

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
8 ноября 2022 г. № 108

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с аффективными расстройствами настроения (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами приема пищи (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами сна неорганической этиологии (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, не классифицированными в других рубриках (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами психологического (психического) развития (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте (взрослое и детское население)» (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387 «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 мая 2016 г. № 502 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Первый заместитель Министра

Е.Н.Кроткова

СОГЛАСОВАНО

Управление делами Президента
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Государственный комитет
судебных экспертиз
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Ориентировка: дезориентирован во времени, не полностью ориентирован в месте.

Мышление: выраженные трудности при решении задач и анализе сходств и различий, которые оказывают негативное влияние на повседневную активность.

Взаимодействие в обществе: утрачена самостоятельность вне своего дома, однако может вступать в социальное взаимодействие под контролем других лиц.

Поведение дома и увлечения: крайнее ограничение интереса, способность к выполнению только наиболее простых видов деятельности.

Самообслуживание: нуждается в помощи при одевании, гигиенических процедурах, естественных отправлениях.

3 балла – тяжелая деменция

Память: фрагментарные воспоминания о жизни.

Ориентировка: ориентирован только в собственной личности.

Мышление: решение интеллектуальных задач невозможно.

Взаимодействие в обществе: нарушения препятствуют социальному взаимодействию за пределами своего дома.

Поведение дома и увлечения: не способен к выполнению бытовых обязанностей.

Самообслуживание: постоянно нуждается в уходе; частое недержание.

0 баллов по данной шкале соответствует норме, 0,5 балла – связанным с возрастом нарушениям и синдрому умеренных когнитивных нарушений, 1–3 балла – деменции разной степени выраженности. Недостатком данной шкалы является ее более общий характер, отсутствие детализации симптоматики, которая могла бы быть весьма полезной в различных клинических ситуациях.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, соответствующими шифрам F10-F19 по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь

оксазепам, таблетки 10 мг, внутрь независимо от приема пищи, по 10–20 мг 2–3 раза в день, пациентам пожилого возраста: 10 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза при лечении в стационарных условиях – 120 мг;

диазепам, таблетки 2 мг, 5 мг, 10 мг, по 2,5–10 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема до 10–14 дней, отмена постепенная, ампулы, раствор для инъекций 10 мг/2 мл, парентерально 10 мг до 3 раз в сутки, рекомендованная продолжительность 3–10 дней;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, по 4–8 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, первоначальная суточная доза не более 1,5 мг, для пациентов пожилого возраста рекомендуется начальная доза не более 0,5 мг, дозу следует увеличивать постепенно на 0,5–1 мг каждые 3 дня, в зависимости от реакции пациента на данное ЛС, до достижения поддерживающей дозы, достижение поддерживающей суточной дозы – в течение 2–4 недель лечения;

небензодиазепиновые снотворные:

зопиклон, таблетки 3,75 мг, 7,5 мг, внутрь, по 3,75–7,5 мг, на ночь однократно, не более 4 недель;

ЛС с нормотимическим эффектом:

карбамазепин, таблетки 200 мг, по 400–600 мг/сутки внутрь, в 2 приема, 2–6 месяцев;

соли вальпроевой кислоты, таблетки 300 мг, 500 мг, по 300–1000 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, 2–6 месяцев;

ламотриджин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 25–150 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема, 2–6 месяцев;

лития карбонат, таблетки 300 мг, начальная доза 600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, с последующим увеличением суточной дозы до 1200 мг/сутки;

прегабалин, капсулы 75 мг, 150 мг, 300 мг, по 150–600 мг/сут в 2–3 приема, максимальная суточная доза 600 мг.

30. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов (F11 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов (F11.0 по МКБ-10):

при острой интоксикации опиоидами без нарушения сознания и дыхательной функции специальных лечебных мероприятий не требуется.

Неотложная медицинская помощь оказывается врачами скорой медицинской помощи, затем рекомендуется госпитализация в токсикологическое отделение либо в отделение реанимации и интенсивной терапии ближайшей организации здравоохранения. Острое отравление опиоидами с нарушениями дыхательной функции и сознания требует неотложной медицинской помощи в случае угнетения сознания и гиповентиляции.

Основное ЛС для лечения острого отравления опиоидами – антагонист опиоидных рецепторов налоксон. Налоксон вводят внутривенно в дозировке по 0,4 мг. Инъекции повторяют каждые 2–3 минуты при условии, что предыдущие были неэффективны. Суммарная доза налоксона при внутривенном введении может достигать 10 мг. При невозможности внутривенного введения можно ввести его внутримышечно или подкожно, в том числе сквозь одежду. Может применяться интраназальная форма (2, 4 или 8 мг в мл), инъекционные формы с повышенной концентрацией, такие как шприц-ручки и другие (зарегистрированные в Республике Беларусь). Признаком эффективности налоксона является восстановление дыхания через 1 минуту после инъекции, затем несколько проясняется сознание, повышается артериальное давление, расширяются зрачки. Если по достижении общей дозы в 10 мг улучшение не наступает, то тяжесть состояния обусловлена не только опиоидной интоксикацией. При отсутствии эффекта от налоксона необходимо исключить другие состояния:

состояние после эпилептического припадка;

отравление алкоголем, седативными или снотворными ЛС (производные барбитуровой кислоты, производные бензодиазепаина);

отравление комбинацией ПАВ;

отравление опиоидами с очень высокой степенью связи с опиоидными рецепторами (производные фентанила);

гипоксическая энцефалопатия;

тяжелая черепно-мозговая травма;

гипогликемия; гипергликемия;

острая сердечная недостаточность.

Если после введения нескольких доз налоксона нет положительного эффекта, то показана интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции легких до восстановления самостоятельного дыхания.

После введения налоксона возможно развитие выраженного состояния отмены, артериальная гипертензия, в редких случаях могут развиваться пароксизм мерцательной аритмии, отек легких.

Действие налоксона продолжается 30–70 минут, в связи с этим в случае необходимости повторных инъекций пациенту рекомендуется находиться под медицинским наблюдением врача организации здравоохранения не менее суток. После нормализации состояния психического здоровья пациента рекомендуется мотивирующая беседа с обсуждением негативных последствий употребления опиоидов.

Медицинская профилактика передозировок осуществляется путем назначения и распространения налоксона в группах с повышенным риском передозировок:

страдающие синдромом зависимости от опиоидов, в том числе, получающие опиоидную заместительную терапию (далее – ОЗТ) или лечение состояния отмены опиоидов;

употребляющие с вредными последствиями;

получающие опиоиды для лечения боли.

Пагубное употребление опиоидов (F11.1 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи осуществляется в организациях здравоохранения: районных, городских, межрайонных, республиканских (в сложных случаях или у несовершеннолетних пациентов с сопутствующими тяжелыми психическими и поведенческими расстройствами).

При выявлении пациента первичную медицинскую помощь (краткосрочное медицинское вмешательство) оказывают медицинские работники.

В психиатрических (психоневрологических) организациях консультирование проводится медицинскими работниками, психологами, специалистами по социальной работе. Лечение оказывается в организациях здравоохранения в амбулаторных условиях. Госпитализация осуществляется по желанию пациента или только при подозрении на сопутствующее психическое заболевание.

Показано краткосрочное медицинское вмешательство – короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня употребления пациентом опиоидов, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья употребления опиоидов, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление опиоидов, поиска факторов, способствующих воздержанию. Целью интервенции – полное воздержание, уменьшение количества и частоты потребляемых ПАВ.

Применяются антидепрессанты группы СИОЗС, СИОЗСН, антидепрессанты с другими механизмами действия, противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием.

Синдром зависимости, вызванный употреблением опиоидов (F11.2 по МКБ-10): наиболее эффективна ОЗТ, которая осуществляется в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 августа 2021 г. № 98 «О медицинской помощи пациентам с синдромом зависимости от наркотических средств опиоидной группы».

Этапы лечения:

1 этап – определение мотивации и ее усиление;

2 этап – лечение основных проявлений зависимости;

3 этап – медицинская реабилитация.

Определение целесообразности лечебных мероприятий, целей и тактики лечения выполняются на 1 этапе. Этапы 2 и 3 включают в себя проведение фармакотерапии, психотерапии, оказание психологической помощи.

Показано оказание медицинской помощи в реабилитационных центрах, длительная психотерапия в амбулаторных условиях. Пациентам рекомендуется посещение групп самопомощи «Анонимные наркоманы».

Абстинентное состояние, вызванное употреблением опиоидов (F11.3 по МКБ-10):
медицинские показания к лечению состояния отмены в амбулаторных условиях и вне организации здравоохранения:

наличие поддержки со стороны близких родственников;

отсутствие агрессивных и суицидальных тенденций.

Медицинские показания к лечению состояния отмены в условиях отделения дневного пребывания:

сопутствующая зависимость от алкоголя или других ПАВ в настоящее время;

неуспешная попытка лечения состояния отмены в амбулаторных условиях.

Медицинские показания к лечению состояния отмены в стационарных условиях:

состояние отмены двух и более ПАВ, сопутствующее тяжелое состояние отмены седативных и снотворных ЛС;

наличие сопутствующих тяжелых психических расстройств;

декомпенсированные соматические заболевания (лечение проводится в соматическом стационаре).

Для купирования состояния отмены опиоидов основными ЛС являются агонисты опиоидных рецепторов (опиоидные анальгетики) – трамадол, метадон, бупренорфин, морфин.

Применяют ЛС центрального действия, уменьшающее стимулирующее влияние адренергической иннервации (агонист альфа-1-имидазолиновых рецепторов) – клонидин;

анксиолитики группы бензодиазепинов – диазепам, клоназепам;

снотворное ЛС – зопиклон;

противоэпилептические ЛС – прегабалин, габапентин, соли вальпроевой кислоты;

антипсихотики (предпочтительно атипичные) – кветиапин, оланзапин и другие;

антидепрессанты – СИОЗС, СИОЗСН и другие;

ЛС, тормозящее перистальтику желудочно-кишечного тракта, – лоперамид;

миорелаксант центрального действия – баклофен;

прокинетики – метоклопрамид;

нестероидные противовоспалительные ЛС – кеторолак, ибупрофен.

При наличии острого или хронического активного гепатита следует воздержаться от назначения антипсихотиков группы фенотиазин, трициклических антидепрессантов, карбамазепина, сочетания ЛС, повышающих нагрузку на печень.

При лечении состояния отмены опиоидов применяются:

метадон или бупренорфин;

сочетание клонидина и анксиолитиков группы бензодиазепинов;

сочетание антипсихотиков, антидепрессантов и анксиолитиков группы бензодиазепинов между собой.

Метадон назначают внутрь в начальной дозе 20–60 мг/сутки. Далее, при необходимости, повышают до дозы, которая купирует состояние отмены, и затем каждые 1–2 дня понижают суточную дозу на 5 мг до полной отмены. Детоксификация с применением метадона может проводиться в стационарных условиях, а также в условиях отделения дневного пребывания или в амбулаторных условиях.

Бупренорфин назначают сублингвально в дозе 4–16 мг/сутки, далее – каждые несколько дней понижают суточную дозу на 2 мг до полной его отмены.

Трамадол назначают внутрь в дозе 100–600 мг/сутки, далее – каждые 1–2 дня суточную дозу понижают на 25–50 мг до полной его отмены.

Клонидин является α -адреномиметиком и хорошо купирует вегетативный компонент состояния отмены. Его нежелательными реакциями являются гипотензия,

атриовентрикулярной блокада, брадикардия, запоры, сухость во рту. При применении в больших дозах может развиваться лекарственный делирий.

Требуется мониторинг артериального давления перед приемом каждой дозы клонидина. Если на момент приема очередной дозы клонидина артериальное давление ниже 90/60 мм ртутного столба или ЧСС меньше 60 ударов в минуту, то прием следует отложить до подъема артериального давления и увеличения ЧСС.

Клонидин применяют в суточной дозе 0,0375–0,3 мг/сутки, кратность приема составляет 3–5 раз в день.

При тревожной симптоматике в сочетании с нарушением сна назначают внутрь диазепам 40–60 мг/сутки, можно прибегнуть к внутримышечным инъекциям.

Для купирования диареи используется лоперамид, для лечения рвоты – метоклопрамид, при сильных болях в мышцах назначаются нестероидные противовоспалительные ЛС (ибупрофен) и ЛС, воздействующие на мышечный тонус (баклофен), габапентиноиды (прегабалин, габапентин) в течение 5–7 дней. Затем необходимо постепенно снизить их дозировки и полностью отменить через 10–15 дней, в случае состояния отмены метадона через 20 дней.

Назначение противосудорожных ЛС (соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, топирамат, габапентин, прегабалин) показано при дисфории и импульсивности.

Внутривенное капельное введение глюкозы и полиионных растворов проводится только при невозможности приема жидкости внутрь.

Для купирования симптомов бессонницы используют антидепрессанты (миртазапин, амитриптилин); седативные антипсихотики (кветиапин, оланзапин) и небензодиапиновые снотворные ЛС (зопиклон, доксиламин, мелатонин). Не рекомендуется длительное (более 2 недель) применение ЛС группы бензодиазепинов.

Для терапии бессонницы и тревоги при состоянии отмены опиоидов также применимы анксиолитики и противосудорожные ЛС.

При беременности детоксификация (лечение состояния отмены опиоидов) противопоказана и рекомендовано назначение ОЗТ на весь период беременности.

31. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов (F12 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов (F12.0 по МКБ-10): лечение проводится в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания – при неосложненной интоксикации; в стационарных условиях – при любых состояниях осложненной острой интоксикации, при употреблении синтетических каннабиноидов – в условиях токсикологического отделения, в отделении реанимации и интенсивной терапии соматического стационара, в психиатрическом стационаре.

Лечение продолжается от 1 до 7 суток и более.

При сопоре или коме лечение проводится в токсикологическом отделении или отделении реанимации и интенсивной терапии. Главным методом лечения интоксикации, передозировки (отравления) является проведение дезинтоксикационных мероприятий. Специфических антидотов к каннабиноидам не существует. Показано промывание желудка. При пероральном приеме каннабиноидов – активированный уголь, применение 9 мг/мл раствора натрия хлорида, 50 мг/мл раствора глюкозы. Анксиолитики группы бензодиазепинов являются основными ЛС в лечении возбуждения при интоксикации и психотических психических расстройствах (панические реакции, тревога, агитация и кататонические расстройства, делирий).

При наличии психотической симптоматики (бред, галлюцинации) назначаются ЛС антипсихотического действия (рисперидон 2–6 мг/сутки, оланзапин 5–10 мг/сутки, кветиапин 100–600 мг/сутки, галоперидол 1,5–10 мг/сутки). Галоперидол рекомендовано сочетать с анксиолитиками группы бензодиазепинов.

После устранения интоксикации рекомендуется проведение краткосрочного медицинского вмешательства по поводу прекращения употребления каннабиноидов.

Применение антипсихотиков группы фенотиазинов (хлорпромазин) увеличивает вероятность развития делирия, судорог, обладают проаритмическим эффектом, особенно