

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

1. Вводная часть:

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
F94.0	Элективный мутизм
F98.0	Энурез неорганической природы
F98.1	Энкопрез неорганической природы
F98.2	Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте
F98.4	Стереотипные двигательные расстройства

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2021 год

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

РК	Республика Казахстан
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
ВВК	Военно-врачебная комиссия
В\в	Внутривенно
В\м	Внутримышечно
КТ	Компьютерная томография
ЛС	Лекарственные средства
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МНН	Международное непатентованное название (генерическое название)

МРТ	Магнитно-резонансная томография
МСЭК	Медико-социальная экспертная комиссия
ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ПЭТ	Позитронно-эмиссионная томография
РЭГ	Реоэнцефалография
РКИ	Рандомизированное когортное исследование
Р-р	Раствор
СИОЗС	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ИОЗСН	Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
СПЭК	Судебно-психиатрическая экспертная комиссия
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭПО	Экспериментально-психологическое обследование
ЭЭГ	Электроэнцефалограмма
ЭхоЭГ	Эхоэлектроэнцефалограмма
ПЦР	Полимеразная цепная реакция

1.4 Пользователи протокола: врачи-психиатры взрослые, детские; врачи общей практики, педиатры, врачи-неврологи взрослые и детские; детские психотерапевты.

1.5 Категория пациентов: дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которые могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической

	ошибки (++) или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

1.7 Определение:

К расстройствам психологической адаптации в детском возрасте относят группу психических расстройств, отражающих срыв механизмов психологической адаптации, и клиническая картина которых ограничена личностным и невротическим регистрами [1,8].

Группа психогенных заболеваний, характеризующихся доминированием в клинической картине соматовегетативных или двигательных (в том числе речедвигательных) нарушений, которые формируются в постнатальном онтогенезе [20].

Гетерогенная группа расстройств, для которых решающую роль в этиологии играют негативные воздействия средовых факторов и отсутствие благоприятных условий для нормального развития ребенка [22].

В соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10), расстройства психологической адаптации рассматриваются в рубриках: F94 «Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возраста» (F94.0-элективный мутизм); F98 «Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте» (F98.0-Энурез неорганической природы, F98.1-Энкопрез неорганической природы, F98.2-Расстройства приема пищи в младенческом и детском возрасте, F98.4-Стереотипные двигательные расстройства) [3,4,22].

Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возраста – гетерогенная группа, в которую объединены разнообразные по этиологии, патогенезу и проявлениям расстройства, начавшиеся в детском возрасте, ведущим клиническим признаком которых является нарушение социального функционирования. Как самостоятельная рубрика впервые была выделена в МКБ-10 и не имеет аналогов в других современных классификациях [3,5,22]. Неблагоприятные средовые факторы играют решающую роль в формировании стойких нарушений социальных взаимосвязей ребенка, ведущих к патологическому реагированию на искажение или лишение адекватных средовых условий развития [3,5,22]. Психические нарушения, входящие в данную группу расстройств, включают клинически разнообразный диапазон состояний. Дети, страдающие расстройством привязанностей, редко попадают в поле зрения психиатра. Учитывая, что эти расстройства нередко сочетаются с нарушениями поведения, негативизмом, эмоциональными расстройствами, энурезом, энкопрезом, можно говорить об их относительно высокой распространенности, особенно в специализированных учреждениях.

F94.0 – Элективный мутизм – расстройство, характеризующееся постоянной неспособностью говорить в определенных условиях (например, школа, социальные ситуации), несмотря на сохраненную способность говорить в других ситуациях (например, дома); - это сравнительно редкое расстройство, но достаточно серьезное; распространенность его среди детей и подростков составляет от 0,2 до 1%. Среди детей 6-7 лет его частота составляет 3-18 на 10 000. Распределение по полу примерно равное, хотя в затяжных случаях у девочек встречается несколько чаще. После публикации в 2013 году Диагностического и статистического руководства по психическим болезням (DSM-5), элективный мутизм классифицируется как тревожное расстройство, название *элективный* заменено на *селективный*, отражая тот факт, что теперь это расстройство понимается не как

поведение, подчиняющееся усилиям воли, а как неспособность говорить в определенных ситуациях [24,25].

Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте – гетерогенная группа расстройств, общим для которых является начало в детском возрасте, но в других аспектах эти расстройства во многом различаются.

F98.0 – Энурез неорганической природы включает под одним шифром как психогенные варианты расстройства, так и непсихогенные (первичные и вторичные) - относится к нарушениям навыков опрятности [26] - это расстройство, характеризующееся непроизвольным упусканьем мочи днем и/или ночью, что является ненормальным по отношению к умственному возрасту ребенка; оно не является следствием отсутствия контроля функции мочевого пузыря, обусловленного каким-либо неврологическим нарушением или эпилептическими припадками или структурной аномалией мочевого тракта; энурез обычно не должен диагностироваться у ребенка до возраста 5 лет или с умственным возрастом до 4 лет; если энурез сочетается с каким-либо другим эмоциональным или поведенческим расстройствами, обычно он составляет первичный диагноз, только когда непроизвольное упускание мочи случается, по крайней мере, несколько раз в неделю или если другие симптомы показывают какую-либо временную связь с энурезом; в том случае, энурез сочетается с энкопрезом – должен быть диагностирован энкопрез [21].

F98.1 – Энкопрез неорганической природы – включает функциональный, психогенный энкопрез, а также недержание кала неорганической природы – расстройство, характеризующееся повторяющимся, произвольным или непроизвольным выделением кала, обычно нормальной или почти нормальной консистенции в местах, которые в данном социо-культурном окружении не предназначены для этой цели; расстройство может представлять собой патологическое продолжение нормального младенческого недержания или может включать в себя потерю навыков удержания кала вслед за периодом приобретенного контроля над кишечником; может иметь место намеренная дефекация в неподходящих местах, несмотря на нормальный физиологический контроль над функцией кишечника [21].

F98.2 – Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте – пограничные психические расстройства раннего возраста, отражающие первичные или вторичные механизмы нарушенного психического развития ребенка [20], выражаются в трудностях регулярного и достаточного приема пищи при отсутствии патологии пищеварительной системы [27,28] - состояния, при которых выраженность привередливости, недоедания или переедания выходит за пределы нормы; ребенок недостаточно прибавляет в весе или теряет вес в течение, по крайней мере, одного месяца; включаются срыгивания в младенчестве [21]. Современная психологическая парадигма процесса кормления в младенчестве и раннем возрасте рассматривает этот акт в качестве наиболее тесного взаимодействия ребенка и матери (или другого главного ухаживающего лица), в процессе которого младенцем приобретает первый опыт сотрудничества.

F98.4 – Стереотипные двигательные расстройства – пограничные психические расстройства раннего возраста, патологические привычные действия с преимущественно двигательными расстройствами [20] – произвольные, повторяющиеся, стереотипные, нефункциональные (и часто ритмические) движения, которые не связаны с каким-либо установленным психическим или неврологическим состоянием. В эту категорию включается стереотипное самоповреждающее поведение: 1)повторяющиеся удары головой; 2) шлепанье по лицу; 3) тыканье в глаза; 4)кусание рук, губ и других частей тела [21].

Феномены с преимущественно двигательными расстройствами [20]:

1.Статические двигательные расстройства (поза эмбриона, феномен «заячьего глаза», сон на корточках).

2.Динамические двигательные расстройства (качания дневные и ночные, реактивные яктация и сосание пальца, языка, бруксизм, биение головой и другие стереотипии, младенческие приступы Клоса).

3.Регрессивные дизонтогенетические и архаические феномены (рефлекс застывания и сохранения приданной позы, симптом Робинсона, бег на цыпочках как рудимент автоматической походки новорожденного, кружение на месте и бег по кругу, перебирание пальцев.

4.Элементы навязчивых движений и действий (облизывание и кусание губ, навязчивое гримасничанье, поглаживание, пощипывание, потирание кожи, кручение волос, стереотипное манипулирование частями тела, одеждой, вещами.

1.8 Классификация (по МКБ-10) [1,21,22]

F94.0 Элективный мутизм (включает избирательный мутизм)

F98.0 Энурез неорганической природы

F98.00 первичный энурез, неуточненный

F98.01 первичный ночной энурез

F98.02 первичный дневной (и ночной) энурез

F98.03 Вторичный энурез, неуточненный

F98.04 Вторичный ночной энурез

F98.05 Вторичный дневной (и ночной энурез) [22]

F98.1 Энкопрез неорганической природы

F98.10 проявление несформированного навыка опрятности

F98.11 адекватный контроль кишечника и дефекация в неадекватных местах с нормальной консистенцией кала

F98.12 энкопрез, связанный с жидкой консистенцией кала [22]

F98.2 Расстройства приема пищи в младенческом и детском возрасте (включаются: расстройства срыгивания в младенчестве)

F98.4 Стереотипные двигательные расстройства (включаются: повторяющиеся удары головой, шлепанье по лицу, тыканье в глаза, кусание рук, губ и других частей тела)

2. Методы, подходы и процедуры диагностики

Диагностика расстройств основывается преимущественно на данных анамнеза и клинических проявлениях состояния и не требуют дополнительных обследований. Учитывая гетерогенность входящих в данную группу нарушений с разной этиологией, патогенезом и клиническими проявлениями, обследование должно носить индивидуальный характер с привлечением специалистов разного профиля, особенно при наличии осложняющей симптоматики. Определяющую роль для диагностики играет подробный, тщательно собранный анамнез с учетом данных, полученных не только от родителей, родственников или опекунов ребенка, но и от воспитателей, сотрудников детских учреждений, а также данные медицинской документации.

Диагноз устанавливается на основании клинической картины при условии полного соответствия имеющимся критериям диагностики по МКБ-10 [3,4,5,22], не подходящим к другим диагностическим категориям, несмотря на то, что сохраняется некоторая неопределенность в отношении диагностических указаний, границ синдромов и их нозологической самостоятельности.

Данная категория нарушений имеет важное значение для здоровья детей, так как при несвоевременной диагностике может переходить в более выраженные формы, вызывающие стойкую и глубокую дезадаптацию. Ключевым признаком является ненормальный тип взаимоотношений с родителями или воспитателями, возникающий в возрасте до 5 лет, включающий дезадаптивные проявления, обычно незаметные у нормальных детей, носящие реактивный характер и являющиеся постоянными.

2.1 Клинические критерии [1,8,-10]:

Жалобы: появление симптомов наряду с нарушениями сна, тревоги на фоне дистрессовой (чаще внутрисемейной) обстановки.

Анамнез:

- зависимость возникновения и течения (динамики) невроза с психогенной (субъективно значимой психотравмирующей) ситуацией;
- содержательная связь между характером психотравмы и клиническими проявлениями невроза и патологической фиксацией на фрустрации и переживаниях, связанных с ней.

Код	Жалобы на:	Анамнез:
F94.0 – Элективный мутизм	<p>Выраженную, эмоционально обусловленную избирательность в разговоре, ребенок говорит в некоторых ситуациях, но отказывается говорить в других; дети молчат в детском саду, школе, вследствие чего у них низкая успеваемость, конфликты. Ключевыми признаками являются патологический тип взаимоотношений с окружающими, включающий стойкое нежелание вступать в контакт или поддерживать общение; апатия, отсутствие любопытства, снижение эмоционального реагирования, аутистические черты поведения [1,20,21,22].</p>	<p>Чаще всего появлению симптомов предшествует психическая травма. Психотравмирующие факторы могут быть: 1. Аффективно-шоковые и субшоковые. К ним относятся кратковременные психогенные воздействия, связанные с переживанием угрозы самому существованию человека, то есть затрагивающие инстинкт самосохранения, что вызывает сильный испуг. 2. Ситуационные (конфликтотенные): кратковременные или хронические психогенные влияния, связанные с той или иной конфликтной ситуацией: конфликты между детьми и родителями, учителем и учениками..... 3. Депривационные. Данные психотравмирующие влияния обусловлены недостатком или лишением необходимых условий существования. Выделяют алиментарную, двигательную, сенсорную, эмоциональную, информационную депривацию. Депривация в раннем возрасте приводит к тяжелым формам нарушения адаптации и расстройствам развития. 4. Социально-бытовые. Связаны с урбанизацией жизни, приводящей к возрастанию социальных контактов. 5. Психодинамические. Эти факторы заложены в самом онтогенезе и связаны с личностной динамикой, вызывающей внутренний конфликт, не решаемый с помощью устаревших механизмов психологической защиты. Неспособность ребенка безболезненно,</p>
F98.0 – Энурез неорганической природы	<p>Непроизвольное мочеиспускание в дневное и/или ночное время; ощущение потребности помочиться при менее наполненном мочевом пузыре, частое мочеиспускание; может сочетаться с эмоциональными и поведенческими расстройствами более общего характера.</p>	

<p>F98.1 -Энкопрез неорганической природы</p>	<p>Повторяющееся, произвольное или непроизвольное отхождение кала в неподходящих местах обычно нормальной или почти нормальной консистенции; в некоторых случаях у ребенка возникает нежелание, сопротивление или полный отказ следовать социальным нормам отправления физиологических потребностей в отведенных для этого местах; в некоторых случаях может сопровождаться размазыванием кала по телу или окружающим предметам [1,17,21,22].</p>	<p>на психологическом уровне возрастной зрелости переработать психотравмирующую информацию определяет функциональный регресс на предыдущий уровень нервно-психического реагирования [20]. Уточняются данные, касающиеся наследственности, отягощенности психическими, неврологическими, эндокринными заболеваниями, сведения о протекании беременности у матери, процессе течения родов, постнатальном развитии ребенка [35]. Учитываются сведения об особенностях темперамента ребенка, конституциональная предрасположенность, нарушенный стиль воспитания; материнская депрессия, неадекватное материнское восприятие особенностей пищевого поведения ребенка, пренебрежение потребностями ребенка, плохое обращение с ним [33,34].</p>
<p>F98.2 - Расстройства приема пищи в младенческом и детском возрасте</p>	<p>Трудности регулярного и достаточного приема пищи; стойкую неспособность адекватно есть или постоянные срыгивания, «жевание жвачки», нарушение регуляции поведения во время приема пищи, отсутствие взаимности с осуществляющим кормление лицом, иногда сонливость или заторможенность во время кормления, негативизм, упрямство, привередливость, недоедание или переедание, выходящее за пределы нормы, недостаточная прибавка в весе.</p>	
<p>F98.4 – Стереотипные двигательные расстройства</p>	<p>Произвольные, повторяющиеся, стереотипные движения (часто ритмичные): раскачивание тела, кивание, выдергивание и накручивание волос, постукивание пальцами, шлепки ладонями; ребенок может неоднократно</p>	

	ударяться головой о какие-либо поверхности, шлепать по лицу, тыкать пальцем в глаза, кусать губы, руки или другие части тела [1,17,21,22].	
--	--	--

Физикальное обследование: диагностически значимых изменений со стороны кожных покровов и внутренних органов (включая центральную и периферическую нервные системы) нет.

Лабораторное обследование: специфических диагностических признаков нет.

Инструментальное обследование: специфических диагностических признаков нет. Дополнительно при наличии показаний: рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника для исключения spina bifida в случае F98.0; ректороманоскопия, по показаниям, в случае F98.1.

Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта (педиатра) – исключение соматических заболеваний;
- консультация невропатолога – исключение текущих неврологических расстройств;
- консультация гинеколога – исключение гинекологических расстройств;
- консультации иных узких специалистов – сопутствующие соматические заболевания и/или патологические состояния.

2.2 Диагностический алгоритм:

- Осмотр, консультация врача-психиатра;
- Полный анамнез: течение беременности и родов, особенности развития, сна, питания, двигательной активности, перенесенные заболевания;
- Подробное интервью с родителями пациента с уточнением жалоб, с подробным описанием поведения в семье, детском учреждении, школе, других общественных местах;
- Выявление сопутствующих психических расстройств;
- Консультация узких специалистов с целью исключения соматических заболеваний;
- Экспериментально-психологическое обследование;
- Физикальный осмотр;
- Лабораторные исследования;
- Дополнительно, при наличии показаний: ЭЭГ, ЭКГ; УЗИ; рентгенография;
- Постановка диагноза.

2.3 Дифференциальный диагноз [8,9,10,12,2021, 23,36]:

Таблица 1 – Дифференциальная диагностика

Элективный мутизм (ЭМ)	Мутизм при детском аутизме (ДА)	Мутизм при детской шизофрении (ДШ)
Элективный мутизм характеризуется избирательным нарушением речевого общения при наличии нор-	Мутизм при детском аутизме характеризуется полным отсутствием речевого контакта с	Для детской шизофрении, помимо речевых нарушений характерно наличие полиморфной продуктивной и

мального развития речи, связанным с определенной ситуацией или лицом, отсутствием дисгармоничности развития, сверхценных нелепых и стереотипных увлечений, вычурных страхов.	окружающими, не связанного с изменением средовых условий, а также для аутизма характерно качественное нарушение способности к социальному взаимодействию (отсутствие потребности в контактах).	негативной психопатологии, логической симптоматики, имеются признаки общего расстройства развития, распространяющегося на все сферы функционирования, регрессивно-кататоническая и другая психопатологическая симптоматика, дающая основание для диагностики основного расстройства.
--	--	--

Элективный мутизм также необходимо отграничивать от неврологических заболеваний, с замедлением и искажением формирования речи у детей с нарушениями слуха; с преходящим тотальным мутизмом, афонией, искаженным произношением слов при истерических формах реагирования; очень стеснительные дети могут не разговаривать в незнакомых ситуациях, но у них происходит спонтанное выздоровление, когда проходит смущение [36].

Дифференциация клинических вариантов энуреза неорганической природы [20]

Таблица 2 – Дифференциальная диагностика

Критерий	Системный невроз	Первично-дизонтогенетический вариант (неврозоподобный)	Энцефалопатический вариант (неврозоподобный)
Наследственная отягощенность	Нехарактерна	До 71% случаев энурез имеет «семейный» характер	Нехарактерна
Время возникновения ведущего синдрома.	Всегда вторичный, после (не менее чем год) периода сформированного навыка опрятности.	Первичный, отмечается с рождения.	Вторичный.
Причина	Острая или подострая психическая травма. Иногда начинается с дневного недержания мочи.	Без видимой причины.	После астенизирующего заболевания, церебральной вредности или на фоне возрастного криза.
Характеристика системного расстройства	Затрудненное засыпание, беспокойный сон, кошмарные сновидения, сомнамбулизм. После упускания мочи ребенок просыпается.	Сон «мертвый», без сновидений профундосомния. Упускание мочи в конце медленной фазы сна (через 90 минут после засыпания). Энурез ограничи-	Нарушены обе фазы сна (медленная и парадоксальная). Повторные эпизоды упускания мочи в течение ночи. Может сочетаться с днев-

		вается одним эпизодом за ночь.	ным энурезом и энкопрезом.
Характеристика психического статуса	Общевневротическая симптоматика, зависящая от динамики психотравмирующей ситуации. Тревожное ожидание нового упускания мочи, комплекс неполноценности либо истерические реакции.	Отсутствие психических отклонений или наличие общих либо парциальных проявлений незрелости. Отношение к расстройству анозогнозическое, адекватное, либо формально критическое.	Более или менее выраженные психоорганические, в частности церебрастные, расстройства, расторможенность, дефицит внимания. Отношение к энурезу не критичное, а к лечению – пассивное, вплоть до пубертатного возраста.
Динамика и прогноз	Динамика определяется сохранением или разрешением психотравмирующей ситуации. В отношении системного расстройства прогноз благоприятный. При затяжном течении возможен переход невроза в невротическое развитие личности по астеническому или аффективно-возбудимому типу.	Динамика чаще благоприятная (при отсутствии соматогенных или психогенных вредностей). Созревание функциональной системы происходит к пубертатному возрасту даже без специального лечения. Личностная динамика зависит от воспитательного подхода.	Динамика монотонная, зависит от степени компенсации резидуально-органической церебральной недостаточности. Дополнительные соматические вредности, астенизирующие нагрузки ухудшают энурез, вызывают рецидивы. Стойкая компенсация наступает по окончании пубертатного периода.

Необходимо исключить возможные органические причины: нарушения мочеполовой системы, диабет, эпилепсия.

Дифференциальную диагностику энкопреза: необходимо проводить с анатомическими проблемами, такими как трещины заднего прохода, анальный стеноз; метаболическими и эндокринными причинами, как, например, муковисцидоз, целиакия, непереносимость коровьего молока/аллергия, сахарный диабет, гипотиреоз; с неврологическими причинами: церебральный паралич, незаращение дужек позвонков (*spina bifida*), миеломенингоцеле; болезнь Гиршпрунга; запор, включающий перегрузку калом жидкими или полужидкими фекалиями в результате «переполнения» прямой кишки; умственная отсталость; серьезное сексуальное насилие [20,23,30,35,37].

Дифференциальную диагностику расстройств приема пищи в младенческом и детском возрасте: необходимо исключить врожденные аномалии желудка и пищевода, органически обусловленные заболевания и более широкую психическую патологию; срыгивание при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, в отличие от данного расстройства, сопровождается отчетливым дискомфортом.

Дифференциальный диагноз стереотипных двигательных расстройств: необходимо исключить аномальные произвольные движения, двигательные расстройства

органической природы, тики, стереотипии, являющиеся частью более широкого психического состояния, такого как общее расстройство развития; обсессивно-компульсивное расстройство [1,20,21,23,36].

3. Тактика лечения:

Цели лечения: обратное развитие психопатологических нарушений, стабилизация состояния пациента; социальная, школьная адаптация; подбор поддерживающей медикаментозной терапии.

Тактика лечения: При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и/или нетяжелом уровне расстройства рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. В случае усложненной клинической картины (за счет коморбидных состояний) и/или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о госпитализации. С учетом основного этиологического фактора эффективность комплексной терапии расстройств социального функционирования с началом, специфическим для детского и подросткового возраста, других поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте, зависит от своевременной диагностики с определением нозологической специфичности состояния, анализа имеющейся симптоматики и определением клинической тяжести состояния для обеспечения благоприятных средовых условий для развития ребенка.

Основные усилия должны быть направлены на изменение ситуации и работу с ближайшим окружением: родителями, сотрудниками детских домов, воспитателями в детских садах, со школьными учителями и с самим пациентом.

Выбор терапии определяется структурой нарушений и строится на основе сочетания лечебно-педагогических и психотерапевтических методов. Используется мультидисциплинарный подход, т.е. сочетание психологической, психотерапевтической и поведенческой терапии с одновременной работой над изменением патологически неудовлетворительных межличностных взаимоотношений с участием врача, психолога, логопеда, дефектолога, социального работника.

Медикаментозное лечение применяется для купирования сопутствующих эмоциональных и поведенческих расстройств, и его следует проводить строго по показаниям, в возрастных дозировках и под динамическим контролем психического состояния с учетом особенностей возрастного реагирования, полиморфизма и тяжести клинической картины [36].

Тактика лечения на амбулаторном уровне

3.1 Немедикаментозное лечение (выбор стратегии и тактики комплексных и психотерапевтических и психокоррекционных воздействий зависит от своевременной диагностики с определением нозологической специфичности состояния; методы лечения, курс лечения подбираются исходя из: возраста ребенка, причины данного расстройства, наличия других сопутствующих или спровоцированных расстройств):

- комплаенс-терапия.
- соблюдение режима гигиенических мероприятий;
- соблюдение пищевого и питьевого режима, ограничение употребления жидкости во второй половине дня, диета Красногорского (в случае F98.0);
- организация сна;
- индивидуальный подбор питания (в случае F98.2);
- диетотерапия;
- физиотерапия, иглорефлексотерапия, электросон;
- лечебная физкультура, общеоздоровительные воздействия, медицинский массаж;

- психотерапия: поведенческая, игровая, арт-терапия, двигательная, релаксационные техники, семейная терапия, тренинг социальных навыков, сказкотерапия, гипносуггестия;
- групповая и индивидуальная психосоциальная терапия с родителями (разъяснение потребностей ребенка, обучение навыка ухода за ним, распознавание и предупреждение симптомов заболевания);

3.2 Медикаментозное лечение:

Антидепрессанты способствуют нормализации сна, предназначены для купирования сопутствующих депрессивных проявлений: Выбрать нужно один из перечисленных препаратов группы СИОЗС: флуоксетин, сертралин, флувоксамин; в случае неэффективности указанных препаратов или в случае наличия тяжелых депрессивных нарушений рекомендуется применять трициклические антидепрессанты: amitриптилин, имипрамин.

Транквилизаторы назначаются при наличии эмоциональных расстройств и соматовегетативных нарушений (небензодиазепинового ряда), а также для купирования выраженной тревоги и страха - короткие курсы препаратов бензодиазепинового ряда в возрастных дозировках.

Малые нейролептики (хлорпротиксен, тиоридазин, сульпирид) предназначены для коррекции поведенческих нарушений, при выраженном негативизме (в случае F94.0). В отдельных случаях (плохая переносимость нейролептиков, наличие вегетативных дисфункций) возможно комбинирование малых доз нейролептиков с транквилизаторами.

Нормотимические препараты (противосудорожные препараты с нормотимической активностью) предназначены для стабилизации настроения, медикаментозного контроля нарушений биологических ритмов (карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин).

Ноотропы назначаются при наличии резидуально-органической церебральной недостаточности, при астенических состояниях, задержке психоречевого развития

Таблица 3: Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения) [4-7,9,12-19]:

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Антидепрессант	Сертралин	До 50мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Флувоксамин	До 50мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Флуоксетин	До 20мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Амитриптилин	До 50мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Имипрамин	До 50мг/сутки внутрь	А
Нормотимик	Карбамазепин	200-400мг/сут. внутрь	В
Нормотимик	Ламотриджин	50-100мг/сутки внутрь	А
Нормотимик	Вальпроевая кислота	300-600мг/сутки внутри	В
Транквилизатор	Диазепам	До 10 мг/сутки внутрь	А
Транквилизатор	Тофизопам	До 75 мг/сутки внутрь	А
Нейролептик	Хлорпротиксен	50-100 мг/сутки внутрь	В
Нейролептик	Тиоридазин	50-100 мг/сутки внутрь	В

Нейролептик	Сультпирид	До 600 мг/сутки внутрь	В
Ноотропное средство	Глицин	До 300 мг /сутки	
Ноотропное средство	Пирацетам	До 1200 мг/сутки	
Гормональное средство	Десмопрессин	0,2-0,4 мг внутрь детям старше 5 лет	

3.3 Хирургическое лечение: нет.

3.4 Дальнейшее ведение – формирование и укрепление комплаенса.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

- Отсутствие или отчетливая тенденция к регрессии симптомов.
- Настроенность больного и/или его семьи на продолжение медикаментозного и немедикаментозного лечения на амбулаторном этапе.

4. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации [2,3]

4.1 Показания для плановой госпитализации [2,3]:

- психопатологические расстройства с десоциализирующими проявлениями, которые не купируются в амбулаторных условиях *или*
- решение экспертных вопросов (МСЭК, ВВК, СПЭК).

Минимальный перечень обследований, которые необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию, согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- психопатологические расстройства с десоциализирующими проявлениями, которые не купируются в амбулаторных условиях *или*
- решение экспертных вопросов (МСЭК, ВВК, СПЭК).

5. Тактика лечения на стационарном уровне:

5.1 Ведение пациента на стационарном уровне:

- ❖ Плановая либо экстренная госпитализация по показаниям;
- ❖ Клинико-психопатологическое обследование врачом-психиатром;
- ❖ Наблюдение среднего медицинского персонала за поведением пациента;
- ❖ Проведение экспериментально-психологического обследования;
- ❖ Проведение лабораторного/инструментального обследования;
- ❖ Консультация специалистов по показаниям, исключение сопутствующих сомато-неврологических расстройств;
- ❖ Выявление коморбидной симптоматики;
- ❖ Обоснование окончательного диагноза;
- ❖ Проведение медикаментозной терапии коморбидной симптоматики;
- ❖ Проведение медикаментозной терапии сопутствующих сомато-неврологических расстройств;
- ❖ Проведение немедикаментозной терапии;
- ❖ Достижение существенной редукции коморбидной симптоматики(продуктивной) на момент выписки из стационара;

- ❖ Достижение повышения уровня социального функционирования на момент выписки из стационара;
- ❖ Оформление выписного эпикриза с подробными рекомендациями дальнейшего ведения пациента;
- ❖ Выписка из стационара на дальнейшее наблюдение в амбулаторных условиях, либо перевод в неврай стационар.

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ОАМ – не реже 1 раза в месяц;
- ОАК – не реже 1 раза в месяц;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин (прямой и непрямой), уровень глюкозы в крови) – не реже 1 раза в месяц;
- ЭКГ – не реже 1 раза в месяц;
- ЭПО (для поступивших впервые в жизни или впервые в текущем году). ЭПО для иных категорий пациентов – по решению лечащего врача.
- ПЦР-тестирование на COVID-19

Дополнительные диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ЭЭГ – при epileptических и epileptiformных пароксизмах.

Режимы наблюдения (в зависимости от состояния пациента):

- общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении.
- режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях.
- режим лечебных отпусков – возможность нахождения, по решению ВКК вне отделения от нескольких часов до нескольких суток, с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта.

5.2 Немедикаментозное лечение:

- комплаенс-терапия;
- соблюдение режима гигиенических мероприятий;
- соблюдение пищевого и питьевого режима, ограничение употребления жидкости во второй половине дня, диета Красногорского (в случае F98.0);
- организация сна;
- индивидуальный подбор питания (в случае F98.2);
- диетотерапия;
- физиотерапия, иглорефлексотерапия, электросон;
- лечебная физкультура, общеоздоровительные воздействия, медицинский массаж;
- психотерапия: поведенческая, игровая, арт-терапия, двигательная, релаксационные техники, семейная терапия, тренинг социальных навыков, сказкотерапия, гипносуггестия;
- групповая и индивидуальная психосоциальная терапия с родителями (разъяснение потребностей ребенка, обучение навыка ухода за ним, распознавание и предупреждение симптомов заболевания);

5.3 Медикаментозное лечение:

Таблица 3: Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения) [4-7,9,12-19]:

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Антидепрессант	Сертралин	До 50мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Флувоксамин	До 50мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Флуоксетин	До 20мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Амитриптилин	До 50мг/сутки внутрь	
Антидепрессант	Имипрамин	До 50мг/сутки внутрь	
Нормотимик	Карбамазепин	200-400мг/сут. внутрь	В
Нормотимик	Ламотриджин	50-100мг/сутки внутрь	А
Нормотимик	Вальпроевая кислота	300-600мг/сутки внутри	В
Транквилизатор	Диазепам	До 10 мг/сутки внутрь	А
Транквилизатор	Тофизопам	До 75 мг/сутки внутрь	А
Нейролептик	Хлорпротиксен	50-100 мг/сутки внутрь	В
Нейролептик	Тиоридазин	50-100 мг/сутки внутрь	В
Нейролептик	Сульпирид	До 600 мг/сутки внутрь	В
Ноотропное средство	Глицин	До 300 мг /сутки	
Ноотропное средство	Пирацетам	До 1200 мг/сутки	
Гормональное средство	Десмопрессин	0,2-0,4 мг внутрь детям старше 5лет	

Ошибки и необоснованные назначения [6,7,9,12,20,23,30,35,36]:

- неправильная оценка социального контекста, глубины и выраженности расстройств, относящихся к данной рубрике;
- неоправданное назначение медикаментозной терапии как монотерапии;
- назначение препаратов из группы больших нейролептиков для купирования имеющихся поведенческих нарушений без применения видов психотерапии, психосоциальных и лечебно-педагогических мероприятий;
- раннее прекращение медикаментозной терапии без закрепления полученного эффекта;
- неправильный подбор доз препаратов, без учета возрастных особенностей.

5.4 Хирургического вмешательства нет.

5.5 Дальнейшее ведение:

- Отсутствие или отчетливая тенденция к регрессии симптомов.
- Настроенность больного и\или его семьи на продолжение медикаментозного и немедикаментозного лечения на амбулаторном этапе.
- сопровождение пациента на амбулаторном уровне.

5.6 Определяется объем последующих мероприятий вторичной и третичной профилактики [8-10]:

Первичная профилактика – семейная психотерапия и психокоррекция.

Вторичная профилактика – обоснованное назначение психофармакопрепаратов и психотерапии.

Третичная профилактика – комплаенс-терапия, психосоциальная реабилитация, реализация психообразовательных программ для членов семей пациентов.

6. Организационные аспекты внедрения протокола:

6.1 Разработчики:

- 1) Павленко В.П. – доктор медицинских наук, доцент, ответственный по курсу психиатрии и наркологии НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»
- 2) Сабыр Л.М.– ассистент курса психиатрии и наркологии НАО «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова», магистр социальных наук.
- 3) Вихновская М.В.– заведующая детско-подростковым отделением РГП на ПХВ ««РНПЦПЗ» МЗ РК, врач психиатр высшей квалификационной категории.
- 4) Смагулова Г.А. – кандидат медицинских наук, доцент, руководитель кафедры фармакологии и клинической фармакологии НАО ЗКМУ имени Марата Оспанова.

6.2 Конфликта интересов нет.

6.3 Рецензенты:

- 1) Ешимбетова Саида Закировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский Университет», врач-психиатр.

6.4 Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5 Список использованной литературы:

1. Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
2. Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI ЗРК.
3. Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № КР ДСМ-224/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 декабря 2020 года №21712.
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.
5. Арана Дж., Розенбаум Дж. Руководство по психофармакотерапии.-4-е изд. – 2001.
6. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М. «Восток» 1996г- 288 с.
7. Яничак и соавт Принципы и практика психофармакотерапии. Киев.-1999.-728

8. Блейхер В.М., Крук И.В.. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995. с4.
9. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.ТигановаТ 1-2 – Москва «Медицина»,1999.
10. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежневского. – Москва «Медицина»,1985.
11. Приказ МЗ РК от 20 декабря 2010 года №986 «Об утверждении Правил оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи».
12. Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б. Дмитриевой- Москва, 2009.- 993с.
13. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред.Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.- Москва.-2009.-896с.
14. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) А.Хасан, П.Фалкаи, Т.Воброк, Д.Либерман, Б.Глентой, В.Ф.Гаттаз, Х.Ю.Меллер, С.Н.Мосолов и др. [Электронный ресурс] http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr_2014-02_sch.pdf.
15. [Электронный ресурс]www.fda.gov (официальный сайт Управления по пищевым продуктам и лекарственным препаратам США).
16. [Электронный ресурс] www.ema.europa.eu (официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств).
17. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.
18. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:553–564.
19. American psychiatric association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. – 2004 (Copyright 2010). -96p.
20. «Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов». 2-е издание. Под редакцией профессора Ю.С. Шевченко. Медицинское информационное агентство. 2017г.-с1124, с145, с73-83, с164, с438-442, с745.
21. «Классификация болезней в психиатрии и наркологии». Пособие для врачей. Под редакцией М.М. Милевского. М.: Издательство «Триада-Х», 2009-184-стр. с128-132.
22. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.:Смысл; СПб.: Речь, 2003. – с407; с63-64; с72-79.
23. Психиатрия. Научно-практический справочник. Под редакцией А.С.Тиганова Медицинское информационное агентство. Москва. 2016г.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
25. Suggested citation: Oerbeck B, Manassis K, Overgaard KR, Kristensen H. Selective mutism. In Rey JM, Martin A (eds), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019.
26. В.В. Ковалев «Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков». Москва, «Медицина», 1985г. 288с. с203-209.
27. Zero to three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3 R). Washington; 2005

- (Диагностическая классификация психических заболеваний и нарушений развития в младенчестве и раннем детстве , 2005).
28. Г.Б. Скобло, С.В. Трушкина: Нарушения психического здоровья в первые годы жизни, связанные с психогенными факторами расстройства. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия; Обзор, 2016.
 29. Классификация психических расстройств МКБ-10. Исследовательские диагностические критерии, Норман Сарториус, директор отдела психического здоровья ВОЗ, 96с.
 30. Г.И. Каплан, Б. Дж. Сэдок «Клиническая психиатрия». В 2 т. Т.2. Перевод с англ. – М.: Медицина, -528с.
 31. Фесенко Ю.А. Энурез и энкопрез у детей – СПб.: Наука и Техника, 2010 – 272с.
 32. Шевченко Ю.С. Систематизация психических расстройств (отечественный взгляд на международную классификацию) // Практическая медицина, 2009, №38. с5-12.
 33. Chatoor I, Ganiban J, Hirch R, Borman-Spurrel E. Mrazek D. Maternal Characteristics and Toddler Temperament in Infantile Anorexia. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000; 39(6): p743-751.
 34. Mackner L., Starr R., Black M. The cumulative effect of neglect and failure to thrive on cognitive functioning. Child Abuse & Neglect. 1997; 21 (7): p691-700.
 35. И.В. Макаров. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб: Наука и Техника, 2013. – 416с. 244, с388-407.
 36. Психиатрия. Национальное руководство, 2-е издание. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. -2018г. с1892. с1590-1600.
 37. Рори Никол. Практическое руководство по детско-юношеской психиатрии: британский подход. – Екатеринбург, Издательство Экс-Пресс, 2005.-2008с.
 38. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 июля 2020 года №КР ДСМ-90/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 июля 2020 года № 21023 'Об утверждении списка лекарственных средств, медицинских изделий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и системе обязательного социального медицинского страхования, закупаемых у Единого дистрибьютора на 2021 год'.
 39. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежневского. – Москва «Медицина»,1985.
 40. David Gill - Hughes' Outline of Modern Psychiatry (2007, John Wiley & Sons) - libgen.lc pdf p237-250.
 41. Psychiatry Prof Allan Tasman, Jerald Kay, Jeffrey A. Lieberman, Michael B. First, Mario Maj, Publisher: John Willey & Sons, 2008, p2759, p922.
 42. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Melvin Lewis. Publisher: Lippincott Williams & Wilkins, 2002, p1345. p496-643.
 43. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry, sixth edition. Philip Cowen, Paul Harrison, Tom Burns. Oxford University Press, 2012, p 818. p 625-683.
 44. Prof William M. Klykyo, Jerald Kay (2005). Clinical Child Psychiatry. Publisher: Wiley, p562. pp327-340.
 45. Heather Carmichael Olson, Nancy C. Winters, Sally L. Davidson Ward and Matthew Hodes: Feeding and sleeping disorders in infancy and early childhood. Cambridge Textbook of Effective Treatments in Psychiatry, 2008, p919. p780.
 46. Christopher Gilberg, Richard Harrington, Hans-Christoph Steinhausen (2006). A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Cambridge University Press, p730. p246-625.
 47. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, Sixth Edition. Edited by Anita Thapar and Daniel S. Pine, James F. Leckman, Stephen Scott, Margaret

J. Snowling, Eric Taylor. © 2015 John Wiley & Sons, Ltd. Published 2015 by John Wiley & Sons, Ltd. pp594-596; pp1016-1029.

48. *Child and Adolescent Psychiatry*, Third Edition. Robert Goodman and Stephen Scott. c 2012 Robert Goodman and Stephen Scott. Published 2012 by John Wiley & Sons, Ltd. p141; pp151-159.
49. EJ Mikkelsen “Enuresis and encopresis: ten years of progress”. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40(10), 1146-1158, 2001.
50. Katharina Manassis, Beate Oerbeck, Kristin Romvig Overgaard “The use of medication in selective mutism: a systematic review”. *European Child & Adolescent psychiatry* 25 (6), pp 571-578, 2016.