизни больных, поддержание их социальной активности, коррекция продуктивной психопатологической симптоматики и выраженных нарушений поведения.

7.4.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи

Антиэпилептические препараты (АЭП) назначаются при верифицированном диагнозе эпилепсии (клинико-электро-анатомический диагноз), строго в соответствии с формой заболевания и характером приступов. Предпочтение отдается монотерапии. Титрование АЭП начинается с малых доз, с постепенным увеличением (раз в 4-7 дней) до достижения терапевтической эффективности или появления первых симптомов побочных эффектов. Эффективность терапии оценивается по данным клиники (достижение контроля над приступами – урежение или купирование приступов) и при отдельных формах эпилепсии (эпилептические энцефалопатии) на основании результатов ЭЭГ - исследования. В случае неэффективности АЭП он должен быть постепенно заменен другим, потенциально эффективным при данной форме эпилепсии.

Протоколы лечения различных форм эпилепсии подробно изложены в неврологических стандартах ведения больных эпилепсией.

Лечение психопатологических расстройств следует проводить, не отменяя противоэпилептические препараты.

При появлении колебаний настроения, с нарушениями поведения возможно назначение **тиоридазина, хлорпротиксена**.

При снижении интеллекта, протекающего с симптомами психомоторного возбуждения, расстройствами в сфере влечений, преимущественно используются следующие **нейролептики: галоперидол, левомепромазин, перициазин**, (особенно эффективен при психопатоподобных состояниях с преобладанием стенического аффекта и поведения, при аффективно-взрывчатых и дисфорических нарушениях), **хлорпромазин** (все состояния с психомоторным возбуждением), **рисперидон** (эффективен при поведенческих расстройствах (агрессивность, деструктивное поведение) на фоне снижения когнитивной продуктивности).

Терапию депрессивных нарушений следует проводить антидепрессантами (имипрамин, кломипрамин, амитриптилин, феварин, сертралин, циталопрам, пароксетин).

При признаках гипертензионно-гидроцефального синдрома показано назначение дегидратационной терапии (диакарб, настои мочегонных трав).

Для профилактики побочных эффектов антиэпилептической терапии и улучшения метаболизма назначаются эссенциале, мезим-форте, фолиевая кислота, коэнзим Q10, L-карнитин.

7.4.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации

Важным условием лечения пациента с эпилепсией является соблюдение правил режима сна и бодрствования. Следует избегать недосыпаний, позднего отхода ко сну и раннего, внезапного пробуждения.

Больным требуется ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки, избегать жару, духоту (в частности бани). Дети с эпилептическими приступами, медикаментозно контролируемые могут заниматься физкультурой и спортом, так как активная физическая деятельность положительно сказывается на течении эпилепсии. Занятия спортом благотворно влияют на самооценку и снижают уровень изолированности детей от общества. Следует уделять внимание умеренным физическим упражнениям, занятиям коллективным видам спорта. Противопоказаны альпинизм, катание на коньках, роликах, скейте, мотоцикле, плавание. Исключены парашютный спорт, дайвинг. Подросткам рекомендуется воздержаться от приема спиртных напитков.

Реабилитационные мероприятия должны включать разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больным. Необходим правильный выбор профессии и рода занятий, создание благоприятного климата в семье и коллективе.

7.4.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами

Необходима организация ухода за больными, помощь в самообслуживании, стимуляция физической активности, стимуляция социальных взаимодействий.

Пациент нуждается в контроле поведения со стороны персонала, а также индивидуальном подходе, уменьшающих возможность протестных реакций.

7.4.11. Требования к диетическим назначениям и ограничения

Следует ограничить избыточный прием соли и острых блюд. Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

7.4.12. Форма информированного согласия

Добровольное информированное согласие пациент или его родители или его законный представитель дают в случаях, определенных законодательством.

7.4.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Родители пациентов, их родственники, а также опекуны должны быть подробно проинструктированы в отношении режима и способах приема лекарств, а также проинформированы о возможных побочных эффектах терапии.

7.4.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола

При отсутствии признаков эмоциональных и поведенческих расстройств у пациента по данным наблюдения в отделении не менее 2х-3х недель больной выписывается. Действия требований протокола прекращаются.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, при отсутствии данного заболевания, пациент переходит в Протокол ведения больных с соответствующим/выявленным заболеванием/синдромом.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками данного заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого Протокола ведения больных, соответствующего лечению эмоциональных и поведенческих расстройства у детей, больных эпилепсией;
- б) Протокола ведения больных с выявленным заболеванием/синдромом.

7.4.15. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота Развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи
Улучшение состояния (частичная социальная адаптация)	В 30-40% случаев	Уменьшение выраженности эмоциональных и поведенческих расстройств	30 - 60 дней	Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания)
Стабилизация (социальная адаптация)	В 60-70% случаев	Стабильная социальная адаптация, отсутствие симптомов эмоциональных и поведенческих расстройств	Не ограничено	Исключение из протокола
Прогрессирование	В 10-15% случаев	Усугубление патологических свойств личности, нарушение социальной адаптации, нарастание когнитивного дефицита, учащение приступов	На любом этапе. Не ограничено	1.Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания), повторный курс с изменением терапии
Отсутствие эффекта	В 5-10% случаев	Резистентность психопатологической симптоматики, эпилептических приступов к проводимой терапии	На любом этапе	1.Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания)), повторный курс с изменением терапии
Развитие нового заболевания, связанного с основным	В 10-15% случаев	Присоединение нового заболевания, чье появление этиологически и патогенетически связано с исходным заболеванием. Появление выраженных когнитивных расстройств, психотической симптоматики	На любом этапе	1.Переход в другую модель (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания)
Летальный исход	0-1%	Эпилептический статус, несчастный случай		Исключение из протокола

7.4.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.5. Модель пациента - синдромальная

Синдром: обследование и лечение детей, больных эпилепсией с психозами

Код по МКБ-10: F05.02; F05.12; F06.02; F06.12; F06.22, F06.3x2

Стадия: манифестация, развернутых клинических проявлений, ремиссия

Фаза: компенсация

Осложнение: могут присутствовать когнитивные и поведенческие расстройства

Клиническая ситуация: обследование и лечение детей с психотическими расстройствами в связи с эпилепсией (делирий, не на фоне деменции в связи с эпилепсией; делирий на фоне деменции в связи с эпилепсией; галлюциноз в связи с эпилепсией; кататоническое состояние в связи с эпилепсией; бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи с эпилепсией; аффективное психотическое расстройство в связи с эпилепсией) в амбулаторно-поликлинических условиях

Условие оказания: амбулаторная помощь

Профиль подразделения, учреждения: амбулаторно-поликлинический (диспансер)

Функциональное назначение отделения, учреждения: лечебно-диагностическое

7.5.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Критерием включения в протокол является наличие у пациента, страдающего эпилепсией остаточных симптомов перенесенного психотического эпизода, состояния медикаментозной ремиссии после перенесенного психотического эпизода. В амбулаторном лечении нуждаются пациенты, перенесшие психоз и получающие поддерживающую терапию после выписки из стационара, пациенты, требующие противорецидивного лечения.

В протокол включаются больные со следующими психотическими синдромами:

1) Делирий, не на фоне деменции в связи с эпилепсией (F05.02)

Проявляется синдромами расстроенного сознания с преимущественно зрительными и слуховыми обманами восприятия, психомоторным возбуждением, иногда агрессией. Течение непродолжительное (несколько часов) с частичной амнезией переживаний острого периода.

2) Делирий на фоне деменции в связи с эпилепсией (F05.12)

По структуре идентичен описанному выше (см. F05.02), однако чаще носит абортный характер, с отрывочной продуктивной симптоматикой. По выходе из делирия может иметь место усиление дефицитарной симптоматики.

3) Галлюциноз в связи с эпилепсией (F06.02)

В клинической картине доминирующими являются обманы восприятия, преимущественно в форме зрительного, слухового галлюциноза, а также обонятельных, тактильных и иных галлюцинаций, включая синдром Кандинского-Клерамбо. Указанные синдромы формируются на фоне разной степени выраженности психоорганических синдромов или церебрастенических расстройств и могут сочетаться с локальными выпадениями ряда корковых функций, эпилептическими припадками.

4) *Кататоническое состояние в связи с эпилепсией (F06.12)*

Проявляется в форме кататоноподобного ступора, кататоноподобного психомоторного возбуждения или в виде изолированного мутизма.

5) *Бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи с эпилепсией (F06.22)*

В клинической картине острого или подострого состояния, в связи с текущим или резидуальным органическим процессом выступает в виде стойких или рецидивирующих бредовых идей разной структуры. Возможно присутствие галлюцинаций, расстройств мышления и отдельных кататонических феноменов при сохранных сознании и памяти. Может развиваться как эквивалент судорожного генерализованного припадка ("альтернативный психоз").

6) *Аффективное психотическое расстройство в связи с эпилепсией (F06.3x2)*

Проявляется широким спектром аффективных расстройств (маниакальное, депрессивное, биполярное, смешанное)

7.5.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние больного, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента

7.5.3 Требования к проведению диагностического исследования амбулаторно-поликлиническому

Диагностика проводится в объеме, необходимом для осуществления лечебной деятельности

Код	Наименование	Среднее количество
В 01.035.01	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	1
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
А 1.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
А 01.30.003	Пальпация в психиатрии	1
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
	Изучение медицинских и иных документов	1

Код	Наименование	Среднее количество
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии центральной нервной системы	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A02. 03. 001	Измерение окружности головы	1
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A01.31.010	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
A02. 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	не менее 1
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
A 05.23.002	Электронцефалография	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно резонансная томография головного мозга	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головного мозга	по показаниям
	Заполнение амбулаторной карты	1
D 12.02.04.	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03.	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом.	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	не менее 1
D22.02. 01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22. 05	Организация архивного хранения документов	1
D 03.05	Взаимодействие с органами законодательной и исполнительной власти, органами управления здравоохранением, другими медицинскими учреждениями	по показаниям

7.5.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях

Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в неосложненных случаях могут быть достаточными для диагностики психотических состояний при эпилепсии. При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного

ассортимента в условиях амбулаторного звена, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.

В начале, до контакта с пациентом осуществляется **изучение медицинской документации, характеристик с места учебы и работы, а также получение сведений от родителей и лиц, знающих пациента в повседневной жизни**, что позволяет получить объективные сведения, содержащие данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями и эпилепсией; данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, патогенных биологических воздействий внутриутробного и перинатального периодов, особенностях психомоторного развития, формирования речи, школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях постнатального периода.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе психотравмирующих ситуаций, черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, предшествующих развитию психопатологической симптоматики.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить в клинической картине пациента расстройства сознания, восприятия, когнитивные нарушения, расстройства эмоциональной и волевой сфер, двигательные нарушения, пароксизмальные состояния, распознать сопутствующие неврологические нарушения, определить связанные с приступами те или иные нарушения и (или) побочные эффекты лекарственной противосудорожной терапии.

При проведении указанных видов услуг у пациента страдающего эпилепсией выявляются психотические синдромы в связи с эпилепсией.

Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, пальпация при патологии центральной нервной системы 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 центральной нервной системы при психотических синдромах у больных с эпилепсией и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса, различных эпилептических приступов, изменений ЭЭГ и МРТ к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). При выявлении признаков текущего соматического заболевания - педиатр (*консультация педиатра*) и т.д.

Для подтверждения или исключения диагноза эпилепсии, уточнения органического поражения головного мозга необходимо проведение *электрофизиологического исследования, КТ или МРТ головного мозга*. Инструментальные и лабораторные обследования проводятся по общей методике обследования пациентов, страдающих органическим психическим расстройством.

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, мышление, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

После установления психиатрического диагноза врач переходит к составлению тактики медикаментозного и психотерапевтического лечения, решению вопроса о привлечении членов семьи пациента к психотерапии.

После этого пациент, его родители или законный представитель информируется о планируемом лечении, ожидаемых результатах, предполагаемых сроках лечения, а также о возможных осложнениях терапии. Врач должен получить согласие пациента, его родителей или законного представителя на предлагаемые формы помощи.

7.5.5 Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза	2

А 13.30.001	Патопсихологическое обследование	1
А 13.30.008	Наблюдение за поведением	по показаниям
А 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	согласно алгоритму
А 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы	согласно алгоритму
А 13.30.002	Назначение трудотерапии	по показаниям
А 13.30.005.	Психотерапия	по показаниям
А 25.30.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях психической сферы	по показаниям
А 13.30.003	Психологическая адаптация	по показаниям
А 13.31.001	Обучение самоуходу	по показаниям
А 13.31.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным	1

7.5.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи

Используются различные методы психотерапевтического воздействия, включающие рациональную психотерапию, которую необходимо включить в комплексное лечение с самого начала заболевания. Следует учитывать общее успокаивающее влияние психотерапии, снижающей общую возбудимость, нормализующей сон, снижающей или уменьшающей напряженность аффекта. Факторы, оказывающие психотравмирующее действие и вызывающие бурную реакцию у больных, после психотерапии утрачивают свое патогенное влияние. Особую работу необходимо проводить с родителями и людьми, ухаживающими за больным, привлекая их к сотрудничеству в целенаправленном устранении болезненных проявлений. Этот аспект лежит в основе семейной терапии, главным методом которой является психопедагогическая работа с родителями больных, в результате которой возникает групповое взаимодействие, направленное на изменение межличностных отношений в семье. В условиях амбулаторно-поликлинической помощи наиболее доступны индивидуальные беседы, направленные на повышение толерантности к больному, обучению формам общения, снижающих риск неадекватного аффективного реагирования, выявление и помощь в устранении (по возможности) аномальных психосоциальных ситуаций.

Если в ПНД налажена психотерапевтическая работа с больными, пациенты могут приобщаться к групповым формам психотерапии. Целью групповой психотерапии является снижение коммуникативной напряженности больного, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков решения жизненных проблем. Следует стимулировать социальную активность больных путем развития различных форм проведения досуга.

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

Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому немедикаментозному

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Индивидуальные беседы с больным и его родственниками (семейное консультирование)	Согласно алгоритму
Коррекция поведения индивидуальная	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям

7.5.7. Требования лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Целью терапевтических мероприятий является максимально длительное сохранение привычного образа жизни больных, поддержание их социальной активности, коррекция продуктивной психопатологической симптоматики, нарушений поведения.

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антиэпилептические препараты	Согласно алгоритму
Психотропные препараты <ul style="list-style-type: none"> • нейрорепарации, • антидепрессанты, • седативные и анксиолитические средства (транквилизаторы) 	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие мозговой метаболизм и мозговое кровообращение	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Диуретики	Согласно алгоритму
Ферменты и гепатопротекторы	Согласно алгоритму

7.5.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи

Антиэпилептические препараты (АЭП) назначаются при верифицированном диагнозе эпилепсии (клинико-электро-анатомический диагноз), строго в соответствии с формой заболевания и характером приступов. Предпочтение отдается монотерапии. Титрование АЭП начинается с малых доз, с постепенным увеличением (раз в 4-7 дней) до достижения

терапевтической эффективности или появления первых симптомов побочных эффектов. Эффективность терапии оценивается по данным клиники (достижение контроля над приступами – урежение или купирование приступов) и при отдельных формах эпилепсии (эпилептические энцефалопатии) на основании результатов ЭЭГ - исследования. В случае неэффективности АЭП он должен быть постепенно заменен другим, потенциально эффективным при данной форме эпилепсии.

Протоколы лечения различных форм эпилепсии подробно изложены в неврологических стандартах ведения больных эпилепсией.

Лечение психопатологических расстройств следует проводить, не отменяя противоэпилептические препараты.

Принципы терапии психотических состояний при эпилепсии направлены на купирование ведущей психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации, кататония и т. д.) на фоне противоэпилептической терапии.

При психотической симптоматике преимущественно используются следующие **нейролептики**:

хлорпромазин (препарат назначается при параноидных, галлюцинаторных состояниях, психомоторном возбуждении (кататоническом, гебефреническом, маниакальном), **галоперидол** (преимущественно назначается для снятия психомоторного возбуждения и параноидной симптоматики), **перфеназин** (воздействует на синдромы, протекающие с заторможенностью, вялостью, апатоабулическими состояниями), **трифлуоперазин** (при аффективно-бредовых, галлюцинаторных состояниях, психомоторном возбуждении), **перiciaзин** (в рамках параноидных, тяжелых дисфорических состояний, для купирования враждебности, импульсивности, агрессивности), **левопромазин** (при психомоторном возбуждении с ажитацией, тревогой, паникой, фобиями, стойкой бессонницей), **тиоридазин** (назначается в рамках острых шизофреноподобных состояний с психомоторным возбуждением, напряжением, страхами), **хлорпротиксен** (психозы с депрессивным состоянием, страхом, напряжением), **клозапин** (психозы с острым и хроническим течением с полиморфной психотической симптоматикой, психомоторным возбуждением, агрессивностью, расстройством сна), **рисперидон**: (психотические состояния с преобладанием продуктивной (бред, галлюцинации, агрессивность), негативной (притупленный аффект, эмоциональная и социальная отрешенность) и аффективной (депрессия) симптоматикой).

Для купирования острых тревожных состояний с параноидно–галлюцинаторной симптоматикой, психомотрным возбуждением показано применение **диазепама** в дозе 5 – 10мг. (7-13 лет) и 2,5 – 5мг. (1-6 лет) парентерально.

Терапию депрессивных нарушений следует проводить антидепрессантами (**имипрамин, кломипрамин, амитриптили, феварин, сертралин, циталопрам, пароксетин**), назначаемые с подросткового возраста.

Терапия аффективных расстройств психотического уровня основана на структуре ведущего психопатологического синдрома: при биполярных аффективных колебаниях, а также смешанном и гневливом аффекте целесообразно применение **карбамазепина** до 600мг. в сутки, маниакальные состояния лучше купируются нейролептическими препаратами (галоперидол, левомепромазин, тиоридазин) и производными **вальпроевой кислоты**. При стойких аффективных расстройствах депрессивного круга показан прием карбамазепина до 600 мг в сутки. При сочетании аффективных колебаний с судорожным синдромом может быть применен **ламотриджин** до 600 мг в сутки при монотерапии и до 300мг/сут при политерапии (с вальпроатами).

При признаках гипертензионно-гидроцефального синдрома показано назначение дегидратационной терапии (**диакарб, настои мочегонных трав**).

Для профилактики побочных эффектов антиэпилептической терапии и улучшения метаболизма назначаются **эссенциале, мезим-форте, фолиевая кислота, коэнзим Q10, L-карнитин**.

7.5.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации

Важным условием лечения пациента с эпилепсией является соблюдение правил режима сна и бодрствования. Следует избегать недосыпаний, позднего отхода ко сну и раннего, внезапного пробуждения.

Больным требуется ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки, избегать жару, духоту (в частности бани). Дети с эпилептическими приступами, медикаментозно контролируемые могут заниматься физкультурой и спортом, так как активная физическая деятельность положительно сказывается на течении эпилепсии. Занятия спортом благотворно влияют на самооценку и снижают уровень изолированности детей от общества. Следует уделять внимание умеренным физическим упражнениям, занятиям коллективным видам спорта. Противопоказаны альпинизм, катание на коньках, роликах, скейте, мотоцикле, плавание. Исключены парашютный спорт, дайвинг. Подросткам рекомендуется воздержаться от приема спиртных напитков.

Реабилитационные мероприятия должны включать разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больным. Необходим правильный выбор профессии и рода занятий, создание благоприятного климата в семье и коллективе.

Показано ограничение перенапряжений и стрессовых ситуаций, удлинение часов отдыха, контроль со стороны родственников за приемом лекарственных средств.

7.5.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами

Необходима организация ухода за больными, помощь в самообслуживании, стимуляция физической активности, стимуляция социальных взаимодействий.

Пациент нуждается в контроле поведения со стороны родственников или замещающих их лиц, а также индивидуальном подходе, уменьшающих возможность протестных реакций.

7.5.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Следует ограничить избыточный прием соли и острых блюд. Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

7.5.12. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола

Добровольное информированное согласие пациент или его родители или его законный представитель дают в случаях, определенных законодательством.

7.5.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Родители пациентов, их родственники, а также опекуны должны быть подробно проинструктированы в отношении режима и способах приема лекарств, а также проинформированы о возможных побочных эффектах терапии.

7.5.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола

При отсутствии признаков психотических расстройств у пациента по данным наблюдения в амбулаторных условиях не менее 2-3 месяцев больной выписывается. Действия требований протокола прекращаются.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, при отсутствии данного заболевания, пациент переходит в Протокол ведения больных с соответствующим/выявленным заболеванием/синдромом.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками данного заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этого Протокола ведения больных, соответствующего лечению когнитивных расстройств у детей, больных эпилепсией;

б) Протокола ведения больных с выявленным заболеванием/синдромом.

7.5.15.Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота Развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи
Улучшение состояния (частичная социальная адаптация)	50-40% случаев	Уменьшение выраженности психотических расстройств	30 - 60 дней	Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания)
Стабилизация (социальная адаптация)	60-70% случаев	Стабильная социальная адаптация, отсутствие симптомов психотических расстройств	Не ограничено	Исключение из протокола
Прогрессирование	10-15% случаев	Усугубление психотических симптомов, нарушение социальной адаптации, нарастание когнитивного дефицита, учащение приступов	На любом этапе. Не ограничено	1.Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания), повторный курс; курс с изменением терапии; 2.Переход в другую модель (госпитализация пациента)
Отсутствие эффекта	5-10% случаев	Резистентность психопатологической симптоматики, эпилептических приступов к проводимой терапии	На любом этапе	1.Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания), повторный курс; курс с изменением терапии; 2.Переход в другую модель (госпитализация пациента)
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10-15% случаев	Присоединение нового заболевания, чье появление этиологически и патогенетически связано с исходным заболеванием. Появление выраженных когнитивных, эмоциональных, поведенческих	На любом этапе	1.Переход в другую модель (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания)

		расстройств.		
Летальный исход	0-1%	Эпилептический статус, несчастный случай	На любом этапе	Исключение из протокола

7.5.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.6. Модель пациента - синдромальная

Синдром: обследование и лечение детей, больных эпилепсией с психозами

Код по МКБ-10: F05.02; F05.12; F06.02; F06.12; F06.22, F06.3x2

Стадия: манифестация, развернутых клинических проявлений

Фаза: декомпенсация

Осложнение: могут присутствовать когнитивные и поведенческие расстройства

Клиническая ситуация: обследование и лечение детей с психотическими расстройствами в связи с эпилепсией (делирий, не на фоне деменции в связи с эпилепсией; делирий на фоне деменции в связи с эпилепсией; галлюциноз в связи с эпилепсией; кататоническое состояние в связи с эпилепсией; бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи с эпилепсией; аффективное психотическое расстройство в связи с эпилепсией) в стационарных условиях

Условие оказания: стационарная помощь

Профиль подразделения, учреждения: стационарный

Функциональное назначение отделения, учреждения: лечебно-диагностическое

7.6.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Критерием включения в протокол является наличие у пациента, страдающего эпилепсией острых, подострых и хронических симптомов психотического состояния.

В протокол включаются больные со следующими психотическими синдромами:

7) *Делирий, не на фоне деменции в связи с эпилепсией (F05.02)*

Проявляется синдромами расстроенного сознания с преимущественно зрительными и слуховыми обманами восприятия, психомоторным возбуждением, иногда агрессией. Течение непродолжительное (несколько часов) с частичной амнезией переживаний острого периода.

8) *Делирий на фоне деменции в связи с эпилепсией (F05.12)*

По структуре идентичен описанному выше (см. F05.02), однако чаще носит abortивный характер, с отрывочной продуктивной симптоматикой. По выходе из делирия может иметь место усиление дефицитарной симптоматики.

9) *Галлюциноз в связи с эпилепсией (F06.02)*

В клинической картине доминирующими являются обманы восприятия, преимущественно в форме зрительного, слухового галлюциноза, а также обонятельных, тактильных и иных галлюцинаций, включая синдром Кандинского-Клерамбо. Указанные синдромы формируются на фоне разной степени выраженности психоорганических синдромов или церебрастенических расстройств и могут сочетаться с локальными выпадениями ряда корковых функций, эпилептическими припадками.

10) *Кататоническое состояние в связи с эпилепсией (F06.12)*

Проявляется в форме кататоноподобного ступора, кататоноподобного психомоторного возбуждения или в виде изолированного мутизма.

11) *Бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи с эпилепсией (F06.22)*

В клинической картине острого или подострого состояния, в связи с текущим или резидуальным органическим процессом выступает в виде стойких или рецидивирующих бредовых идей разной структуры. Возможно присутствие галлюцинаций, расстройств мышления и отдельных кататонических феноменов при сохранных сознании и памяти. Может развиваться как эквивалент судорожного генерализованного припадка ("альтернативный психоз").

12) *Аффективное психотическое расстройство в связи с эпилепсией (F06.3x2)*

Проявляется широким спектром аффективных расстройств (маниакальное, депрессивное, биполярное, смешанное).

7.6.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние больного, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента

7.6.3. Требования к диагностике стационарной

Код	Наименование	Среднее количество
В 01.035.01	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	1
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
А 1.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
А 01.30.003	Пальпация в психиатрии	1
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
	Изучение медицинских и иных документов	1
А 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии центральной нервной системы	1

Код	Наименование	Среднее количество
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 02. 03. 001	Измерение окружности головы	1
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы 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	не менее 1
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
A 05.23.002	Электронцефалография	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно резонансная томография головного мозга	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головного мозга	по показаниям
D 12.01.01	Взятие крови из пальца	1
A 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	1
A 09.05.026	Рентгеноскопия легких	по показаниям
A 09.19.003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
A 09.19.006	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
A 09.20.001	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
A 09.28.001	Исследование уровня общего билирубина в крови	1
A 09.28.003	Исследование уровня глюкозы в крови	1
A 09.28.011	Исследование уровня холестерина в крови	1
A 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
A 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
A 09.28.023	Исследование осадка мочи	1
A 11.05.001	Определение белка в моче	1
A 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	1
A 12.05.005	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1
A 12.05.006	Определение осмолярности мочи	1
A 12.06.011	Определение объема мочи	по показаниям
A 12.06.016	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	по показаниям
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
D 12.01.01	Исследование оседания эритроцитов	по показаниям
D 12.03.03	Определение основных групп крови (A, B, 0)	по показаниям
D 12.04.01	Определение резус принадлежности	по показаниям
D 12.04.02	Реакция Вассермана (RW)	1
D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям

Код	Наименование	Среднее количество
Д 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
	Оформление и подготовка выписки из истории болезни к отправке	1
	Организация архивного хранения документов	1
D 03.05	Взаимодействие с органами законодательной и исполнительной власти, органами управления здравоохранением, другими медицинскими учреждениями	по показаниям
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	Не менее 1 раза

7.6.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских работ и услуг в стационарных условиях

При производстве диагностического обследования пациента в условиях **стационарного отделения** осуществляется полный комплекс исследований, необходимых для установления диагноза: психиатрическое, экспериментально-психологическое, дополнительные функциональные методы исследования (ЭЭГ-видео-мониторинг) и привлечение врачей-консультантов (невролога, педиатра и др.).

Кроме того, проводятся исследования, регламентированные условиями содержания пациентов в психиатрическом стационаре, выполняемые для выявления сопутствующей соматической патологии у психически больных, по ряду заболеваний находящихся в группах риска (туберкулез, ВИЧ, СПИД, гепатиты, кишечные инфекционные заболевания, венерические заболевания).

В стационарных условиях проводится диагностическое обследование пациентов, установление диагноза у которых представляет сложности и требует наблюдения в динамике, а также проведение полного комплекса исследований.

Наблюдение за пациентом осуществляет не только врачом-психиатром, но и средним медицинский персонал (свои наблюдения медицинские сестры фиксируют в Журнале наблюдений за пациентами).

Минимальный набор материалов, необходимых для проведения исследования, включает: медицинские документы, содержащие копии предыдущих обследований пациента; амбулаторные медицинские карты из поликлиники общего профиля и психоневрологического диспансера; справки, выписки из медицинских карт, медицинского заключения.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе психотравмирующих ситуаций, черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, предшествующих развитию психопатологической симптоматики.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить в клинической картине пациента расстройства сознания, восприятия, когнитивные нарушения, расстройства эмоциональной и волевой сфер, двигательные нарушения, пароксизмальные состояния, распознать сопутствующие неврологические нарушения, определить связанные с приступами те или иные нарушения и (или) побочные эффекты лекарственной противосудорожной терапии.

При проведении указанных видов услуг у пациента, страдающего эпилепсией, выявляются психотические синдромы.

Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, пальпация при патологии центральной нервной системы 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 центральной нервной системы при психотических нарушениях у больных с эпилепсией и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса, различных эпилептических приступов, изменений ЭЭГ и МРТ к исследованию привлекается невролог (***консультация невролога***). При выявлении признаков текущего соматического заболевания – педиатр (***консультация педиатра***) и т.д.

Для подтверждения или исключения диагноза эпилепсии, уточнения органического поражения головного мозга необходимо проведение ***электрофизиологического исследования, КТ или МРТ головного мозга***. Инструментальные и лабораторные обследования проводятся по общей методике обследования пациентов, страдающих органическим психическим расстройством.

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, мышление, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

После установления психиатрического диагноза врач переходит к составлению тактики медикаментозного и психотерапевтического лечения, решению вопроса о привлечении членов семьи пациента к психотерапии.

После этого пациент, его родители или законный представитель информируется о планируемом лечении, ожидаемых результатах, предполагаемых сроках лечения, а также о возможных осложнениях терапии. Врач должен получить согласие пациента, его родителей или законного представителя на предлагаемые формы помощи.

7.6.5 Требования к стационарному лечению

Код ПМУ	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
А 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при патологии психической сферы	Согласно алгоритму
А 25.30.002	Назначение диетической терапии при патологии психической сферы	Согласно алгоритму
А 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при патологии психической сферы	Согласно алгоритму
А 25.30.001	Коррекция лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	По показаниям
А 13.30.002	Трудотерапия	По показаниям
А 13.30.004	Терапия средой	По показаниям
А 13.30.005	Психотерапия	По показаниям
А 13.31.003	Аутогенная тренировка	По показаниям
А 13.31.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным	По показаниям
А 13.31.001	Обучение самоуходу	По показаниям
А 13.30.003	Психологическая адаптация	По показаниям

7.6.6 Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения. В условиях стационара в качестве обязательного ассортимента должны проводиться индивидуальные беседы с больным и его родственниками (семейное консультирование), направленные на повышение толерантности к больному, обучению формам общения, снижающих риск неадекватного аффективного реагирования, выявление и помощь в устранении (по возможности) аномальных психосоциальных ситуаций. Беседы проводятся как лечащим врачом, так и медицинским психологом.

Используются различные методы психотерапевтического воздействия, включающие рациональную психотерапию, которую необходимо включить в комплексное лечение с самого начала заболевания. Следует учитывать общее успокаивающее влияние психотерапии, снижающей общую возбудимость, нормализующей сон, снижающей или уменьшающей напряженность аффекта. Факторы, оказывающие психотравмирующее действие и вызывающие бурную реакцию у больных, после психотерапии утрачивают свое патогенное влияние. Особую работу необходимо проводить с родителями и людьми, ухаживающими за больным, привлекая их к сотрудничеству в целенаправленном устранении болезненных проявлений. Этот аспект лежит в основе семейной терапии, главным методом которой является психопедагогическая работа с родителями и родственниками больного, в результате которой возникает групповое взаимодействие, направленное на изменение межличностных отношений в семье. Следует стимулировать социальную активность больных путем развития различных форм проведения досуга.

Индивидуальная коррекция поведения пациента проводится врачом, медицинским психологом при участии медицинского персонала отделения. Психотерапевтические беседы, развлекательные и трудовые мероприятия отделения должны быть направлены на релаксацию пациента, отвлечение от психотравмирующих переживаний, поощрение адекватных форм поведения.

Из дополнительного ассортимента психотерапевтических методов лечения выбирается тот, который наиболее подходит пациенту с учетом его когнитивных способностей, особенностей личности, склонностей, наличия или отсутствия психотравмирующих переживаний (семейная психотерапия, поведенческая психотерапия).

Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные патопсихологического обследования и наблюдения за поведением больного, позволяющие выявить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций,

эмоционального реагирования, а также характер предъявляемых жалоб и самоотчетов больного и их соответствия сведениям, полученным со слов родственников и заменяющих их лиц.

Требования к лечению стационарному немедикаментозному

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Индивидуальные беседы с больным и его родственниками (семейное консультирование)	Согласно алгоритму
Коррекция поведения индивидуальная	Согласно алгоритму
Трудотерапия в отделении	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям

7.6.7 Требования к лекарственной помощи стационарной

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антиэпилептические препараты	Согласно алгоритму
Психотропные препараты <ul style="list-style-type: none"> • нейрорепараторы, • антидепрессанты, • седативные и анксиолитические средства (транквилизаторы) 	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие мозговой метаболизм и мозговое кровообращение	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Диуретики	Согласно алгоритму
Ферменты и гепатопротекторы	Согласно алгоритму

Целью терапевтических мероприятий при психотических синдромах при эпилепсии является максимально длительное сохранение привычного образа жизни больных, поддержание их социальной активности, коррекция продуктивной психопатологической симптоматики и выраженных нарушений поведения.

7.6.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи

Антиэпилептические препараты (АЭП) назначаются при верифицированном диагнозе эпилепсии (клинико-электро-анатомический диагноз), строго в соответствии с формой заболевания и характером приступов. Предпочтение отдается монотерапии. Титрование АЭП начинается с малых доз, с постепенным увеличением (раз в 4-7 дней) до достижения терапевтической эффективности или появления первых симптомов побочных эффектов. Эффективность терапии оценивается по данным клиники (достижение контроля над приступами – урежение или купирование приступов) и при отдельных формах эпилепсии (эпилептические энцефалопатии) на основании результатов ЭЭГ - исследования. В случае неэффективности АЭП он должен быть постепенно заменен другим, потенциально эффективным при данной форме эпилепсии.

Протоколы лечения различных форм эпилепсии подробно изложены в неврологических стандартах ведения больных эпилепсией.

Лечение психопатологических расстройств следует проводить, не отменяя противоэпилептические препараты.

Принципы терапии психотических состояний при эпилепсии направлены на купирование ведущей психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации, кататония и т. д.) на фоне противоэпилептической терапии.

При психотической симптоматике преимущественно используются следующие **нейролептики**:

хлорпромазин (препарат назначается при параноидных, галлюцинаторных состояниях, психомоторном возбуждении (кататоническом, гебефреническом, маниакальном), **галоперидол** (преимущественно назначается для снятия психомоторного возбуждения и параноидной симптоматики), **перфеназин** (воздействует на синдромы, протекающие с заторможенностью, вялостью, апатобулическими состояниями), **трифлуоперазин** (при аффективно-бредовых, галлюцинаторных состояниях, психомоторном возбуждении), **перипразин** (в рамках параноидных, тяжелых дисфорических состояний, для купирования враждебности, импульсивности, агрессивности), **левопромазин** (при психомоторном возбуждении с ажитацией, тревогой, паникой, фобиями, стойкой бессонницей), **тиоридазин** (назначается в рамках острых шизофреноподобных состояний с психомоторным возбуждением, напряжением, страхами), **хлорпротиксен** (психозы с депрессивным состоянием, страхом, напряжением), **клозапин** (психозы с острым и хроническим течением с полиморфной психотической симптоматикой, психомоторным возбуждением, агрессивностью, расстройством сна), **рисперидон**: (психотические состояния с преобладанием продуктивной (бред,

галлюцинации, агрессивность), негативной (притупленный аффект, эмоциональная и социальная отрешенность) и аффективной (депрессия) симптоматикой).

Для купирования острых тревожных состояний с параноидно–галлюцинаторной симптоматикой, психомотрным возбуждением показано применение **диазепама** в дозе 5 – 10мг. (7-13 лет) и 2,5 – 5мг. (1-6 лет) парентерально.

Терапию депрессивных нарушений следует проводить антидепрессантами (**имипрамин, кломипрамин, амитриптили, феварин, сертралин, циталопрам, пароксетин**), назначаемые с подросткового возраста.

Терапия аффективных расстройств психотического уровня основана на структуре ведущего психопатологического синдрома: при биполярных аффективных колебаниях, а также смешанном и гневливом аффекте целесообразно применение **карбамазепина** до 600мг. в сутки, маниакальные состояния лучше купируются нейролептическими препаратами (галоперидол, левомепромазин, тиоридазин) и производными **вальпроевой кислоты**. При стойких аффективных расстройствах депрессивного круга показан прием карбамазепина до 600 мг в сутки. При сочетании аффективных колебаний с судорожным синдромом может быть применен **ламотриджин** до 600 мг в сутки при монотерапии и до 300мг/сут при политерапии (с вальпроатами).

При признаках гипертензионно-гидроцефального синдрома показано назначение дегидратационной терапии (**диакарб, настои мочегонных трав**).

Для профилактики побочных эффектов антиэпилептической терапии и улучшения метаболизма назначаются **эссенциале, мезим-форте, фолиевая кислота, коэнзим Q10, L-карнитин**.

7.6.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации

Важным условием лечения пациента с эпилепсией является соблюдение правил режима сна и бодрствования. Следует избегать недосыпаний, позднего отхода ко сну и раннего, внезапного пробуждения.

Больным требуется ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки, избегать жару, духоту (в частности бани). Дети с эпилептическими приступами, медикаментозно контролируемые могут заниматься физкультурой и спортом, так как активная физическая деятельность положительно сказывается на течении эпилепсии. Занятия спортом благотворно влияют на самооценку и снижают уровень изолированности детей от общества. Следует уделять внимание умеренным физическим упражнениям, занятиям коллективным видам спорта. Противопоказаны альпинизм, катание на коньках, роликах, скейте, мотоцикле,

плавание. Исключены парашютный спорт, дайвинг. Подросткам рекомендуется воздержаться от приема спиртных напитков.

Реабилитационные мероприятия должны включать разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больным. Необходим правильный выбор профессии и рода занятий, создание благоприятного климата в семье и коллективе.

7.6.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами

Необходима организация ухода за больными, помощь в самообслуживании, стимуляция физической активности, стимуляция социальных взаимодействий.

Пациент нуждается в контроле поведения со стороны персонала, а также индивидуальном подходе, уменьшающих возможность протестных реакций.

7.6.11. Требования к диетическим назначениям и ограничения

Следует ограничить избыточный прием соли и острых блюд. Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

7.6.12. Форма информированного согласия

Добровольное информированное согласие пациент или его родители или его законный представитель дают в случаях, определенных законодательством.

7.6.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Родители пациентов, их родственники, а также опекуны должны быть подробно проинструктированы в отношении режима и способах приема лекарств, а также проинформированы о возможных побочных эффектах терапии.

7.6.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола

При отсутствии признаков психотических расстройств у пациента по данным наблюдения в отделении не менее 60 дней больной выписывается. Действия требований протокола прекращаются.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, при отсутствии данного заболевания, пациент переходит в Протокол ведения больных с соответствующим/выявленным заболеванием/синдромом.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками данного заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этого Протокола ведения больных, соответствующего лечению эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, больных эпилепсией;

б) Протокола ведения больных с выявленным заболеванием/синдромом.

7.6.15. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота Развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи
Улучшение состояния (частичная социальная адаптация)	В 30-40% случаев	Уменьшение выраженности психотических расстройств	60 дней	Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания)
Стабилизация (социальная адаптация)	В 60-70% случаев	Стабильная социальная адаптация, отсутствие симптомов психотических расстройств	Не ограничено	Исключение из протокола
Прогрессирование	В 10-15% случаев	Усугубление психотической симптоматики, нарушение социальной адаптации, нарастание когнитивного дефицита, учащение приступов	На любом этапе. Не ограничено	1.Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания), повторный курс с изменением терапии
Отсутствие эффекта	В 5-10% случаев	Резистентность психотической симптоматики, эпилептических приступов к проводимой терапии	На любом этапе	1.Продолжение лечения (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания), повторный курс с изменением терапии
Развитие нового заболевания, связанного с основным	В 10-15% случаев	Присоединение нового заболевания, чье появление этиологически и патогенетически связано с исходным заболеванием. Появление выраженных когнитивных, эмоциональных и поведенческих расстройств	На любом этапе	1.Переход в другую модель (оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания)
Летальный исход	0-1%	Эпилептический статус, несчастный		Исключение из протокола

		случай		
--	--	--------	--	--

7.6.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурд Г.С. Международная классификация эпилепсии и основные направления ее лечения//Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 1995. – № 3. – С. 4–12
2. Калинин В.В. Изменения личности и мнестико-интеллектуальный дефект у больных эпилепсией.//Журнал неврологии и психиатрии, 2004, №2 с.64–72.
3. Карлов В.А. Эпилепсия как клиническая и нейрофизиологическая проблема//Журнал неврологии и психиатрии, 2000, №9 с.7–15.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, перераб. и дополн. – М.: Медицина, 1995. – 560с.: ил.
5. Малинина Е.В. Непсихотические психические расстройства при эпилепсии в детском возрасте. Автореферат док. дисс.. 2006.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: Оверлайд, 1994. – 300 с.
7. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств (Клиническое руководство) под ред. проф. В.Н.Краснова и проф.И.Я.Гуровича. Москва, 1999. – 199 с.
8. Мухин К.Ю., Петрухин А.С. Эпилептические синдромы. Диагностика и стандарты терапии (Справочное руководство). Москва, 2005. – 143 с.
9. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учебн. Пособие для высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с.: ил.
10. Эпилептология детского возраста: руководство для врачей/Под ред. А.С. Петрухина. – М.: Медицина, 2000. – 624с.: ил.
11. Aicardi J. Epilepsy in children. – New York ect: Raven Press, 1986. – P. 428.
12. Aldenkamp AP, De Krom M, Reijs R. Newer antiepileptic drugs and cognitive issues. Epilepsia 2003; 44 (suppl 4): 21-29.

13. Betts T.A. Psychiatric disorder in epilepsy – In: Duncan J.S., Gill J. Q. (eds) Lecture notes British branch of the International League against epilepsy – Oxford: Keble College, 1995 – P. 153 – 158.
14. Brown S. Dementia and epilepsy. In: The neuropsychiatry of epilepsy. M.Trimble, B Schmitz (eds.). Cambridge 2002; 135–151.
15. Huber G. Psychiatrie. 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart – New York (1976).
16. Rutter M., Grahama P., Birch H.G. A neuropsychiatric study of childhood. Clinics in Developmental Medicine No. 1970. – 35/36. – Heinemann, London.
17. Tellenbach H. Epilepsie als anfallsleiden und als psychose. Über alternative psychosen paranoiden prägung bei «Forcierter normalisierung» (Landolt) des elektroencefalogramms epileptischer. Nervenarzt 1965; 36: 190–202.
18. Trimble M.R. Women and epilepsy. – N.Y., 1991. – 285 p.
19. Williams D. The emotions and epilepsy// Epilepsy and Psychiatry (Eds. E.H. Reynolds, M.K. Trimble et al.) – New York, 1981. – P. 49–59.