

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

Синдром дефицита внимания и гиперактивности

Москва, 2008 г.

Протокол ведения больных «Синдром дефицита внимания и гиперактивности» разработан д.м.н. Сухотиной Н.К., проф. Шевченко Ю.С.

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

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

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

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

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем протоколе используются следующие обозначения и сокращения:

ИДК	исследовательские диагностические критерии
МКБ	международная классификация болезней
ОСТ	отраслевой стандарт
ПМУ	перечень медицинских услуг
ПНД	психоневрологический диспансер
СДВГ	синдром дефицита внимания с гиперактивностью
ЦНС	центральная нервная система

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

Протокол ведения больных. «Синдром дефицита внимания и гиперактивности» разработан с целью нормативного обеспечения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» и Постановления Правительства Российской Федерации от 28.07.2005 г. №461 «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 г.»

Он служит для решения следующих задач:

- установление единых требований к условиям и порядку проведения диагностического обследования детей, обнаруживающих признаки гиперкинетических расстройств;
- унификация лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий среди детей с гиперкинетическими расстройствами с учетом психопатологических особенностей синдрома, фазы заболевания и клинической ситуации;
- обеспечения оптимальных объемов, доступности и качества диагностических и лечебных мероприятий, предпринимаемых для пациентов с различными формами гиперкинетических расстройств в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

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

V. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА « СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ»

Ведение протокола «Синдром дефицита внимания и гиперактивности» осуществляется Государственным научным центром социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (термины СДВГ, Гиперкинетические расстройства – используются в качестве синонимов, в международной и отечественной практике принято обозначение «Гиперкинетические расстройства») - эта группа расстройств, объединенных по феноменологическому принципу на основании слабо модулированного поведения с несоответствующими возрасту гиперактивностью, дефицитом внимания,

импульсивностью и отсутствием устойчивой мотивации к деятельности, требующей волевых усилий. (Код по МКБ-10 F 90)

Гиперкинетические расстройства в отечественной литературе довольно часто отождествляются или подменяются диагностической категорией, принятой в DSM-IV-TR – Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), в переводе обозначенной как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). При достаточной близости дефиниций, определяющих расстройства двумя основными международными классификациями, имеющиеся различия требуют более четкого определения каждой из них.

Как в МКБ-10 (гиперкинетические расстройства), так и в DSM-IV-TR (синдром дефицита внимания с гиперактивностью) диагноз ставится на основании качественных критериев, которые носят описательный характер, либо базируются на наличии ряда стандартных поведенческих стереотипов, встречающихся в определенном возрасте и приводящих к нарушению социальной адаптации. В обеих классификациях принято считать, что расстройство характеризуется триадой симптомов: нарушением внимания, гиперактивностью, импульсивностью.

Не учтена 4-я составляющая расстройства – мотивационно-волевая, характеризующаяся неустойчивостью мотивации к деятельности, требующей волевых усилий. Учет мотивационно-волевого компонента в качестве диагностического критерия делает гиперактивное расстройство внимания более определенным, сужая рамки за счет «других гиперкинетических расстройств», которые определены в МКБ-10 в рубрике F90.8, и облегчает проведение дифференциального диагноза с психическими и неврологическими заболеваниями, которые могут проявляться симптомами гиперкинетических расстройств.

Такие критерии СДВГ и гиперкинетических расстройств, как раннее начало (до 6 лет), длительность (не менее 6 месяцев), нарушение внимание и гиперактивность должны наблюдаться более, чем в одной ситуации, являются общими для обеих классификаций.

Для диагностики СДВГ по DSM-IV-TR необходимо наличие 6 из 9 стандартных симптомов невнимательности и 6 из 9 симптомов гиперактивности /импульсивности. Для общих критериев диагностики гиперкинетических расстройств, согласно исследовательским критериям МКБ-10, необходимо наличие 6 симптомов невнимательности из 9, трех симптомов гиперактивности из 5 и хотя бы 1 симптом импульсивности из 4. Поскольку указанные критерии как в DSM-IV-TR, так и МКБ-10 стандартизированы, но не ранжированы по степени выраженности, возникают сложности при оценке тяжести расстройства и дифференциации с субпороговыми состояниями, в связи с чем субъективизм исследователя или врача при диагностике достаточно высок.

Не случайно эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах различными исследовательскими группами, демонстрируют большой разброс показателей, связанный, прежде всего, с тем, что в настоящее время нет специфических методов четкого и достоверного выявления этого синдрома.

По DSM-IV-TR наличие выраженных симптомов расстройств поведения исключает диагноз СДВГ. В МКБ-10 симптомы расстройств поведения не являются критерием исключения или включения для основного диагноза, но их наличие или отсутствие составляет главную основу для подразделения расстройств (F90) на нарушение активности внимания (F 90.0) и гиперкинетическое расстройство поведения (F 90.1).

Нарушение активности внимания, включающее расстройство или синдром дефицита внимания с гиперактивностью, диагностируется тогда, когда имеются общие критерии гиперкинетического расстройства (F90), но нет критериев F91 (расстройство поведения). Гиперкинетическое расстройство поведения диагностируется тогда, когда имеются полные критерии и для гиперкинетического расстройства (F90) и для расстройства поведения (F91). Вместе с тем, в МКБ-10 указывается на неопределенность в оценке подразделения выделенных рубрик, поскольку часто речь идет о смешанных расстройствах, в связи с чем большую проблему представляет дифференциация от расстройств поведения (F91).

Таким образом, одна из рубрик гиперкинетического расстройства - нарушение активности внимания (F 90.0) - может рассматриваться в качестве наиболее близкой по своим клиническим проявлениям и критериям диагностики к синдрому дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) по DSM-IV-TR .

Этиология СДВГ до конца не установлена . Выделяют 3 группы факторов, которые могут служить причинами развития синдрома: медико-биологические или церебрально-органические факторы, генетические и психосоциальные. Самостоятельное значение психосоциальных факторов ставится под сомнение; чаще всего они усиливают проявления синдрома генетического, церебрально-органического или смешанного генеза.

Результаты биохимических исследований показали, что в патогенезе СДВГ важную роль играют основные нейромедиаторные системы головного мозга - дофаминергические, норадренергические и серотонинергические. При этом было установлено наличие принципиальных различий в обмене моноаминов при данной патологии. Неоднозначность биохимических показателей при СДВГ объясняется патогенетической гетерогенностью синдрома . Не исключается и генетическая гетерогенность синдрома. В настоящее время предполагается, что СДВГ является полигенным расстройством, в развитии и манифестации которого задействованы множественные гены .

Несмотря на то, что большинство исследователей указывает на клиническую неоднородность синдрома, в основе имеющихся дифференциаций положен опять же феноменологический принцип, который недостаточно эффективен при создании алгоритмов лечения. В DSM-IV-TR выделяет три подтипа СДВГ: с преобладанием дефицита внимания, с преобладанием гиперактивности и импульсивности и смешанный тип. В МКБ-10 выделяется СДВГ (нарушение активности и внимания) и гиперкинетическое расстройство поведения.

Отечественные авторы, с определенной долей условности, поскольку речь идет о полиэтиологическом расстройстве, дифференциация проводится по клинко-патогенетическому принципу. Выделяются энцефалопатические формы, в генезе которых значительную роль играют ранние органические поражения ЦНС, дизонтогенетические формы с асинхронией развития – как возрастной эквивалент формирующихся психопатий и акцентуаций характера и смешанные варианты. Данный вариант подводит логическую основу для построения алгоритмов лечения и реабилитации лиц с СДВГ.

Разнообразие патогенных факторов и неспецифичность гиперкинетических расстройств как признака затрудняют оценку причинно-следственных связей в их происхождении. В большинстве случаев внешнесредовые и эндогенные (наследственные) факторы выступают в сложном взаимодействии и единстве. Все это указывает на то, что гиперкинетические расстройства, в том числе и СДВГ, является многофакторным заболеванием.

Таким образом, говоря о патогенезе гиперкинетических расстройств, следует иметь в виду как общие для всех патогенетические звенья, приводящие к сходным клиническим проявлениям синдрома, так и индивидуальные и групповые, определяющие психопатологическую, нейрофизиологическую и биохимическую гетерогенность синдрома.

Этим определяется выбор синдромальной модели пациента при составлении протокола ведения больных «Гиперкинетические расстройства у детей».

В соответствие с МКБ-10 выделяются следующие синдромы:

синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – шифр по МКБ-10 F90.0;

синдром гиперкинетического расстройства поведения – шифр по МКБ-10 F90.1;

Гиперкинетические расстройства редко встречаются изолированно. Так, по данным зарубежных исследователей более, чем в 50 % случаев СДВГ сочетается хотя бы с одним сопутствующим расстройством (9,10). Приводятся и более значительные цифры – 87 % детей с СДВГ (11) и 86,8% – 86,5 % у детей с гиперкинетическими расстройствами (1,6). Наличие сопутствующих расстройств существенно влияет на диагностику расстройства и

клиническую тактику при его лечении. В связи с этим выделяются осложненные формы гиперкинетических расстройств (**осложнения синдрома**) – варианты с наличием дополнительной по отношению к синдрому дефицита внимания с гиперактивностью и синдрому гиперкинетического расстройства поведения психопатологической симптоматики.

Среди пациентов с гиперкинетическими расстройствами может наблюдаться широкий спектр психических расстройств. В одних случаях они могут носить характер эпизодов, развившихся на определенных этапах онтогенетического развития ребенка или подростка, этио-патогенетически не связанных с основными расстройствами, которые рассматриваются в самостоятельных протоколах соответствующих заболеваний (синдромов).

В других случаях между гиперкинетическими и коморбидными ему расстройствами прослеживается определенная причинно-следственная связь: генетически детерминированный тип СДВГ, общий патоморфологический субстрат, лежащий в основе основных и осложняющих расстройств, осложняющие расстройства – как этап развития гиперактивного ребенка в определенных социально-психологических условиях и др.

Гиперкинетические расстройства – расстройства развития с различными клиническими проявлениями в разных возрастных группах: дети дошкольного возраста, школьники, подростки.

Дети дошкольного возраста отличаются от сверстников высокой двигательной активностью, импульсивностью, выраженным нарушением внимания, изложенными в критериях диагностики гиперкинетических расстройств.

У детей младшего школьного возраста сохраняются основные характеристики гиперкинетических расстройств детей дошкольного возраста.

В младшем подростковом возрасте, претерпев определенную возрастную трансформацию, симптомы расстройств сохраняются у 50-80 % детей (18).

По мере дальнейшего взросления детей с гиперкинетическими расстройствами наблюдается эволюция клинической картины, которая может не соответствовать обязательным диагностическим критериям СДВГ для детей. В связи с этим, представляется рациональным выделить следующие **стадии синдромов: СДВГ или гиперкинетическое расстройство поведения у детей, СДВГ или гиперкинетическое расстройство у подростков.**

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

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

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

1. Обследование пациентов с СДВГ и гиперкинетическими расстройствами поведения в фазе «вне обострения» на предмет диагностики и дифференциальной диагностики заболевания , осложнений заболевания (наличия коморбидных психопатологических и психоневрологических расстройств) независимо от стадии заболевания (детский или подростковый возраст) проводится амбулаторно в ПНД при отсутствии осложняющих обстоятельств, перечисленных в следующем разделе.

2. Обследование пациентов с СДВГ и гиперкинетическими расстройствами поведения в фазе «обострения» на предмет диагностики и дифференциальной диагностики заболевания, осложнений заболевания проводится амбулаторно в ПНД при умеренной выраженности поведенческих расстройств и отсутствии осложняющих обстоятельств; обследование пациентов с выраженными поведенческими расстройствами в фазе обострения при наличии осложняющих обстоятельств проводится в условиях психиатрического стационара.

3. Лечение пациентов вне обострения без сопутствующих расстройств не проводится независимо от стадии заболевания.

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

5. Лечение пациентов с СДВГ и гиперкинетическими расстройствами поведения в фазе обострения при умеренной выраженности поведенческих расстройств, сопутствующих нарушений и отсутствии осложняющих обстоятельств проводится амбулаторно в условиях ПНД или полустационара.

6. Лечение пациентов с СДВГ и гиперкинетическими расстройствами поведения в фазе обострения при значительной выраженности поведенческих расстройств и сопутствующих нарушений и/или наличии осложняющих обстоятельств проводится только в условиях психиатрического стационара или полустационара.

VII. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Диагностическое обследование и лечение пациентов осуществляется при неуклонном соблюдении их конституционных прав на свободу и личную неприкосновенность, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, а также иных прав и свобод человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией Российской Федерации.

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

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

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

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

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

Диагностическое исследование включает:

- - психиатрическое исследование, состоящее из *объективного анамнеза*, полученного в результате расспроса родителей и лиц, знающих характер пациента и его поведение в повседневной жизни, и *анализа медицинской документации, субъективного анамнеза* (если получение сведений представляется возможным в силу когнитивных

способностей ребенка или подростка); *использование специально разработанных оценочных шкал*, предназначенных для балльной оценки гиперкинетических расстройств (9);

- проведение клинического (психопатологического), физикального, инструментальных и функциональных методов исследования, привлечения врачей-консультантов других специальностей (невролога, терапевта, окулиста и др.);
- экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование, состоящее из разнообразных методик, выбор которых зависит от задач исследования и вопросов, поставленных перед психологом врачом;
- консультация нейропсихолога с определением нейропсихологического статуса;
- при наличии осложняющих расстройств в виде специфических нарушений развития речи и школьных навыков – консультация логопеда, дефектолога.

VII.1 ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

VI.1.1 ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ.

Объективный анамнез включает:

- данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями, в том числе сведения о том, не являются ли родители больного кровными родственниками, что повышает риск появления наследственно обусловленных нервно-психических заболеваний;
- данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, состояния ее здоровья до беременности и в период беременности (наличие сердечно-сосудистых заболеваний и др.), сведения о патогенных биологических воздействиях в периоде внутриутробного и перинатального развития пациента, перенесенных заболеваниях и экзогенных вредностей постнатального периода;
- данные о раннем психомоторном развитии пациента, особенностях формирования моторики, речи, коммуникативных функций, эмоционального реагирования в различных ситуациях, поведении дома, в организованных детских коллективах;
- данные об особенностях формирования школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, включая занимаемое положение в школьном коллективе, взаимоотношения с одноклассниками, педагогами, родителями и другими членами семьи; характеристика семьи и особенностей воспитания, наличие сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций;

- с учетом предъявляемых жалоб данные об особенностях психического состояния и поведения пациента в различные периоды развития, навыках самообслуживания, уровне социальной адаптации (способности устанавливать и поддерживать продуктивный контакт с окружающими людьми, строить свое поведение с учетом существующих морально-этических и культурных традиций).

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

VII.1.II. СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ.

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

Расспрос должен проводиться в атмосфере доверительности и непринужденности, максимально исключая постороннее вмешательство и любые другие отвлекающие факторы. Задаваемые вопросы должны быть по возможности краткими, простыми, однозначными и понятными пациенту. Анамнестические сведения собираются, как правило, от прошлого к настоящему. Иногда порядок расспроса может быть обратным. Схема анамнестического опроса – хронологическая последовательность в выявлении событий жизни, сохранившихся в памяти пациента до момента обследования. В зависимости от возраста пациента и его пожеланий сбор информации производится в присутствии или отсутствии родителей.

VII.1.III. КЛИНИЧЕСКОЕ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ.

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

Во время беседы с испытуемым выявляются:

- сформированность пространственно-временных представлений – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени;
- уровень речевого развития, в том числе способность поддерживать речевой контакт с врачом, давать связные и последовательные анамнестические сведения, понимать сложные логико-грамматические конструкции;
- особенности развития грубой и тонкой моторики;

- сформированность мыслительных операций (анализ, синтез, установление причинно-следственных связей);
- уровень знаний об окружающем мире, степень ориентации в вопросах общежития, окружающего пациента социума;
- индивидуальное социальное поведение;
- особенности мотивационно-потребностной сферы ;
- особенности памяти, внимания, работоспособности;
- особенности эмоциональных проявлений;
- у детей школьного возраста проводится скрининговая оценка соответствия сформированности школьных навыков и знаний полученному образованию;
- сопутствующие психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования;

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

Общие критерии диагностики гиперкинетических расстройств, соответствующие МКБ-10: *раннее начало (до 6 лет), длительность (не менее 6 месяцев), нарушение внимания, гиперактивности, импульсивности должны наблюдаться более, чем в одной ситуации.*

Невнимательность. *По меньшей мере 6 симптомов невнимательности из 9 сохраняются на протяжении 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:*

- 1) часто проявляющаяся неспособность внимательно следить за деталями или совершение беспечных ошибок в школьной программе, работе или другой деятельности;
- 2) часто не удается поддерживать внимание на заданиях или игровой деятельности;
- 3) часто заметно, что ребенок не слушает того, что ему говорится;
- 4) ребенок часто неспособен следовать инструкциям или завершить школьную работу, повседневные дела и обязанности на рабочем месте (не из-за оппозиционности поведения или неспособности понять инструкции);
- 5) часто нарушена организация заданий и деятельности;
- 6) часто избегает или очень не любит заданий, таких как домашняя работа, требующая постоянных умственных усилий;

- 7) часто теряет вещи, необходимые для выполнения определенных заданий или деятельности, таких как школьные вещи, карандаши, книги, игрушки или инструменты;
- 8) часто отвлекается на внешние стимулы;
- 9) часто забывчив в повседневной деятельности.

Гиперактивность. По меньшей мере 3 симптома гиперактивности из 5 сохраняются на протяжении 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:

- 1) часто беспокойно двигает руками или ногами или ерзает на месте⁴
- 2) покидает свое место в классной комнате или в другой ситуации, когда требуется оставаться на месте;
- 3) часто начинает бегать или куда-то карабкаться, когда это является неуместным (в подростковом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);
- 4) часто неадекватно шумен в играх или испытывает затруднения в тихом проведении досуга;
- 5) обнаруживается стойкий характер чрезмерной моторной активности, на которую существенно не влияют социальная ситуация и требования.

Импульсивность. По меньшей мере один симптом импульсивности из 4 сохраняются на протяжении 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:

- 1) часто выпаливает ответы до того, как завершены вопросы;
- 2) часто неспособен ждать в очередях, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;
- 3) часто прерывает других или вмешивается в разговоры или игры других людей;
- 4) часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальные ограничители.

Для диагностики **расстройства активности внимания (СДВГ)** должны выявляться общие критерии гиперкинетического расстройства (F90), но не критерии расстройства поведения (F91.-).

Для диагностики **гиперкинетического расстройства поведения** должны выявляться общие критерии гиперкинетического расстройства (F90), и расстройства поведения (F91.-).

Критерии диагностики расстройств поведения см. в ИДК-10 (3)

Поскольку указанные критерии как в DSM-IV-TR, так и МКБ-10 стандартизированы, но не ранжированы по степени выраженности, для балльной

оценки симптомов СДВГ используются специально разработанные оценочные шкалы, позволяющие оценивать количественные отклонения от нормы, а также динамику состояния пациента в процессе проведения терапевтических мероприятий и социальной реабилитации.

VII.1.IV. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СДВГ (ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ)

Наиболее известными оценочными шкалами являются: ADHD RS-IV , Strengths and Weakness of ADHD-symptoms and Normal-behavior , шкалы Conners .С.К. Оценка симптомов проводится в соответствии с критериями классификации DSM-IV-TR, которая, как уже было указано, имеет определенные различия с критериями СДВГ МКБ-10. Встречающиеся в различных публикациях переводы перечисленных оценочных шкал не подтверждаются проведением стандартных алгоритмов адаптации. Шкалы оценки гиперкинетических расстройств, основанные на критериях диагностики МКБ-10 , также как и вышеперечисленные шкалы оценочные шкалы основаны на анкетировании родителей (версия для родителей детей) и учителей /воспитателей школы или детских садов (версия для учителей и воспитателей).

В версии для родителей оценивается поведение и эмоциональное реагирование в ситуациях, в которых ребенок находится вместе с родителями. Версия для учителей составлена с акцентом на те формы поведения и эмоционального реагирования, которые наблюдает учитель или воспитатель в период пребывания гиперактивного ребенка в школе или детском саду.

В каждой шкале оценивается 18 симптомов, представленных в виде кратких характеристик особенностей поведения и эмоционального реагирования детей в различных ситуациях : в школе, дома, публичных местах. Диагностические шкалы включают субшкалы: «невнимательность», «гиперактивность», «импульсивность».

Результаты оцениваются отдельно по субшкалам «невнимательность», «гиперактивность», «импульсивность», а также по общему баллу, который представляет собой сумму баллов по выделенным субшкалам.

Методика тестирования обязательно включает предварительное ознакомление родителей или воспитателей/учителей с основными сведениями, касающимися СДВГ у детей, целями и задачами тестирования. Без вводной части сама процедура тестирования может быть неправильно истолкована, что приведет к эмоциональным искажениям при оценке состояния ребенка при заполнении бланка.

Проведенная оценка ретестовой надежности и эмпирической валидности «**Шкалы оценки СДВГ – критерии МКБ-10**» позволяет заключить, что данный инструмент диагностики отвечает требованиям, предъявляемым к опросным методикам, и может использоваться для определения базовых феноменов – невнимательности, гиперактивности и импульсивности в целях скрининговой диагностики гиперкинетических расстройств, оценки его выраженности, подтверждения клинического диагноза.

VII.1.V. ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Соматическое и неврологическое обследование пациента вначале производится самим психиатром.

Общий осмотр тела включает:

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

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

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

При неврологическом исследовании определяются:

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

VII.1.VI. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ.

Инструментальные методы исследования направлены на возможное установление патогенетических механизмов гиперкинетических расстройств и осложняющих (коморбидных) психопатологических и психоневрологических синдромов, а также верификацию характера органического поражения ЦНС при энцефалопатическом варианте расстройства, проведение дифференциального диагноза с психическими и неврологическими заболеваниями проявляющиеся симптомами гиперкинетических расстройств.

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

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

Эхоэнцефалографическое исследование позволяет выявить наличие внутренней гидроцефалии, при которой наблюдается увеличение размеров боковых и третьего желудочков мозга, появление высокоамплитудных сигналов.

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

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

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

VII.1.VII. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Экспериментально-психологическое исследование, должно быть ориентировано:

- 1) на анализ познавательной деятельности пациента, в том числе:
 - оценку уровня интеллектуального развития;
 - характеристику структуры интеллектуальной деятельности с выявлением наиболее и наименее сформированных ее функциональных образований;

- характеристику общих предпосылок продуктивности интеллектуальной деятельности (умственной работоспособности, внимания, памяти).;

2) *исследование эмоционально-волевой сферы и ее индивидуально-психологических особенностей ребенка;*

3) *использование методов патопсихологического исследования при необходимости дифференциального диагноза с заболеваниями, проявляющимися симптомами гиперкинетических расстройств.*

Экспериментально-психологическое исследование включает в качестве обязательного компонента беседу с испытуемым и наблюдение.

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

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

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

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

Исследование общего уровня развития познавательной деятельности (опрос об общей осведомленности, практической ориентации, ориентации в социально значимых

ситуациях и др. , пробы на сформированность основных автоматизированных навыков чтения, письма, счета) включается в беседу.

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.

VIII.I.VIII. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Нейропсихологическое исследование направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности т.н. регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля), которые страдают у гиперактивных детей и подростков в первую очередь. В настоящее время получены данные, свидетельствующие о том, что дети с СДВГ с различными типами незрелости регуляторных систем существенно отличаются друг от друга по показателям произвольной регуляции деятельности (4) Это позволяет провести оценку когнитивной деятельности ребенка и разработать индивидуальную программу коррекции.

VII.II. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

Многофакторная обусловленность СДВГ при отсутствии точных данных об этиологии и патогенезе затрудняет создание эффективных методов лечения. К этому следует добавить клиническую и патогенетическую неоднородность синдрома, значительную вариабельность симптоматики в процессе развития ребенка (его онтогенеза), чтобы понять, насколько сложным является создание единых стандартов лечения. В связи с этим алгоритмы лечения должны предусматривать возможность терапевтической или связанной с закономерностями индивидуального онтогенеза трансформации синдрома, требующей замены проводимой терапии или присоединения других методов лечения.

Ни один из методов лечения, как показывают клинические наблюдения, не является эффективным для всех. Нет ни одного метода лечения, лишённого недостатков. Единственное, на чем сходятся специалисты, лечение детей и подростков с СДВГ должно быть «мультимодальным» с участием в лечебно-реабилитационных программах врачей, психологов, социальных педагогов, родителей, учителей.

«Исходя из представлений об СДВГ как поведенческом расстройстве, имеющим свой органический или функционально-метаболический субстрат в головном мозге, следует логически предположить, что основой лечения СДВГ будет являться фармакотерапия» (из экспертного доклада «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью»)

Однако, фармакотерапия – важная, но не единственная часть комплексного лечения. Она назначается по индивидуальным показаниям тогда, когда когнитивные или поведенческие нарушения не могут быть преодолены лишь с помощью методов поведенческой терапии, психолого-педагогической коррекции и психотерапии, т.е. тогда когда пациент направляется на лечение к психиатру (психологом, педагогом-дефектологом или другим специалистом, занятым работой с детьми).

К этому следует добавить, что в России до сих пор практически не проводилось сравнительных исследований эффективности и безопасности различных методов и лекарственных средств СДВГ, полностью отвечающих современным мировым стандартам.

Имеющиеся в распоряжении разработчиков нормативные документы (отраслевые классификаторы, Государственный реестр лекарственных средств и другие документы), литературные источники с высоким уровнем доказательств в основном относятся к взрослой психиатрии. Работ, касающихся клинко-экономического и фармако-экономического анализов в детской психиатрии ничтожно мало. Практически отсутствуют данные о частоте назначения тех или иных препаратов, соотношении исходов при их назначении, длительности лечения и другие показатели, которые должны быть отражены в стандартах лечения.

В связи с этим очевидно, что для составления адекватных современным запросам психиатрической практики протоколов ведения больных с гиперкинетическими расстройствами и разработке стандартов психиатрической помощи необходимо выполнение отдельных научных исследований для уточнения и обоснования ряда позиций, касающихся алгоритмов лечения гиперкинетических расстройств. На настоящем этапе алгоритмы лечения не должны быть слишком жесткими, не допускающими отклонений от рекомендованных схем лечения.

Расстройства поведения могут быть относительно компенсированными (**фаза вне обострения**) или декомпенсированными (**фаза обострения**). Переход в фазу обострения обусловлен рядом причин:

- воздействием психогенно-стрессовых факторов;
- возникновением аномальных психосоциальных ситуаций в семье, по месту учебы;

- воздействием дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- переход в критическую фазу развития;
- аутохтонными сезонными колебания;
- сочетанием нескольких факторов.

В зависимости от ведущей причины усиления поведенческих расстройств структура терапевтических мероприятий смещается в сторону преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления коррекционно-педагогической и психотерапевтической составляющих комплексного лечения.

Вместе с тем, необходимо учитывать, что к психиатру на прием в условиях диспансера или психиатрического стационара попадают дети и подростки с более тяжелыми формами проявлений гиперкинетического синдрома, чем в психологических центрах коррекции образовательной системы. Поэтому начальный этап лечения должен включать в себя медикаментозные препараты. Это создает условия для более успешного проведения немедикаментозных методов лечения за счет уменьшения основных проявлений расстройства (невнимательности, гиперактивности, импульсивности, неспособности к деятельности, требующих волевых усилий), а также сопутствующих нарушений (эмоциональной лабильности, эксплозивности, склонности к протестным реакциям, повышенной тревожности и др.), ребенок или подросток становится более спокойным, управляемым, способным к восприятию принципов немедикаментозной коррекции.

Этапность в терапии

I. Медикаментозная терапия

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

Существует несколько клинических дифференциаций гиперкинетических расстройств, в основе которых лежит феноменологический принцип, который недостаточно эффективен при создании алгоритмов лечения. Так, в DSM-IV выделяются варианты СДВГ с преобладанием дефицита внимания, гиперактивности/импульсивности и смешанный. В МКБ-10 выделяется нарушение активности внимания (СДВГ) и гиперкинетическое нарушение поведения.

Более успешной в этом отношении является дифференциация по **клинико-патогенетическому принципу**. С определенной долей условности выделяются энцефалопатические формы, в генезе которых значительную роль играют ранние органические поражения ЦНС, дизонтогенетические формы как возрастной эквивалент формирующихся психопатий и акцентуаций развития и смешанные варианты.

Для всех выделенных форм характерно наличие клинических симптомов в виде дефицита внимания, гиперактивности, импульсивности, низкой мотивации при деятельности, требующей волевых усилий.

Для энцефалопатического варианта характерно наличие дизонтогенеза по типу парциальной ретардации, проявляющейся в виде расстройства развития речи и школьных навыков (до 70 % детей), а также нарушений резидуально-органического генеза (астено-гиперестезический синдром, синдром внутричерепной гипертензии, ВСД и др.).

Для дизонтогенетической формы характерно наличие дизонтогенеза по типу асинхронии развития с особенностями аффективного реагирования и нарушений поведения, характерными для формирующейся психопатии или акцентуации характера. Варианты данной формы СДВГ при наличии полных критериев по МКБ-10 для расстройств поведения соответствуют гиперкинетическому расстройству поведения.

Смешанный вариант характеризуется проявлениями дизонтогенеза по типу парциальной ретардации с нарушением развития речи и школьных навыков (до 75 % детей), также дизонтогенеза по типу асинхронии развития с нарушением поведения (до 59 % детей). Варианты данной формы гиперкинетических расстройств могут относиться как к нарушению активности внимания по МКБ-10, если расстройства поведения в полной мере не отвечают критериям диагностики «расстройств поведения», и к гиперкинетическим расстройствам поведения, если расстройства поведения наоборот в полной мере отвечают критериям диагностики «расстройств поведения»

Данный вариант дифференциации подводит логическую основу для построения алгоритмов лечения и реабилитации лиц с гиперкинетическими расстройствами.

Основные группы медикаментозных средств, используемых для лечения гиперкинетических расстройств в России

1. Ноотропы

По химической структуре Ноотропы представляют собой неоднородную группу лекарственных средств, которые включают различные классы препаратов. (Здесь обозначены только те ноотропные средства, эффективность которых при лечении гиперкинетических расстройств была

доказана в результате специальных исследований и / или является следствием распространенного клинического опыта; уровень доказательности «В» или «С»)

- производные пирролидона (пирацетам, ноотропил);
- производные гамма-аминомасляной кислоты (фенибут, Пантогам, пикамилон);
- нейропептиды и их аналоги (церебролизин, кортексин, семакс);
- многокомпонентные лекарственные средства (инстенон, актовегин);
- цереброваскулярные средства с ноотропным действием винпоцетин (кавинтон), циннаризин (стугерон);
- аминокислоты и вещества, влияющие на систему возбуждающих аминокислот (глицин, биотредин);
- препараты других фармакологических групп с элементами ноотропной активности левокарнитин (элькар).

Данная группа препаратов преимущественно используется при энцефалопатических и смешанных вариантах гиперкинетических расстройств.

2. Нейролептики

Предпочтение отдается препаратам с мягким седативным действием средствами. Применяется преимущественно при гиперкинетических расстройствах поведения.

- тioriдазин (сонапакс, меллерил);
- перциазин (неулептил);
- клозапин (азалептин, лепонекс);
- сульпирид (эглонил);
- хлорпротиксен (труксал).

При смешанных вариантах синдрома (наличии когнитивного дефицита и расстройств поведения) назначение нейролептических сочетается с приемом ноотропных препаратов.

3. Психостимуляторы

Психостимуляторы к применению в отечественной практике не разрешены.

4. Атомоксетин (страттера) – препарат специально созданный для лечения гиперкинетических расстройств. Основной механизм действия – блокада обратного захвата норадреналина. Препарат эффективен при вариантах синдрома с преобладанием дефицита внимания, с преобладанием гиперактивности, смешанном варианте, а также в

случаях сочетания СДВГ с деструктивным поведением (гиперкинетическое расстройство поведения), тревожным расстройством, тиками, энурезом.

5. Антидепрессанты, действующие на серотонинергическую систему, также как и трициклические антидепрессанты неэффективны в терапии основных расстройств при СДВГ, но применяются как средства терапии сопутствующих расстройств

2. Немедикаментозная терапия.

1. Поведенческая терапия, направленная на формирование навыков социального взаимодействия.

Поведенческая терапия, основанная на теории социального научения, включает такие директивные поведенческие техники, как постановка целей, моделирование, поведенческое повторение, подкрепление и домашнее задание. Поведенческая терапия проводится специально подготовленным медицинским психологом.

2. Биологически обратная связь (обучение аутокоррекции мозговой активности)

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

3. Индивидуальная и групповая психотерапия

Выбор метода индивидуальной и групповой терапии зависит от возраста ребенка, особенностей его психического статуса, наличия или отсутствия возможных аномальных психосоциальных ситуаций.

4. Нейропсихологическая коррекция.

Нейропсихологическая коррекция проводится по специально разработанным программам, включающим комплекс упражнений, включающий в себя растяжки. дыхательные упражнения., глазодвигательные упражнения, упражнения для языка и мышц челюсти. перекрестные (реципрокные) телесные упражнения, упражнения для развития моторики рук. упражнения для релаксации и визуализации, функциональные упражнения, упражнения для развития коммуникативной и когнитивной сферы. Занятий различаются по времени и количеству. минимальное количество занятий на I-н курс – 16. Предполагаются домашние задания, которые выполняются с кем-либо из родителей или других близких родственников ребенка.

5. Работа с семьей

Работа с семьей включает в себя психообразовательные программы (разъяснение родителям основных методов сути расстройства и его лечения. особенностей построения взаимодействия с больным ребенком , разрешение поведенческих проблем). Не только дети, но и их родители нуждаются в помощи, включающей психотерапевтическую

поддержку , обучению навыкам выхода из кризисной ситуации, способам конструктивного взаимодействия всех членов семьи

3. Психосоциальная терапия.

Роль психосоциальной терапии возрастет по мере возраста ребенка и достигает своего максимума в подростковом возрасте, когда начинают формироваться проблемы, связанные с социальной дезадаптацией. Психосоциальная терапия включает в себя восстановление или формирование недостаточных в условиях конкретного социума когнитивных, эмоциональных, мотивационно-волевых ресурсов личности, навыков безконфликтного общения с окружающими, предотвращение социально-психологической деформации личности.

Психосоциальная терапия не может обходиться только методами и способами воздействия, которыми располагают учреждения психиатрического профиля. Необходимо психолого-медицо-социальное сопровождение ребенка или подростка вместе с его семьей на основе межведомственного и межпрофессионального взаимодействия.

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с нейропсихологической и психолого-педагогической коррекцией, социальной работой с семьей и пациентом является одним из основополагающих принципов курации гиперкинетических расстройств..

Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные, полученные со слов родителей, из школьных характеристик и во время наблюдения за поведением больного, дополненных шкальными оценками, позволяющими выявить динамические характеристики поведения, когнитивных и коммуникативных функций, эмоционального реагирования пациента.

VIII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

8.1. Модель пациента

Синдром: дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и гиперкинетическое расстройство поведения.

Фаза синдрома: вне обострения - уменьшение проявлений основных и сопутствующих расстройств, отсутствие признаков дезадаптации .

Стадия синдрома : СДВГ или гиперкинетическое расстройство поведения у детей

Осложнения синдрома : без осложнений..

Клиническая ситуация: проведение диагностического исследования в амбулаторных условиях для решения социальных вопросов или проведения дифференциальной

диагностики с заболеваниями, проявляющимися симптомами гиперкинетических расстройств.

Профильность подразделения: учреждения психиатрического профиля.

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10 (F0 – F99).

8.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

1. Наличие у ребенка признаков гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания при отсутствии диагноза СДВГ.

2. Несоответствие выраженности симптомов гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания и социальной продуктивности установленному ранее диагнозу СДВГ.

Алгоритм выбора режима обследования (амбулаторный или стационарный).

При выборе режима обследования детей с СДВГ и гиперкинетическими расстройствами поведения (помимо юридических критериев) необходимо руководствоваться следующими клинико-психо-социальными параметрами:

1. Диагностика детей с подозрением на СДВГ и гиперкинетическое расстройство поведения «вне обострения» должна проводиться в амбулаторных условиях при отсутствии осложняющих обстоятельств:

- наличие физического дефекта, затрудняющего посещение амбулаторного медицинского учреждения;
- наличие физического дефекта или соматического заболевания у родственников или заменяющих их лиц, затрудняющего сопровождение больного в амбулаторное медицинское учреждение;
- отсутствие в амбулаторном психиатрическом учреждении возможностей для проведения диагностического обследования согласно протоколу.

2. Диагностика лиц с подозрением на СДВГ и гиперкинетическое расстройство поведения в стадии «обострение» в зависимости от выраженности основных и сопутствующих расстройств обследуются амбулаторно или направляются на диагностическое обследование в стационар.

8.1.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

8.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической .

Код	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
А 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
А 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии 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	по показаниям
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	1
А 06. 03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
В 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
А 01.31.015	Составление родословной	по показаниям
В 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по

		показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография нервной системы и головного мозга	по показаниям
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	1
A 13.30. 010	Нейропсихологическое обследование	по показаниям
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

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

Диагностическое обследование детей с СДВГ и гиперкинетическими расстройствами поведения «вне обострения» проводится в ситуациях:

- выявление симптомов гиперактивности, импульсивности и дефицита внимания у детей, не имевших ранее диагноз СДВГ или гиперкинетического расстройства поведения;

- выраженное несоответствие симптомов гиперактивности, импульсивности и дефицита внимания пациента и уровня его социального функционирования установленному ранее диагнозу СДВГ (снятие диагноза).

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

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

Заполнение родителем оценочной шкалы СДВГ-МКБ-10 с последующим подсчетом общего балла и баллов по отдельным субшкалам позволяет количественно оценить отклонения от нормы ребенка с СДВГ по симптомам гиперактивности, импульсивности, невнимательности

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. С помощью расспроса собирается субъективный анамнез (если позволяет возраст ребенка) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

При составлении родословной пациента необходимо выяснить, нет ли среди его родственников лиц с гиперкинетическими расстройствами, в том числе проявлявшихся только в детском возрасте, умственно отсталых, психически больных, личностей с патологией характера и злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами; описание особенностей передачи перечисленных видов психической

патологии. Необходимо установить, не являются ли родители больного кровными родственниками, наличие кровнородственных браков среди предшествующих поколений.

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

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

Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии 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 и выявления сопутствующей соматической патологии.

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

Для подтверждения или исключения диагноза СДВГ или гиперкинетического расстройства поведения вследствие органического поражения головного мозга (энцефалопатический или смешанный вариант) дополнительно проводится одно или несколько инструментальных исследований: **электроэнцефалографическое, ультразвуковое, реоэнцефалографическое.**

Разработанные паттерны ЭЭГ, характеризующие степень морфо-функциональной зрелости коры головного мозга и глубинных регуляторных систем разного уровня (2) позволяют проводить индивидуальную комплексную диагностику гиперкинетических расстройств и дифференциальную диагностику с заболеваниями, проявляющимися симптомами гиперкинетических расстройств.

Показаниями для **медико-генетического консультирования** являются:

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

Медико-генетическое консультирование включает:

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

Экспериментально-психологическое исследование осуществляется медицинским психологом.

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

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.

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

При проведении указанных видов услуг у пациента выявляется синдром гиперактивности с дефицитом внимания или гиперкинетическое расстройство поведения с различным уровнем когнитивных способностей без коморбидных расстройств, другое психическое расстройство, проявляющееся гиперкинетическими расстройствами, рассматриваемое в соответствующих протоколах ведения психически больных, или не выявляется достаточная выраженность СДВГ или гиперкинетических расстройств. в связи с чем диагноз не подтверждается.

8.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому.

Амбулаторно-поликлиническое лечение в рамках данного протокола не проводится. В случае необходимости проведения такого лечения, пациент параллельно данному

протоколу включается в соответствующий протокол, включающий лечение психических расстройств.

8.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.

Специальных требований нет.

8.1.7. Требования лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

8.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

8.1.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.

Специальных требований нет.

8.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами.

Определяются возрастом ребенка и выраженностью гиперкинетических расстройств.

8.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

Специальных требований нет.

8.1.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

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

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

8.1.14. Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота Развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи
Принятие диагностического заключения с проведением социальных рекомендаций	В 80 – 85% случаев	Выявление достаточных признаков для принятия диагностического решения	3 дня +2 дня для подготовки заключения	Исключение из протокола

Продление диагностического исследования с принятием диагностического решения, проведением социальных рекомендаций	В 15- 10% случаев	сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость дополнительного обследования	Длительность определяется объемом диагностических исследований и техническими возможностями мед. учреждений	Исключение из протокола
Продление диагностического исследования	В 5 % случаев	Сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость динамического наблюдения	На любом этапе	Направление на стационарное диагностическое психиатрическое исследование и переход в другую модель

8.2.15 *Стоимостные характеристики протокола*

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов

8.2. Модель пациента

Синдром: дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и гиперкинетическое расстройство поведения.

Фаза синдрома: вне обострения - уменьшение проявлений основных и сопутствующих расстройств, отсутствие признаков дезадаптации .

Стадия синдрома : СДВГ или гиперкинетическое расстройство поведения у подростков.

Осложнения синдрома: без осложнений

Клиническая ситуация: проведение диагностического исследования в амбулаторно-поликлинических условиях для решения социальных вопросов или проведения дифференциальной диагностики.

Профильность подразделения: учреждения психиатрического профиля.

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10 (F0 – F99).

8.2.1. *Критерии и признаки, определяющие модель пациента.*

1. Наличие у подростка признаков гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания при отсутствии диагноза СДВГ.

2. Несоответствие выраженности симптомов гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания и социальной продуктивности установленному ранее диагнозу СДВГ.

Алгоритм выбора режима обследования (амбулаторный или стационарный).

При выборе режима обследования подростков с СДВГ и гиперкинетическими расстройствами поведения (помимо юридических критериев) необходимо руководствоваться следующими клинико-психо-социальными параметрами:

1. Диагностика подростков с подозрением на СДВГ и гиперкинетическое расстройство поведения «вне обострения» должна проводиться в амбулаторных условиях при отсутствии осложняющих обстоятельств:

- наличие физического дефекта, затрудняющего посещение амбулаторного медицинского учреждения;
- наличие физического дефекта или соматического заболевания у родственников или заменяющих их лиц, затрудняющего сопровождение больного в амбулаторное медицинское учреждение;
- отсутствие в амбулаторном психиатрическом учреждении возможностей для проведения диагностического обследования согласно протоколу.

2. Диагностика лиц с подозрением на СДВГ и гиперкинетическое расстройство поведения в стадии «обострение» в зависимости от выраженности основных и сопутствующих расстройств обследуются амбулаторно или направляются на диагностическое обследование в стационар.

8.2.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

8.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической .

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

	нервной системы и головного мозга	
A.02. 03. 001	Измерение окружности головы	по показаниям
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 раза
A 01.20.001	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 06.03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
A 01. 31. 015	Составление родословной	1
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация врача-генетика) повторный	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1

A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография нервной системы и головного мозга	по показаниям
A 13.30.01.	Нейропсихологическое обследование	по показаниям
A 13. 30. 005	Психотерапия	по показаниям
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	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22.02.02	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

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

Диагностическое обследование подростков с СДВГ и гиперкинетическими расстройствами поведения «вне обострения» проводится в ситуациях:

- выявление симптомов гиперактивности, импульсивности и дефицита внимания у детей, не имевших ранее диагноз СДВГ или гиперкинетического расстройства поведения;
- выраженное несоответствие симптомов гиперактивности, импульсивности и дефицита внимания пациента и уровня его социального функционирования установленному ранее диагнозу СДВГ (снятие диагноза).

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

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

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. С помощью расспроса собирается субъективный анамнез и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

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

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

Психопатологическое исследование, наблюдение за поведением пациента позволяют выявить расстройства настроения, волевой сферы, интеллекта и его предпосылок (памяти,

внимания), оценить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования и др.

Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии 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 и выявления сопутствующей соматической патологии.

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

Для подтверждения или исключения диагноза СДВГ или гиперкинетического расстройства поведения вследствие органического поражения головного мозга (энцефалопатический или смешанный вариант) дополнительно проводится одно или несколько инструментальных исследований: **электроэнцефалографическое, ультразвуковое, реоэнцефалографическое и др.**

Показаниями для **медико-генетического консультирования** являются:

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

Медико-генетическое консультирование включает:

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

Экспериментально-психологическое исследование осуществляется медицинским психологом.

Анализ экспериментальных данных, полученных на материале всех использованных методик, проводится в трех направлениях: оценка сформированности психических процессов и функций (анализ, синтез, обобщение, установление логических связей и др.),

возможности обучаемости испытуемого, а также особенностей общей организации психической деятельности (умственная работоспособность, память, внимание, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

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.

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

При проведении указанных видов услуг у пациента выявляется синдром гиперактивности с дефицитом внимания или гиперкинетическое расстройство поведения с различным уровнем когнитивных способностей без коморбидных расстройств, другое психическое расстройство, проявляющееся гиперкинетическими расстройствами, рассматриваемое в соответствующих протоколах ведения психически больных, или не выявляется достаточная выраженность СДВГ или гиперкинетических расстройств, в связи с чем диагноз не подтверждается.

8.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому.

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

8.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.

Специальных требований нет.

8.2.7. Требования лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

8.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

8.2.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.

Специальных требований нет.

8.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами.

Определяются возрастом ребенка и выраженностью гиперкинетических расстройств.

8.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

Специальных требований нет.

8.2.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

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

В случае выявления расстройств, свидетельствующих о наличии у подростка другого заболевания, проявляющегося симптомами гиперкинетических расстройств, врач-психиатр делает аргументированное заключение о целесообразности продолжения диагностического обследования пациента в рамках соответствующего протокола.

8.2.14. Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота Развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи
Принятие диагностического заключения и решения МСЭК, РВК, ВВК с проведением социальных рекомендаций	В 85 – 90% случаев	Выявление достаточных признаков для принятия диагностического решения	3 дней +2 дня для подготовки заключения	Исключение из протокола
Продление диагностического исследования без принятия диагностического решения	В 10- 7% случаев	Сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость дополнительного обследования	Длительность определяется объемом диагностических исследований и техническими возможностями мед. учреждений	Исключение из протокола
Продление диагностического исследования без принятия диагностического решения	В 5 - 3 % случаев	Продление диагностического исследования без принятия диагностического решения	На любом этапе	Направление на стационарное диагностическое психиатрическое исследование и переход в другую модель

8.2.15 *Стоимостные характеристики протокола*

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов

8.3. Модель пациента

Синдром: дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и гиперкинетическое расстройство поведения.

Фаза синдрома: вне обострения - уменьшение проявлений основных и сопутствующих расстройств, отсутствие признаков дезадаптации .

Стадия синдрома : СДВГ или гиперкинетическое расстройство поведения у детей

Осложнения синдрома: без осложнений

Клиническая ситуация: проведение диагностического исследования в стационарных условиях для решения социальных вопросов или проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями, проявляющимися симптомами гиперкинетических расстройств.

Профильность подразделения: учреждения психиатрического профиля.

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10 (F0 – F99).

8.3.1. *Критерии и признаки, определяющие модель пациента.*

1. Наличие у ребенка признаков гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания при отсутствии диагноза СДВГ.
2. Несоответствие выраженности симптомов гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания и социальной продуктивности установленному ранее диагнозу СДВГ.

8.3.2. *Порядок включения пациента в протокол.*

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

8.3.3 Требования к диагностике стационарной.

Код	Наименование медицинских работ и услуг.	кратность
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A01.31.015	Составление родословной	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	20

A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	20
A 01.22.001	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
A 02.09.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	по показаниям
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	по показаниям
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
A 02.03.002	Измерение массы тела	1
A 02.03.005	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02. 03. 005	Измерение роста	1
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	Не менее 3х раз
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	не менее 1раза
B 01.58.01	Прием (осмотр) врача-терапевта первичный	1
A 08.05.004	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	по показаниям
B 01. 001. 01	Прием (осмотр) врача-гинеколога первичный	по показаниям
B 01.23.01	Прием (осмотр) врача-невролога первичный	1
A 01. 31. 015	Составление родословной	1
B01. 006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A12.05..013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по

		показаниям
В 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
А 06.03.002	Прием (осмотр) врача-окулиста первичный	1
А 04.12.001	Исследование глазного дна	1
А 04.12.002	Регистрация электрокардиограммы	по показаниям
А 06.03.006	Электроэнцефалография	1
А 09.23.001	Магнитно-резонансная томография нервной системы и головного мозга	по показаниям
А0 04.23.001	Реоэнцефалография	по показаниям
А 09.23.003	Компьютерная томография головы	по показаниям
А 09.23.004	Ультразвуковое исследование мозга	1
А 09.23.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекций	по показаниям
Д 12.01.01	Взятие крови из пальца	Не менее 1 раза
А 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	Не менее 1 раза
А 09.05.026	Рентгеноскопия легких	по показаниям
А 09.05..003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
А 08.05..004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
А 08.05..006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
А 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
А 12.05.003	Исследование уровня эритроцитов крови	1
А 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов крови	1
А 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов крови	1
А 08. 05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1
А 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов.	по показаниям
А 09.05.002	Оценка гематокрита	по показаниям
А 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
А 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
А 09.28.022	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	по

		показаниям
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
A 09. 28..003	Определение белка в моче	1
A 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (pH)	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	по показаниям
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	по показаниям
A 12..06.03	Реакция Вассермана (RW)	1
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1
A 09.05.041	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1
A 09.05.042	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1
A 09.05..023	Исследование уровня глюкозы в крови	по показаниям
A 09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка крови	по показаниям
A 09.05.017	Исследование уровня мочевины крови	по показаниям
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина крови	по показаниям
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина крови	по показаниям
D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
Д 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
A 13.30.010	Нейропсихологическое исследование	по показаниям
D 03. 05	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	Не мене 3х раз

D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1

8.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских работ и услуг в условиях стационара.

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

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить расстройства настроения, волевой сферы, интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания), оценить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования и др.

При проведении указанных видов услуг у пациента выявляются синдром дефицита внимания с гиперактивностью или гиперкинетическое расстройство поведения , наличие иного заболевания, проявляющегося симптомами гиперкинетических расстройств, рассматриваемого отдельным протоколом ведения психически больных, или выраженность

симптомов гиперактивности, импульсивности, невнимательности не соответствуют критериям диагностики СДВГ или гиперкинетического расстройства поведения.

Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы 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 энцефалопатической форме гиперкинетических расстройств и выявления сопутствующей соматической патологии.

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

Показаниями для **медико-генетического консультирования** являются:

- наличие сходных по клинко-психопатологическим проявлениям случаев гиперкинетических расстройств в семье;
- сочетаний психических, соматических расстройств и аномалий развития у пациента.

Медико-генетическое консультирование включает:

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

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

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.

Для уточнения характера органического поражения головного мозга возможно проведение *электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований, компьютерной томографии головного мозга, магнитно-ядерно-резонансного исследования головного мозга* и других исследований, направленных на уточнение патогенеза гиперкинетических расстройств.

8.3.5. Требования к лечению стационарному.

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

8.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.

Специальных требований нет.

8.3.7. Требования лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

8.3.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

8.3.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.

Специальных требований нет.

8.3.10.. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами

Специальных требований нет.

8.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

С0пециальных требований нет.

8.3.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

8.3.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Родители пациентов или заменяющие их лица должны быть подробно проинструктированы в отношении психопатологических особенностей пациента, его когнитивных особенностей, особенностей эмоционального реагирования, поведенческой активности. Членам семьи больного даются соответствующие рекомендации,

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

В случаях выявления обстоятельств, затрудняющих проведение диагностического обследования вследствие неясности клинической картины из-за наличия осложняющих синдром психопатологических и психоневрологических расстройств, требующих лечения, требования данного протокола прекращается, пациент переходит в другую модель до выхода из болезненного состояния.

8.3.15. Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота Развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи.
Принятие диагностического заключения и решение с проведением социальных рекомендаций	90 – 93 % случаев	Выявление достаточных признаков для принятия диагностического решения	30 дней для принятия диагностического заключения	Исключение из протокола
Продление диагностического исследования	5 – 7 % случаев	Сложность экспертной оценки, связанной с неясностью клинической картины из-за осложняющих психопатологических расстройств.	40 – 60 дней	Направление на лечение до купирования осложняющей психопатологической и психоневрологической с-ки .
Принятие диагностического решения; выявление осложняющей симптоматики, требующей лечения	В 3-5 % случаев	Выявление достаточных признаков для принятия диагностического решения	На любом этапе	Исключение из данного протокола; переход в другую модель.

8.3.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов

8.4. Модель пациента

Синдром: дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и гиперкинетическое расстройство поведения.

Фаза синдрома: вне обострения - уменьшение проявлений основных и сопутствующих расстройств, отсутствие признаков дезадаптации .

Стадия синдрома : СДВГ или гиперкинетическое расстройство поведения у подростков.

Осложнения синдрома: отсутствие дополнительных по отношению к синдрому дефицита внимания с гиперактивностью и гиперкинетического расстройства поведения психопатологических и психоневрологических расстройств.

Клиническая ситуация: проведение диагностического исследования в стационарных условиях для решения социальных вопросов или проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями, проявляющимися симптомами гиперкинетических расстройств.

Профильность подразделения: учреждения психиатрического профиля.

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10 (F0 – F99).

8.4.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

1. Наличие у подростка признаков гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания при отсутствии диагноза СДВГ.

2. Несоответствие выраженности симптомов гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания и социальной продуктивности установленному ранее диагнозу СДВГ.

8.4.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

8.4.3 Требования к диагностике стационарной.

Код	Наименование медицинских работ и услуг.	кратность
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A01.31.015	Составление родословной	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	20
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	20
A 01.22.001	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
A 02.09.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и	по

	головного мозга	показаниям
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	по показаниям
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
A 02.03.002	Измерение массы тела	1
A 02.03.005	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02. 03. 005	Измерение роста	1
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	Не менее 3х раз
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	не менее 1раза
B 01.58.01	Прием (осмотр) врача-терапевта первичный	1
A 08.05.004	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1
B 01. 001. 01	Прием (осмотр) врача-гинеколога первичный	1
B 01.23.01	Прием (осмотр) врача-невролога первичный	1
A 01. 31. 015	Составление родословной	1
B01. 006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A12.05..013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 06.03.002	Прием (осмотр) врача-окулиста первичный	1
A 04.12.001	Исследование глазного дна	1
A 04.12.002	Регистрация электрокардиограммы	по показаниям
A 06.03.006	Электроэнцефалография	1
A 09.23.001	Магнитно-резонансная томография нервной системы и головного мозга	по показаниям

A0 04.23.001	Реоэнцефалография	по показаниям
A 09.23.003	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 09.23.004	Ультразвуковое исследование мозга	1
A 09.23.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекций	по показаниям
D 12.01.01	Взятие крови из пальца	Не менее 1 раза
A 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	Не менее 1 раза
A 09.05.026	Рентгеноскопия легких	по показаниям
A 09.05..003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
A 08.05..004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
A 08.05..006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
A 12.05.003	Исследование уровня эритроцитов крови	1
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов крови	1
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов крови	1
A 08. 05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов.	по показаниям
A 09.05.002	Оценка гематокрита	по показаниям
A 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
A 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
A 09.28.022	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	по показаниям
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
A 09. 28..003	Определение белка в моче	1
A 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (pH)	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	по показаниям
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	по

		показаниям
A 12..06.03	Реакция Вассермана (RW)	1
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1
A 09.05.041	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1
A 09.05.042	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1
A 09.05..023	Исследование уровня глюкозы в крови	по показаниям
A 09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка крови	по показаниям
A 09.05.017	Исследование уровня мочевины крови	по показаниям
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина крови	по показаниям
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина крови	по показаниям
D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
Д 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
A 13.30.010	Нейропсихологическое исследование	по показаниям
D 03. 05	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	Не мене 3х раз
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1

8.4.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских работ и услуг в условиях стационара.

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

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить расстройства настроения, волевой сферы, интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания), оценить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования и др.

При проведении указанных видов услуг у пациента выявляются синдром дефицита внимания с гиперактивностью или гиперкинетическое расстройство поведения , наличие иного заболевания, проявляющегося симптомами гиперкинетических расстройств, рассматриваемого отдельным протоколом ведения психически больных, или выраженность симптомов гиперактивности, импульсивности, невнимательности не соответствуют критериям диагностики СДВГ или гиперкинетического расстройства поведения.

Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы 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 энцефалопатической форме гиперкинетических расстройств и выявления сопутствующей соматической патологии.

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

Показаниями для *медико-генетического консультирования* являются:

- наличие сходных по клинико-психопатологическим проявлениям случаев гиперкинетических расстройств в семье;
- сочетаний психических, соматических расстройств и аномалий развития у пациента.

Медико-генетическое консультирование включает:

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

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

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.

Для уточнения характера органического поражения головного мозга возможно проведение *электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований, компьютерной томографии головного мозга, магнитно-ядерно-резонансного исследования головного мозга* и других исследований, направленных на уточнение патогенеза гиперкинетических расстройств.

8.4.5. Требования к лечению стационарному.

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

8.4.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.

Специальных требований нет.

8.4.7. Требования лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

8.4.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

8.4.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.

Специальных требований нет.

8.4.10.. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами

Специальных требований нет.

8.4.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

Специальных требований нет.

8.4.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

8.4.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Родители пациентов или заменяющие их лица должны быть подробно проинструктированы в отношении психопатологических особенностей пациента, его когнитивных особенностей, особенностей эмоционального реагирования, поведенческой активности. Членам семьи больного даются соответствующие рекомендации,

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

В случаях выявления обстоятельств, затрудняющих проведение диагностического обследования вследствие неясности клинической картины из-за наличия осложняющих синдром психопатологических и психоневрологических расстройств, требующих лечения, требования данного протокола прекращается, пациент переходит в другую модель до выхода из болезненного состояния.

8.4.15. Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота Развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи.
Принятие диагностического заключения и решение РВК, с проведением социальных рекомендаций	90 – 93 % случаев	Выявление достаточных признаков для принятия диагностического решения	30 дней для принятия диагностического заключения	Исключение из протокола
Продление диагностического исследования	5 – 7 % случаев	Сложность экспертной оценки, связанной с неясностью клинической картины из-за осложняющих психопатологических. расстройств.	40 – 60 дней	Направление на лечение до купирования осложняющей психопатологической и психоневрологической с-ки .
Принятие диагностического решения с проведением социальных рекомендаций	В 100 % случаев	Выявление достаточных признаков для принятия диагностического решения	На любом этапе	Исключение из протокола; .

8.4.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов

8.5. Модель пациента

Синдром: нарушение активности внимания - СДВГ

Фаза синдрома: обострение основных проявлений синдрома.

Стадия синдрома: нарушение активности внимания у подростков и детей.

Осложнения синдрома: без осложнений

Клиническая ситуация: лечение в амбулаторно-поликлинических условиях.

Профиль подразделения, учреждения:

- амбулаторное учреждение (подразделение) для оказания психиатрической помощи.

8.5.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

Наличие у ребенка или подростка признаков гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания, требующими проведения лечения.

8.5.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

8.5.3. Требования к проведению диагностического исследования амбулаторно-поликлиническому.

Код	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии центральной нервной системы	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 02. 03. 001	Измерение окружности головы	по показаниям
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	1	
A 06. 03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям	
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям	
A 01.31.015	Составление родословной	по показаниям	
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям	
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям	
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям	
B 01.006.01	Прием (осмотр,консультация)0 врача-генетика повторный	по показаниям	
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1	
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1	
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям	
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям	по показани
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография нервной системы и головного мозга	по показаниям	
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	1	
A 13.30. 010	Нейропсихологическое обследование	по показаниям	
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1	
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1	
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1	
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1	
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1	
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1	

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

8.5.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому немедикаментозному

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Работа с семьей	Согласно алгоритму
Коррекция поведения индивидуальная (поведенческая терапия)	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям
Нейропсихологическая коррекция	По показаниям
Биологически обратная связь	По показаниям

8.5.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

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

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

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

В зависимости от ведущей причины усиления когнитивных и поведенческих 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 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 детьми, пациенты с гиперкинетическими расстройствами могут приобщаться к групповым формам психотерапии. Целью групповой психотерапии является снижение коммуникативной напряженности ребенка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции. У детей старшего возраста (12-14 лет) может проводиться анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

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

8.5.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Ингибиторы обратного захвата норадреналина (страттера)	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Психотропные средства (нейролептики)	Согласно алгоритму
Диуретики	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие мозговой метаболизм и мозговое кровообращение	Согласно алгоритму

7.5.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Терапевтическая чувствительность к лекарственным препаратам у детей с гиперкинетическими расстройствами различна в зависимости от процессов всасывания, особенностей фармакодинамики, метаболизма и действия метаболитов.

Учитывая широкий диапазон терапевтического ответа на назначение лекарственных средств, необходимо их титрование до получения терапевтического эффекта. Оптимальным считается начало с 0,5 предполагаемой терапевтически активной дозы с последующим увеличением дозы на каждый третий день. Необходимо учитывать вероятность возникновения побочных эффектов, парадоксальных эффектов и осложнений медикаментозной терапии, особенно при назначении препаратов с психотропной активностью. У отдельных пациентов при лечении гиперкинетических расстройств не удастся подобрать медикаментозное лечение в рамках протокола (рекомендуемые препараты, дозы препарата). В перечисленных случаях возможен выход за рамки протокола с подбором индивидуальных схем лечения.

Лечение энцефалопатических форм нарушения активности внимания (СДВГ) начинают с назначения *ноотропных препаратов* в зависимости от индивидуальной чувствительности к отдельной группе или конкретному препарату. Наиболее часто назначаемым препаратом является пантогам, который эффективен при СДВГ без сопутствующих расстройств и при осложнении тикозными расстройствами, энурезом, энкопрезом. Сочетание пантогама с глицином повышает эффективность лечения и уменьшает вероятность развития гиперстимулирующего эффекта.

Наряду с производными гамма-аминомасляной кислоты (пантогам, фенибут, пикамилон) в практике лечения энцефалопатических и смешанных форм СДВГ

используются ноотропные препараты других фармакологических групп: производные пирролидина (пирацетам, ноотропил), нейропептиды и их аналоги (церебролизин, кортексин, семакс), многокомпонентные лекарственные средства (инстенон).

Другим препаратом выбора, особенно в случаях низкой эффективности ноотропов, является *высокоселективный ингибитор пресинаптических переносчиков норадреналина - атомоксетин (страттера)*. Препарат эффективен при вариантах синдрома с преобладанием дефицита внимания, с преобладанием гиперактивности, смешанном варианте, а также в случаях сочетания СДВГ с деструктивным поведением (гиперкинетическое расстройство поведения), тревожным расстройством, тиками, энурезом. Алгоритм лечения атомоксетиной предусматривает назначение препарата в однократной суточной дозе утром у детей 6 лет и старше, а также подростков и взрослых, страдающих СДВГ. Рекомендуемая начальная суточная доза составляет 0,5 мг на кг. веса ребенка или подростка и увеличивается до терапевтической суточной дозы 1,2 мг/кг не ранее, чем через 3 дня. В случае отсутствия улучшения в состоянии пациента общая суточная доза может быть увеличена до максимальной 1,8 мг/кг. не ранее, чем через 2-4 недели после начала приема препарата. В случае возникновения нежелательных эффектов терапии в виде однократной суточной дозы, пациентам можно рекомендовать прием препарата дважды в сутки, разделяя дозу на утренний прием и прием поздно днем или рано вечером.

Назначение нейролептических средств при СДВГ, не осложненных расстройствами поведения, назначается в случаях оппозиционных реакций в качестве дополнения к ноотропной терапии. Как правило, назначаются мягко действующие нейролептики в небольших дозах для стабилизации состояния ребенка или подростка с тем, чтобы можно было использовать методы немедикаментозной терапии.

При энцефалопатической форме СДВГ поддерживающим декомпенсацию состояния пациента фактором может быть нарушение ликворо- и гемодинамики. Это является показанием к назначению средств, понижающих внутричерепное давление, способствующих нормализации церебральной гемодинамики (диуретики, препараты, улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга).

При повышенном внутричерепном давлении из диуретических средств препаратом выбора является ацетазоламид, подавляющий карбоангидразу в сосудистых сплетениях желудочков головного мозга, что приводит к снижению продукции спинно-мозговой жидкости.

Длительность терапии определяется состоянием пациента и в виде поддерживающей терапии может использоваться в течение многих месяцев.

Лечение из расчета 30 дней

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Ориентировочная дневная доза в зависимости от возраста	ЭКД***мг ОДДхкол-во дней
Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	Ноотропные препараты		0,8		
		Пантогам	0,7	0,5г –1,5г	15-45 г.
		Пикамилон	0,01	10-40 мг.	0,3-1,2 г.
		Фенибут	0,01	0,5-1.0 г.	15-30 г.
		Ноотропил	0,01	0,4-1,6 г.	12-48 г.
		Кортексин	0,02	10 мг..	100 мг.
		Церебролизин	0,02	1,0-5,0 мл	20,0-75 мл
		Семакс	0,02	100-1000 мкг	3-30 мг.
		Инстенон	0,005	1-3 табл	30-90 табл.
		Левонарктин	0,005	0,2-1,0 г.	6-30 г.
	Ингибиторы пресинаптических переносчиков норадреналина		0,1		
		Атомоксетин	0,1	1,2-1,8 мг/кг веса (от10 до120 мг)	0,3-3,6 г.
	Нейролептики		0.1		
		Тиоридазин	0,008	0,01-0,03 г.	0,3-0,9 г.
		Перициазин	0,001	3-9 мг..	90-270 мг.
		Клозапин	0,001	5-20 мг.	0,15-0,6 г.
		Хлорпротексен	0.0005	15-60 мг.	0,45-1,8 г.
		Тиоприд	0,0005	0,1-0,3 г.	3-9 г.
	Препараты улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга		0,3		
		Актовегин	0,05	1 - 3табл.	30-90 табл.
		Циннаризин	0,15	25-75 мг	750-2250 мг.
		Винпоцетин	0,1	5-10 мг.	150-300 мг.
	Диуретики				
		Ацетозаламид	1	125-250 мг.	1,25-2,5 г.
	Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия		0,3		
		Калия и магния аспарагинат	1	1-3 драже	10-30 др.

8.5.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

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 вспомогательным процедурам

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

7.5.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

8.5.12. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

8.5.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

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

8.5.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

Отсутствие признаков когнитивной и поведенческой дезадаптации у пациента по данным наблюдения не менее 2х-3х месяцев. Больной переводится на консультативное наблюдение.. Действия требований протокола прекращаются.

При развитии другого заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями раздела этого протокола ведения больных.

8.5.15. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Социальная адаптация	В 70- 80 % случаев	Отсутствие признаков когнитивного дефицита и расстройств поведения	2-3 месяца	Исключение пациента из протокола
Частичная социальная адаптация	В 10-15 % случаев	Уменьшение выраженности когнитивных и	1-2 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс

		поведенческих расстройств		лечения
Социальная дезадаптация	В 5-9,5 % случаев	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики состояния	1-3 месяц	Ведение пациента по данной модели, повторный курс с изменением терапии
Развитие осложнений	В 0-0,5 % случаев	Появление осложнений, обусловленных проводимой терапией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

8.5.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

8.6. Модель пациента

Синдром: гиперкинетическое расстройство поведения

Фаза синдрома: обострение основных проявлений синдрома.

Стадия синдрома: гиперкинетические расстройства поведения у подростков и детей.

Осложнения синдрома: без осложнений

Клиническая ситуация: лечение в амбулаторно-поликлинических условиях.

Профиль подразделения, учреждения:

- амбулаторное учреждение (подразделение) для оказания психиатрической помощи.

8.6.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

Наличие у ребенка или подростка не соответствующих возрасту признаков гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания, сочетающихся с расстройствами поведения, требующими проведения лечения.

8.6.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

8.6.3. Требования к проведению диагностического исследования амбулаторно-поликлиническому.

Код	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
А 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими	1

	расстройствами	
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
A.02. 03. 001	Измерение окружности головы	по показаниям
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 раза
A 01.20.001	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 06.03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
A 01. 31. 015	Составление родословной	1
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по

		показаниям
В 01.006.01	Прием (осмотр, консультация врача-генетика) повторный	по показаниям
А 05.23.002	Электроэнцефалография	1
А 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
А 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
А 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показания
А 05.23.003	Магнитно-резонансная томография нервной системы и головного мозга	по показания
А 13.30.01.	Нейропсихологическое обследование	по показаниям
А 13. 30. 005	Психотерапия	по показаниям
Д 12.02.04.	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
Д 12.02.03.	Подготовка заключения экспериментально- психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом.	1
Д 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
Д 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
Д 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
Д 22.02.02	Оформление и подготовка выписок из документов	1
Д 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
Д 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
Д 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

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

Диагностическое обследование детей и подростков с гиперкинетическими расстройствами поведения проводится в ситуации первичного обращения пациента к психиатру. В ситуациях повторного обращения психиатра за оказанием лечебной помощи диагностическое обследование не проводится за исключением случаев, когда трансформация клинической картины требует повторного диагностического обследования.

В начале, до контакта с пациентом осуществляется изучение медицинской документации, характеристик с места учебы, 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; данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, патогенных биологических воздействиях внутриутробного и перинатального периодов, особенностях психомоторного развития, формирования речи, школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях постнатального периода, а также данные об особенностях психического состояния и поведения пациента в зрелом возрасте, возможности самообслуживания, уровень социальной адаптации.***

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. С помощью расспроса собирается субъективный анамнез и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

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

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

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

Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии 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 и выявления сопутствующей соматической патологии.

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

Для подтверждения или исключения диагноза СДВГ или гиперкинетического расстройства поведения вследствие органического поражения головного мозга (энцефалопатический или смешанный вариант) дополнительно проводится одно или несколько инструментальных исследований: *электроэнцефалографическое, ультразвуковое, реоэнцефалографическое и др.*

Показаниями для *медико-генетического консультирования* являются:

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

Медико-генетическое консультирование включает:

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

Экспериментально-психологическое исследование осуществляется медицинским психологом.

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

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.

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

При проведении указанных видов услуг у пациента выявляется или подтверждается (при повторных обращениях) гиперкинетическое расстройство поведения с различным уровнем когнитивных способностей без коморбидных расстройств, другое психическое расстройство, проявляющееся гиперкинетическими расстройствами, рассматриваемое в соответствующих протоколах ведения психически больных, или не выявляется достаточная выраженность гиперкинетических расстройств, в связи с чем диагноз не подтверждается.

8.6.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому немедикаментозному

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Работа с семьей	Согласно алгоритму
Коррекция поведения индивидуальная (поведенческая терапия)	Согласно алгоритму
Процедуры по адаптации к условиям микросреды	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям
Нейропсихологическая коррекция	По показаниям
Биологически обратная связь	По показаниям

86.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

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

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

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

В зависимости от ведущей причины усиления когнитивных и поведенческих 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 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 детьми, пациенты с гиперкинетическими расстройствами могут приобщаться к групповым формам психотерапии. Целью групповой психотерапии является снижение коммуникативной напряженности ребенка и подростка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции. У детей старшего возраста (12-16 лет) может проводиться анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

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

8. 6.7. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому.

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Психотропные средства	Согласно алгоритму
Ингибиторы пресинаптических переносчиков норадреналина (страттера)	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Диуретики	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие мозговой метаболизм и мозговое кровообращение	Согласно алгоритму

8. 6..8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

При гиперкинетических расстройствах поведения в подавляющем большинстве случаев выявляется наличие дизонтогенеза по типу асинхронии развития с особенностями аффективного реагирования и нарушений поведения, характерными для формирующейся психопатии или акцентуации характера.

Терапевтическая чувствительность к лекарственным препаратам у детей с гиперкинетическими расстройствами различна в зависимости от процессов всасывания, особенностей фармакодинамики, метаболизма и действия метаболитов.

Учитывая широкий диапазон терапевтического ответа на назначение лекарственных средств, необходимо их титрование до получения терапевтического эффекта. Оптимальным считается начало с 0,5 предполагаемой терапевтически активной дозы с последующим увеличением дозы на каждый третий день. Необходимо учитывать вероятность возникновения побочных эффектов, парадоксальных эффектов и осложнений медикаментозной терапии, особенно при назначении препаратов с психотропной активностью, особенно у пациентов с гиперкинетическими расстройствами смешанного генеза (дионтогенетического и энцефалопатического).

Основным лекарственным методом лечения гиперкинетических расстройств являются нейролептические средства. Использование ноотропов не оказывает положительного терапевтического эффекта за исключением смешанных вариантов в комплексе опять же нейролептических препаратов. . Как правило, назначаются мягко действующие нейролептики в небольших или умеренных (в зависимости от выраженности и типа поведенческих расстройств) дозах для стабилизации состояния ребенка или подростка с тем, чтобы можно было подключить методы немедикаментозной терапии.

практика показывает, что одна только медикаментозная терапия не позволяет добиться стойкой ремиссии состояния пациента с реадaptацией в социальной среде.

Другим препаратом выбора, является высокоселективный ингибитор пресинаптических переносчиков норадреналина - атомоксетин (страттера). Препарат эффективен при вариантах синдрома с преобладанием дефицита внимания, с преобладанием гиперактивности, смешанном варианте, а также в случаях сочетания СДВГ с деструктивным поведением (гиперкинетическое расстройство поведения), тревожным расстройством, тиками, энурезом. Алгоритм лечения атомоксетиной предусматривает назначение препарата в однократной суточной дозе утром у детей 6 лет и старше, а также подростков и взрослых, страдающих СДВГ. Рекомендуемая начальная суточная доза составляет 0,5 мг на кг. веса ребенка или подростка и увеличивается до терапевтической суточной дозы 1,2 мг/кг не ранее, чем через 3 дня. В случае отсутствия улучшения в состоянии пациента общая суточная доза может быть увеличена до максимальной 1,8 мг/кг. не ранее, чем через 2-4 недели после начала приема препарата. В случае возникновения нежелательных эффектов терапии в виде однократной суточной дозы, пациентам можно рекомендовать прием препарата дважды в сутки, разделяя дозу на утренний прием и прием поздно днем или рано вечером.

При смешанном варианте гиперкинетических расстройств поддерживающим декомпенсацию состояния пациента фактором может быть нарушение ликворо- и гемодинамики. Это является показанием к назначению средств, понижающих внутричерепное давление, способствующих нормализации церебральной гемодинамики (диуретики, препараты, улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга).

При повышенном внутричерепном давлении из диуретических средств препаратом выбора является ацетазоламид, подавляющий карбоангидразу в сосудистых сплетениях желудочков головного мозга, что приводит к снижению продукции спинно-мозговой жидкости.

Длительность терапии определяется состоянием пациента и в виде поддерживающей терапии может использоваться в течение многих месяцев.

Лечение из расчета 30 дней

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Ориентировочная дневная доза в зависимости от возраста	ЭКД***мг ОДДхкол-во дней
Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	Нейролептики		0,9		
		Тиоридазин	0,7	15 –60 мг.	0,45-1,8 г.
		Перициазин	0,1	4 - 16 мг.	0,12-0,48, г.
		Клозапин	0,02	10-30 мг..	0,3-0,9 г.
		Хлорпротиксен	0,02	15- 60 мг	0,45-1,8 г.
		Тиаприд	0,01	0.1-0.5	3-15 г.
		Левомепромазин	0,025	50- 150 мг.	1,5-4,5 г.
		Хлорпромазин	0,025	150 - 150	1,5 – 4,5 г.
	Ингибиторы пресинаптических переносчиков норадреналина		0,1		
		Атомоксетин	1	1,2-1,8 мг/кг веса (от10 до120 мг)	0,3-3,6 г.
	Ноотропные препараты		0.3		
		Пантогам	0,9	0,25-1000 мг.	7,5 - 30г.
		Кортексин	0,02	10 мг..	100мг.
		Семакс	0,02	100-1000 мкг.	3-30 мг.
		Церебролизин	0.02	1.0-2.0 мл..	20.0-40.0 мл.
		Пикамилон	0,04	10-30 мг.	0,3-0,9 г.
	Препараты улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга		0,3		
		Актовегин	0,05	1 - 3табл.	30-90 табл.
		Циннаризин	0,15	25-75 мг	750-2250 мг.
		Винпоцетин	0,1	5-10 мг.	150-300 мг.
	Диуретики				
		Ацетозаламид	1	125-250 мг.	1,25-2,5 г.
	Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия		0,3		
		Калия и магния аспарагинат	1	1-3 драже	10-30 др.

8.6.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

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

8.6.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

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

8.6.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

8.6.12. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

8.6.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

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

8.6.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

Отсутствие признаков когнитивной и поведенческой дезадаптации у пациента по данным наблюдения не менее 2х-3х месяцев. Больной переводится на консультативное наблюдение.. Действия требований протокола прекращаются.

При развитии другого заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями раздела этого протокола ведения больных.

8.6.15. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Социальная адаптация	В 50- 60 % случаев	Отсутствие признаков когнитивного дефицита и расстройств поведения	2-3 месяца	Исключение пациента из протокола
Частичная социальная адаптация	В 15-20 % случаев	Уменьшение выраженности когнитивных и поведенческих расстройств	1-2 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс лечения
Социальная дезадаптация	В 5-10 % случаев	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики состояния	1-3 месяц	Ведение пациента по данной модели, повторный курс с изменением терапии
Развитие	В 0-1 %	Появление	На любом	Оказание меди-

осложнений	случаев	осложнений, обусловленных проводимой терапией	этапе	цинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
------------	---------	--	-------	---

8.6.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

8.7. Модель пациента

Синдром: гиперкинетическое расстройство поведения

Фаза синдрома: обострение основных проявлений синдрома.

Стадия синдрома: гиперкинетические расстройства поведения у подростков и детей.

Осложнения синдрома: без осложнений

Клиническая ситуация: лечение в амбулаторно-поликлинических условиях.

Профиль подразделения, учреждения:

- амбулаторное учреждение (подразделение) для оказания психиатрической помощи.

8.7.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

Наличие у ребенка или подростка не соответствующих возрасту признаков гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания, сочетающихся с расстройствами поведения, требующими проведения лечения.

Наличие физического дефекта, психического или соматического заболевания у родственников или заменяющих их лиц, не позволяющих проведение лечения в амбулаторно-поликлинических условиях..

8.7.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

Профильность подразделения: учреждения психиатрического профиля.

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10 (F0 – F99).

8.7.3 Требования к диагностике стационарной.

Диагностическое исследование в полном объеме по протоколу проводится в случае первичной диагностики. При поступлении повторном в стационар пациента в связи с очередным обострением основной и сопутствующей симптоматики требования к

диагностике не отличаются от тех, которые представлены в других моделях пациента (8.3).

В связи с этим подробное описание диагностики в данном протоколе опускается.

87.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских работ и услуг в условиях стационара.

Не отличается от тех, которые представлены в модели пациента 8.3.

8.7.5. Требования к лечению стационарному немедикаментозному

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Работа с семьей	Согласно алгоритму
Коррекция поведения индивидуальная (поведенческая терапия)	Согласно алгоритму
Процедуры по адаптации к условиям микросреды	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Психотерапия индивидуальная и групповая	По показаниям
Нейропсихологическая коррекция	По показаниям
Биологически обратная связь	По показаниям

86.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

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

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

В зависимости от ведущей причины усиления когнитивных и поведенческих 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.: 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.

Пациенты с гиперкинетическими расстройствами могут приобщаться к индивидуальным и групповым формам психотерапии. Целью групповой психотерапии является снижение коммуникативной напряженности ребенка и подростка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции. У детей старшего возраста (12-16 лет) может проводиться анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

Проведение стационарной психокоррекционной работы позволяет оптимизировать социальное функционирование больных, повысить их общую уверенность, способность к снятию ситуационно обусловленного напряжения, и должно обязательно осуществляться на фоне психофармакотерапии. перед выпиской из стационара необходимы процедуры по адаптации к условиям микросреды, которые рационально проводить в условиях дневного стационара.

8. 6.7. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому.

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Психотропные средства	Согласно алгоритму
Ингибиторы пресинаптических переносчиков норадреналина (страттера)	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

	Кратность или продолжительность
--	---------------------------------

Наименование группы	назначения
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Диуретики	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие мозговой метаболизм и мозговое кровообращение	Согласно алгоритму

8. 6..8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

При гиперкинетических расстройствах поведения в подавляющем большинстве случаев выявляется наличие дизонтогенеза по типу асинхронии развития с особенностями аффективного реагирования и нарушений поведения, характерными для формирующейся психопатии или акцентуации характера.

Терапевтическая чувствительность к лекарственным препаратам у детей с гиперкинетическими расстройствами различна в зависимости от процессов всасывания, особенностей фармакодинамики, метаболизма и действия метаболитов.

Учитывая широкий диапазон терапевтического ответа на назначение лекарственных средств, необходимо их титрование до получения терапевтического эффекта. Оптимальным считается начало с 0,5 предполагаемой терапевтически активной дозы с последующим увеличением дозы на каждый третий день. Необходимо учитывать вероятность возникновения побочных эффектов, парадоксальных эффектов и осложнений медикаментозной терапии, особенно при назначении препаратов с психотропной активностью, особенно у пациентов с гиперкинетическими расстройствами смешанного генеза (дионтогенетического и энцефалопатического).

Основным лекарственным методом лечения гиперкинетических расстройств являются нейролептические средства. Использование ноотропов не оказывает положительного терапевтического эффекта за исключением смешанных вариантов в комплексе опять же нейролептических препаратов. . Как правило, назначаются мягко действующие нейролептики в небольших или умеренных (в зависимости от выраженности и типа поведенческих расстройств) дозах для стабилизации состояния ребенка или подростка с тем, чтобы можно было подключить методы немедикаментозной терапии. практика показывает, что одна только медикаментозная терапия не позволяет добиться стойкой ремиссии состояния пациента с реадaptацией в социальной среде.

Другим препаратом выбора, является высокоселективный ингибитор пресинаптических переносчиков норадреналина - атомоксетин (страттера). Препарат

эффективен при вариантах синдрома с преобладанием дефицита внимания, с преобладанием гиперактивности, смешанном варианте, а также в случаях сочетания СДВГ с деструктивным поведением (гиперкинетическое расстройство поведения), тревожным расстройством, тиками, энурезом. Алгоритм лечения атомоксетиной предусматривает назначение препарата в однократной суточной дозе утром у детей 6 лет и старше, а также подростков и взрослых, страдающих СДВГ. Рекомендуемая начальная суточная доза составляет 0,5 мг на кг. веса ребенка или подростка и увеличивается до терапевтической суточной дозы 1,2 мг/кг не ранее, чем через 3 дня. В случае отсутствия улучшения в состоянии пациента общая суточная доза может быть увеличена до максимальной 1,8 мг/кг. не ранее, чем через 2-4 недели после начала приема препарата. В случае возникновения нежелательных эффектов терапии в виде однократной суточной дозы, пациентам можно рекомендовать прием препарата дважды в сутки, разделяя дозу на утренний прием и прием поздно днем или рано вечером.

При смешанном варианте гиперкинетических расстройств поддерживающим декомпенсацию состояния пациента фактором может быть нарушение ликворо- и гемодинамики. Это является показанием к назначению средств, понижающих внутричерепное давление, способствующих нормализации церебральной гемодинамики (диуретики, препараты, улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга).

При повышенном внутричерепном давлении из диуретических средств препаратом выбора является ацетазоламид, подавляющий карбоангидразу в сосудистых сплетениях желудочков головного мозга, что приводит к снижению продукции спинно-мозговой жидкости.

Длительность терапии определяется состоянием пациента и в виде поддерживающей терапии может использоваться в течение многих месяцев.

Лечение из расчета 30 дней

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Ориентировочная дневная доза в зависимости от возраста	ЭКД***мг ОДДхкол-во дней
Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	Нейролептики		0,9		
		Тиоридазин	0,7	15 –60 мг.	0,45-1,8 г.
		Перициазин	0,1	4 - 16 мг.	0,12-0,48, г.
		Клозапин	0,02	10-30 мг..	0,3-0,9 г.
		Хлорпротиксен	0,02	15- 60 мг	0,45-1,8 г.
		Тиаприд	0,01	0.1-0.5	3-15 г.
		Левомепромазин	0,025	50- 150 мг.	1,5-4,5 г.
		Хлорпромазин	0,025	150 - 150	1,5 – 4,5 г.
	<i>Ингибиторы пресинаптических переносчиков норадреналина</i>		0,1		
		Атомоксетин	1	1,2-1,8 мг/кг веса (от10 до120 мг)	0,3-3,6 г.
	<i>Ноотропные препараты</i>		0.3		
		Пантогам	0,9	0,25-1000 мг.	7,5 - 30г.
		Кортексин	0,02	10 мг..	100мг.
		Семакс	0,02	100-1000 мкг.	3-30 мг.
		Церебролизин	0.02	1.0-2.0 мл..	20.0-40.0 мл.
		Пикамилон	0,04	10-30 мг.	0,3-0,9 г.
	Препараты улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга		0,3		
		Актовегин	0,05	1 - 3табл.	30-90 табл.
		Циннаризин	0,15	25-75 мг	750-2250 мг.
		Винпоцетин	0,1	5-10 мг.	150-300 мг.
	Диуретики				
		Ацетозаламид	1	125-250 мг.	1,25-2,5 г.
	Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия		0,3		
		Калия и магния аспарагинат	1	1-3 драже	10-30 др.

8.6.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

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

8.6.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

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

8.6.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Диета, богатая солями калия в случае приема диуретических средств.

8.6.12. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

8.6.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

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

8.6.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

Отсутствие признаков когнитивной и поведенческой дезадаптации у пациента по данным наблюдения не менее 2х-3х месяцев. Больной переводится на консультативное наблюдение.. Действия требований протокола прекращаются.

При развитии другого заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями раздела этого протокола ведения больных.

8.7.15. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Социальная адаптация	В 50- 60 % случаев	Отсутствие признаков когнитивного дефицита и расстройств поведения	2-3 месяца	Исключение пациента из протокола
Частичная социальная адаптация	В 15-20 % случаев	Уменьшение выраженности когнитивных и поведенческих расстройств	1-2 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс лечения
Социальная дезадаптация	В 5-10 % случаев	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики состояния	1-3 месяц	Ведение пациента по данной модели, повторный курс с изменением терапии
Развитие	В 0-1 %	Появление	На любом	Оказание меди-

осложнений	случаев	осложнений, обусловленных проводимой терапией	этапе	цинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
------------	---------	--	-------	---

8.7.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агарков А.П., Андрусенко И.В. Коморбидные состояния при СДВГ у детей; клиническая характеристика // Психосоматические и пограничные нервно-психические расстройства в детском и подростковом возрасте. – Новосибирск, 2008. – С.76-78.
2. Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю., Суворина Н.Ю. Диагностика и лечение синдрома дефицита внимания у детей // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. - № 1. – С.57-61.
3. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Григорьева Н.В. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: современные подходы к фармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000, том 2. - № 2.. – С. 47-55.
4. Мачинская Р.И. ЭЭГ-анализ функционального состояния глубоких регуляторных структур мозга у гиперактивных детей 7-8 лет (Р.И. Мачинская, Е.В. Крупская// Физиология человека. – 2001, т.27. - №3. – С.122-124.
5. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Женева: ВОЗ, 1994. – 208 с.
6. Психофизиологическая диагностика и психолого-педагогическая помощь детям с СДВГ / Экспертный доклад. М.,2007. – 42 с.
7. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи / Экспертный доклад, М.:2007. – 64 с.
8. Степанченко В.А. Коморбидные с гиперкинетическими расстройства у детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008 (8). № 1. – С.98-102.
9. Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л., Коновалова В.В., Куприянова Т.А. Пантогам в лечении гиперкинетических расстройств у детей // Биохимия, фармакология и клиническое применение производных пантотеновой кислоты (сборник научных статей). – Гродно, 2003. – С. 175-180.
10. Сухотина Н.К. СДВГ: современные подходы к клинике и лечению // Психосоматические и пограничные нервно-психические расстройства в детском и подростковом возрасте. – Новосибирск, 2008. – С.85-86.
11. Biederman J., et al. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. // J. of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1995b.34: p. 1495-1503.

12. Kadesio B., Gillbarg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Sweden school-age children. *J. Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 2001. 42: p. 487-492.
13. Szatmari P., Offord D.R., Boyle M.N. Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder; findings from the Ontario Child Health Study. // *J. Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 1989. 30: p. 205-217.
14. Alexander G.E., DeLong M.R., Strick P.L. Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. // *Annual Review of Neuroscience*, 1986. 9: p. 357-381.
15. Spenser T., Biederman J., Wilens T. Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder across the life cycle. // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1996, 35; p. 409-432.
16. Uzbekov M.G., Misionzhnik E.Y. Changes in urinary monoamine excretion in hyperkinetic children. *Human Psychopharmacology*, 2003. 18: p. 493-497.
- Conners C.K., Sitarenios G., Parker J.D., Epstein J.N. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity // *J. Abnorm Child Psychol.*, 1998, 26: p. 257-268.
17. Conners C.K., Sitarenios G., Parker J.D., Epstein J.N. revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity // *J. Abnorm Child Psychol.*, 1998, 26: p. 279-291.
- DuPaul G.S., Power T.S., Anastopoulos A.D., Reid R. *ADHD Rating Scale-IV. Checklists, Norms and clinical interpretation.* – New York, US: Guilford Press, 1998. – 80 p.
18. Swanson J.M. et al. Strengths and Weakness of ADHD-symptoms and Normal-behavior, 2001. – цит. по Н.Н. Заваденко Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: АКАДЕМА, 2005. – С. 246-247.