

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
«Обсессивно-компульсивное расстройство»

Москва, 2008 г.

Протокол ведения больных в детском возрасте «Обсессивно-компульсивное расстройство» разработан руководителем отделения психической патологии детского и подросткового возраста ФГУ «МНИИП Росздрава» к.м.н. Коренем Е.В.

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Нормативный документ «Протокол ведения больных в детском возрасте: «Обсессивно-компульсивное расстройство» 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:

МКБ	международная классификация болезней
ЛС	лекарственное средство
ОСТ	отраслевой стандарт
ОКР	обсессивно-компульсивное расстройство
ПМУ	перечень медицинских услуг
ПНД	психоневрологический диспансер
СИОЗС	ингибиторы обратного захвата серотонина
ТЦА	трициклические антидепрессанты
ЦНС	центральная нервная система

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Протокол ведения больных в детском возрасте: «Обсессивно-компульсивное расстройство» 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 ОКР;
- унификация лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий для детей с ОКР с учетом психопатологических особенностей синдрома, фазы заболевания и клинической ситуации;
- обеспечения оптимальных объемов, доступности и качества диагностических и лечебных мероприятий, предпринимаемых для детей и подростков с ОКР 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

«Обсессивно-компульсивное расстройство»

Ведение протокола больных в детском возрасте: «Обсессивно-компульсивное расстройство» осуществляется ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава». Система ведения предусматривает взаимодействие Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Определение:

ОКР у детей – тревожное расстройство гетерогенной природы, возникающее преимущественно в детском и юношеском возрасте и характеризующееся наличием obsessions и/или compulsions.

Значительная часть клинических проявлений ОКР у детей и подростков рассматривалась ранее в рамках так называемого «невроза навязчивых состояний». Для ОКР, сформировавшихся в детском и подростковом возрасте (50% больных), характерны хронический в большей части случаев характер заболевания (30-70%) или течение с частыми обострениями.

Роль возрастного фактора в динамике ОКР проявляется также в постепенном многолетнем формировании данного расстройства (замене относительно простых навязчивостей более сложными, появление сознания болезни, борьбы с навязчивостями, возникновение обсессивно-компульсивной симптоматики нового возрастного уровня и др.).

ОКР у детей часто сочетаются с депрессивной симптоматикой (до 80%), другим тревожным расстройством (до 50%), тиками (20-40%), СДВГ (10-30%), синдромом Туретта (5%). Потенциально возрастает риск злоупотребления психоактивными веществами и формирования зависимости. Длительное персистирование ОКР у детей приводит к искажению индивидуального развития с недостаточностью социальных навыков, нарастающими изменениями личности (вторичная аутизация, протестные формы поведения и патологические развития личности) с высоким уровнем инвалидизации (до 30% больных).

Разнообразие патогенных факторов и неспецифичность отдельных проявлений навязчивостей как составляющих невротического уровня патологического реагирования затрудняют оценку причинно-следственных связей в происхождении ОКР у детей и подростков. В большинстве случаев экзогенные, средовые и эндогенные (наследственные и конституциональные) факторы выступают в сложном взаимодействии и единстве. Однако имеются и общие для всех форм ОКР патогенетические звенья, приводящие к сходным клиническим проявлениям.

Этим определяется выбор синдромальной модели пациента при разработке протокола ведения больных: «обсессивно-компульсивные расстройства у детей».

Диагностические указания:

На основании исследовательских критериев МКБ-10 диагностические указания для ОКР у детей формально соответствуют диагностическим критериям для взрослых больных, в соответствии с которыми обсессивные симптомы или компульсивные действия, либо и те и другие должны иметь следующие характеристики:

- расценены как собственные мысли или импульсы больного;

- должны быть по крайней мере одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной не сопротивляется;
- мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не является в этом смысле приятным);
- мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

По МКБ-10 точный диагноз ОКР у детей ставится в случаях, когда соответствующие симптомы имеют место в течение наибольшего количества дней в период, по крайней мере, 2 недель подряд и являются источником дистресса и нарушения активности.

Так как отдельные феномены навязчивостей могут возникать у здоровых индивидов, они расцениваются как психическая патология, когда продолжаются длительное время, нарушают выполнение привычных функций и переживаются как тягостные.

По МКБ-10, хотя обсессии и компульсивные действия обычно сосуществуют, целесообразно устанавливать один из этих типов симптоматики в качестве доминирующего у некоторых больных.

В зависимости от преобладающих болезненных проявлений различают:

- преимущественно «навязчивые мысли или рассуждения» (F42.1),
- преимущественно «навязчивые действия» (F42.1),
- смешанные формы расстройства, при которых наблюдаются как навязчивые мысли (обсессии), так и навязчивые движения и действия (компульсии) (F42.2).

Эпидемиология

ОКР встречается в большинстве этнических групп. В 33-50% случаев заболевание начинается в детском и юношеском возрасте. В одной трети случаев - до 15 лет. Заслуживает внимания высокая частота субклинических расстройств – 19%.

Распространенность ОКР в общей популяции составляет 1.5-3%. в детской популяции составляет 0.5%-2%. В подростковом возрасте – примерно у 2-3 % молодых людей.

Отдельные проявления навязчивых состояний могут наблюдаться уже в дошкольном возрасте (3,5-4 года), средний возраст при начале в детском возрасте составляет приблизительно 10 лет. По другим данным -15 лет.

В детско-подростковом возрасте ОКР в равной степени может быть у мужчин и женщин; некоторые исследования указывают на то, что данное расстройство чаще встречается у женщин, но у мальчиков отмечается тенденция к более раннему дебюту и к более тяжелой симптоматике и течению.

Клинические признаки

Дети, как правило, самостоятельно не высказывают жалоб на обсессии и не ищут помощи. К психиатрам дети с ОКР попадают по инициативе родителей. При осознании болезненного характера расстройств, дети склонны выполнять ритуалы в домашней обстановке и в одиночестве. В отличие от взрослых, дети и подростки часто переносят свои обсессии и компульсии на ближайшее окружение.

При раннем проявлении отдельных симптомов ОКР в возрасте 3-4 лет субъективное чувство неотвязности и тягостности не осознается и заключается в констатации детьми факта совершения движений или в жалобах на неопределенные неприятные ощущения в отдельных частях тела, сопровождающиеся стремлением к реализации компульсий.

К 7-8 годам, понимая неадекватность обсессий и компульсий, дети часто называют их «привычками». В более старшем возрасте (9-12 лет) появляется частичное критическое отношение к ОКР. Эти проявления остаются феноменологически незавершенными: при сохранении двигательного компонента, субъективное чувство навязанности и чуждости непостоянно и возникает лишь на высоте обострения.

В пубертатном возрасте ОКР в значительной степени соответствуют критериям и приближаются по степени завершенности симптоматики к аналогичным расстройствам у

взрослых, сопровождаются чувством неотвязности с сознанием болезни, стремлением избавиться от тягостных переживаний и импульсов. Подростки чаще осознают, что симптомы являются продуктом деятельности их собственного мозга. Наиболее часто у них отмечаются навязчивые идеи заражения, загрязнения, навязчивые сомнения, навязчивое мудрствование, ритуалы контроля.

Прогноз

Прогноз ОКР у детей и подростков изучен недостаточно и может существенно различаться у отдельных больных.

Раннее начало, сильная выраженность симптомов, наличие коморбидных расстройств и личностных нарушений, вычурность навязчивых мыслей, присоединение выраженных компульсий, резистентность к терапии (особенно инициальной) дают не очень благоприятный прогноз.

Считается, что при наличии у пациента шизоидных, параноидных, шизотипических личностных черт, хроническом рецидивирующем характере ОКР у детей прогноз ухудшается. Суицидальные попытки (суицидальный риск составляет 9-13%) значительно ухудшают прогноз.

Вместе с тем, до 20-50% больных при адекватной фармакотерапии в сочетании с психотерапией и психообразовательными мероприятиями достигают степени «социального выздоровления» или ремиссии с минимальной симптоматикой.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз с другими психическими заболеваниями требует изучения анамнеза, выделения ведущего синдрома и катамнестического наблюдения с целью уточнения особенностей клинических проявлений и характера течения заболевания.

Различные проявления навязчивостей могут появляться при шизофрении, биполярном расстройстве, депрессивных, тикозных расстройствах и нарушениях пищевого поведения и других расстройствах в дополнение к первичной симптоматике.

Случайные панические атаки или легкие фобические симптомы не являются препятствием для диагноза. Однако, **обсессивные симптомы, развивающиеся при наличии шизофрении, синдрома Жиля де ля Туретта или органического психического расстройства по МКБ-10 должны расцениваться как часть этих состояний.**

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 и Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»..

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. Обследование психиатром и лечение подростков 15 лет и старше без их согласия и/или согласия его родителей или заменяющих их лиц осуществляется в соответствии с установленными законодательными требованиями.

Диагностическое обследование включает:

- психиатрическое обследование, состоящее из *объективного анамнеза*, полученного в результате расспроса родителей, родственников или опекунов (законных представителей), *анализа медицинской документации* и *субъективного анамнеза* (с учетом возрастных и клинических особенностей и когнитивных способностей пациента).
- проведение клинического (психопатологического) исследования, использование физикального, инструментальных и функциональных методов исследования, привлечения врачей-консультантов других специальностей (невролога, педиатра и др.);
- психологическое исследование, состоящее из разнообразных методик, выбор которых зависит от задач исследования и вопросов, поставленных перед психологом врачом.
- социально-педагогическая диагностика
- оценка специалистом по социальной работе особенностей семейного, школьного и социального функционирования.
- 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.

Клиническое психиатрическое обследование осуществляется с использованием *клинико-психопатологического, клинико-анамнестического и клинико-динамического методов*. Опираясь на общепринятую схему диагностического психопатологического обследования детей и подростков, для установления условий развития психических расстройств и определения закономерностей их развития, предусматривается анализ наследственных, социальных факторов, оценка состояния здоровья родителей, акушерско-гинекологического анамнеза течения беременности и родов, состояния ребенка в период новорожденности, особенностей раннего психомоторного развития, динамики когнитивного функционирования и поведения.

VII.1. ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ:

Сбор объективного анамнеза включает сведения, полученные от родителей и других источников (школьные характеристики и др.) и содержит:

- 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).

VII.1.II. СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ.

Приступая к расспросу, следует учитывать отношение пациента к собеседованию. Часто по отношению к психиатру существует настороженность, нередко нежелание подвергаться обследованию. 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 наблюдения за испытуемым во время пребывания его на приеме у врача, при стационарном обследовании и лечении - в отделении.

Во время беседы выявляются:

- степень ориентировки в себе, окружающей обстановке, ситуации, во времени;
- 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;
- особенности эмоциональных проявлений;
- сформированность мыслительных операций (анализ, синтез, установление причинно-следственных связей);
- уровень знаний об окружающем мире, степень ориентации в вопросах общежития, окружающего пациента социума;
- уровень речевого и интеллектуального развития,
- индивидуальное социальное поведение и способы совладания с проблемами;
- особенности мышления, памяти, внимания, работоспособности;
- особенности мотивационно-потребностной сферы ;

Диагностическое исследование для выявления ОКР у детей и подростков проводится клинико-психопатологическим методом с использованием полуструктурированного клинического интервью, основанного на критериях МКБ-10 (при необходимости – с дополнительным использованием валидизированных опросников для количественной оценки симптомов), с целью уточнения характера и структуры клинических нарушений, определения варианта ОКР, типа течения, необходимости стационарного лечения и надзора, а также для оценки динамики состояния пациента в процессе проведения терапевтических мероприятий и социальной реабилитации.

Клиническое обследование больного с ОКР включает в себя сбор анамнестических данных, жалоб, визуальное исследование моторики, мимических реакций и висцеро-вегетативных нарушений, наблюдении за испытуемым во время пребывания его на приеме у врача, при стационарном обследовании и лечении - в отделении.

В анамнезе необходимо выяснить наличие тревожно-мнительных, сенситивно-шизоидных и истероидных преморбидных черт характера; присутствие подобных характерологических акцентуаций у родственников, а также наличие у них тревожных, фобических и других расстройств.

В ходе визуального наблюдения больного выявляются, помимо возможных ритуалов, психомоторные проявления в виде неусидчивости, беспокойства, сжимания пальцев рук, компонентов физического напряжения - мышечное напряжение, дрожь, шаткость походки, неспособность расслабиться.

Больные с ОКР описывают такие симптомы, как быстрое наступление усталости, слабость, суетливость, раздражительность, нарушение сна.

Отмечаются также такие висцеро-вегетативные нарушения как: тахикардия, тремор, неприятные ощущения в кардиальной области, гипергидроз, проявления дизурии, абдоминальный дискомфорт и тошнота.

Из когнитивных проявлений ОКР как во время интервью, так и на основе жалоб больного и анамнеза определяются: наличие obsessions и навязчивых страхов, трудности концентрации внимания, повышенная озабоченность и ипохондрическая рефлексия.

При выявлении поведенческих нарушений при ОКР необходимо обращать внимание также на формирование и степень выраженности избегающего поведения. Больные стремятся уклониться от посещения школы, поездок в транспорте, толпы и в то же время стремятся к уединению, отмечается фиксация на избегании социальных контактов, связанная с односторонней интерпретацией отношения окружающих к болезненным проявлениям и с вторично возникающими навязчивыми и тревожными опасениями.

Клиническое исследование завершается анализом выявленных феноменов с их психопатологической квалификацией и соотнесением в плане соответствия с представленными выше диагностическими указаниями и критериями для ОКР по МКБ-10.

Для диагностики ОКР у детей и подростков должны присутствовать все выделенные критерии по МКБ-10, а имеющаяся симптоматика ОКР в зависимости от преобладающих болезненных проявлений квалифицируется как:

- преимущественно «навязчивые мысли или рассуждения» (F42.0),
- преимущественно «навязчивые действия» (F42.1),
- смешанные формы расстройства, при которых наблюдаются как навязчивые мысли (obsessions), так и навязчивые движения и действия (compulsions) (F42.2).
- другие obsessive-compulsive расстройства (F42.8).

VII.1.V. ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Соматическое и неврологическое обследование пациента первоначально проводится самим психиатром.

Общий осмотр 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)
- экстрапирамидные нарушения (картина гипокинеза, нарушений мышечного тонуса, наличие различных гиперкинезов, миоклонии);
- мозжечковая патология и расстройства координации движений ;
- чувствительность и ее нарушения;
- расстройства функций вегетативной нервной системы;

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

В случае выявления признаков поражения центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*).

Возможно проведение *электроэнцефалографического, эхо- и реоэнцефалографического исследований, компьютерной томографии головного мозга, магнитно-ядерно-резонансного исследования головного мозга* и других исследований, направленных на уточнение диагноза.

Инструментальные методы исследования направлены на возможное установление органического поражения ЦНС, проведение дифференциального диагноза с психическими и неврологическими заболеваниями, проявляющимися симптомами ОКР.

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 заболеваний, необходимо привлечение врачей-специалистов в той области медицины, к которой относится выявленное заболевание.

VII.I.VII. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Представлено двумя основными формами: патопсихологическое обследование и психодиагностическое тестирование.

Первое направление, основанное на использовании принципов патопсихологического анализа психической деятельности ребенка, ориентировано, прежде всего, на изучение психологических механизмов симптомообразования, формирующих и дополняющих

целостную клиническую картину и придающих ей определенную специфику, важную для ее разграничения с другими формами психической патологии.

Психодиагностическое направление, имеющее измерительно-испытательную направленность, обеспечивает, главным образом, количественную квалификацию изучаемого явления, позволяющую сопоставить достижения испытуемого с результатами, статистически характеризующими как норму, так и различные варианты отклонения от нее.

Комбинированное использование обоих методов позволяет получить информацию о качестве нарушений психической деятельности; ведущих механизмах этих нарушений; наиболее сформированных звеньях психической деятельности; предполагаемом уровне потенциальных возможностей и особенностях социально-психической адаптации личности ребенка с ОКР (основные зоны фрустрации, способы преодоления или компенсации социальных затруднений; механизмы психологической защиты; оценка эффективности стратегий поведения, патологические копинг-механизмы), что позволяет решать следующие задачи:

- а) уточнение характера и механизмов формирования нарушений эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности на основе анализа экспериментально-психологических данных и особенностей социальной ситуации;
- в) установление качественных особенностей структуры психической деятельности как в операциональных, так и в мотивационных характеристиках;
- г) оценка качества социально-психической адаптации личности (включая и школьную адаптацию) и вероятных механизмов ее нарушения в контексте конкретного случая.

В структуре **социально-педагогического подхода** к диагностике основное внимание уделяется изучению особенностей психической деятельности, рассматривающихся в качестве факторов, специфически преломляющих внешние и, прежде всего, учебно-воспитательные воздействия на ребенка.

Психолого-педагогический метод в данном виде диагностики является преимущественно исследовательским инструментом педагога, воспитателя и дефектолога, который позволяет не только констатировать те или иные особенности или отклонения в психическом развитии ребенка, но и с достоверностью интерпретировать их проявления в учебной деятельности или в поведении детей.

Диагностический вклад педагога, непосредственно работающего и контактирующего с ребенком с ОКР, может быть представлен весьма полезными сведениями, отражающими:

- а) формы проявления социальной и индивидуально-психологической дезадаптации;
- б) характер и степень выраженности затруднений в усвоении учебной программы, проблемы в межличностных взаимоотношениях и т.д.;
- в) сферу конфликтного поведения и характер аффективных реакций;
- г) вероятные причины нарушений социальной адаптации;
- д) степень эффективности применявшихся психосоциальных воздействий и психокоррекционных приемов.

Специалист по социальной работе (социальный работник) с момента первичного обращения (поступления) пациента в учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и на всем протяжении дальнейшего ведения случая оценивает особенности его семейного, школьного и социального функционирования. Следует отмечать не только проблемы и трудности, но и благоприятные и положительные особенности. Сведения фиксируются как на настоящий момент, так и по данным истории жизни пациента.

Данные группируются по следующим категориям: жилищные условия, материальное положение, состав семьи и особенности семейных взаимоотношений, тип воспитания, ближайшее (лично-значимое) окружение; характеристика периода обучения (в прошлом или в настоящем) и уровень социализации, досуг; проблемы медицинского обслуживания; юридические проблемы и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными органами и учреждениями; другие психосоциальные проблемы.

Сведения, полученные с помощью всех указанных специалистов, являются составляющими функционального диагноза, учитываемыми в работе полипрофессиональной бригады, на основе которых назначается фармакотерапия, психотерапия и психосоциальное лечение, проводятся психообразовательные и другие мероприятия для пациента и родителей.

VII.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)

Возможные исходы диагностики и их характеристика.

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи.
Принятие диагностического заключения	В 70 – 80% случаев	Выявление достаточных признаков для принятия диагностического решения	7-14 дней	Модели амбулаторного лечения
Продление диагностического исследования с принятием диагностического решения	В 10- 15 % случаев	сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость дополнительного обследования	Длительность определяется объемом диагностических исследований и техническими возможностями и мед. учреждения.	Модели амбулаторного лечения
Продление диагностического исследования без принятия диагностического решения	В 10 - 15 % случаев	сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость динамического наблюдения	На любом этапе	переход в модель стационарного лечения

VII.11. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ОКР У ДЕТЕЙ

Основной целью лечения является купирование или уменьшение выраженности навязчивостей и компульсий, а также повышение уровня социальной адаптации и качества жизни больных.

Основными задачами лечения вторичных невротических (аффективных) расстройств при ОКР у детей и подростков являются:

- снижение тревоги
- разрешение внутреннего конфликта
- коррекция патологических защитных механизмов и поведенческих реакций.
- достижение эффективных путей выхода из стресса

Современная терапия навязчивых состояний предусматривает комплексное воздействие на любом этапе лечения ОКР, что является одним из основополагающих принципов терапевтической курации детей и подростков с ОКР.

Наиболее эффективной стратегией в настоящее время является сочетание биологических методов лечения с психотерапией и психосоциальными вмешательствами с продолжением обучения, социальной работой с семьей и пациентом.

В проведении терапии ОКР выделяют 3 этапа.

Первый этап - купирующая терапия начинается сразу же после постановки диагноза ОКР и заканчивается установлением клинической ремиссии, т.е. продолжается до существенной или полной редукции симптоматики. Этот этап обычно продолжается от 4 до 8 недель и включает в себя купирование ведущей симптоматики и нормализацию поведения больного.

Второй этап – долечивание или стабилизация заключается в продолжении эффективной терапии вплоть до достижения ремиссии с полной или значительной редукцией продуктивной симптоматики, восстановление, по возможности, прежнего уровня социальной адаптации больного. Этап может продолжаться до 6 месяцев от начала или обострения заболевания.

С учетом того, что ОКР у детей обычно характеризуется хроническим и рецидивирующим течением, требуется переход к следующему **третьему этапу** – длительной амбулаторной поддерживающей терапии.

Этот этап включает в себя сохранение достигнутой редукции симптоматики, влияние на вторичные невротические и коморбидные расстройства, обеспечение противорецидивного эффекта, т.е. поддержание устойчивой ремиссии, а также сохранение или восстановление возможно более высокого уровня социального функционирования больного и обеспечение оптимальных условий для последующего гармоничного психического развития.

Поддерживающая терапия может длиться неопределенно долго, но не менее 1 года, чтобы можно было оценить ее эффективность, и определяется характером течения ОКР.

Условия лечения – преимущественно амбулаторное или стационарное в случае обострения и выраженной дезадаптации. Обострения заболевания могут характеризоваться различной выраженностью симптоматики и не всегда требуют госпитализации больных.

В зависимости от выраженности нарушений ОКР (обострение) помощь может оказываться в **амбулаторных** (внебольничных) условиях:

- при сохранении относительно упорядоченного поведения и возможности продолжения школьного обучения,
- при наличии семейной поддержки
- отсутствии опасных для самого больного и окружающих тенденций
- возможности посещать амбулаторное медицинское учреждение с родителями;
- наличии коморбидной симптоматики без суицидальных тенденций

или в **стационарных условиях:**

- при выраженности и остроте психопатологических расстройств с выраженной, включая школьную, дезадаптации и при грубом нарушении поведения
- при наличии суицидальных тенденций и опасности для себя или окружающих,
- стойкой неэффективности терапии.
- недостаточности семейной поддержки и контроля
- отсутствии в амбулаторном психиатрическом учреждении возможностей для проведения диагностического обследования согласно протоколу.

Клинические проявления обострения: манифестация или усиление интенсивности и выраженности симптоматики в виде погруженности в навязчивости, учащение и усложнение ритуалов, часто сопровождающихся страхом, тревогой, значительными изменениями поведения, агрессией к близким, присоединением депрессивной симптоматики, суицидальных тенденций, значительным снижением уровня социального функционирования с невозможностью продолжения школьного обучения, выхода из дома и т.д.

Переход в фазу обострения может быть обусловлен рядом причин:

- Дополнительным воздействием психогенно-стрессовых факторов, включающих попадание пациента в ситуации, соответствующие содержанию навязчивостей;
- возникновением аномальных психосоциальных ситуаций в семье и в школе,
- неадекватным взаимодействием с врачом и нарушенных контактах с медицинскими учреждениями
- особыми жизненными обстоятельствами (переезд, финансовые затруднения в семье и т.д.)
- воздействием дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- сомато-эндокринной перестройкой организма (возрастные кризы, половой метаморфоз);
- аутохтонными колебаниями состояния;
- сочетанием нескольких факторов.

В зависимости от ведущей причины усиления симптоматики навязчивостей структура терапевтических мероприятий смещается в сторону коррекции преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления психотерапевтической и психосоциальной составляющей комплексного лечения, включая дополнительные психообразовательные и психореабилитационные мероприятия.

Критериями эффективности терапии ОКР являются клиническое и социальное улучшение.

Клиническое улучшение оценивается по степени уменьшения выраженности психопатологической симптоматики на основе данных клинико-психопатологического обследования и наблюдения за поведением больного в динамике, изменение характера предъявляемых жалоб и самоотчетов больного и родителей и их соответствие сведениям, полученным из других источников со слов родственников и заменяющих их лиц, а также достижение и поддержание условий, обеспечивающих оптимальное развитие ребенка и приемлемый уровень социального функционирования.

Для оценки **социального исхода** также используются шкалы социального функционирования и оценка качества жизни. Кроме того, в ходе терапии оценивают уровень дистресса, вызываемого симптомами ОКР.

При проведении длительной терапии критериями эффективности также служат уменьшение числа обострений симптоматики, обращений за специализированной помощью, посещений врача, госпитализаций т.д.

Медикаментозное лечение.

Патогенетическим подходом к терапии ОКР, по-видимому, является усиление серотонинергической нейротрансмиссии. Вследствие опосредованного усиления дофаминергической передачи через 5HT – ауторецепторы в некоторых случаях эффективно присоединение локаторов рецепторов дофамина – антипсихотических средств, особенно при доминировании идеаторных навязчивостей.

Лечение проводится с учетом психопатологической структуры обострения, которая определяет выбор психотропных средств, а также особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдрома в процессе лечения, с чем может быть связана замена препарата или присоединение других методов лечения.

При длительном применении - определение минимальной дозы препаратов, которая будет достаточна для контроля за обсессивной симптоматикой, но без дезадаптирующих побочных эффектов.

В отсутствие эффекта или недостаточной эффективности лечения в течение 2-3 месяцев следует оценить правильность диагностики и соблюдение больным режима терапии.

Ошибки и необоснованные назначения

- недостаточная дозировка и длительность применения СИОЗС антидепрессантов
- применение других ТЦА антидепрессантов, кроме кломипрамина
- монотерапия или длительное применение транквилизаторов
- следование только одной терапевтической тактике
- необоснованное применение нескольких препаратов, усиливающих серотонинергическую передачу
- применение больших доз классических нейролептиков
- сокращение сроков поддерживающей терапии ведет к обострению ОКР

Терапия антидепрессантами

Среди всех классов психотропных средств, использовавшихся для лечения ОКР у детей, антидепрессанты считаются наиболее эффективными с позиций доказательного подхода в связи с наличием доказанного антиобсессивного эффекта у некоторых препаратов данной группы, который не зависит от антидепрессивного эффекта антидепрессантов.

Дифференцированный подход к назначению антидепрессантов осуществляется с учетом разрешения Минздрава в отношении возраста применения, клинической картины, индивидуальной переносимости и в соответствии с особенностями психофармакологического действия и побочных эффектов препарата.

Чаше используются более высокие дозы, чем при лечении депрессивных и тревожных расстройств, эффект оценивается через 4 недели. Не менее, чем у 10% детей лечение антидепрессантами оказывается неэффективным.

Дозы подбираются индивидуально, обычно титруют и повышают постепенно до достижения терапевтического результата. В начале вводят небольшую тестовую дозу, при отсутствии в течение 2 часов аллергических или других реакций (повышение температуры тела, идиосинкразия, острые дискинезии) дозу постепенно увеличивают.

В случае парентерального введения дозу следует уменьшить в среднем в 2 раза. Подбор более высоких доз должен проводиться в специализированных учреждениях.

При замене одного антидепрессанта другим следует руководствоваться алгоритмом оценки эффекта терапии (длительность приема, переносимость и адекватность назначенных доз), возможностью развития серотонинового синдрома) с учетом возрастных дозировок.

Отмена антидепрессантов должна проводиться постепенно под тщательным контролем врача во избежание риска развития синдрома отмены или обострения симптоматики.

В случае преждевременной отмены антидепрессантов симптоматика ОКР у большинства больных возобновляется в течение нескольких недель.

Разрешенные к применению у детей и подростков в России антидепрессанты относятся к следующим группам:

- ТЦА
- СИОЗС

Трициклические антидепрессанты

Анафранил (кломипрамин) - является единственным антидепрессантом данной группы с доказанным антиобсессивным действием, разрешенным к применению в России в детском и подростковом возрасте. Сравнительные исследования кломипрамина с другими ТЦА убедительно показали существенное преимущество кломипрамина в отношении купирования obsessions, ритуалов и фобической симптоматики.

Особое место кломипрамина среди других ТЦА предопределило развитие серотонинергической гипотезы патогенеза ОКР, поскольку кломипрамин в 5 раз сильнее блокирует захват серотонина, чем дезипрамин (Мосолов С.Н., 1995).

При применяемых дозах 75-150 мг/сутки у детей отмечается уменьшение выраженности obsessive-compulsive симптоматики, с воздействием как на собственно obsessive-compulsive ядро расстройства, так и на симптоматику тревоги и депрессии, способствующую основным переживаниям.

Начало действия развивается через 2-4 недели, максимальный эффект отмечается через 8-10 недель. Кломипрамин назначают в дозе до 200 мг/сут для старших подростков или из расчета 3 мг/кг для детей и подростков.

При этом наблюдается как дезактуализация obsessions и ритуалов, уменьшение депрессивных проявлений, тревожности, так и повышение чувствительности к поведенческой терапии. В относительно более низких дозах уменьшаются навязчивые мысли, но отсутствует влияние на ритуалы.

Способ применения кломипрамина у детей при ОКР несколько отличается от взрослых (более медленное наращивание и титрация доз, реже используется внутривенное введение) с указанием на необходимость более тщательного мониторинга соматического состояния в связи с усилением выраженности побочных эффектов кломипрамина.

Наиболее частыми и тяжелыми побочными эффектами фармакотерапии трициклическими антидепрессантами являются холинолитические и кардиотоксические расстройства. Риск их развития выше при лечении анафранилом. Они легко распознаются, однако, их возникновение весьма трудно предвидеть, так как оно связано отчасти с дозировкой, отчасти с особенностями самого препарата, отчасти с индивидуальной чувствительностью пациента. Они включают побочные симптомы, характерные для трициклических антидепрессантов, которые могут наблюдаться уже после первых дозировок;

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)

Из препаратов СИОЗС в России с антиобсессивным действием официально разрешены для лечения ОКР у детей и подростков феварин (флювоксамин) с 8 лет и сертралин (золофт) с 6 лет.

Терапевтические дозы в среднем выше, чем при депрессии и приближаются к максимально допустимым в детском возрасте. Для сертралина они составляют 50-200 мг/сут, для флювоксамина – 50 - 200 мг/сут. Эффект развивается со 2-4 недели терапии и постепенно усиливается к 8-12 неделе.

При терапии СИОЗС может отмечаться временное усиление беспокойства с возбужденностью в вечерние часы, ошибочно расцениваемое как усиление психомоторного беспокойства вследствие основного заболевания.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОКР У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Разрешенные	возраст (лет)
-------------	---------------

России препараты для детей	4-5	6-7	8-10	11-14	15-18
Антидепрессанты					
кломипрамин (анафранил)	С	С	В	В	В
Амитриптилин	С	С	С	С	С
Лудиомил	Д	Д	Д	Д	С
Золофт	Д	В	В	В	В
Флуоксетин	Д	Д	С	С	С
Азафен	Д	Д	Д	С	С
Феварин	Д	С	В	В	В
Паксил	Д	С	С	С	С
ноотропы					
Фенибут	С	С	С	С	С
Кортексин	С	С	С	С	С
Пантогам	С	С	С	С	С
анксиолитики					
Алпразолам	Д	Д	Д	Д	Д
Клоназепам	С	С	С	С	С
Диазепам	С	С	С	С	С
Атаракс	С	С	С	С	С
Феназепам	С	С	С	С	С
нейролептики					
Сульпирид	С	С	С	С	С
Арипипразол	Д	Д	Д	Д	С
Этаперазин	С	С	С	С	С
Рисполепт	Д	Д	Д	Д	С
Галоперидол	С	С	С	С	С
нормотимики					
карбамазепин	С	С	С	С	С

А - доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению

В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств к тому, чтобы рекомендовать данное положение

С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом других обстоятельств

Д – достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства

Применение других лекарственных средств при ОКР у детей

Транквилизаторы и анксиолитики.

В качестве симптоматического средства с ограниченными показаниями допускается применение при ОКР у детей транквилизаторов и анксиолитиков:

- при наличии выраженных проявлений тревоги в структуре ОКР
- в качестве корректора побочных явлений на начальных этапах терапии СИОЗС (инсомния, усиление тревоги и ажитация)

- при сочетании ОКР с другими тревожными расстройствами.

Несмотря на то, что собственно антиобсессивный эффект в спектре действия анксиолитиков (транквилизаторов) отсутствует, комплексное применение с антидепрессантами смягчает тревожный компонент obsessions.

Нейролептики.

Результаты многочисленных исследований у взрослых показали, что применение нейролептиков оказывает в основном симптоматический (анксиолитический) эффект, но не влияет на ядерную симптоматику.

В случае отсутствия эффекта терапии антидепрессантами, к терапии присоединяют нейролептики в индивидуально подобранных дозах с учетом переносимости. При этом необходимо учитывать, что побочная экстрапирамидная симптоматика может усилить проявления навязчивостей. Поэтому в последнее время в подростковом возрасте предпочтение отдается атипичным нейролептикам, разрешенным у детей и подростков, с попыткой снижения дозы и отмены при достижении клинической ремиссии.

Нормотимики и ноотропы

При наличии признаков органической недостаточности целесообразно добавление к терапии небольших доз нормотимиков (финлепсина) в дозах 25-200 мг/сутки. и ноотропов в возрастных дозировках.

ХАРАКТЕРИСТИКА АЛГОРИТМОВ И ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОВ У ДЕТЕЙ С ОКР

После установления диагноза ОКР, определения его тяжести, типологии, симптомов-мишеней, а также оценки эффективности и переносимости предшествующей терапии необходимо сделать выбор между двумя наиболее эффективными методами серотонинергической терапии: кломипрамин (уровень доказательств В) и разрешенными к применению в России СИОЗС (уровень доказательств В) .

Кломипрамин является мощным и хорошо испытанным средством лечения ОКР у детей и подростков. Однако, частота побочных действий, опасения в отношении потенциальных аритмогенных эффектов, не позволяют рекомендовать его как средства для инициальной терапии при ОКР у детей и подростков.

Согласно имеющимся доказательным исследованиям в детской практике СИОЗС безопаснее и лучше переносятся больными при доказанной эффективности лечения, что определяет назначение серотонинергического антидепрессанта в качестве лекарственного препарата **первого выбора**.

Если в состоянии больного имеется определенная положительная динамика, целесообразно продолжить терапию в тех же или несколько больших дозах в течение 2-3 месяцев.

В случае достижения положительного эффекта после 8-10 недельного курса монотерапии (**1 этап**), лечение следует продолжить в тех же, или чуть меньших дозах, в течение не менее одного года с этапной оценкой клинического состояния и с тщательным мониторингом и коррекцией побочных эффектов.

При недостаточной эффективности лечения в течение 2-3 месяцев следует оценить правильность диагностики и соблюдение больным режима терапии и исключить ятрогенные причины неэффективности, среди которых основными являются недостаточная доза препарата и/или неадекватная длительность терапевтического курса.

В отсутствие эффекта в ряде случаев можно рассчитывать на эффект другого серотонинергического антидепрессанта. Несмотря на общий механизм действия, эти

соединения различаются между собой в структурном отношении и могут действовать на серотониновые рецепторы разных типов.

В случае истинной неэффективности первого курса СИОЗС, либо при развитии побочных эффектов может быть рекомендован курс другим СИОЗС или кломипрамин (2 этап). При этом эффект наступает у 30-40% больных.

При переходе от СИОЗС к кломипрамину следует соблюдать осторожность, поскольку большинство СИОЗС являются ингибиторами изофермента Р450.

Для повышения эффективности терапии стремятся к усилению действия серотонинергических препаратов путем присоединения других лекарственных средств. При этом используют один из двух подходов: усиление серотонинергической передачи и блокада дофаминергической.

Наибольшее число рандомизированных контролируемых исследований касалось применения небольших доз традиционных нейролептиков и нового поколения атипичных антипсихотиков, которые характеризуются значительно лучшей переносимостью.

В случае отсутствия эффекта, к терапии присоединяют традиционные нейролептики (галоперидол, этаперазин и др.) в индивидуально подобранных дозах с учетом переносимости с попыткой снижения и отмены при достижении клинической ремиссии. При этом необходимо учитывать, что побочная экстрапирамидная симптоматика может усилить проявления навязчивостей.

Поэтому в последнее время в подростковом возрасте предпочтение отдается атипичным нейролептикам, разрешенным у подростков (рисполепт). Эффективную сочетанную терапию серотонинергическим антидепрессантом и атипичным антипсихотиком обычно продолжают без изменений.

Эффективность у детей присоединения других ЛС (буспирон (агонист серотониновых рецепторов 5HT1A), новопассит, гелариум, триптофан и др.) с целью усиления серотонинергической передачи остается недостаточно доказанной (уровень доказательств С). В случае достижения эффекта при присоединении лекарственного средства, усиливающего серотонинергическую функцию, его постепенно отменяют и продолжают монотерапию соответствующим СИОЗС.

При неэффективности сочетанного курса терапии следует еще раз оценить правильность диагноза, проверить соблюдение режима терапии, сопутствующие соматические расстройства (стрептококковая инфекция у детей)

Алгоритм лечения

	препараты 1 ряда	препараты 2 ряда
антидепрессанты	феварин золофт	кломипрамин
анксиолитики	феназепам	клоназепам
нейролептики	этаперазин	галоперидол
нормотимики ноотропы	карбамазепин фенибут	депакин пантогам

ОРИЕНТИРОВОЧНОЕ ВРЕМЯ НАСТУПЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ЭФФЕКТОВ (ДНИ)

группа препаратов	ухудшение	появление побочных эффектов	первые признаки улучшения	развертывание эффекта	наступление ремиссии
антидепрессанты	7	7	7	28	56
анксиолитики	7	1	1	7	56
нейролептики	7	1	7	14	56

Немедикаментозная терапия.

Цель комплексных целенаправленных социально-средовых, медицинских и педагогических мероприятий – купирование или уменьшение выраженности obsessions и compulsions, социальная адаптация и повышение уровня социального функционирования детей и подростков с ОКР. Важную роль играет работа с родителями.

1. Когнитивно-поведенческая психотерапия считается наиболее эффективной при ОКР (уровень доказательности C) и включает в себя различные виды научения (обусловливания), и использует такие директивные поведенческие техники, как постановка целей, моделирование, поведенческое повторение, подкрепление и домашнее задание.. Считается, что compulsions, как правило, лучше поддаются поведенческой психотерапии, чем obsessions.

Цель когнитивно-поведенческой психотерапии:

- проведение функционального поведенческого анализа;
- изменение представлений о себе;
- коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок;
- развитие компетентности в социальном функционировании.

Длительность терапии от нескольких месяцев до нескольких лет.

2. Психодинамическая психотерапия ориентирована на осознание пациентом интрапсихических процессов и на обеспечение необходимой психологической поддержки. В ходе терапии большое внимание уделяется анализу раннего опыта пациента, механизмов психологической защиты, подавляемых мотивов и эмоциональных переживаний. Центральное место при этом занимает исследование проявлений феномена переноса (трансфер), развертывающихся в ходе взаимодействия пациента с психотерапевтом.

Длительность терапии от нескольких месяцев до 1-2 лет.

Индивидуальная психотерапия ориентирована на снижение повышенной тревожности, формирование и поддержку адекватной самооценки, позволяет повысить общую уверенность, способствует снятию ситуационно обусловленного напряжения у больных с ОКР, сопровождающегося чувством неуверенности и понижением самооценки.

Длительность терапии от нескольких месяцев до 1-2 лет.

Групповая психотерапия способствует снижению коммуникативной напряженности ребенка и подростка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции поведения. 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.

Длительность терапии от нескольких месяцев до 1-2 лет.

3. Психосоциальная терапия выступает как самостоятельная терапевтическая стратегия, одна из главных задач которой состоит в расширении возрастного диапазона способов реагирования ребенка, обучении его необходимым навыкам самоконтроля и эффективного взаимодействия с окружающими.

Тем самым постулируется определяющая роль семьи и сохраняющейся социальной поддержки при проведении психореабилитационных мероприятий, направленных на устранение социальной дезадаптации, реадaptацию в социуме и к условиям микросреды, восстановление потенциала самого пациента и обеспечение необходимых условий для оптимального психического функционирования и нормального развития детей и подростков с ОКР.

Все основные виды психосоциальной терапии, такие как полипрофессиональные бригады, психообразование детей и родителей, включая антистигматизацию, индивидуальное ведение случая, семейная терапия, тренинг социальных навыков, психосоциальная поддержка и др., тесно связаны друг с другом и выступают в качестве единого терапевтического инструмента, объединяющего в себе функции как непосредственно нацеленного на решение конкретных задач (формирование и поддержка мотивации к лечению и возвращению в сообщество, снятие психо-эмоционального напряжения, связанного с неадекватными представлениями о психическом расстройстве, приверженность лечению и строгое выполнение рекомендаций специалистов, устранение завышенных родительских ожиданий, дестигматизация, контроль за симптоматикой, профилактика обострений и др.), так и опосредованного комплекса психосоциальных воздействий (терапевтическая среда, социальная поддержка, группы самопомощи родителей, трудотерапия и др.).

Работа с семьей включает в себя психообразовательные программы (разъяснение родителям сути расстройства, основных методов его лечения, этапных целей и задач психосоциальной реабилитации, включая особенности построения взаимодействия с больным ребенком, разрешение поведенческих проблем, обучение навыкам выхода из кризисной ситуации, способам конструктивного взаимодействия всех членов семьи), а также усиление ответственности родителей и активизацию участия в лечебно-реабилитационном процессе, социальную и психотерапевтическую поддержку.

Также необходимо социальное сопровождение ребенка или подростка вместе с его семьей на основе межведомственного взаимодействия.

VIII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА

8.1. Модель пациента

Синдром: ОКР

Тип:

- преимущественно «навязчивые мысли или рассуждения» (F42.0),
- преимущественно «навязчивые действия» (F42.1),
- смешанные обсессивные мысли и действия (F42.2).
- другие обсессивно-компульсивные расстройства (F42.8).

Фаза синдрома: обострение

Осложнения синдрома: без осложнений.

Клиническая ситуация: проведение диагностического исследования и лечения

Профильность подразделения: амбулаторные учреждения психиатрического профиля.

Функциональное назначение отделения, учреждения: лечебно-диагностическое

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

8.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

А). Полное соответствие диагностическим критериям МКБ-10 в соответствии с которыми обсессивные симптомы или компульсивные действия, либо и те и другие должны иметь следующие характеристики:

- расценены как собственные мысли или импульсы больного;
- должны быть по крайней мере одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной не сопротивляется;
- мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не является в этом смысле приятным);
- мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

В) соответствующие симптомы имеют место в течение наибольшего количества дней в период, по крайней мере, 2 недель подряд и являются источником дистресса и нарушения активности.

С) Наличие клинических проявления обострения: манифестация или усиление интенсивности и выраженности симптоматики в виде погруженности в навязчивости, учащение и усложнение ритуалов, усиление тревоги, значительные изменения поведения, агрессией к близким, присоединением депрессивной и невротической симптоматики, умеренное снижение уровня социального функционирования и социальной адаптации.

Алгоритм выбора режима обследования: соответствие клинико-психо-социальным параметрам для амбулаторного лечения:

- относительно упорядоченное поведение и сохранение возможности продолжения школьного обучения,
- наличие семейной поддержки
- отсутствие опасных для самого больного и окружающих тенденций
- возможность посещать амбулаторное медицинское учреждение с родителями;
- умеренная выраженность коморбидной симптоматики без суицидальных тенденций

8.1.2. Порядок включения пациента в протокол.

Пациент включается в протокол в том случае, если состояние больного (анамнез, клинические данные) удовлетворяет критериям и признакам, определяющим модель пациента.

8.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической.

1.1. Диагностика из расчета на 30 дней

Код	Наименование	Ч пред
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента		
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза (объективного и субъективного) в психиатрии	
A 01.30.002	Визуальное исследование в психиатрии	
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента		
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии центральной нервной системы	
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	
A01.31.015	Составление родословной	
A12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	
B 01.006.02	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	
A 02. 03. 005	Измерение роста	
A 02. 09 001	Измерение окружности головы	
A 02. 03. 002	Измерение массы тела	
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	
02.12.001	Измерение частоты пульса	
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	
A 05. 10. 001	Регистрация электрокардиограммы	
A 05. 10. 007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных.	
A05.23.001	Электроэнцефалография	

A 05. 23.003	Реоэнцефалография	
A 05.23. 002	Магнитно-резонансная томография нервной системы и головного мозга	
A 04. 23. 001	Ультразвуковое исследование головного мозга	
A 06.03.002	Компьютерная томография головы (КТ)	
A 06. 03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	
B 01. 047. 01	Осмотр, консультация врача-терапевта	
A 06. 03. 002	Осмотр, консультация врача-окулиста первичный	
A 04. 12. 001	Исследование глазного дна	
B 01.001.01	Осмотр, консультация врача-гинеколога первичный	
B 01.023.01	Осмотр, консультация врача-невролога	
D 12.02.04	Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование	
D 12.02.03	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом.	
D 03. 06	Взаимодействие с пациентом и его родственниками по решению Административных вопросов.	
D 12. 02. 01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	

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

8.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения психиатрического обследования в амбулаторно-поликлинических условиях.

В условиях амбулаторного (диспансерного) наблюдения возможно осуществление полного комплекса исследований: психиатрического, экспериментально-психологического, дополнительных функциональных методов исследования и привлечение врачей-консультантов (невролога, терапевта и т.д.).

Клиническое психиатрическое обследование осуществляется с использованием *клинико-психопатологического, клинико-анамнестического и клинико-динамического методов.*

Опираясь на общепринятую схему диагностического психопатологического обследования детей и подростков, для установления условий формирования и определения закономерностей развития ОКР у детей предусматривается анализ наследственных, социальных факторов, оценка состояния здоровья родителей, акушерско-гинекологического анамнеза течения беременности и родов, состояния ребенка в период новорожденности, особенностей раннего психомоторного развития, динамики когнитивного функционирования и поведения и психического состояния на момент амбулаторного обследования.

Клиническое обследование больного с ОКР включает в себя сбор анамнестических данных, жалоб, визуальное исследование моторики, мимических реакций и висцеро-вегетативных нарушений, наблюдении за испытуемым во время пребывания его на приеме у врача.

Сбор жалоб и анамнеза, визуальное обследование, психопатологическое исследование

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – психодиагностическое интервью. Его принципами являются: однозначность, точность и доступность вопросов; адекватность; последовательность (алгоритмизированность); беспристрастность; проверяемость полученной информации. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических заболеваний и других сведений, важных для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики.

С помощью расспроса собирается объективный и субъективный анамнез и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента. В анамнезе необходимо выяснить наличие тревожно-мнительных, сенситивно-шизоидных и истероидных преморбидных черт характера; присутствие подобных характерологических акцентуаций у родственников, а также наличие у них тревожных (включая ОКР), фобических и других психических расстройств, личностей с патологией характера и злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами; описание особенностей передачи перечисленных видов психической патологии.

Визуальное исследование, 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.

Визуальное обследование пациента должно проводиться с акцентом на выявление дисэмбриогенетических стигм, выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов инъекций и прикусов языка).

Психопатологическое исследование, наблюдение за поведением пациента позволяют уточнить характер и структуру клинических нарушений, определения варианта ОКР, типа течения, а также оценить динамику состояния пациента в процессе проведения терапевтических мероприятий и психосоциальной реабилитации.

В ходе исследования больного выявляются, помимо возможных ритуалов, психомоторные проявления в виде неусидчивости, беспокойства, суетливости, сжимания пальцев рук, компоненты физического напряжения - мышечное напряжение, дрожь, тремор, шаткость походки, проявления дизурии, неспособность расслабиться, а также такие симптомы, как быстрое наступление усталости, слабость, раздражительность, нарушение сна.

Отмечаются также такие висцеро-вегетативные нарушения как: тахикардия, тремор, неприятные ощущения в кардиальной области, гипергидроз, проявления дизурии, абдоминальный дискомфорт и тошнота.

Во время интервью на основе жалоб больного и родителей, клинического расспроса и данных анамнеза выявляется наличие obsessions и навязчивых страхов, трудности концентрации внимания, повышенная озабоченность и возможная ипохондрическая рефлексия.

Необходимо обращать внимание на формирование и степень выраженности избегающего поведения, при котором больные стремятся уклониться от посещения школы, поездок в транспорте, толпы, стремятся к уединению, избегают социальных контактов.

В случае выявления признаков поражения ЦНС к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). Для дифференциальной диагностики возможно проведение *электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований, компьютерной томографии головного мозга, ядерно-магнитной резонансной томографии центральной нервной системы и головного мозга* и других исследований.

Психологическое диагностическое исследование - вспомогательный метод диагностики ОКР у детей и подростков, ориентированный на изучение психологических механизмов симптомообразования ОКР, формирующих и дополняющих целостную клиническую картину и придающих ей определенную специфику, важную для ее разграничения с другими формами психической патологии.

Использование метода позволяет получить информацию о качестве нарушений психической деятельности; ведущих механизмах этих нарушений; наиболее сформированных звеньях психической деятельности; предполагаемом уровне потенциальных возможностей и особенностях социально-психической адаптации личности ребенка с ОКР

Специалист по социальной работе с момента первичного обращения пациента в амбулаторно-поликлиническое учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и на всем протяжении дальнейшего ведения случая оценивает особенности его семейного, школьного и социального функционирования. Сведения фиксируются как на настоящий момент, так и по данным истории жизни пациента.

Данные группируются по следующим категориям: жилищные условия, материальное положение, состав семьи и особенности семейных взаимоотношений, тип воспитания, ближайшее (личностно-значимое) окружение; характеристика периода обучения (в прошлом или в настоящем) и уровень социализации, досуг; проблемы медицинского обслуживания; юридические проблемы и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными органами и учреждениями; другие психосоциальные проблемы.

Нейропсихологическое исследование направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности т.н. регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля) у детей и подростков с ОКР.

**8.1.5. Требования к лечению ОКР у детей амбулаторно-поликлиническому.
ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 ДНЕЙ**

Код	Наименование
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами
A 13.30.001	Психопатологическое обследование
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический
A01.31.011	<i>Пальпация общетерапевтическая</i>
A01.31.012	<i>Аускультация общетерапевтическая</i>
A01.31.016	<i>Перкуссия общетерапевтическая</i>
02.12.001	<i>Измерение частоты пульса</i>
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств (капельное)
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарств
A 11.01.002	Подкожное введение лекарственных средств
A25.30.003	<i>Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы</i>
A 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы
A13.30.005	Психотерапия
A 13.30.002	Трудотерапия
A 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов
A 13.30.003	Психологическая адаптация
A 13.30.004	Терапия средой
A 13.30.007	Психоанализ
A 13.30.010	Нейропсихологическое исследование
A 13.30.012	Процедуры по адаптации к условиям микросреды

A 13.30.013

Процедуры по адаптации к условиям макросреды

8.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента. Прием врача-психиатра проводится для проведения осмотра и контроля эффективности лечения.

Цель проводимых немедикаментозных мероприятий – компенсация психического состояния с купированием или уменьшением выраженности obsessions и compulsions, достижение приемлемого уровня социальной адаптации и социального функционирования у детей, а также усиление действия медикаментозной терапии. Важную роль играет работа с родителями.

1. Когнитивно-поведенческая психотерапия направлена на:

- проведение функционального поведенческого анализа;
- изменение представлений о себе;
- коррекцию дезадаптивных форм поведения (включая ритуалы) и иррациональных установок;
- развитие компетентности в социальном функционировании.

Проводится 10-40 сеансов 1-2 раза в неделю

2. Психодинамическая психотерапия ориентирована на осознание пациентом интрапсихических процессов и достижение понимания бессознательных конфликтов, что приводит к психологическим и поведенческим изменениям. В ходе терапии большое внимание уделяется анализу раннего опыта пациента, механизмов психологической защиты, подавляемых мотивов и эмоциональных переживаний. Центральное место при этом занимает исследование проявлений феномена переноса (трансфер), развертывающихся в ходе взаимодействия пациента с психотерапевтом. Этот вид терапии требует от врача большой активности для постоянного направления ассоциаций и мыслей пациента в конфликтные сферы.

Проводится 1-2 сессии в неделю сроком от нескольких месяцев до 1-2 лет.

Индивидуальная психотерапия ориентирована на снижение повышенной тревожности, формирование и поддержку адекватной самооценки, позволяет повысить общую уверенность, способствует снятию ситуационно обусловленного напряжения у больных с ОКР, сопровождающегося чувством неуверенности и понижением самооценки. Проводится при каждом визите к врачу максимально долго.

Групповая психотерапия способствует снижению коммуникативной напряженности ребенка и подростка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции поведения. 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.

Проводится 1 раз в неделю с длительностью терапии от нескольких месяцев до 1-2 лет.

Психосоциальная терапия выступает в качестве единого индивидуализированного терапевтического инструмента с учетом особенностей психического состояния и особенностей семейной и социальной ситуации, отношения к лечению ребенка и родителей, приверженности терапии и включает все основные виды психосоциальных вмешательств, такие как

полипрофессиональные бригады, психообразование детей и родителей, включая антистигматизацию, индивидуальное ведение случая, семейная терапия, тренинг социальных навыков, психосоциальная поддержка непосредственно нацеленных на решение конкретных задач (формирование и поддержка мотивации к лечению и возвращению в сообщество, снятие психо-эмоционального напряжения, связанного с неадекватными представлениями о психическом расстройстве, приверженность лечению и строгое выполнение рекомендаций специалистов, устранение завышенных родительских ожиданий, дестигматизация, контроль за симптоматикой, профилактика обострений и др.), так и опосредованного комплекса психосоциальных воздействий (терапевтическая среда, социальная поддержка, группы самопомощи родителей, трудотерапия и др.).

В зависимости от формы проведения подразделяется на индивидуальную (для пациентов и родителей) – проводится на каждом визите в течение 1-3 лет и групповую (для пациентов и родителей) – 1-2 раза в неделю по типу модулей, рассчитанных на 8-12 посещений.

Дневниковые записи по мере заполнения прилагаются к истории болезни пациента.

. 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
Психоанализ	По показаниям

8.1.7. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Прием врача-психиатра проводится для проведения осмотра, предварительной и окончательной диагностики заболевания и определения динамики психического состояния, назначения терапии, для контроля эффективности лечения и оценки возможных побочных эффектов.

Обращается внимание на наличие и характер сохранившихся или впервые появившихся жалоб и изменение психического состояния больного после проведенной лекарственной терапии, соблюдение предписанного режима лечения, наличие побочных эффектов.

Оценивается выраженность психопатологических расстройств и степень их редукции. Обращается внимание на темп редукции симптоматики, равномерность уменьшения

выраженности отдельных компонентов синдрома, появление или исчезновение расстройств, определяющих опасность для больного, упорядоченность поведения, контакт с врачом, появление критики к болезненным переживаниям, приверженность терапии, готовность к сотрудничеству, отношение родителей к пациенту и имеющейся симптоматике.

В амбулаторных условиях осмотр проводится 1 раз в 3-10 дней. При затяжном, хроническом или с частыми обострениями течения ОКР определяется наблюдение не реже 1 раза в месяц.

Дневниковые записи по мере заполнения вносятся в амбулаторную карту пациента.

Лечение из расчета 30 дней

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	
Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему			1	
	Антидепрессанты		1	
		флувоксамин	0,5	
		сертралин	0,4	
		кломипрамин	0,04	
		флуоксетин	0,03	
		пароксетин	0,03	
	Нейролептики		0,3	
		Рisperидон	0,1	
		Перфеназин	0,1	
		Галоперидол	0,1	
	анксиолитики		0,3	
		феназепам	0,2	
		гидроксизин	0,1	
	Препараты улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга		0,3	
		Актовегин	0,05	
		Циннаризин	0,1	
		Гопантеновая кислота	0,1	
		Пирацетам	0,05	
	нормотимики		0,3	
		карбамазепин	1	
	Корректоры нейролептической терапии		0,3	
	тригексифенидил		1	

8.1.8. Требования к лекарственной помощи

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Средства, влияющие на ЦНС	Согласно алгоритму

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.

- При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, при отсутствии ОКР, пациент переходит в протокол ведения больных в соответствии с выявленным заболеванием/синдромом.

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

а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего лечению ОКР у детей в фазе обострения;

б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием/синдромом.

- при достижении стойкой ремиссии пациент переходит в другую модель или требования данного протокола прекращаются.

8.3.15. Возможные исходы и их характеристика.

Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота развития %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
---------------------	--------------------	---------------------	---	---

Ремиссия	50-70	Купирование обсессий и/или компульсий адаптация личности к микросреде	60-90 дней	Переход в другую модель пациента
Стабилизация	20-30	Отсутствие положительной динамики	1-120 дней	Продолжается ведение данной модели пациента
Прогрессировани е	10-20	Выраженное нарушение социальной адаптации	7-90 дней	Переход в другую модель пациента
Развитие ятрогенных осложнений	5-10	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией	1-90 дней	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания	5-50	Присоединение нового заболевания не связано с исходным заболеванием	1-90 дней	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания

8.3.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов

Синдром: ОКР

Тип:

- преимущественно «навязчивые мысли или рассуждения» (F42.0),
- преимущественно «навязчивые действия» (F42.1),
- смешанные обсессивные мысли и действия (F42.2).
- другие обсессивно-компульсивные расстройства (F42.8).

Фаза синдрома: вне обострения (ремиссия)

Осложнения синдрома: без осложнений.

Клиническая ситуация: проведение диагностического исследования и лечения

Профильность подразделения: амбулаторные учреждения психиатрического профиля.

Функциональное назначение отделения, учреждения: лечебно-диагностическое

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

8.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

А). Полное соответствие диагностическим критериям МКБ-10 в соответствии с которыми обсессивные симптомы или компульсивные действия, либо и те и другие должны иметь следующие характеристики:

- расценены как собственные мысли или импульсы больного;
- должны быть по крайней мере одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной не сопротивляется;

- мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не является в этом смысле приятным);
- мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

В) соответствующие симптомы имеют место в течение наибольшего количества дней в период, по крайней мере, 2 недель подряд и являются источником дистресса и нарушения активности.

С) отсутствие клинических проявлений обострения: манифестация или усиление интенсивности и выраженности симптоматики в виде погруженности в навязчивости, учащение и усложнение ритуалов, усиление тревоги, значительные изменения поведения с агрессией к близким,

Д) отсутствие или незначительное снижение уровня социальной адаптации и социального функционирования.

Алгоритм выбора режима обследования: соответствие клинико-психо-социальным параметрам для амбулаторного лечения:

- относительно упорядоченное поведение и сохранение возможности продолжения школьного обучения,
- наличие семейной поддержки
- отсутствие опасных для самого больного и окружающих тенденций
- возможность посещать амбулаторное медицинское учреждение с родителями;
- умеренная выраженность коморбидной симптоматики
- отсутствие суицидальных мыслей и тенденций

8.1.2. Порядок включения пациента в протокол.

Пациент включается в протокол в том случае, если состояние больного (анамнез, клинические данные) удовлетворяет критериям и признакам, определяющим модель пациента.

8.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической.

3.1. Диагностика

Код	Наименование	Ч пред
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента		
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза (объективного и субъективного) в психиатрии	
A 01.30.002	Визуальное исследование в психиатрии	
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента		
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии центральной нервной системы	
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	
A01.31.015	Составление родословной	
A12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	
B 01.006.02	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	
A 02. 03. 005	Измерение роста	
A 02. 09 001	Измерение окружности головы	
A 02. 03. 002	Измерение массы тела	
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	
02.12.001	Измерение частоты пульса	
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	
A 05. 10. 001	Регистрация электрокардиограммы	
A 05. 10. 007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных.	

A05.23.001	Электроэнцефалография	
A 05. 23.003	Реоэнцефалография	
A 05.23. 002	Магнитно-резонансная томография нервной системы и головного мозга	
A 04. 23. 001	Ультразвуковое исследование головного мозга	
A 06.03.002	Компьютерная томография головы (КТ)	
A 06. 03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	
B 01. 047. 01	Осмотр, консультация врача-терапевта	
A 06. 03. 002	Осмотр, консультация врача-окулиста первичный	
A 04. 12. 001	Исследование глазного дна	
B 01.001.01	Осмотр, консультация врача-гинеколога первичный	
B 01.023.01	Осмотр, консультация врача-невролога	
D 12.02.04	Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование	
D 12.02.03	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом.	
D 03. 06	Взаимодействие с пациентом и их родственниками по решению Административных вопросов.	
D 12. 02. 01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	

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

8.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения психиатрического обследования в амбулаторно-поликлинических условиях.

В условиях амбулаторного (диспансерного) наблюдения возможно осуществление полного комплекса исследований: психиатрического, экспериментально-психологического, дополнительных функциональных методов исследования и привлечение врачей-консультантов (невролога, терапевта и т.д.).

Клиническое психиатрическое обследование осуществляется с использованием *клинико-психопатологического, клинико-анамнестического и клинико-динамического методов.*

Опираясь на общепринятую схему диагностического психопатологического обследования детей и подростков, для установления условий формирования и определения закономерностей развития ОКР у детей предусматривается анализ наследственных, социальных факторов, оценка состояния здоровья родителей, акушерско-гинекологического анамнеза течения беременности и родов, состояния ребенка в период новорожденности, особенностей раннего психомоторного развития, динамики когнитивного функционирования и поведения и психического состояния на момент амбулаторного обследования.

Клиническое обследование больного с ОКР включает в себя сбор анамнестических данных, жалоб, визуальное исследование моторики, мимических реакций и висцеро-вегетативных нарушений, наблюдении за испытуемым во время пребывания его на приеме у врача.

Сбор жалоб и анамнеза, визуальное обследование, психопатологическое исследование

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – психодиагностическое интервью. Его принципами являются: однозначность, точность и доступность вопросов; адекватность; последовательность (алгоритмизированность); беспристрастность; проверяемость полученной информации. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических заболеваний и других сведений, важных для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики.

С помощью расспроса собирается объективный и субъективный анамнез, и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента. В анамнезе необходимо выяснить наличие тревожно-мнительных, сенситивно-шизоидных и истероидных преморбидных черт характера; присутствие подобных характерологических акцентуаций у родственников, а также наличие у них тревожных (включая ОКР), фобических и других психических расстройств, личностей с патологией характера и злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами, описание особенностей передачи перечисленных видов психической патологии.

Визуальное исследование, 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.**

Визуальное обследование пациента должно проводиться с акцентом на выявление дисэмбриогенетических стигм, выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов инъекций и прикусов языка).

Психопатологическое исследование позволяет уточнить характер и структуру клинических нарушений, определения варианта ОКР, типа течения, а также оценить динамику состояния пациента в процессе проведения терапевтических мероприятий и психосоциальной реабилитации.

В ходе исследования больного выявляются, помимо возможных ритуалов, психомоторные проявления в виде неусидчивости, беспокойства, суетливости, сжимания пальцев рук, компоненты физического напряжения - мышечное напряжение, дрожь, тремор, шаткость походки, проявления дизурии, неспособность расслабиться, а также такие симптомы, как быстрое наступление усталости, слабость, раздражительность, нарушение сна.

Отмечаются также такие висцеро-вегетативные нарушения как: тахикардия, тремор, неприятные ощущения в кардиальной области, гипергидроз, проявления дизурии, абдоминальный дискомфорт и тошнота.

Во время интервью на основе жалоб больного и родителей, клинического расспроса и данных анамнеза выявляется наличие obsessions и навязчивых страхов, трудности концентрации внимания, повышенная озабоченность и возможная ипохондрическая рефлексия.

Необходимо обращать внимание на формирование и степень выраженности избегающего поведения, при котором больные стремятся уклониться от посещения школы, поездок в транспорте, толпы, стремятся к уединению, избегают социальных контактов.

В случае выявления признаков поражения ЦНС к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). Для дифференциальной диагностики возможно проведение *электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований, компьютерной томографии головного мозга, ядерно-магнитной резонансной томографии центральной нервной системы и головного мозга* и других исследований.

Психологическое диагностическое исследование - вспомогательный метод диагностики ОКР у детей и подростков, ориентированный на изучение психологических механизмов симптомообразования ОКР, формирующих и дополняющих целостную клиническую картину и придающих ей определенную специфику, важную для ее разграничения с другими формами психической патологии.

Использование метода позволяет получить информацию о качестве нарушений психической деятельности; ведущих механизмах этих нарушений; наиболее сформированных звеньях психической деятельности; предполагаемом уровне потенциальных возможностей и особенностях социально-психической адаптации личности ребенка с ОКР

Специалист по социальной работе с момента постановки предварительного диагноза при первичном обращении пациента в амбулаторно-поликлиническое учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и на всем протяжении дальнейшего ведения случая оценивает особенности его семейного, школьного и социального функционирования. Сведения фиксируются как на настоящий момент, так и по данным истории жизни пациента.

Данные группируются по следующим категориям: жилищные условия, материальное положение, состав семьи и особенности семейных взаимоотношений, тип воспитания, ближайшее (личностно-значимое) окружение; характеристика периода обучения (в прошлом или в настоящем) и уровень социализации, досуг; проблемы медицинского обслуживания; юридические проблемы и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными органами и учреждениями; другие психосоциальные проблемы.

Нейропсихологическое исследование направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности т.н. регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля) у детей и подростков с ОКР.

8.1.5. Требования к лечению ОКР амбулаторно-поликлиническому.
ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 ДНЕЙ

Код	Наименование	
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и голов	
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центрально	
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	
A01.31.011	<i>Пальпация общетерапевтическая</i>	
A01.31.012	<i>Аускультация общетерапевтическая</i>	
A01.31.016	<i>Перкуссия общетерапевтическая</i>	
02.12.001	<i>Измерение частоты пульса</i>	
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств (капельное)	
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарств	
A 11.01.002	Подкожное введение лекарственных средств	
A25.30.003	<i>Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы</i>	
A 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	
A13.30.005	Психотерапия	
A 13.30.002	Трудотерапия	
A 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы	
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	

A 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы	
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	

A 13.30.003	Психологическая адаптация
A 13.30.004	Терапия средой
A 13.30.007	Психоанализ
A 13.30.010	Нейропсихологическое исследование
A 13.30.012	Процедуры по адаптации к условиям микросреды
A 13.30.013	Процедуры по адаптации к условиям макросреды

8.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Цель проводимых мероприятий – сохранение и укрепление ремиссии с реадaptацией больного и достижением оптимального уровня социального функционирования, а также сохранение приверженности лечению и продолжению медикаментозной терапии. Важную роль играет работа с родителями.

1. Когнитивно-поведенческая психотерапия направлена на :

- проведение функционального поведенческого анализа;
- изменение представлений о себе;
- коррекцию дезадаптивных форм поведения (включая ритуалы) и иррациональных установок;
- развитие компетентности в социальном функционировании.

Проводится 10-40 сеансов 1 раз в неделю

2. Психодинамическая психотерапия ориентирована на осознание пациентом интрапсихических процессов и достижение понимания бессознательных конфликтов, что приводит к психологическим и поведенческим изменениям. В ходе терапии большое внимание уделяется анализу раннего опыта пациента, механизмов психологической защиты, подавляемых мотивов и эмоциональных переживаний. Центральное место при этом занимает исследование проявлений феномена переноса (трансфер), развертывающихся в ходе взаимодействия пациента с психотерапевтом. Этот вид терапии требует от врача большой активности для постоянного направления ассоциаций и мыслей пациента в конфликтные сферы.

Проводится 1 сессия в неделю сроком от нескольких месяцев до 1-2 лет.

Индивидуальная психотерапия ориентирована на снижение повышенной тревожности, формирование и поддержку адекватной самооценки, позволяет повысить общую уверенность, способствует снятию ситуационно обусловленного напряжения у больных с ОКР, сопровождающегося чувством неуверенности и понижением самооценки. Проводится при каждом визите к врачу максимально долго.

Групповая психотерапия способствует снижению коммуникативной напряженности ребенка и подростка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции поведения. У детей старшего возраста (12-17 лет) может проводиться анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных отношениях, ведущих к социальной изоляции.

Проводится 1 раз в неделю с длительностью терапии от нескольких месяцев до 1-2 лет.

Психосоциальная терапия выступает в качестве единого терапевтического инструмента с учетом особенностей психического состояния и особенностей семейной и социальной ситуации, отношения к лечению ребенка и родителей, приверженности терапии, и включает все основные виды психосоциальных вмешательств, такие как полипрофессиональные бригады, психообразование детей и родителей, включая антистигматизацию, индивидуальное ведение случая, семейная терапия, тренинг социальных навыков, психосоциальная поддержка непосредственно нацеленных на решение конкретных задач (формирование и поддержка мотивации к лечению и возвращению в сообщество, снятие психо-эмоционального напряжения, связанного с неадекватными представлениями о психическом расстройстве, приверженность лечению и строгое выполнение рекомендаций специалистов, устранение завышенных родительских ожиданий, дестигматизация, контроль

за симптоматикой, профилактика обострений и др.), так и опосредованного комплекса психосоциальных воздействий (терапевтическая среда, социальная поддержка, группы самопомощи родителей, трудотерапия и др.).

В зависимости от формы проведения подразделяется на индивидуальную (для пациентов и родителей) – проводится на каждом визите в течение 1-3 лет и групповую (для пациентов и родителей) – 1-2 раза в неделю по типу модулей, рассчитанных на 8-12 посещений.

Дневниковые записи по мере заполнения вносятся в амбулаторную карту пациента.

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
Психоанализ	По показаниям

8.1.7. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Прием врача-психиатра проводится для проведения осмотра, диагностики заболевания и определения динамики психического состояния, назначения терапии, для контроля эффективности лечения и оценки возможных побочных эффектов.

Обращается внимание на наличие и характер сохранившихся или впервые появившихся жалоб и изменение психического состояния больного после проводимой лекарственной терапии, соблюдение предписанного режима лечения, наличие побочных эффектов.

Оценивается выраженность психопатологических расстройств и степень их редукции. Обращается внимание на темп редукции симптоматики, равномерность уменьшения выраженности отдельных компонентов синдрома, появление или исчезновение расстройств, определяющих опасность для больного, упорядоченность поведения, контакт с врачом, появление критики к болезненным переживаниям, приверженность терапии, готовность к сотрудничеству, отношение родителей к пациенту и имеющейся симптоматике.

В амбулаторных условиях осмотр проводится 1 раз в 3-10 дней. При затяжном, хроническом или с частыми обострениями течения ОКР определяется наблюдение не реже 1 раза в месяц.

Дневниковые записи по мере заполнения вносятся в амбулаторную карту пациента.

8.1.8. Требования к лекарственной помощи

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Средства, влияющие на ЦНС	Согласно алгоритму

Лечение из расчета 30 дней

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	
Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему			1	
	Антидепрессанты		1	
		флувоксамин	0,5	
		сертралин	0,4	
		кломипрамин	0,04	
		флуоксетин	0,03	
		пароксетин	0,03	
	<i>Нейролептики</i>		0,3	
		Рisperидон	0,1	
		Перфеназин	0,1	
		Галоперидол	0,1	
	<i>анксиолитики</i>		0,3	
		феназепам	0,2	
		гидроксизин	0,1	
	Препараты улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга		0,3	
		Актовегин	0,05	
		Циннаризин	0,1	
		Гопантенная кислота	0,1	
		Пирацетам	0,05	
	нормотимики		0,3	
		карбамазепин	1	
	Корректоры нейролептической терапии		0,3	
	тригексифенидил		1	

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.

Специальных требований нет.

8.3.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие пациент и родители дают 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 по соблюдению врачебных рекомендаций, приему препаратов, контролю возможных обострений симптоматики, гармонизации внутрисемейных отношений.

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

- При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, при отсутствии ОКР, пациент переходит в протокол ведения больных в соответствии с выявленным заболеванием/синдромом.

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

а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего лечению ОКР у детей вне фазы обострения;

б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием/синдромом.

В том случае, если состояние больного перестает соответствовать критериям и признакам, определяющим данную модель (возникает обострение симптоматики ОКР или существенно меняются параметры социальной ситуации), пациент переходит в другую модель или прекращаются требования данного протокола.

8.3.15. Возможные исходы и их характеристика.

Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация (сохранение ремиссии)	30-60	Купирование обсессий и/или компульсий адаптация личности к микросреде	Не ограничено	Продолжается действие данной модели пациента

Обострение	30-40	Отрицательная динамика Выраженное нарушение социальной адаптации	Не ограничено	Переход в другую модель пациента
Развитие ятрогенных осложнений	5-10	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией	Не ограничено	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания	5-20	Присоединение нового заболевания не связано с исходным заболеванием	Не ограничено	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания

8.3.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов

8.1. Модель пациента

Синдром: ОКР

Тип:

- преимущественно «навязчивые мысли или рассуждения» (F42.0),
- преимущественно «навязчивые действия» (F42.1),
- смешанные обсессивные мысли и действия (F42.2).
- другие обсессивно-компульсивные расстройства (F42.8).

Фаза синдрома: обострение

Осложнения синдрома: без осложнений.

Клиническая ситуация: проведение диагностического исследования и лечения

Профильность подразделения: стационарные учреждения психиатрического профиля.

Функциональное назначение отделения, учреждения: лечебно-диагностическое

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

8.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

А). Полное соответствие диагностическим критериям МКБ-10, в соответствии с которыми обсессивные симптомы или компульсивные действия, либо и те и другие должны иметь следующие характеристики:

- расценены как собственные мысли или импульсы больного;
- должны быть по крайней мере одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной не сопротивляется;
- мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не является в этом смысле приятным);
- мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

В) соответствующие симптомы имеют место в течение наибольшего количества дней в период, по крайней мере, 2 недель подряд и являются источником дистресса и нарушения активности.

С) Наличие клинических проявления обострения: манифестация или усиление интенсивности и выраженности симптоматики в виде погруженности в навязчивости, учащение

и усложнение ритуалов, часто сопровождающихся страхом, тревогой, грубом нарушении поведения, агрессией к близким, присоединением выраженной депрессивной и другой коморбидной симптоматики, суицидальных тенденций и опасности для себя или окружающих,, значительным снижением уровня социальной адаптации и социального функционирования с невозможностью продолжения школьного обучения, выхода из дома и т.д.

D) стойкая неэффективность проводимой амбулаторной терапии,

8.1.2. Порядок включения пациента в протокол.

Пациент включается в протокол в том случае, если состояние больного и социальная ситуация удовлетворяют критериям и признакам, определяющим модель пациента.

8.1.3. Требования к диагностике в стационарных условиях.

Диагностика из расчета на 30 дней

Код	Наименование	Ча предс
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента		
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза (объективного и субъективного) в психиатрии	
A 01.30.002	Визуальное исследование в психиатрии	
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента		
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии центральной нервной системы	
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	
A01.31.015	Составление родословной	
A12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	
B 01.006.02	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	
A 02. 03. 005	Измерение роста	
A 02. 09 001	Измерение окружности головы	
A 02. 03. 002	Измерение массы тела	
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	
02.12.001	Измерение частоты пульса	
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	
A 05. 10. 001	Регистрация электрокардиограммы	
A 05. 10. 007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных.	
A05.23.001	Электроэнцефалография	

A04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	
A05.23.003	Реоэнцефалография	
A 06.03.002	Компьютерная томография головы (КТ)	0
A 05.23.002	Магнитно-резонансная томография нервной системы и головного мозга	0
A 06.03.006	Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях	0
B 01.047.01	Осмотр (консультация) врача-терапевта первичный	
B 01. 001. 01	Осмотр (консультация) врача-гинеколога первичный	
A 06. 03. 002	Осмотр (консультация) врача-окулиста первичный	
A 04. 12 001	Исследование глазного дна	
B 01. 23. 01	Осмотр (консультация) врача-невролога первичный	
D 12. 01.01	Взятие крови из пальца	
A 01. 20. 003	Взятие крови из периферической вены	
A 12. 06. 0.3	Реакция Вассермана (RW)	
D 12. 02. 04	Экспериментально-психологическое (психодиагностическое исследование)	
D 12. 02. 03	Подготовка заключения экспериментально-психологического исследования медицинским психологом	
D 22. 02 01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	
D 22. 05.	Организация архивного хранения документа	

В 03.016.06	Анализ мочи общий	1
<i>Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента</i>		
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	
A 09.28.003	Определение белка в моче	
A 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	
A 09.28.022	Определение объема мочи	
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	
<i>Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента</i>		
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	
A 09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	

В 03.016.03	Общий (клинический) анализ крови развернутый	
<i>Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента</i>		
A 08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	
A 08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	

A 08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	
A 08.05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	
<i>Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента</i>		
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов	0
A 09.05.002	Оценка гематокрита	0
B 03.016.04	Анализ крови биохимический общетерапевтический	
<i>Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента</i>		
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	
A 09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	
A 09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	
<i>Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента</i>		
A 09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	0
A 09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	0
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0
A 09.05 A.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0
A 09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	0
A 09.05.031	Исследование уровня калия в крови	0

При необходимости проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях больничного звена, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.

8.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения психиатрического обследования в стационарных условиях.

В условиях стационара возможно осуществление полного комплекса исследований: психиатрического, экспериментально-психологического, дополнительных функциональных методов исследования и привлечение врачей-консультантов (невролога, терапевта и т.д.).

Клиническое психиатрическое обследование осуществляется с использованием *клинико-психопатологического, клинико-анамнестического и клинико-динамического методов.*

Опираясь на общепринятую схему диагностического психопатологического обследования детей и подростков, для установления условий формирования и определения закономерностей развития ОКР у детей предусматривается анализ наследственных, социальных факторов, оценка состояния здоровья родителей, акушерско-гинекологического анамнеза течения беременности и родов, состояния ребенка в период новорожденности, особенностей раннего психомоторного развития, динамики когнитивного функционирования и поведения и психического состояния на момент амбулаторного обследования.

Клиническое обследование больного с ОКР включает в себя сбор анамнестических данных, жалоб, визуальное исследование моторики, мимических реакций и висцеро-вегетативных нарушений, наблюдении за испытуемым во время пребывания его на приеме у врача.

Сбор жалоб и анамнеза, визуальное обследование, психопатологическое исследование

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – психодиагностическое интервью. Его принципами являются: однозначность, точность и доступность вопросов; адекватность; последовательность (алгоритмизированность); беспристрастность; проверяемость полученной информации. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических заболеваний и других сведений, важных для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики.

С помощью расспроса собирается объективный и субъективный анамнез, и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента. В анамнезе необходимо выяснить наличие тревожно-мнительных, сенситивно-шизоидных и истероидных преморбидных черт характера; присутствие подобных характерологических акцентуаций у родственников, а также наличие у них тревожных (включая ОКР), фобических и других психических расстройств, личностей с патологией характера и злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами; описание особенностей передачи перечисленных видов психической патологии.

Визуальное исследование, 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.

Визуальное обследование пациента должно проводиться с акцентом на выявление дисэмбриогенетических стигм, выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов инъекций и прикусов языка).

Психопатологическое исследование, наблюдение за поведением пациента позволяют уточнить характер и структуру клинических нарушений, определения варианта ОКР, типа течения, а также оценить динамику состояния пациента в процессе проведения терапевтических мероприятий и психосоциальной реабилитации.

В ходе исследования больного выявляются, помимо возможных ритуалов, психомоторные проявления в виде неусидчивости, беспокойства, суетливости, сжимания пальцев рук,

компоненты физического напряжения - мышечное напряжение, дрожь, тремор, шаткость походки, проявления дизурии, неспособность расслабиться, а также такие симптомы, как быстрое наступление усталости, слабость, раздражительность, нарушение сна.

Отмечаются также такие висцеро-вегетативные нарушения как: тахикардия, тремор, неприятные ощущения в кардиальной области, гипергидроз, проявления дизурии, абдоминальный дискомфорт и тошнота.

Во время интервью на основе жалоб больного и родителей, клинического расспроса и данных анамнеза выявляется наличие obsessions и навязчивых страхов, трудности концентрации внимания, повышенная озабоченность и возможная ипохондрическая рефлексия.

Необходимо обращать внимание на формирование и степень выраженности избегающего поведения, при котором больные стремятся уклониться от посещения школы, поездок в транспорте, толпы, стремятся к уединению, избегают социальных контактов.

В случае выявления признаков поражения ЦНС к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). Для дифференциальной диагностики возможно проведение *электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований, компьютерной томографии головного мозга, ядерно-магнитной резонансной томографии центральной нервной системы и головного мозга* и других исследований.

Психологическое диагностическое исследование - вспомогательный метод диагностики ОКР у детей и подростков, ориентированный на изучение психологических механизмов симптомообразования ОКР, формирующих и дополняющих целостную клиническую картину и придающих ей определенную специфику, важную для ее разграничения с другими формами психической патологии.

Использование метода позволяет получить информацию о качестве нарушений психической деятельности; ведущих механизмах этих нарушений; наиболее сформированных звеньях психической деятельности; предполагаемом уровне потенциальных возможностей и особенностях социально-психической адаптации личности ребенка с ОКР

Специалист по социальной работе с момента поступления в стационар, и на всем протяжении дальнейшего ведения случая оценивает особенности его семейного, школьного и социального функционирования. Сведения фиксируются как на настоящий момент, так и по данным истории жизни пациента.

Данные группируются по следующим категориям: жилищные условия, материальное положение, состав семьи и особенности семейных взаимоотношений, тип воспитания, ближайшее (личностно-значимое) окружение; характеристика периода обучения (в прошлом или в настоящем) и уровень социализации, досуг; проблемы медицинского обслуживания; юридические проблемы и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными органами и учреждениями; другие психосоциальные проблемы.

Нейропсихологическое исследование направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности т.н. регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля) у детей и подростков с ОКР.

8.1.5. Требования к лечению ОКР стационарному.
ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 ДНЕЙ

Код	Наименование	пред
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и голов	
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центрально	
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	
A01.31.011	<i>Пальпация общетерапевтическая</i>	
A01.31.012	<i>Аускультация общетерапевтическая</i>	
A01.31.016	<i>Перкуссия общетерапевтическая</i>	
02.12.001	<i>Измерение частоты пульса</i>	
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств (капельное)	
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарств	
A 11.01.002	Подкожное введение лекарственных средств	
A25.30.003	<i>Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы</i>	
A 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	
A13.30.005	Психотерапия	
A 13.30.002	Трудотерапия	
A 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы	
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	

A 13.30.003	Психологическая адаптация
A 13.30.004	Терапия средой
A 13.30.007	Психоанализ
A 13.30.010	Нейропсихологическое исследование
A 13.30.012	Процедуры по адаптации к условиям микросреды
A 13.30.013	Процедуры по адаптации к условиям макросреды

8.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

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
Психологическая адаптация	По показаниям

Цель проводимых мероприятий – компенсация психического состояния с достижением приемлемого уровня социальной адаптации и социального функционирования, а также усиление действия медикаментозной терапии.

Цель комплексных направленных (дети-пациенты и родители) медицинских (психосоциальные вмешательства и психотерапия) и педагогических мероприятий – купирование или уменьшение выраженности obsessions и compulsions, социальная адаптация и повышение уровня социального функционирования с возвращением в сообщество детей и подростков с ОКР.

1. Когнитивно-поведенческая психотерапия направлена на:

- проведение функционального поведенческого анализа;
- изменение представлений о себе;
- коррекцию дезадаптивных форм поведения (включая ритуалы) и иррациональных установок;
- развитие компетентности в социальном функционировании.

Проводятся 10-20 сеансов 1-2 раза в неделю

2. Психодинамическая психотерапия ориентирована на осознание пациентом интрапсихических процессов и достижение понимания бессознательных конфликтов, что приводит к психологическим и поведенческим изменениям. В ходе терапии большое внимание уделяется анализу раннего опыта пациента, механизмов психологической защиты, подавляемых мотивов и эмоциональных переживаний. Центральное место при этом занимает исследование проявлений феномена переноса (трансфер), развертывающихся в ходе взаимодействия пациента с психотерапевтом. Этот вид терапии требует от врача большой

активности для постоянного направления ассоциаций и мыслей пациента в конфликтные сферы.

Проводится 1-2 сессии в неделю

Индивидуальная психотерапия ориентирована на снижение повышенной тревожности, формирование и поддержку адекватной самооценки, позволяет повысить общую уверенность, способствует снятию ситуационно обусловленного напряжения у больных с ОКР, сопровождающегося чувством неуверенности и понижением самооценки.

Проводится 1-2 раза в неделю.

Групповая психотерапия способствует снижению коммуникативной напряженности ребенка и подростка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции поведения. 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.

Проводится 1-2 раза в неделю

Психосоциальная терапия выступает в качестве направленного на психосоциальную реабилитацию индивидуализированного единого терапевтического инструмента бригадных форм работы с учетом особенностей психического состояния и особенностей семейной и социальной ситуации, и включает психообразование детей и родителей, включая дестигматизацию, семейную психообразовательную терапию, тренинг социальных навыков, формирование и поддержку мотивации к лечению и возвращению в сообщество, снятие психоэмоционального напряжения, устранение завышенных родительских ожиданий, а также формирование терапевтической среды, социальная поддержка, организацию клубов для родителей, трудотерапию и др.).

В зависимости от формы проведения подразделяется на индивидуальную (для пациентов и родителей) – проводится 1-2 раза в неделю и групповую (для пациентов и родителей) – 1-2 раза в неделю по типу модулей, рассчитанных на 8-12 посещений.

Дневниковые записи по мере заполнения прилагаются к истории болезни пациента.

8.1.7. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Прием врача-психиатра проводится для проведения осмотра, окончательной диагностики заболевания и определения динамики психического состояния, назначения терапии, для контроля эффективности лечения и оценки возможных побочных эффектов.

Обращается внимание на наличие и характер сохранившихся или впервые появившихся жалоб и изменение психического состояния больного, наличие побочных эффектов лекарственной терапии.

Оценивается выраженность психопатологических расстройств, обращается внимание на темп и степень редукции симптоматики, равномерность уменьшения выраженности отдельных компонентов синдрома, появление или исчезновение расстройств, определяющих опасность для больного, наличие суицидальных тенденций, упорядоченность поведения, контакт с врачом, появление критики к болезненным переживаниям, формирование установок на приверженность терапии и борьбу с болезнью, готовность к сотрудничеству, отношение родителей к пациенту и имеющейся симптоматике.

При положительной динамике состояния с формированием ремиссии повторные осмотры проводятся для определения ее стойкости, упорядоченности поведения, готовности к контакту с врачом, констатации изменения в критике к болезненным расстройствам и своему положению, проведения этапных психообразовательных мероприятий. Назначаются поддерживающая фармакотерапия и психотерапия, поддерживающее психосоциальное лечение, проводятся реабилитационные мероприятия, групповые и/или индивидуальные психосоциальные интервенции, мероприятия по психосоциальной реабилитации в контексте

школьной, семейной и микросредовой реадaptации, активизации больного в социальной среде, осуществляется контроль эффективности проводимых мероприятий с получением обратной связи.

В стационаре (дневном стационаре) осмотр проводится ежедневно в течение первых трех дней после госпитализации, далее 1 раз в 3 дня;

Дневниковые записи по мере заполнения вносятся в историю болезни пациента

8.1.8. Требования к лекарственной помощи

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Средства, влияющие на ЦНС	Согласно алгоритму

Лечение из расчета 30 дней

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	
Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему			1	
	Антидепрессанты		1	
		флювоксамин	0,5	
		сертралин	0,4	
		кломипрамин	0,04	
		флуоксетин	0,03	
		пароксетин	0,03	
	Нейролептики		0,3	
		Рisperидон	0,1	
		Перфеназин	0,1	
		Галоперидол	0,1	
			0,3	
	анксиолитики			
		феназепам	0,2	
		гидроксизин	0,1	
	Препараты улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга		0,3	
		Актовегин	0,05	
		Циннаризин	0,1	
		Гопантенная кислота	0,1	
		Пирацетам	0,05	
	нормотимики		0,3	
		карбамазепин	1	
	Корректоры нейролептической терапии		0,3	
		тригексифенидил	1	

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.

Специальных требований нет.

8.3.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие пациент и родители дают 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, особенностей эмоционального реагирования, поведенческой активности, методах и динамике проводимого лечения, возможном прогнозе. Членам семьи больного даются соответствующие рекомендации о продолжении лечения после выписки из стационара.

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

- При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, при отсутствии ОКР, пациент переходит в протокол ведения больных в соответствии с выявленным заболеванием/синдромом.

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

а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего лечению ОКР у детей в фазе обострения;

б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием/синдромом.

- при достижении стойкой ремиссии пациент переходит в другую модель или требования данного протокола прекращаются.

8.3.15. Возможные исходы и их характеристика.

Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Ремиссия	50-80	Купирование obsessions и/или compulsions адаптация личности к микросреде	60-90 дней	Переход в другую модель пациента
Стабилизация	20-30	Отсутствие положительной динамики	40-60 дней	Продолжается ведение данной модели пациента

Прогрессирование	10-20	Усложнение симптоматики ОКР, присоединение новых навязчивостей	7-40 дней	Продолжается ведение данной модели пациента
Развитие ятрогенных осложнений	5-20	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией	1-90 дней	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания	10-30	Присоединение нового заболевания не связано с исходным заболеванием	1-90 дней	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания

8.3.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов

Синдром: ОКР

Тип:

- преимущественно «навязчивые мысли или рассуждения» (F42.0),
- преимущественно «навязчивые действия» (F42.1),
- смешанные обсессивные мысли и действия (F42.2).
- другие обсессивно-компульсивные расстройства (F42.8).

Фаза синдрома: вне обострения (ремиссия)

Осложнения синдрома: без осложнений.

Клиническая ситуация: проведение диагностического исследования и лечения

Профильность подразделения: амбулаторные учреждения психиатрического профиля.

Функциональное назначение отделения, учреждения: лечебно-диагностическое

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

8.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

А). Полное соответствие диагностическим критериям МКБ-10 в соответствии с которыми обсессивные симптомы или компульсивные действия, либо и те и другие должны иметь следующие характеристики:

- расценены как собственные мысли или импульсы больного;
- должны быть по крайней мере одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной не сопротивляется;
- мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не является в этом смысле приятным);
- мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

В) соответствующие симптомы имеют место в течение наибольшего количества дней в период, по крайней мере, 2 недель подряд и являются источником дистресса и нарушения активности.

С) отсутствие клинических проявлений обострения: манифестация или усиление интенсивности и выраженности симптоматики в виде погруженности в навязчивости, учащение

и усложнение ритуалов, усиление тревоги, значительные изменения поведения с агрессией к близким

D) наблюдаемое снижение уровня социальной адаптации и социального функционирования не определяется симптоматикой ОКР.

Алгоритм выбора режима обследования: несоответствие клинико-психо-социальным параметрам для амбулаторного лечения:

- Недостаточность семейной поддержки и контроля, невозможность посещать врача и/или отсутствие в амбулаторном психиатрическом учреждении возможностей для проведения диагностического обследования и лечения согласно протоколу.

- проведение диагностического исследования и лечения в стационарных условиях для решения организационных и социальных вопросов (годности к службе в армии, медико-социальной экспертизы, для установления инвалидности и др.).

- выраженная социальная дезадаптация, связанная со значительной выраженностью коморбидной симптоматики и социальной ситуацией

- наличие суицидальных тенденций

8.1.2. Порядок включения пациента в протокол.

Пациент включается в протокол в том случае, если удовлетворяются критерии и признаки, определяющие модель пациента.

8.1.3. Требования к диагностике в стационарных условиях.

Код	Наименование	п
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента		
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза (объективного и субъективного) в психиатрии	
A 01.30.002	Визуальное исследование в психиатрии	
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента		
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	
A 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии центральной нервной системы	
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	
A01.31.015	Составление родословной	
A12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	
B 01.006.02	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	
A 02. 03. 005	Измерение роста	
A 02. 09 001	Измерение окружности головы	
A 02. 03. 002	Измерение массы тела	
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	
02.12.001	Измерение частоты пульса	
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	
A 05. 10. 001	Регистрация электрокардиограммы	
A 05. 10. 007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных.	
A05.23.001	Электроэнцефалография	
A04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	
A05.23.003	Реоэнцефалография	

A 06.03.002	Компьютерная томография головы (КТ)	
A 05.23.002	Магнитно-резонансная томография нервной системы и головного мозга	
A 06.03.006	Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях	
B 01.047.01	Осмотр (консультация) врача-терапевта первичный	
B 01. 001. 01	Осмотр (консультация) врача-гинеколога первичный	
A 06. 03. 002	Осмотр (консультация) врача-окулиста первичный	
A 04. 12 001	Исследование глазного дна	
B 01. 23. 01	Осмотр (консультация) врача-невролога первичный	
D 12. 01.01	Взятие крови из пальца	
A 01. 20. 003	Взятие крови из периферической вены	
A 12. 06. 0.3	Реакция Вассермана (RW)	
D 12. 02. 04	Экспериментально-психологическое (психодиагностическое исследование)	
D 12. 02. 03	Подготовка заключения экспериментально-психологического исследования медицинским психологом	
D 22. 02 01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	
D 22. 05.	Организация архивного хранения документа	

В 03.016.06	Анализ мочи общий	1
<i>Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента</i>		
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	
A 09.28.003	Определение белка в моче	
A 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	
A 09.28.022	Определение объема мочи	
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	
<i>Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента</i>		
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	
A 09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	

В 03.016.03	Общий (клинический) анализ крови развернутый	
<i>Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента</i>		
A 08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	
A 08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	
A 08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	
A 08.05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	
<i>Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента</i>		

A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов	
A 09.05.002	Оценка гематокрита	
B 03.016.04	Анализ крови биохимический общетерапевтический	
<i>Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента</i>		
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	

A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	
A 09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	
A 09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	
<i>Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента</i>		
A 09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	
A 09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	
A 09.05 A.023	Исследование уровня глюкозы в крови	
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	
A 09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	
A 09.05.031	Исследование уровня калия в крови	

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

8.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения психиатрического обследования в стационарных условиях.

В условиях стационарного обследования возможно осуществление полного комплекса исследований: психиатрического, экспериментально-психологического, дополнительных функциональных методов исследования и привлечение врачей-консультантов (невролога, педиатра и т.д.).

Клиническое психиатрическое обследование осуществляется с использованием *клинико-психопатологического, клинико-анамнестического и клинико-динамического методов.*

Опираясь на общепринятую схему диагностического психопатологического обследования детей и подростков, для установления условий формирования и определения закономерностей развития ОКР у детей предусматривается анализ наследственных, социальных факторов, оценка состояния здоровья родителей, акушерско-гинекологического анамнеза течения беременности и родов, состояния ребенка в период новорожденности, особенностей раннего психомоторного развития, динамики когнитивного функционирования и поведения и психического состояния на момент амбулаторного обследования.

Клиническое обследование больного с ОКР включает в себя сбор анамнестических данных, жалоб, визуальное исследование моторики, мимических реакций и висцеро-вегетативных нарушений, наблюдении за испытуемым во время пребывания его на приеме у врача.

Сбор жалоб и анамнеза, визуальное обследование, психопатологическое исследование

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – психодиагностическое интервью. Его принципами являются: однозначность, точность и доступность вопросов; адекватность; последовательность (алгоритмизированность); беспристрастность; проверяемость полученной информации. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических заболеваний и других сведений, важных для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики.

С помощью расспроса собирается объективный и субъективный анамнез, и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента. В анамнезе необходимо выяснить наличие тревожно-мнительных, сенситивно-шизоидных и истероидных преморбидных черт характера; присутствие подобных характерологических акцентуаций у родственников, а также наличие у них тревожных (включая ОКР), фобических и других психических расстройств, личностей с патологией характера и злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами, описание особенностей передачи перечисленных видов психической патологии.

Визуальное исследование, 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.**

Визуальное обследование пациента должно проводиться с акцентом на выявление дисэмбриогенетических стигм, выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов инъекций и прикусов языка).

Психопатологическое исследование позволяет уточнить характер и структуру клинических нарушений, определения варианта ОКР, типа течения, а также оценить динамику

состояния пациента в процессе проведения терапевтических мероприятий и психосоциальной реабилитации.

В ходе исследования больного выявляются, помимо возможных ритуалов, психомоторные проявления в виде неусидчивости, беспокойства, суетливости, сжимания пальцев рук, компоненты физического напряжения - мышечное напряжение, дрожь, тремор, шаткость походки, проявления дизурии, неспособность расслабиться, а также такие симптомы, как быстрое наступление усталости, слабость, раздражительность, нарушение сна.

Отмечаются также такие висцеро-вегетативные нарушения как: тахикардия, тремор, неприятные ощущения в кардиальной области, гипергидроз, проявления дизурии, абдоминальный дискомфорт и тошнота.

Во время интервью на основе жалоб больного и родителей, клинического расспроса и данных анамнеза выявляется наличие obsessions и навязчивых страхов, трудности концентрации внимания, повышенная озабоченность и возможная ипохондрическая рефлексия.

Необходимо обращать внимание на формирование и степень выраженности избегающего поведения, при котором больные стремятся уклониться от посещения школы, поездок в транспорте, толпы, стремятся к уединению, избегают социальных контактов.

В случае выявления признаков поражения ЦНС к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). Для дифференциальной диагностики возможно проведение *электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований, компьютерной томографии головного мозга, ядерно-магнитной резонансной томографии центральной нервной системы и головного мозга* и других исследований.

Психологическое диагностическое исследование - вспомогательный метод диагностики ОКР у детей и подростков, ориентированный на изучение психологических механизмов симптомообразования ОКР, формирующих и дополняющих целостную клиническую картину и придающих ей определенную специфику, важную для ее разграничения с другими формами психической патологии.

Использование метода позволяет получить информацию о качестве нарушений психической деятельности; ведущих механизмах этих нарушений; наиболее сформированных звеньях психической деятельности; предполагаемом уровне потенциальных возможностей и особенностях социально-психической адаптации личности ребенка с ОКР

Специалист по социальной работе с момента поступления в стационар, и на всем протяжении дальнейшего ведения больного оценивает особенности его семейного, школьного и социального функционирования. Сведения фиксируются как на настоящий момент, так и по данным истории жизни пациента.

Данные группируются по следующим категориям: жилищные условия, материальное положение, состав семьи и особенности семейных взаимоотношений, тип воспитания, ближайшее (лично-значимое) окружение; характеристика периода обучения (в прошлом или в настоящем) и уровень социализации, досуг; проблемы медицинского обслуживания; юридические проблемы и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными органами и учреждениями; другие психосоциальные проблемы.

Нейропсихологическое исследование направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности т.н. регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля) у детей и подростков с ОКР.

8.1.5. Требования к лечению ОКР в стационаре.

ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 ДНЕЙ

Код	Наименование	пред
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и голов	
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центрально	
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	
A01.31.011	<i>Пальпация общетерапевтическая</i>	
A01.31.012	<i>Аускультация общетерапевтическая</i>	
A01.31.016	<i>Перкуссия общетерапевтическая</i>	
02.12.001	<i>Измерение частоты пульса</i>	
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств (капельное)	
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарств	
A 11.01.002	Подкожное введение лекарственных средств	
A25.30.003	<i>Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы</i>	
A 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	
A13.30.005	Психотерапия	
A 13.30.002	Трудотерапия	
A 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы	
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	

A 13.30.003	Психологическая адаптация
A 13.30.004	Терапия средой
A 13.30.007	Психоанализ
A 13.30.010	Нейропсихологическое исследование
A 13.30.012	Процедуры по адаптации к условиям микросреды

A 13.30.013

Процедуры по адаптации к условиям макросреды

8.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

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
Психологическая адаптация	По показаниям

Цель комплексных направленных (дети-пациенты и родители) медицинских (психосоциальные вмешательства и психотерапия) и педагогических мероприятий – поддержание и углубление ремиссии с купированием или уменьшением выраженности obsessions и compulsions, социальная реадaptация и повышение уровня социального функционирования с возвращением в сообщество детей и подростков с ОКР.

1. Когнитивно-поведенческая психотерапия направлена на:

- проведение функционального поведенческого анализа;
- изменение представлений о себе;
- коррекцию дезадаптивных форм поведения (включая ритуалы) и иррациональных установок;
- развитие компетентности в социальном функционировании.

Проводятся 10-20 сеансов 1 раз в неделю

2. Психодинамическая психотерапия ориентирована на осознание пациентом интрапсихических процессов и достижение понимания бессознательных конфликтов, что приводит к психологическим и поведенческим изменениям. В ходе терапии большое внимание уделяется анализу раннего опыта пациента, механизмов психологической защиты, подавляемых мотивов и эмоциональных переживаний. Центральное место при этом занимает исследование проявлений феномена переноса (трансфер), развертывающихся в ходе взаимодействия пациента с психотерапевтом. Этот вид терапии требует от врача большой активности для постоянного направления ассоциаций и мыслей пациента в конфликтные сферы.

Проводится 1-2 сессии в неделю

Индивидуальная психотерапия ориентирована на снижение повышенной тревожности, формирование и поддержку адекватной самооценки, позволяет повысить общую уверенность, способствует снятию ситуационно обусловленного напряжения у больных с ОКР,

сопровождающегося чувством неуверенности и понижением самооценки.

Проводится 1-2 раза в неделю.

Групповая психотерапия способствует снижению коммуникативной напряженности ребенка и подростка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции поведения. 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.

Проводится 1-2 раза в неделю

Психосоциальная терапия выступает в качестве направленного на психосоциальную реабилитацию индивидуализированного единого терапевтического инструмента бригадных форм работы с учетом особенностей психического состояния и особенностей семейной и социальной ситуации, и включает психообразование детей и родителей, включая дестигматизацию, семейную психообразовательную терапию, тренинг социальных навыков, формирование и поддержку мотивации к лечению и возвращению в сообщество, снятие психоэмоционального напряжения, устранение завышенных родительских ожиданий, а также формирование терапевтической среды, социальная поддержка, организацию клубов для родителей, трудотерапию и др.

В зависимости от формы проведения подразделяется на индивидуальную (для пациентов и родителей) – проводится 1-2 раза в неделю и групповую (для пациентов и родителей) – 1-2 раза в неделю по типу модулей, рассчитанных на 8-12 посещений.

Дневниковые записи по мере заполнения вносятся в историю болезни пациента.

8.1.7. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Прием врача-психиатра проводится для проведения осмотра, диагностики заболевания и определения динамики психического состояния, назначения терапии, для контроля эффективности лечения и оценки возможных побочных эффектов.

Обращается внимание на наличие и характер сохранившихся или впервые появившихся жалоб и изменение психического состояния больного, наличие побочных эффектов лекарственной терапии.

Оценивается выраженность психопатологических расстройств, включая коморбидную симптоматику, обращается внимание на степень редукции симптоматики, выраженности отдельных компонентов синдрома, появление или исчезновение расстройств, определяющих опасность для больного, наличие суицидальных тенденций, упорядоченность поведения, контакт с врачом, появление и сохранение критики к болезненным переживаниям, наличие установок на приверженность терапии и борьбу с болезнью, готовность к сотрудничеству, отношение родителей к пациенту и имеющейся симптоматике.

При положительной динамике состояния повторные осмотры проводятся для определения стойкости ремиссии, целесообразности коррекции поддерживающих доз лекарственных средств, для поддержки достигнутого терапевтического альянса с ребенком и родителями с оценкой их готовности к продолжению контактов с врачом, укрепление достигнутого критического отношения к болезненным расстройствам,

Назначаются поддерживающая фармакотерапия и психотерапия, психосоциальное лечение в структуре проводимых психореабилитационных мероприятий, включая проведение этапных психообразовательных, групповых и/или индивидуальных психосоциальных интервенций в контексте школьной, семейной и микросредовой реадaptации, активизации больного в социальной среде, осуществляется контроль эффективности проводимых мероприятий с получением обратной связи.

В стационаре (дневном стационаре) осмотр проводится ежедневно в течение первых трех дней после госпитализации, далее 1 раз в 3 дня;

Дневниковые записи по мере заполнения вносятся в историю болезни пациента

8.1.8. Требования к лекарственной помощи

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Средства, влияющие на ЦНС	Согласно алгоритму

Лечение из расчета 30 дней

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	
Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему			1	
	Антидепрессанты		1	
		флювоксамин	0,5	
		сертралин	0,4	
		кломипрамин	0,04	
		флуоксетин	0,03	
		пароксетин	0,03	
	Нейролептики		0,3	
		Рisperидон	0,1	
		Перфеназин	0,1	
		Галоперидол	0,1	
			0,3	
	анксиолитики			
		феназепам	0,2	
		гидроксизин	0,1	
	Препараты улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга		0,3	
		Актовегин	0,05	
		Циннаризин	0,1	
		Гопантенная кислота	0,1	
		Пирацетам	0,05	
	нормотимики		0,3	
		карбамазепин	1	
	Корректоры нейролептической терапии		0,3	
	тригексифенидил		1	

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.

Специальных требований нет.

8.3.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие пациент и родители дают 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, особенностей эмоционального реагирования и поведения, методах и динамике проводимого лечения, течения расстройств, возможном прогнозе и др. Членам семьи больного даются соответствующие рекомендации в плане необходимости продолжения лечения после выписки из стационара.

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

- При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, пациент переходит в протокол ведения больных в соответствии с выявленным заболеванием/синдромом.

- медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего диагностике и лечению ОКР у детей в фазе ремиссии в стационарных условиях;

- при сохранении стойкой ремиссии и несоответствии клинико-психо-социальным параметрам для стационарного лечения пациент переходит в другую модель или требования данного протокола прекращаются.

8.3.15. Возможные исходы и их характеристика.

Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Ремиссия	80-90	Купирование obsessions и/или compulsions адаптация личности к микросреде	1-90 дней	Переход в другую модель пациента
Стабилизация	20-30	Отсутствие отрицательной динамики	40-60 дней	Продолжается ведение данной модели пациента
Обострение	10-20	Усложнение симптоматики ОКР, присоединение новых навязчивостей	7-40 дней	Переход на другую модель пациента

Развитие ятрогенных осложнений	5-20	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией	1-90 дней	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания	10-50	Присоединение нового заболевания не связано с исходным заболеванием	1-90 дней	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания

8.3.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов