

ПРОЕКТ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОРГАНИЧЕСКИХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Москва – 2013

Оглавление

1. Классификация органических психических расстройств ...	3
2. Клиническая картина	4
3. Диагностика	9
4. Организация медицинской помощи	11
5. Лечение.....	12
6. Профилактика	20

1. Классификация органических психических расстройств

Органические, включая симптоматические, психические расстройства представляют собой совокупность этиопатогенетически и феноменологически различных последствий органического поражения головного мозга, для диагностики которых имеют значение три принципиальных обстоятельства: факт перенесенной экзогенной вредности, наличие патогномичных психопатологических проявлений в рамках возникающей церебральной дисфункции, возможность объективного выявления церебрального патоморфологического субстрата.

В современной классификации (МКБ-10) органическое психическое расстройство трактуется как дисфункция либо первичная (в результате непосредственного либо преимущественного поражения мозга) либо - вторичная, когда мозг поражается как один из многих органов при системных заболеваниях. Соответственно, термином "органический" предлагается обозначать клинические проявления болезни, которые могут быть объяснены самостоятельно диагностируемым церебральным или системным заболеванием; термином "симптоматический" - органические психические расстройства, возникающие вторично при системном экстрацеребральном заболевании.

Современный диагностический подход (МКБ-10) состоит в сужении круга симптомов, которые следует считать патогномичными для органических психических расстройств. Их рекомендуется рассматривать в двух основных группах расстройств: а) синдромы, где наиболее характерными и постоянными являются либо поражение когнитивных функций, либо нарушения осознания (расстройства сознания, внимания); б) синдромы с преобладающими расстройствами восприятия (галлюцинации), мышления (бред), настроения и эмоций, общего склада личности и поведения. Последняя группа расстройств "имеет меньше оснований быть причисленной" к разделу органических психических расстройств.

Клинически целесообразным является выделение следующих групп заболеваний в рамках органического психического расстройства: **деменции** (*F00 - Деменция при болезни Альцгеймера, F01 - Сосудистая деменция, F02 - Деменция при других болезнях, классифицированных в других разделах, F03 - Деменция неуточненная*), **дефицитарные органические психические расстройства** (*F04 - органический амнестический синдром, F06.7 - легкое когнитивное расстройство, F06.6 - органическое эмоционально лабильное расстройство, F07.1 - постэнцефалитический синдром, F07.2 - постконтузионный синдром*), органические **психотические** расстройства (*F05 - делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами, F06.0 - органический галлюциноз, F06.1 - органическое кататоническое расстройство, F06.2 - органическое бредовое расстройство*), органические **аффективные** расстройства (*F06.3 - органические расстройства настроения, F06.4 - органическое тревожное расстройство*), органические **личностные** расстройства (*F06.5 - органическое диссоциативное расстройство, F07.0 -*

расстройство личности органической этиологии, F07.8 - другие органические расстройства личности и поведения, обусловленное болезнью, травмой (повреждением) и дисфункцией головного мозга).

2. Клиническая картина

Деменции.

Деменция (приобретенное слабоумие) - расстройство в связи с прогрессирующим органическим церебральным заболеванием либо перенесенным тяжелым поражением головного мозга, которое проявляется стойким оскудением психической деятельности с нарушением ряда высших корковых функций; нарушения когнитивных функций у больных сопровождаются обеднением эмоций, нарушением эмоционального контроля, поведения или мотиваций.

Распространенность деменции возрастает с возрастом - до 20% у лиц в возрасте после 80 лет и старше. Примерно у 5% населения старше 65 лет отмечается тяжелая деменция, у 9-16% - легкая и умеренная.

Деменция - полиэтиологическое заболевание. Этиологический принцип как основной заложен в классификацию деменций в МКБ-10 - выделение специфических вариантов деменции (болезнь Альцгеймера, Гентингтона, Пика, Паркинсона и др.), использование дополнительного шестого знака для этиологической ее характеристики (сосудистые заболевания, опухоли головного мозга, инфекции и др.). Выявление причины деменции имеет значение для выбора адекватной терапии, что может затормозить прогрессирование болезни, порой даже способствовать обратному развитию нарушений. Наиболее частыми причинами деменции у пожилых больных являются болезнь Альцгеймера (50-60%), церебрально-сосудистое заболевание (5-10%) либо их сочетание (15-20%).

Кроме того, психическое состояние больных деменцией может утяжеляться за счет других расстройств, актуальность которых и определяет тяжесть состояния, лечебную тактику. В классификации они учитываются пятым знаком: *.x0 - без дополнительных симптомов; .x1 - другие симптомы, преимущественно бредовые; .x2 - другие симптомы, преимущественно галлюцинаторные; .x3 - другие симптомы, преимущественно депрессивные; .x4 - другие смешанные симптомы.*

При дифференциальной диагностике органической деменции следует учитывать прежде всего, что с ее симптомами могут быть схожи проявления депрессии, тяжелой астении, ятрогенных психических расстройств. В этих случаях временное снижение интеллектуальной продуктивности больных может быть неверно трактовано как утрата их интеллектуальных способностей.

Достоверный диагноз деменции при болезни Альцгеймера устанавливается в соответствии с критериями диагностики деменции как таковой, с учетом постепенного начала, отсутствия других причин деменции, внезап-

ного апоплектического начала или неврологических симптомов, отражающих такое повреждение мозга - гемипарезы, нарушения чувствительности, координации изменение полей зрения. В 10-15% всех случаев деменции имеет место сочетание деменции при болезни Альцгеймера и деменции сосудистой.

Сосудистая деменция обусловлена деструктивным поражением головного мозга, возникающим вследствие нарушения мозгового кровообращения (преходящих ишемических эпизодов, инфарктов мозга) при достижении определенного объема ишемизированной ткани либо когда небольшой по размеру очаг располагается в одной из стратегически значимых зон, "ответственных" за когнитивно-мнестические функции (лобные, верхнетеменные, нижнемедиальные отделы височной доли). Для появления сосудистой деменции имеют значение также билатеральный характер инфарктов, значительное (в два раза по сравнению с возрастной нормой) снижение показателей мозгового кровотока и метаболизма в корковой и подкорковой областях. Клиническая картина сосудистой деменции характеризуется преобладанием мнестико-интеллектуальных расстройств (ослабление памяти на прошлые и текущие события, снижение уровня суждений, проявления амнестической афазии); замедленностью и ригидностью психических процессов; астенией; эмоциональным недержанием при сравнительно длительном сохранении ядра личности.

Деменция при болезни Крейтцфельдта-Якоба характеризуется типичной триадой - быстро прогрессирующей, опустошающей деменцией; выраженными пирамидными и экстрапирамидными нарушениями с миоклонусом; характерной трехфазной ЭЭГ. Специфические изменения нервной системы (подострая спонгиформная энцефалопатия), предположительно обусловлены генетически. Начинается обычно в среднем или позднем возрасте пожилым или старческом возрасте, хотя может развиваться и в зрелом возрасте.

Деменция при болезни Гентингтона развивается как одно из проявлений системного дегенеративно-атрофического процесса с преимущественным поражением стриарной системы мозга, других подкорковых ядер; наследуется по аутосомно-доминантному типу. Болезнь манифестирует, как правило, на третьем или четвертом десятилетии жизни хореоформными гиперкинезами (особенно в лице, руках, плечах, походке), изменениями личности (возбудимый, истерический и шизоидный типы личностных аномалий), психотическими расстройствами (особая депрессия с мрачностью, угрюмостью, дисфориями; паранаидная настроенность).

Деменция при болезни Паркинсона развивается, как правило, у 15-25% больных с тяжелой формой болезни Паркинсона (дегенеративно-атрофическое заболевание экстрапирамидной системы головного мозга - тремор, мышечная ригидность, гипокинезии). Клиника деменция мало специфична, характеризуется нарушениями в эмоционально-

мотивационной сфере в виде снижение побуждений, активности, эмоционального обеднения, замкнутости, склонности к депрессивно-ипохондрическим формам реагирования.

Дефицитарные органические психические расстройства.

Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами – это состояние, характеризующееся выраженными расстройствами памяти на недавние и отделенные события при сохранности восприятия, других когнитивных функций. Амнестическое расстройство может быть обусловлено любым патологическим процессом - первичное поражение головного мозга, ЧМТ, опухоли, цереброваскулярные заболевания, хирургические вмешательства, гипоксия (в т.ч. при попытке повешения), интоксикация, системные соматические заболевания и др. Для диагностики органического амнестического расстройства важно: а) преобладание в клинической картине расстройств памяти на недавние события (фиксационная амнезия), антероградная и ретроградная амнезия, прогрессирующая амнезия с последовательным распадом памяти (нарушением способности к воспроизведению событий прошлого в обратном порядке их возникновения), иногда - конфабуляций (ложных воспоминаний) при достаточно долгом сохранении наиболее организованных и автоматизированных знаний; б) данные анамнеза о перенесенной экзогенной вредности с последующим развитием расстройства или объективного исследования о наличии патологического процесса (особенно билатерального поражения; диэнцефальной системы, средне-височных структур); в) отсутствие дефекта в непосредственном воспроизведении, а также дефекта внимания и сознания, отсутствие глобального интеллектуального нарушения;

Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство возникает чаще в связи с цереброваскулярными заболеваниями или артериальной гипертонией, однако могут быть и другие причины церебральной дисфункции (F0x.xx0 в связи с травмой головного мозга - F0x.xx9 в связи с неуточненным заболеванием). Расстройство проявляется церебрастенией и характеризуется выраженной и постоянной эмоциональной несдержанностью, лабильностью, утомляемостью, истощаемостью, гиперестезиями, различными неприятными физическими ощущениями (головокружение, головная боль и др.), вегетативными нарушениями.

Легкое когнитивное расстройство - характеризуется снижением продуктивности умственной деятельности вследствие нарушения памяти, трудностей сосредоточения внимания, церебрастении, ситуационных колебаний настроения; сопровождается ощущением психической усталости, выраженных субъективных проблем обучения новому. Расстройство может встречаться на последовательных этапах разветвления инфекционных и соматических болезней. Его следует

дифференцировать с деменцией как расстройство преходящее, в целом благоприятное.

Постэнцефалитный синдром - статочные неспецифические и разнообразные изменения поведения, сопровождающие период выздоровления после перенесенного вирусного или бактериального энцефалита (церебрастения, неврозоподобные расстройства). В клинической картине на церебрастеническом фоне чаще наблюдаются различные неврозоподобные синдромы в виде нарушений сна, аппетита, повышенной утомляемости, психической и другой истощаемости. Характерным является повышенная раздражительность, нетерпимость, склонность к конфликтам. Возможны трудности в обучении и работе, связанные с церебрастеническим синдромом, а также с остаточными явлениями органических нарушений, такими как речевые нарушения, парезы, параличи, снижение функций зрения, слуха, остаточные явления апраксии, агнозии. Принципиальное отличие этого расстройства от расстройств личности органической природы заключается в обратимости процесса.

Постконтузионный (посткоммоционный) синдром - состояние, развивающееся после черепно-мозговой травмы (обычно достаточно тяжелой, с потерей сознания). Относится к остаточным проявлениям перенесенной травмы головы и включает комплекс неврологических и психических нарушений, таких как вегето-сосудистые нарушения, головная боль, головокружение, астенические синдромы (утомляемость, раздражительность), трудности в сосредоточении и решении умственных задач, снижение памяти, бессонница, снижение устойчивости к стрессу, эмоциональному возбуждению и алкоголю и др. Возможно формирование депрессии, фобий с опасениями неблагоприятного исхода болезни. В некоторых случаях наблюдается ипохондрическое развитие личности.

Органические психотические расстройства.

Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами - этиологически неспецифический органический церебральный синдром, характеризующийся галлюцинаторным помрачением сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций, зрительных иллюзий и парейдолий. Состояние развивается остро, сопровождается нарушением ориентировки во времени и пространстве, образным бредом и двигательным возбуждением, нарушением цикличности сна и бодрствования. Уровень сознания варьирует от возбуждения до сопора. Может чередоваться с периодами ясного сознания и критического отношения к болезненным проявлениям.

В клинической картине органического галлюциноза доминирующими (постоянными или рецидивирующими) являются обманы восприятия, преимущественно в форме зрительного, слухового галлюциноза, а также обонятельных, тактильных и иных галлюцинаций, включая синдром Кандинского-Клерамбо. Галлюцинации возникают на фоне ясного сознания и могут (не всегда) осознаваться больным как таковые. Может

отмечаться бредовая трактовка галлюцинаций, но обычно критика сохранена. Для диагностики расстройства важно отсутствие помраченного сознания, выраженного интеллектуального снижения, доминирующих аффективных либо бредовых расстройств.

Органическое кататоническое расстройство характеризуется сниженной (ступор) или повышенной (возбуждение) психомоторной активностью в совокупности с другими кататоническими симптомами (стереотипии, восковая гибкость, импульсивность). Эти полярные психомоторные расстройства могут перемежаться - быстро непредвиденно сменяющиеся состояния сниженной и повышенной активности. В настоящее время неясно, может ли данное расстройство возникать при ясном сознании либо оно всегда является проявлением делирия с последующей амнезией.

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство характеризуется доминирующими стойкими или рецидивирующими бредовыми идеями различной структуры с возможными галлюцинациями, расстройствами мышления, отдельными кататоническими проявлениями. Для диагностики данного расстройства важно отсутствие расстройств сознания и памяти, привязанности бреда к галлюцинациям, расстроенного сознания и памяти. При недостаточной подтвержденности, либо при неспецифическом характере "органической причины" диагноз не устанавливается.

Органические **аффективные** расстройства.

Органические расстройства настроения (аффективные) являются следствием органического заболевания и должны соответствовать критериям диагностики аффективных расстройств (F30-F33). Расстройство характеризуется широким спектром клинических проявлений, обычно сопровождающихся изменением общего уровня активности; нередко сочетается с разной степени выраженности психоорганическими симптомами. Аффективные расстройства подразделяются на расстройства психотического и непсихотического уровня, монополярные (депрессивные и маниакальные) и биполярные.

Органическое тревожное расстройство характеризуется основными описательными признаками генерализованного тревожного расстройства (F41.1) или панического расстройства (F41.0) или их комбинацией, сочетанием с обсессивно-фобическими нарушениями, с другими, чаще аффективными, расстройствами.

Органические **личностные** расстройства.

Органическое диссоциативное расстройство должно соответствовать критериям диссоциативного конверсионного расстройства (одного из расстройств под рубрикой F44.), также общим критериям органического психического расстройства (F06.) различной этиологии. Характеризуется нарушениями: интеграции между памятью на прошлое, осознания себя как личности, непосредственных ощущений и контроля за движением тела.

Проявляется в виде различных истероформных расстройств (переживаний, ощущений, поведения).

Расстройство личности органической этиологии проявляется значительным изменением привычного образа поведения до болезни, особенно в связи с изменением выражения эмоций (эмоциональная лабильность, эйфория, раздражительность, вспышки злобы и агрессии), потребностей и побуждений, которые у больных могут реализовываться без учета последствий для себя и общества, а также снижением познавательной деятельности в сфере планирования и предвидения, порой - склонностью к формированию сверхценных идей, в том числе идей отношения. При нейропсихологическом обследовании могут выявляться ряд локальных признаков, свидетельствующих о нарушении функции речи, памяти, внимания, мышления.

Возможность этиологической оценки органического психического расстройства предусматривается за счет использования дополнительного шестого знака: *F0x.xx0* - в связи с травмой головного мозга; *F0x.xx1* - в связи с сосудистым заболеванием головного мозга; *F0x.xx2* - в связи с эпилепсией; *F0x.xx3* - в связи с новообразованием (опухолью) головного мозга; *F0x.xx4* - в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция); *F0x.xx5* - в связи с нейросифилисом; *F0x.xx6* - в связи с другими вирусными и бактериальными нейроинфекциями; *F0x.xx7* - в связи с другими заболеваниями; *F0x.xx8* - в связи со смешанными заболеваниями; *F0x.xx9* - в связи с неуточненным заболеванием.

3. Диагностика

Современные подходы к диагностике органических психических расстройств (ОПР) состоят в реализации принципов функционального диагноза, основные положения которого могут быть сформулированы следующим образом: 1) многомерная системная квалификация состояния на разных уровнях диагностической оценки: клинико-биологическом (оценка структурных элементов болезни, ее динамических показателей, выраженности расстройств); личностно-психологическом; медико-социальном; 2) сопоставление двух противоположных тенденций, определяющих болезнь у пациента: ее клиническая форма, тип течения, структура, "пределы развития", по А.В. Снежневскому; выступающие в качестве защитных факторов прогностически значимые особенности преморбиды, качества личности, социальные факторы; 3) соотношение продуктивной и дефицитарной симптоматики в течении болезни; Можно без преувеличения утверждать, что при диагностике ОПР заложенные в понятие функционального диагноза приемы могут быть реализованы оптимальным образом. Предпосылкой к этому являются высокая его клинико-патогенетическая верифицированность; наилучшая возможность с помощью инструментальных методов определить биологическую основу расстройства

(топическая диагностика, выраженность расстройства); реальная возможность использования при индивидуальной оценке ОНР приемов психометрического подхода.

Требования к диагностике

Код	Наименование медицинских работ и услуг	кратность
A01.29.001	Сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии	1
A13.29.001.001	Сбор анамнеза и жалоб больного с нарушениями психической сферы	1
A01.29.002	Визуальное исследование в психиатрии	1
A01.29.003	Пальпация в психиатрии	1
A13.29.001	Психопатологическое обследование	1
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A02.12.001	Исследование пульса	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1
A02.30.001	Термометрия общая	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1
A02.03.005	Измерение роста	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	1
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По показаниям
B01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1
A13.29.003.001	Тестологическое психодиагностическое обследование	1
A13.23.012	Общее нейропсихологическое обследование	По показаниям
A05.23.001	Электроэнцефалография	1
A05.23.002	Реоэнцефалография	1
A03.26.018	Биомикроскопия глазного дна	1
A05.10.002	Проведение электрокардиографических исследований	По показаниям
A04.23.002	Эхоэнцефалография	1
A06.03.002	Компьютерная томография головы	По показаниям
A06.03.005	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	По показаниям
A05.23.009	Магнитно-резонансная томография головного мозга	По показаниям

4. Организация медицинской помощи

Система оказания психиатрической помощи лицам, страдающим органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами, регламентированной действующим законодательством, носит многоуровневый характер:

Первый уровень. Выявление ОНР специалистами первичной медико-санитарной помощи во взаимодействии с участковыми психиатрами, неврологами, проведение диагностических и терапевтических мероприятий. Результативность этого взаимодействия зависит от уровня подготовки медицинских работников первичного звена здравоохранения по профилактике и терапии психических расстройств.

Второй уровень. Пациенты, нуждающиеся в оказании психиатрической помощи в условиях психиатрического учреждения, направляются в психоневрологические диспансеры (диспансерные отделения, кабинеты). Их задачей является определение маршрута дальнейшего ведения пациентов, проведение амбулаторного лечения и реабилитации, а также мониторинг качества оказания психиатрической помощи.

По назначению органами суда и следствия амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы лицам, страдающим ОНР, она проводится в отделениях амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы.

При назначении судом лицам, страдающим ОНР, принудительных мер медицинского характера (амбулаторное принудительное лечение), указанное лечение и реабилитация данному контингенту осуществляются в условиях кабинета активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения.

Третий уровень. При необходимости диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия лицам, страдающим ОНР, проводятся в стационарных условиях.

По назначению органами суда и следствия стационарная судебно-психиатрическая экспертиза лиц, содержащихся под стражей, проводится в стационарных судебно-психиатрических экспертных отделениях для лиц, содержащихся под стражей, а для лиц, не содержащихся под стражей, в стационарных судебно-психиатрических экспертных отделениях для лиц, не содержащихся под стражей.

При назначении судом принудительных мер медицинского характера (принудительное лечение в психиатрических отделениях общего типа, принудительное лечение в психиатрических отделениях специализированного типа, принудительное лечение в психиатрических больницах специализированного типа с интенсивным наблюдением) осуществляются в соответствующих отделениях (учреждениях).

Четвертый уровень. После проведенного стационарного лечения и реабилитации, в соответствии с клиническими показаниями лица, ОНР, направляется для долечивания в психоневрологический диспансер

(диспансерное отделение, кабинет), дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях, амбулаторное реабилитационное отделение, отделение психосоциальной работы в амбулаторных условиях, отделение – общежитие для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи, лечебно-производственные (трудовые) мастерские.

В случаях кратковременных обострений психических расстройств в амбулаторных условиях пациент может быть направлен для лечения и реабилитации в указанные подразделения, минуя стационар.

Пятый уровень. Федеральные психиатрические учреждения (включая научно-исследовательские институты, центры и психиатрические больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением), оказывая психиатрическую помощь, обеспечивают ее консультативное, научное и организационно-методическое сопровождение.

Организационная структура психиатрической помощи построена с учетом основных маршрутов (этапов) ведения пациентов по клиническим показаниям. Организация оказания помощи пациентам с органическими психическими расстройствами осуществляется врачами-психиатрами.

5. Лечение

Лечение органических психических расстройств должно проводиться комплексно с использованием всего арсенала доступных терапевтических средств. Комплексность предполагает проведение психофармакотерапии, психотерапии, социотерапии (работа с родственниками, ухаживающими лицами и т.д.). Выбор условий лечения (амбулаторно, стационарно и т.д.) зависит от тяжести состояния и определяется в каждом случае индивидуально. Показаниями для помещения больного в стационар являются острые и подострые психозы, нарушения сознания, состояния психомоторного возбуждения, наличие суицидальных тенденций, другие психические расстройства не купирующиеся в амбулаторных условиях (нарушения влечений, насильственные действия, судорожные припадки).

Этиотропная терапия направлена на устранение причины органического психического расстройства. Возможна в тех случаях, когда известна этиология заболевания (ЧМТ, нейроинфекция и т.д.). Используются антибиотики, противовирусные препараты и т.д.

Патогенетическая терапия воздействует на механизмы развития болезненного процесса и включает в себя дегидратацию, детоксикацию, нормализацию мозговой гемодинамики и метаболизма.

Симптоматическая терапия направлена на устранение имеющейся продуктивной психопатологической симптоматики. Используется весь спектр психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты,

транквилизаторы, противоэпилептические средства) с учетом синдромальной структуры расстройства.

Длительность *стационарного* лечения в среднем составляет 30 дней. Сроки *амбулаторного* лечения определяются динамикой состояния и составляют от 6 месяцев до года и более, у отдельных категорий больных - на протяжении всей жизни.

Целью лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях *стационара* являются купирование острой психопатологической симптоматики, упорядочивание поведения, подбор адекватной терапии, решение социальных вопросов. В *амбулаторных* условиях - достижение стабилизации психического состояния с редукцией остаточной симптоматики (после стационарного лечения), устранение пароксизмальных нарушений.

Требования к лечению органических психических расстройств

Код	Наименование медицинских работ и услуг	кратность
A25.29.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы	1
A09.05.035	Исследование уровня лекарственных препаратов в крови	по показаниям
A 25.30.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях психической сферы	по показаниям
A25.29.002	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы	по показаниям
A13.30.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным пациентом	по показаниям
A13.29.008	Психотерапия	по показаниям
A13.29.002	Трудотерапия	по показаниям
A13.29.003	Психологическая адаптация	по показаниям
A13.29.011	Социально-реабилитационная работа	по показаниям
A13.29.012	Процедуры двигательного праксиса	по показаниям
A13.29.013	Процедуры по адаптации к условиям микросреды	по показаниям
A13.29.014	Процедуры по адаптации к условиям макросреды	по показаниям
A13.29.006.003	Семейное психологическое консультирование	по показаниям
A21.23.006	Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных	по показаниям

Индивидуальность терапии предполагает последовательный выбор оптимального набора используемых методов для каждого пациента с учетом клинической и возрастной динамики нарушений.

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

Терапия проводится в соответствии со стандартами лечения ведущего психопатологического синдрома.

Целью лечебно-реабилитационных мероприятий при **деменции** является предупреждение дальнейшего повреждения мозга, максимально длительное сохранение привычного образа жизни больных, поддержание их социальной активности, коррекция продуктивной психопатологической симптоматики, нарушений поведения. Лечение предпочтительно проводить в амбулаторных условиях. Стационарное лечение необходимо при развитии состояний спутанности, острых психотических и аф-

фективных состояний, не купирующихся в амбулаторных условиях, а также для решения диагностических и социальных вопросов.

Патогенетическая терапия включает использование ингибиторов холинэстеразы, модулятора глутаматных NMDA-рецепторов мемантина. Для лечения сосудистой мозговой недостаточности используются: пентоксифиллин - 800-1200 мг/сутки, длительность курса от нескольких месяцев до года; винпоцетин - 15 мг/сутки, длительность курса от нескольких месяцев до года; ницерголин - 15-30 мг/сутки в течение 2-3 месяцев; циннаризин - 50-70 мг/сутки в течение нескольких месяцев (при склонности к гипотензии); нимодипин - 90 мг/сутки в течение нескольких месяцев; Гинкго Билоба – по 3 таблетки/сутки во время еды. Для профилактики повторных сосудистых атак - постоянный прием ацетилсалициловой кислоты (по 100-300 мг/сутки), контроль и коррекция артериального давления и уровня сахара крови. Для *протективной терапии* применяются также: церебролизин в дозе 20-30 мл ежедневно внутривенно капельно в 100-200 мл физиологического раствора, курс - 20 инфузий; пирацетам - 1200-2400 мг/сутки, курс длительностью до 6 недель; гопантенная кислота - 1000-1500 мг/сутки; никотиноил-гамма-аминомасляная кислота - 40-150 мг/сутки в течение 1-2 месяцев; глицин - по 300мг/сутки; пиритинол - 300-400 мг/сутки, в течение 1-3 месяцев; этилметилгидроксипиридина сукцинат - первые 5 дней по 100 мг/сутки в/м, затем по 300 мг/сутки в/м в течение 3 недель.

Симптоматическая терапия состояний *спутанности* проводится после тщательного соматического обследования. Для купирования состояний выраженной спутанности используют галоперидол (0,75-3 мг/сутки внутрь или 2,5 мг/сутки внутримышечно). По мере улучшения состояния дозы препарата снижаются, затем препарат заменяется на тиоридазин (10-50 мг/сутки). В более легких случаях лечение можно начинать с тиоридазина в дозе 25-75 мг/сутки. При беспокойстве в ночные часы возможно применение бензодиазепиновых транквилизаторов короткими курсами (нитразепам по 5мг/сутки, феназепам по 0,5-1 мг/сутки).

Для купирования *поведенческих расстройств* показан рisperидон: начальная доза по 0,25 мг два раза в сутки, при необходимости дозу увеличивают на 0,25 мг два раза в сутки (не чаще чем через день). Оптимальная доза - по 0,5 мг два раза в сутки.

В тех случаях, когда основу органического психического расстройства составляют **дефицитарные нарушения**, лечение проводится преимущественно в амбулаторных условиях. При выраженных расстройствах с нарушением адаптации - показано стационарное лечение, для подбора адекватной терапии.

При развитии органического амнестического синдрома целью терапевтических мероприятий является максимально возможное восстановление мнестических функций, сохранение уровня адаптации. Наибольшее значение приобретают этиотропная терапия, заключающаяся в лечении заболевания, вызвавшего развитие органического

амнестического синдрома (интоксикация, гипоксия, системные соматические заболевания, первичное поражение головного мозга и др.), а также патогенетическая терапия, направленная на нормализацию мозгового кровотока, улучшение обменных процессов головного мозга. Используются препараты ноотропного, нейрометаболического действия, церебропротекторы: инстенон по 2 мл в/в капельно курсом 7-10 дней, затем по 1-2 драже три раза в день до 6 недель; винпоцетин по 5 мг 3 раза в день длительно; циннаризин по 50-70 мг/сутки; пирацетам - начальная доза 6 г/сутки, поддерживающая - 1,2-4,8 г/сутки до 3 месяцев; гопантевая кислота по 1000-1500 мг/сутки; пиритинол по 300-600 мг/сутки в течение 2-3 месяцев; церебролизин по 5 мл в/м в течение месяца или по 10 мл в/в в течение 20 дней; мемантин по 20 мг/сутки в два приема в течение 2 месяцев; никотиноил-гамма-аминомасляная кислота по 40-150 мг/сутки в течение 1-2 месяцев. Положительное влияние также оказывают препараты анаболического действия - инозин (до 100 мг/кг в 3-4 приема; курс лечения - 5-8 дней), нандролон (100-200 мг в/м раз в неделю), аденозина фосфат (25-50 мг/сутки в течение 2-4 недель).

Реабилитационные мероприятия должны способствовать восстановлению социальной активности пациента, включать когнитивные тренинги, семейную и поддерживающую психотерапию.

При преобладании *астенических и эмоционально-лабильных расстройств* особое внимание следует уделять проведению патогенетической, общеукрепляющей терапии. Кроме того, применяются антидепрессанты, карбамазепин (100-400 мг/сут), короткими курсами транквилизаторы. При выраженной эмоциональной неустойчивости, дисфорических реакциях - тиоридазин, перициазин, левомепромазин.

При невротических расстройствах основу фармакотерапии должны составлять антидепрессанты и анксиолитики, а также нормотимические и вегетостабилизирующие средства. Целесообразно применять малые дозы препаратов, но достаточно продолжительное время (один месяц активной терапии, до полугода поддерживающей терапии, неопределенно долгий прием нормотимиков с профилактической целью).

При лечении *тревожных, обсессивно-фобических расстройств* применяются клоназепам - до 6 мг/сут, в сочетании с парентеральным введением диазепама (20-30 мг/сут), альпразолама кратковременными курсами, тианептина в индивидуально подобранных дозах. Эффективными являются также кломипрамин - (50-100 мг), в том числе внутримышечно. В качестве снотворных средств предпочтительны зопиклон или золпидем в виде кратковременных курсов, а при предполагаемой связи нарушений сна с аффективными (депрессивными и тревожно-депрессивными) расстройствами - антидепрессанты с седативно-гипнотическим компонентом действия (тразодон, миансерин) или нейролептики типа тиоридазина. Для уменьшения выраженности сомато-вегетативных проявлений тревоги в некоторых случаях возможно применение бета-адреноблокаторов (обзидан, тразикор, пропранолол), обладающих

быстрым противотревожным эффектом, в отличие от транквилизаторов - без седации и возможных дисмнестических побочных эффектов.

Невротический уровень органических психических расстройств позволяет достаточно широко использовать психотерапевтические методы.

При преобладании в структуре органического психического расстройства **аффективных нарушений** целью терапевтических мероприятий является их купирование наряду с сохранением социальной и трудовой адаптации больных, коррекция нарушений поведения.

Маниакальные расстройства купируют малыми дозами нейролептиков (галоперидол, левомепромазин, тиоридазин) и производными вальпроевой кислоты. При лечении биполярных аффективных расстройств, смешанном гневливом аффекте показано лечение карбамазепином (200-800 мг/сутки), при преобладании маниакальных расстройств - карбонатом лития (среднесуточная доза 1,2г).

При лечении **депрессии** показаны препараты с минимальным побочным действием: мапротилин по 25-75 мг/сутки, пипофезин по 150-200 мг/сутки, пирлиндол по 150-300 мг/сутки, циталопрам по 20-30 мг/сутки. При депрессии с тревогой: миансерин по 90 мг/сутки, тразодон по 150 мг/сутки. При апатической депрессии: моклобемид по 150-450 мг/сут, пароксетин по 20-40 мг/сутки, флуоксетин по 20-40 мг/сутки. При аффективных расстройствах, сочетающихся с судорожным синдромом, показан ламотриджин в дозе до 500 мг/сутки (при сочетании с вальпроатами дозу снижают вдвое). Профилактический прием карбамазепина (100-600 мг/сутки) дает хороший эффект при стойких колеблющихся по выраженности депрессивных расстройствах.

Реабилитационные мероприятия также должны включать поддерживающую и когнитивно-бихевиоральную психотерапию (при аффективных расстройствах депрессивного полюса), разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больным.

В случаях, когда ведущими в клинической картине органического психического расстройства являются **личностные нарушения**, целью терапевтических мероприятий является коррекция нарушений поведения, поддержание социальной и трудовой адаптации. Лечение преимущественно амбулаторное, стационарное - лишь в случае выраженной декомпенсации, значительных нарушениях адаптации.

Для коррекции поведения используются преимущественно нейролептики (перициазин, трифлуоперазин) в небольших дозах; при психомоторном возбуждении, повышенной конфликтности используются хлорпромазин, галоперидол; для коррекции аффективных нарушений карбамазепин, мапротилин, кломипрамин.

Большое значение, особенно у лиц молодого возраста, имеет психотерапия, направленная на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов - индивидуальная и групповая личностно-ориентированная, рационально-поведенческая и др.

Психотические нарушения, возникающие в рамках органического психического расстройства, предполагают лечение в стационаре.

Симптоматическая терапия *органического галлюциноза* осуществляется с учетом остроты болезненного состояния и наличия органического поражения головного мозга. Применяются нейролептики, показанные при острых и хронических галлюцинаторных расстройствах: перфеназин по 8-16 мг/сутки в 2-4 приема; галоперидол по 5-10 мг/сутки (максимально до 20 мг/сутки); зуклопентиксол по 10-20 мг/сутки (максимально до 50 мг/сутки); рисперидон по 0,5 мг/сутки в 2 приема, постепенно увеличивая дозу до 1-2 мг/сутки; также используются трифлуоперазин, флупентиксол, тиопроперазин. После выписки из стационара необходима поддерживающая терапия не менее 2-3 месяцев. В дальнейшем проводятся курсы противорецидивного лечения, направленного на стабилизацию функций ЦНС.

При лечении *органического кататонического расстройства* симптоматическая терапия направлена на купирование ведущего психопатологического синдрома (с учетом факторов риска развития побочного действия психотропных препаратов при применении у лиц с органическим поражением головного мозга). При кататоническом возбуждении лечение осуществляется в соответствии с принципами купирования других видов психомоторного возбуждения. Используются клозапин по 150-450 мг/сутки в 2-3 приема; галоперидол (среднесуточная доза - 20-30 мг); тиопроперазин, начиная с 5 мг/сутки с увеличением дозировки на 5 мг каждые 2-3 дня, до 20-25 мг/сутки; трифлуоперазин в начальной дозе 1-5 мг/сут в 2-4 приема с постепенным увеличением дозировки максимально до 80 мг. При склонности к появлению выраженных побочных экстрапирамидных расстройств предпочтителен клозапин. При лечении кататонического ступора рекомендуются те же нейролептики, нормализующие двигательную активность больных - галоперидол, тиопроперазин, трифлуоперазин.

Для лечения *органического бредового расстройства* используются нейролептики с выраженным общим антипсихотическим действием - галоперидол (до 40 мг/сутки), трифлуперидол (2-6 мг/сутки) и избирательным антибредовым эффектом: трифлуоперазин (40 мг/сутки), перфеназин (30-50 мг/сутки). Для снижения бредовой напряженности показана их комбинация с нейролептиками седативного действия (хлорпромазин до 200 мг/сутки, левомепромазин до 200 мг/сутки). Активным антипсихотическим эффектом обладают зуклопентиксол (до 40 мг/сутки), рисперидон (4-8 мг/сутки), оланзапин (15 мг/сутки).

Использование пролонгированных нейролептиков у лиц с органическим бредовым расстройством ограничивается особой реактивностью больных и высоким риском развития побочных эффектов. При назначении высоких доз нейролептиков на фоне выраженной резидуально-органической симптоматики, следует одновременно

применять холинолитические средства (бипериден, тригексифенидил и др.).

Лечение *делирия*, не вызванного алкоголем или другими психоактивными веществами, комплексное (дезинтоксикация, ликвидация метаболических и гемодинамических нарушений, предупреждение отека мозга и других осложнений). Для купирования психотических расстройств предпочтительней использовать транквилизаторы - диазепам до 40 мг/сутки, как правило, парентерально; феназепам до 3 мг/сутки. Нейролептики применяются для купирования резкого психомоторного возбуждения - галоперидол по 5-10 мг в/м или 5-15 мг в/в медленно (при необходимости можно повторить инъекцию через 30 минут), левомепромазин по 50-75 мг в/в, сульпирид по 600-800 мг/сутки в несколько приемов. Также используются ноотропные препараты. Если имеются признаки деменции, из общей схемы лечения исключается левомепромазин, дозы транквилизаторов уменьшаются вдвое. После купирования острого состояния терапия направлена на профилактику рецидивов болезни и заключается в применении дегидратационных, общеукрепляющих, биостимулирующих средств.

Требования к лекарственной помощи

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата*	Единицы измерения	ССД**
N03AE	Производные бензодиазепина	Клоназепам	мг	4
N03AF	Производные карбоксамида	Карбамазепин	мг	600
N03AG	Производные жирных кислот	Вальпроевая кислота	мг	1000
N03AX	Противоэпилептические препараты другие	Ламотриджин	мг	200
N04AA	Третичные амины	Тригексифенидил	мг	6
		Бипериден	мг	6
N05AA	Алифатические производные фенотиазина	Левомепромазин	мг	100
		Хлорпромазин	мг	100
N05AB	Пиперазиновые производные фенотиазина	Перфеназин	мг	8
		Тиопроперазин	мг	30
		Трифлуоперазин	мг	4
N05AC	Пиперидиновые производные фенотиазина	Перициазин	мг	30

		Тиоридазин	мг	75
N05AD	Производные бутирофенона			
		Галоперидол	мг	10
N05AE	Производные индола			
		Зипрасидон	мг	80
N05AF	Производные тиоксантена			
		Зуклопентиксол	мг	20
		Флупентиксол	мг	3
		Хлорпротиксен	мг	90
N05AH	Диазепины, оксазепины и тиазепины			
		Кветиапин	мг	50
		Клозапин	мг	300
		Оланзапин	мг	5
N05AL	Бензамиды			
		Тиаприд	мг	400
		Сультрипид	мг	600
N05AN	Препараты лития			
		Лития карбонат	мг	1200
N05AX	Другие антипсихотические средства			
		Палиперидон	мг	6
		Рisperидон	мг	1
N05BA	Производные бензодиазепина			
		Диазепам	мг	30
		Лоразепам	мг	10
		Оксазепам	мг	10
		Алпразолам	мг	1,5
		Медазепам	мг	30
		Тофизолам	мг	150
		Хлордиазепоксид	мг	40
		Бромдигидрохлорфенилбензо диазепин	мг	1
N05BB	Производные дифенилметана			
		Гидроксизин	мг	100
N05CD	Производные бензодиазепина			
		Нитразепам	мг	10
N05CF	Бензодиазепиноподобны е средства			
		Золпидем	мг	5
		Зопиклон	мг	3,75
N06AA	Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов			
		Амитриптилин	мг	200
		Имипрамин	мг	200
		Кломипрамин	мг	100
		Мапротилин	мг	50
N06AB	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина			
		Пароксетин	мг	20
		Сертралин	мг	50
		Флувоксамин	мг	100
		Флуоксетин	мг	20

		Циталопрам	мг	20
		Эсциталопрам	мг	20
N06AG	Ингибиторы моноаминоксидазы типа А			
		Моклобемид	мг	600
N05BB	Производные дифенилметана			
		Гидроксизин	мг	100
N06AX	Другие антидепрессанты			
		Миансерин	мг	30
		Милнаципран	мг	100
		Пирлиндол	мг	300
		Тразодон	мг	300
		Тианептин	мг	37,5
		Пипофезин	мг	150
N06BX	Другие психостимуляторы и ноотропные препараты			
		Церебролизин	мл	20
		Никотиноил гамма-аминомасляная кислота	мг	150
		Пирацетам	мг	1200
		Гопантевая кислота	мг	750
		Глицин	мг	300
		Пиритинол	мг	300
		Винпоцетин	мг	15
		Циннаризин	мг	75
N06DA	Антихолинэстеразные средства			
		Ривастигмин	мг	6
		Галантамин	мг	5
		Донепезил	мг	5
N06DX	Прочие препараты для лечения деменции			
		Мемантин	мг	30
		Гинкго двулопастного листьев экстракт	мг	120
N07XX	Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы			
		Этилметилгидроксипиридина сукцинат	мг	500

* - международное непатентованное или химическое наименование лекарственного препарата, а в случаях их отсутствия - торговое наименование лекарственного препарата

** - средняя суточная доза

6. Профилактика

Профилактика органических психических расстройств строится с учетом их этиопатогенеза и патогномоничных проявлений болезни.

Первичная профилактика наименее специфична и предполагает решение масштабных медико-социальных проблем по предупреждению неблагоприятных экзогенных воздействий (экологических катастроф, в пер-

вую очередь), бытового и промышленного травматизма, повышение эффективности санитарно-гигиенических мероприятий в группах риска населения.

Цель вторичной профилактики состоит в предупреждении развития неблагоприятных вариантов органического психического расстройства - прогрессирующего злокачественного течения, малообратимых форм органического дефекта, органических психозов, пароксизмальных расстройств, а также развития на "органической почве" вторичной психической патологии (синдрома зависимости, прежде всего).

Третичная профилактика, предполагающая в конечном итоге предупреждение рецидивов, обострений болезни, у лиц с органическим психическим расстройством требует учета: а) базисных патогенетических характеристик болезни (прогрессирующее/резидуальное состояние); б) вероятности спонтанных ухудшений болезни (например, при церебрально-сосудистой патологии); в) высокой значимости неблагоприятных внешних воздействий (психогенных в том числе) на динамику болезни. Специфические проблемы третичной профилактики у ряда больных (с преобладающими органическими личностными расстройствами, наличием когнитивного снижения) могут быть обусловлены и закрепляющимся у них "саморазрушающим стилем поведения" - алкоголизацией, употреблением наркотиков, привычно агрессивного стиля поведения и др. Типичная для многих больных с органическим поражением головного мозга своеобразная "внутренняя картина" болезни (игнорирование ее проявлений) также значительно усугубляет трудности организации внебольничной лечебно-реабилитационной работы с такими пациентами.