

Волель Б.А., Петелин Д.С., Романов Д.В., Воронова Е.И.,
Копылов Ф.Ю., Бекетов В.Д.

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Учебное пособие



Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение Высшего образования
«Первый Московский государственный
медицинский университет им. И. М. Сеченова»
Минздрава России
(Сеченовский Университет)

*Волель Б.А., Петелин Д.С., Романов Д.В., Воронова Е.И.,
Копылов Ф.Ю., Бекетов В.Д.*

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Учебное пособие

Москва
2020 г.

УДК 616.89

ББК 56.14

Волель Б.А., Петелин Д.С., Романов Д.В., Воронова Е.И.,

Копылов Ф.Ю., Бекетов В.Д.

Алгоритмы диагностики и терапии психических расстройств в
общемедицинской практике: учебное пособие. – Москва, 2020. – 78 с.

Данное учебное пособие посвящено алгоритмам диагностики и курации основных форм психической патологии, встречающейся в практике терапевтов и врачей общей практики. Представлена современная научно-практическая информация, касающаяся клинических проявлений депрессий, тревожных и соматоформных расстройств, синдрома хронической усталости, расстройств адаптации и хронических (в оглавлении нет слова хронические) бредовых расстройств в общемедицинской сети. Алгоритмы терапии описанных психических расстройств в настоящем пособии изложены в форме наглядных блок-схем, что повышает доступность материала для практического врача.

Существенный акцент сделан на описании ситуаций, в которых необходимо направление пациента на консультацию врача-психиатра. Отдельное внимание уделено законодательным основам помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами в первичной медицинской сети.

Настоящее учебное пособие предназначено для врачей-терапевтов и врачей общей практики. Может быть использовано в качестве учебного пособия в процессе непрерывного послевузовского профессионального образования врачей.

ISBN 1111111111

© Волель Б.А., Петелин Д.С., Романов Д.В., Воронова Е.И.,
Копылов Ф.Ю., Бекетов В.Д. 2020

от 19.11.2020 № 1158 АКУ



РЕЦЕНЗИЯ НА УЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

На рассмотрение представлена рукопись учебного пособия «Алгоритмы диагностики и терапии психических расстройств в общемедицинской практике», предназначенного для ординаторов медицинских вузов и практикующих врачей.

Авторы – сотрудники ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет): Волель Б.А., доктор медицинских наук, директор Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, профессор кафедры психиатрии и психосоматики; Петелин Д. С., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и психосоматики; Романов Д.В. доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и психосоматики; Воронова Е.И. кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и психосоматики; Копылов Ф.Ю., доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики; Бекетов В.Д. кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних, профессиональных болезней и ревматологии.

Название рецензируемого издания соответствует его содержанию. Содержание соответствует требованиям действующего Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (уровень ординатуры) по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и требованию рабочей программы учебной дисциплины. Анализ содержания рецензируемого пособия выявил соответствие пособия дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

Общий объём рукописи соответствует объёму учебной нагрузки, предусмотренной на изучение данного материала, овладение необходимыми профессиональными компетенциями и знаниями.

Учебное издание соответствует требованиям действующих нормативных актов в сфере образования и требованиям, предъявляемым к структуре и методическому аппарату учебных изданий.

Рецензируемое издание следует считать своевременным и вполне обоснованным.

Заключение

Рецензируемое издание «Алгоритмы диагностики и терапии психических расстройств в общемедицинской практике» коллектива авторов **рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки»** в качестве учебного пособия для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня ординатуры по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и дополнительные профессиональные программы – программы повышения квалификации врачей-общей практики.

Основание: Протокол № 044 от «19» ноября 2020 г. заседания Экспертной комиссии по работе с учебными изданиями (далее ЭКУ) ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).

Регистрационный номер рецензии: 1158 ЭКУ от «19» ноября 2020 г.

Ответственный секретарь
Экспертной комиссии



Н. Г. Филиппова

Авторский коллектив:

Волель Беатриса Альбертовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского, заведующая психотерапевтическим отделением УКБ №3 ФГАОУ Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Петелин Дмитрий Сергеевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Романов Дмитрий Владимирович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Воронова Евгения Ивановна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Копылов Филипп Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики, директор Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Бекетов Владимир Дмитриевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних, профессиональных болезней и ревматологии Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Содержание:

Модуль I «Организация помощи пациентам с психическими расстройствами в общей медицинской практике».....	8
Модуль II «Депрессии».....	12
Модуль III «Тревожные расстройства»	24
Модуль IV «Соматоформные расстройства»	33
Модуль V «Синдром хронической усталости».....	40
Модуль VI «Расстройства адаптации»	46
Модуль VII «Бредовые расстройства».....	50
Тестовый контроль	53
Эталоны ответов на тестовые вопросы	69
Рекомендованная литература	72
Приложение. Основные психометрические шкалы	82

МОДУЛЬ I. «ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»

1. Общие положения

Мировой тенденцией является все большее смещение акцента оказания помощи пациентам с психическими расстройствами в амбулаторное звено здравоохранения. Одним из закономерных следствий этого процесса является возрастание нагрузки по диагностике и терапии психических расстройств у врачей общей практики. Несмотря на широкую представленность пациентов с психическими расстройствами в первичной медицинской сети, законодательное обоснование оказания им медицинской помощи врачами общей практики разработано недостаточно. Тем не менее, при анализе действующих руководств и рекомендаций можно найти обоснования диагностики и терапии психических расстройств врачами общей практики и терапевтами.

Российское законодательство позволяет врачу общей практики при наличии необходимых знаний осуществлять диагностику и лечение больных психическими расстройствами в соответствии с вышеизложенными нормативами. При этом деятельность врача должна опираться на принципы медицинской этики.

Анализ проблемы законодательного регулирования психиатрической помощи свидетельствует о возможности ее оказания врачами-интернистами с рядом ограничений, касающихся возможности установления «окончательного» психиатрического диагноза и принятия решения о необходимости применения недобровольных психиатрических мер.

Согласно руководству по первичной медико-санитарной помощи под редакцией А. А. Баранова [2006], терапевт и врач общей практики имеют право на первичную диагностику и назначение лечения пациентам с нетяжелыми психическими расстройствами. При этом диагностика должна иметь синдромальный, а не нозологический характер,

то есть подразумевать определённый набор формулировок, отражающих основные жалобы. Основные варианты синдромальных диагнозов представлены в разделе 2.

В алгоритмах по ведению пациентов, выпущенных в 2018 году Департаментом здравоохранения Москвы, закреплено право врачей об-

щей практики диагностировать и лечить тревожно-депрессивные расстройства (депрессивный эпизод легкой и средней степени, тревожные расстройства). Однако, до появления соответствующих документов в других субъектах Федерации за пределами Москвы такой подход может быть расценен как опережающий.

2. Подходы к кодированию диагнозов

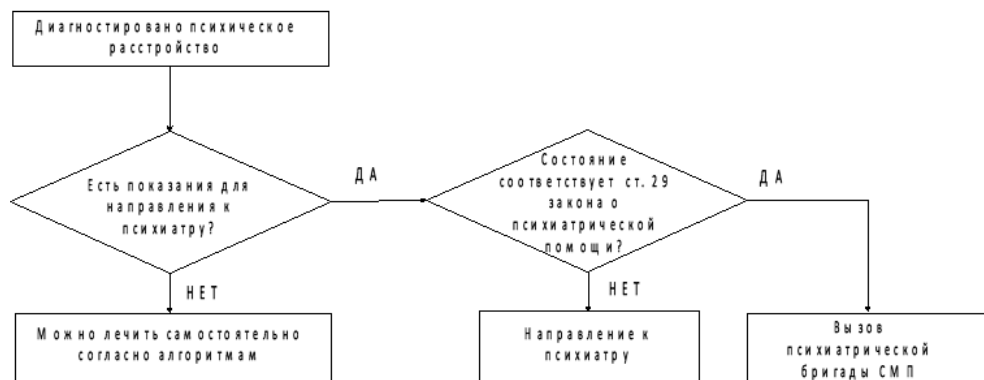
В связи с неопределённостью правового статуса психиатрического диагноза, настоящий раздел обобщает, какие именно термины можно использовать для синдромальной характеристики расстройств, перечисленных в настоящем руководстве.¹

Диагноз	Возможное синдромальное описание
Депрессия	Астено-депрессивный синдром Тревожно-депрессивный синдром
Тревога	Тревожный синдром
Соматоформное расстройство	Вегетососудистая дистония Астено-невротический синдром
Синдром хронической усталости	Астенический синдром Астено-невротический синдром
Расстройство адаптации	Невротический синдром Астено-невротический синдром Астено-депрессивный синдром

1. Бредовые расстройства в настоящем разделе не отражены в связи с однозначной необходимостью направления таких пациентов к психиатру.

3. Особенности ведения пациентов с психическими расстройствами в общей медицинской практике

После диагностики психического расстройства перед врачом общей практики стоит решение двух вопросов – 1) нуждается ли пациент в помощи психиатра и 2) каков порядок оказания этой помощи. Общий алгоритм принятия решения приведен ниже.



Алгоритм принятия решения о направлении пациента к психиатру в ходе первичной диагностики психического расстройства.

Возможность оказания помощи пациенту помимо его воли, в том числе и в форме недобровольной госпитализации, регламентируется статьей 29 Закона РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (редакция от 19.07.2018). Окончательное решение вопроса о госпитализации решается в психиатрической сети. В свою очередь, основной обязанности врача общей практики является вызов психиатрической бригады СМП на себя в том случае, если психическое состояние пациента соответствует статье 29, а именно, если пациент в связи с имеющимся у него психическим расстройством:

- Представляет непосредственную опасность для себя или окружающих в связи со своим психическим расстройством, или
- Находится в беспомощном состоянии, то есть не может обеспечить свои основные жизненные потребности, или
- Оставление пациента без помощи приведет к существенному вреду его здоровья.

Показания для направления к психиатру.

Показания для направления к психиатру	Показания для вызова бригады СМП (соответствующие статье 29)
Тяжелая депрессия, в том числе в рамках биполярного аффективного расстройства (см. подробнее модуль II). Тяжелые тревожные расстройства (см. подробнее модуль III). Любое бредовое расстройство	Депрессия с активными суицидальными мыслями Бредовые расстройства, сопровождающиеся агрессией и нарушением контроля за своим поведением (см. подробнее модуль VII)

В том случае, если врач общей практики счел, что ведение пациента возможно без участия психиатра, рекомендуемая частота осмотров пациента составляет во всех случаях 1 раз в неделю. Во время каждого из визитов следует осуществлять объективную оценку психического состояния пациента в соответствии с валидизированными шкалами, а также оценивать наличие суицидальных мыслей.

1. Определение депрессии, критерии диагностики депрессивного эпизода по МКБ-10

Депрессия – распространённое психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой самого себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего

Основная категория диагностики депрессии по МКБ-10 – депрессивный эпизод (F32).

Критерии депрессивного эпизода по МКБ-10.

А. Депрессивный эпизод должен длиться по меньшей мере две недели. Сниженное настроение не является следствием приёма психоактивных соединений или органической патологии ЦНС.

Б. Должно быть как минимум два из трёх основных симптомов:

1. снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно, большую часть дня, вне зависимости от ситуации
2. отчётливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями
3. снижение энергии и повышенная утомляемость

В. Также должно отмечаться два или более дополнительных симптома (необязательно для лёгкой депрессии):

1. снижение способности к концентрации внимания
2. снижение самооценки и чувство собственной неполноценности
3. идеи виновности и уничижения
4. мрачное и пессимистическое видение будущего
5. идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства
6. нарушения сна
7. нарушения аппетита

Г. Помимо описанных выше, могут также отмечаться многообразные телесные симптомы, в числе которых стойкие боли, головокружения, функциональные нарушения внутренних органов, зуд, слабость и т. д.

Их наличие не обязательно для диагностики

При их выявлении к диагнозу депрессивного эпизода легкой или средней степени добавляется спецификатор Fxx.x1 - с соматическими симптомами

Стратификация тяжести депрессивного эпизода:

Депрессивный эпизод лёгкой степени: имеется два-три основных симптома (критерий Б), наличие дополнительных симптомов не обязательно. Пациент испытывает дискомфорт с связи с их наличием, однако функционирование (работа, домашние обязанности) существенно не нарушено. Код МКБ-10 – F32.0

Депрессивный эпизод средней степени: имеется по меньшей мере два основных и два дополнительных симптома. Повседневное функционирование существенно нарушено. Код МКБ-10 – F32.1

Депрессивный эпизод тяжелой степени: имеются все основные симптомы депрессии и не менее 5 дополнительных, характерны отчетливые идеи самоуничтожения или виновности, заторможенность вплоть до ступора, суицидальные мысли. Может иметь место бред или галлюцинации. Повседневное функционирование грубо нарушено или полностью невозможно. Код МКБ-10 – F32.2

Примеры формулирования диагноза по МКБ-10:

F32.00 – депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов

F32.11 – депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами

F32.21 – депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

В том случае, если выявленный депрессивный эпизод не является единственным (в анамнезе имел место хотя бы один подобный эпизод), пациенту устанавливается диагноз рекуррентного депрессивного расстройства – F33. Стратификация тяжести и наличия соматических симптомов аналогична таковой для единичного депрессивного эпизода.

Пример:

F33.10 – рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов.

2. Диагностика депрессий

А. Типичные клинические признаки депрессии

Внешние признаки депрессии	Типичные жалобы при депрессии	Жалобы при депрессии, имитирующие соматическое/неврологическое заболевание
Согбенная поза Страдальческое выражение лица Монотонный голос Отсутствие зрительного контакта Моторная и идеаторная заторможенность Быстрая истощаемость Формальные и немногословные ответы Плаксивость	Печальное настроение Душевная боль Безрадостность Чувство скуки и безразличия Равнодушие к окружающим Отсутствие жизненных перспектив Ощущение «серости» окружающего мира Нежелание жить	Хронические боли различной локализации Головокружения Утомляемость Снижение аппетита, похудание Бессонница (наиболее характерны ранние окончательные пробуждения утром и отсутствие чувства сна) Сухость кожных покровов Периферическая симпатикотония (мидриаз, повышение давления и ЧСС, запоры)

Б. Шкалы диагностики депрессий

Для использования в первичном звене здравоохранения рекомендованы следующие валидизированные в России шкалы:

- Опросник по состоянию здоровья-9 (Patient Health Questionnaire-9; PHQ-9);
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии, подшкала депрессии (Hospital Anxiety and Depression scale; HADS);
- Опросник депрессии Бека (Beck Depression Inventory; BDI);

Интерпретация результатов основных скрининговых методик оценки депрессии

Шкала	PHQ-9	HADS	BDI
Нет депрессии	1-4	0-7	0-13
Минимальные признаки депрессии, необходимо наблюдение	5-9	8-10	14-19
Отчётливая депрессия, необходимо лечение	>9	>10	>19

В. Выявление суицидальной активности, биполярности

Суицид является ведущей причиной смерти больных с депрессиями, в связи с этим оценка суицидального риска является одним из важнейших этапов диагностики расстройств настроения.

Общие принципы диагностики суицидальных мыслей у больных с депрессией

Наличие суицидальных мыслей/действий следует выяснять у каждого пациента с депрессией перед началом лечения

Расспрос о наличии суицидальных мыслей безопасен и не повышает риск совершения самоубийства

Абсолютное большинство пациентов с суицидальными мыслями ищут помощи и готовы делиться своими переживаниями с врачом

Более эффективным является неформальный расспрос, вопрос о наличии суицидальных мыслей должен закономерно следовать из контекста беседы

Примеры вопросов о суицидальных мыслях:

- «бывает ли так, что хочется заснуть и не просыпаться?»
- «появляются ли мысли, что Вы только обуза для близких, а ваша смерть принесет им облегчение?»
- «есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?»

Вопрос о наличии суицидальных мыслей можно повторить в переформулированном виде в конце беседы после установления более доверительных отношений с пациентом

Предикторы суицидального риска

Связанные с клинической структурой депрессии	Идеи виновности, собственной греховности, бессмысленности лечения Стойкая бессонница Дисфорический аффект (раздражительность) Генерализованная тревога
Связанные с особенностями сопутствующего соматического заболевания	Недавно установленный диагноз тяжелого заболевания (злокачественное новообразование, ВИЧ-инфекция) Наличие мучительных неконтролируемых симптомов (стойкие боли, нарушения дыхания, глотания, утрата контроля за тазовыми функциями)
Социодемографические	Мужской пол Подростковый или пожилой возраст Социальная изоляция Утрата близких родственников Жизненный крах (утрата работы, места жительства) Злоупотребление алкоголем/наркотиками Доступность средств суицида (огнестрельное оружие, сильнодействующие вещества)
Наследственные и анамнестические	Суицидальные мысли, действия или самоповреждения в анамнезе Завершенный суицид или склонность к суицидальному шантажу у кровных родственников

Помимо суицидального риска также необходимо оценивать риск того, что выявленный депрессивный эпизод манифестировал в рамках биполярного аффективного расстройства, при котором эпизоды депрессий чередуются с маниакальными эпизодами характеризующимися патологическим подъёмом настроения, повышенной моторной и речевой

активностью, расторможенностью, избыточными тратами денежных средств, раздражительностью, неадекватной самооценкой.

Признаки, настораживающие в отношении биполярного аффективного расстройства

Манифестация в период 15-19 лет

Резкие изменения жизненной кривой в анамнезе (денежные траты, злоупотребление психоактивными веществами, измены, авантюры)

Наследственная отягощенность по аффективным заболеваниям

Аномальный ответ на терапии антидепрессантами – выраженная бессонница, психомоторное возбуждение

Ведение пациентов с биполярным расстройством принципиально отличается от такового при рекуррентном депрессивном расстройстве и должно осуществляться врачом-психиатром.

Г. Критерии тяжести депрессии, определяющие необходимость направления к психиатру:

- Соответствие критериям депрессивного эпизода тяжелой степени
- Наличие суицидальных мыслей/действий, либо аутоагрессии (самопорезы)
- Наличие признаков биполярности
- Выраженная коморбидная психическая патология (обсессивно-компульсивное расстройство, панические атаки, ипохондрия)
- Злоупотребление психоактивными веществами и/или алкоголем

3. Подходы к терапии

А. Общие принципы терапии

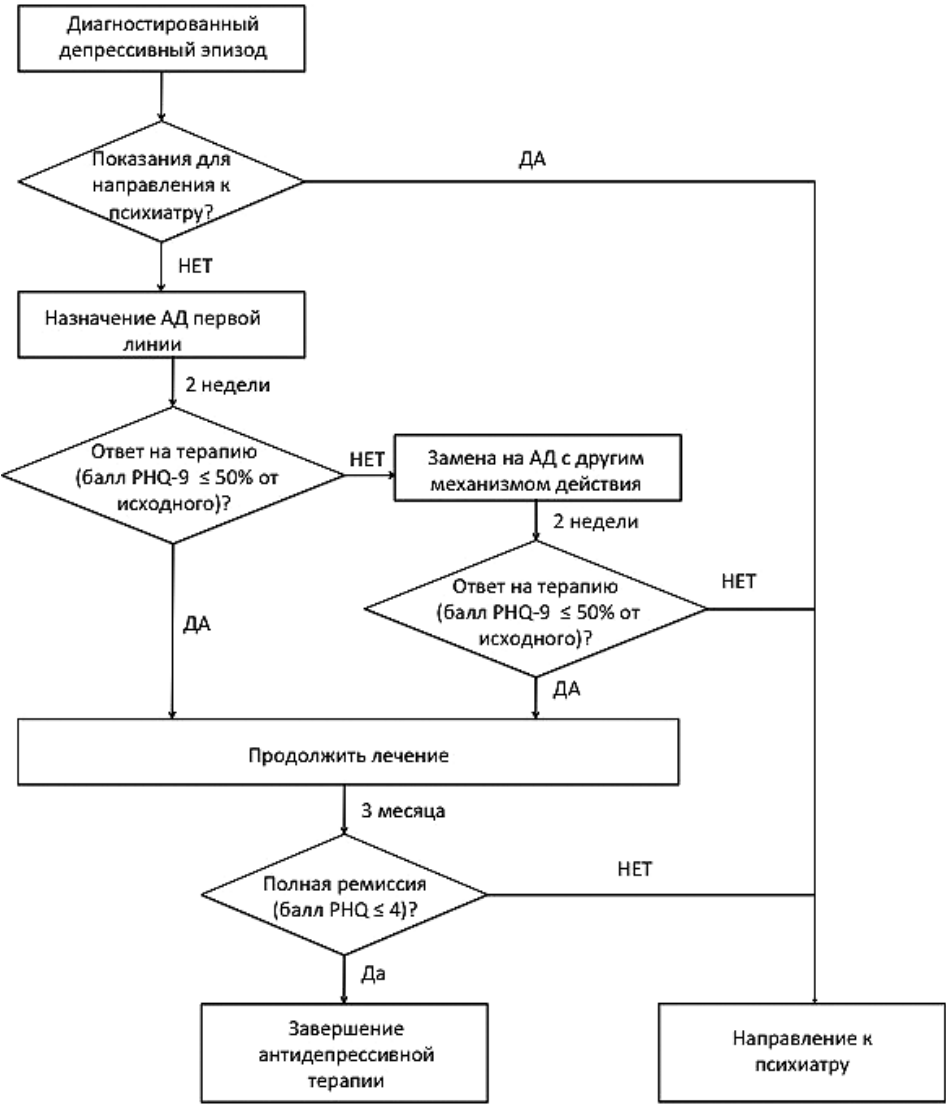
Приоритет препаратов современных генераций

Предпочтительность монотерапии

Учёт лекарственных взаимодействий антидепрессантов и соматотропной терапии

Назначение антидепрессантов в минимальных дозах с постепенной титрацией до среднетерапевтических

Продолжительность лечения не менее 3 месяцев после достижения ремиссии
При неэффективности одного курса терапии – замена на антидепрессант другого класса



Алгоритм терапии депрессий в общей медицинской сети

Б. Препараты первой и второй линии

При лечении депрессий в общей медицинской сети предпочтение следует отдавать препаратам с оптимальным соотношением эффективности и безопасности. В связи с этим целесообразно выделение антидепрессантов первой и второй линии. Начинать терапию депрессий в общемедицинской сети при отсутствии формальных противопоказаний следует с препаратов первой линии.

Препараты первой линии

Фармакологическая группа и название лекарственного препарата	Терапевтические суточные дозировки мг
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) Эсциталопрам Сертралин Пароксетин Флуоксетин	5-20 50-200 20-40 20-40
Антидепрессанты с мультимодальным действием Вортиоксетин	10-20
Агонист мелатониновых и антагонист серотониновых рецепторов Агомелатин	25-50

Препараты второй линии

Фармакологическая группа и название лекарственного препарата	Терапевтические суточные дозировки мг
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН) Венлафаксин Дулоксетин Милнаципран	37,5-300 30-120 50-200
Антагонист пресинаптических норадреналовых рецепторов Миртазапин	15-60

В. Основные побочные эффекты антидепрессантов и их коррекция

Побочный эффект	Антидепрессант с высоким риском побочного эффекта	Подходы к коррекции
Апатия	СИОЗС	Уменьшение дозировки, замена препарата на вортиоксетин или СИОЗСиН
Головные боли	СИОЗС, СИОЗСиН	Назначение НПВС кратким курсом Поиск другой причины головной боли Уменьшение дозировки
Желудочно-кишечное кровотечение	СИОЗС	Поиск других факторов риска кровотечения Замена на антидепрессант другого класса
Задержка мочи	СИОЗСиН	Снижение дозировки препарата Назначение дротаверина
Запор	СИОЗСиН, Миртазапин	Увеличение потребления воды и клетчатки Назначение лактулозы
Нарушения ночного сна	СИОЗС, СИОЗСиН	Назначение в один прием утром Рекомендации по гигиене ночного сна Мелатонин на ночь
Нарушения эрекции, аноргазмия	СИОЗС, СИОЗСиН	Замена на вортиоксетин или агомелатин
Ортостатическая гипотензия	Миртазапин	Поведенческие рекомендации (медленнее принимать положение стоя) Увеличение потребления воды и соли в первые дни терапии. Замена препарата
Повышение артериального давления	СИОЗСиН	Контроль артериального давления Уменьшение дозировки антидепрессанта Замена на СИОЗС или вортиоксетин

Прибавка массы тела	Миртазапин	Рекомендации по соблюдению диеты и повышение физической активности Замена препарата
Расплывчатость зрения	СИОЗСиН	Уменьшение дозировки Замена препарата
Сухость во рту	СИОЗСиН, Миртазапин	Использование жевательной резинки или леденцов без сахара, полоскание рта
Тошнота, рвота	СИОЗС, СИОЗСиН, вортиоксетин	Прием сразу после еды Увеличение кратности приема Замена на препарат другого класса
Тремор, миоклонус	СИОЗС, СИОЗСиН	Назначение бензодиазепиновых транквилизаторов

4. Частные аспекты диагностики и терапии депрессий при некоторых заболеваниях внутренних органов

А. Гипертоническая болезнь

- Распространённость депрессий среди пациентов с гипертонической болезнью – 27%.
- Депрессия является независимым предиктором неконтролируемого течения гипертонической болезни

Предпочтительные антидепрессанты при артериальной гипертензии СИОЗС Вортиоксетин Агомелатин	Антидепрессанты, не рекомендованные при артериальной гипертензии СИОЗСиН (риск дополнительного повышения давления) Миртазапин (способствуют прибавке массы тела, фактор риска АГ)
---	--

Б. Ишемическая болезнь сердца

- Депрессивный эпизод регистрируется в среднем у 30% больных ИБС
- Наличие депрессии повышает риск развития инфаркта миокарда в 1,5-4,5 раза
- При наличии депрессии после инфаркта миокарда риск его повторения выше 1,4-6 раз
- Смертность от всех причин у пациентов с депрессией и ИБС в 2,2 раза выше, чем у пациентов с ИБС без депрессии

Предпочтительные антидепрессанты при ишемической болезни сердца СИОЗС Вортиоксетин Агомелатин	Антидепрессанты, не рекомендованные при ишемической болезни сердца СИОЗСиН (риск дополнительного повышения давления) Миртазапин (способствуют прибавке массы тела, фактор риска АГ)
---	--

В. Нарушения сердечного ритма

- При наличии у пациента депрессии риск внезапной сердечной смерти и развития жизнеугрожающих аритмий повышается приблизительно в 1,5 раза
- Депрессии отмечается приблизительно у каждого пятого пациента с фибрилляцией предсердий и оказывают существенное негативное влияние на прогноз заболевания

Предпочтительные антидепрессанты при нарушениях сердечного ритма СИОЗС Вортиоксетин Агомелатин Миртазапин	Антидепрессанты, не рекомендованные при нарушениях сердечного ритма СИОЗСиН
--	---

Г. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

- Распространённость депрессий среди пациентов с язвенной болезнью в 1,5-2 раза выше, чем в популяции
- Наличие депрессии вдвое повышает риск развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
- Терапия антидепрессантами является независимым фактором заживления слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки

Предпочтительные антидепрессанты при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки Вортиоксетин Агомелатин Миртазапин	Антидепрессанты, не рекомендованные при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки СИОЗС и СИОЗСиН (повышение риска желудочно-кишечного кровотечения, усиление болей)
---	--

Д. Воспалительные заболевания кишечника

- Распространённость депрессий среди пациентов с болезнью Крона и язвенным колитом составляет около 25%
- Наличие депрессии вдвое повышает риск развития болезни Крона и язвенного колита

Предпочтительные антидепрессанты при воспалительных заболеваниях кишечника Вортиоксетин Агомелатин Миртазапин	Антидепрессанты, не рекомендованные при воспалительных заболеваниях кишечника СИОЗС СИОЗСиН
---	--

МОДУЛЬ III. «ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА»

1. Определение тревожных расстройств, критерии диагностики тревожных расстройств по МКБ-10.

Тревожные расстройства – это группа психических расстройств, для которых характерно преобладание страха, немотивированных опасений, чувства внутреннего напряжения.

Согласно критериям МКБ-10 можно выделить две наиболее значимые для врача общей практики формы тревожных расстройств – паническое расстройство (ПР) и генерализованное тревожное расстройство (ГТР).

Критерии диагностики панического расстройства по МКБ-10 (F41.0)

А. Повторяющиеся выраженные эпизоды паники, которые возникают спонтанно (не связаны с нахождением в ситуации, напрямую угрожающей жизни и здоровью). В том случае, если приступы паники возникают в строго определённом месте или ситуации и у пациента отмечается избегание этих ситуаций, устанавливается первичный диагноз агорафобии (F40.0)

Б. Приступы паники характеризуются свойствами а-г.

- а. дискретный характер (возникновение выраженного страха на фоне относительно спокойного состояния)
- б. внезапное начало
- в. длительность от нескольких минут до часа
- г. наличие по меньшей мере 4 симптомов, из перечисленных ниже:

Вегетативные симптомы

- 1) Ускорение ЧСС или субъективное восприятие перебоев ритма сердца
- 2) Потливость
- 3) Тремор
- 4) Сухость во рту (не связанная с дегидратацией или действием других медикаментов)

Симптомы, связанные с грудной клеткой и брюшной полостью

- 5) Одышка
- 6) Чувство удушья
- 7) Боль или дискомфорт в грудной клетке
- 8) Тошнота или неприятные ощущения в эпигастрии

Симптомы, связанные с психическим состоянием

- 9) Головокружение, трудности координации движений
- 10) Чувство нереальности окружающего мира
- 11) Страх потерять контроль за своими действиями или сойти с ума
- 12) Страх смерти

Общие симптомы

- 13) Онемение кожи или чувство мурашек по коже
- 14) Озноб или приливы жара

В. Приступы паники не связаны напрямую с соматическим заболеванием или другим психическим расстройством

Критерии диагностики генерализованного тревожного расстройства по МКБ-10 (Код F41.1)

А. Выраженное чувство страха, беспокойства или внутреннего напряжения, касающееся повседневных забот или проблем, длящееся более 6 месяцев

Б. Наличие по меньшей мере 4 симптомов из перечисленных ниже, причем хотя бы один симптом должен быть из пунктов 1-4

Вегетативные симптомы

- 1) Ускорение ЧСС или субъективное восприятие перебоев ритма сердца
- 2) Потливость
- 3) Тремор
- 4) Сухость во рту (не связанная с дегидратацией или действием других медикаментов)

Симптомы, связанные с грудной клеткой и брюшной полостью

- 5) Одышка
 - 6) Чувство удушья
 - 7) Боль или дискомфорт в грудной клетке
 - 8) Тошнота или неприятные ощущения в эпигастрии
- Симптомы, связанные с психическим состоянием
- 9) Головокружение, трудности координации движений
 - 10) Чувство нереальности окружающего мира
 - 11) Страх потерять контроль за своими действиями или сойти с ума
 - 12) Страх смерти
- Общие симптомы
- 13) Онемение кожи или чувство мурашек по коже
 - 14) Озноб или приливы жара

Симптомы, связанные с напряжением 15) Мышечное напряжение или боли 16) Неспособность расслабиться 17) Ощущение взвинченности 18) Чувство кома в горле или трудности при глотании Другие неспецифические симптомы 19) Усиленное реагирование на небольшие неожиданности или на испуг 20) Трудности сосредоточения в связи с имеющимся беспокойством 21) Стойкая раздражительность 22) Трудности засыпания из-за тревожных мыслей
В. Имеющиеся симптомы не могут быть отнесены к проявлениям панического, обсессивно-компульсивного или ипохондрического расстройства
Г. Имеющиеся симптомы не связаны с соматическим заболеванием (например, тиреотоксикоз) или воздействием психоактивных веществ (психостимуляторы, каннабиноиды)

2. Диагностика тревожных расстройств

В практике врача-терапевта встречается большое количество пациентов с тревогой, которая не полностью соответствует формализованным критериям из МКБ-10, однако доставляет больному выраженный дискомфорт. Достаточно часто субсиндромальные тревожные расстройства впервые формируются в связи с диагностикой соматического заболевания (особенно тяжелого или жизнеугрожающего) – так называемая нозогенная тревожная реакция. Несмотря на вторичный характер психического расстройства по отношению к соматическому заболеванию, такие пациенты нуждаются в диагностике и терапии на общих основаниях. В связи с большим числом субсиндромальных тревожных расстройств, значимую роль играет распознавание отдельных проявлений тревоги, а также квалификация тревожной патологии при помощи опросников, которые заполняет пациент.

А. Типичные клинические проявления тревожных расстройств

Внешние признаки тревоги	Типичные жалобы при тревожных расстройствах	Жалобы при тревожных расстройствах, имитирующие соматическое/неврологическое заболевание
Ускоренная речь и моторика Вздрагивания в ответ на неожиданные звуки Неусидчивость Неспособность сидеть в одной позе Усиление мелкой моторики (теребит край одежды, потирает руки) Растерянность Избирательное внимание к негативной информации Склонность переспрашивать по несколько раз волнующие вопросы Раздражительность	Чувство внутреннего напряжения Страх за будущее Ощущение, что может произойти нечто ужасное Непереносимость неопределенности Страх потери контроля за своими действиями Сомнения в правильности своих действий Страх смерти Чувство нереальности окружающего мира Трудности засыпания из-за наплыва тревожных мыслей	Одышка Чувство перебоев в работе сердца, ускорение ЧСС Тошнота Болезненность или дискомфорт в области грудной клетки или живота Учащенная дефекация или мочеиспускание Мышечное напряжение и болевые синдромы (головная боль напряжения, боль в спине) Потливость Приливы жара Головокружение Кожный зуд Сухость во рту Чувство кома в горле Парестезии

Б. Шкалы диагностики тревожных расстройств

Для использования в первичном звене здравоохранения рекомендованы следующие валидизированные в России шкалы:

- Опросник тревоги Шихана (Sheehan Anxiety Rating Scale; ShARS);
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии, подшкала тревоги (Hospital Anxiety and depression Scale; HADS);
- Опросник тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory; BAI);

Интерпретация результатов основных скрининговых методик оценки тревоги

Шкала	ShARS	HADS	BAI
Нет тревожного расстройства	0-30	0-7	0-21
Минимальные признаки тревожного расстройства, необходимо наблюдение	31-80	8-10	22-35
Отчётливое тревожное расстройство, необходимо лечение	>80	>10	>35

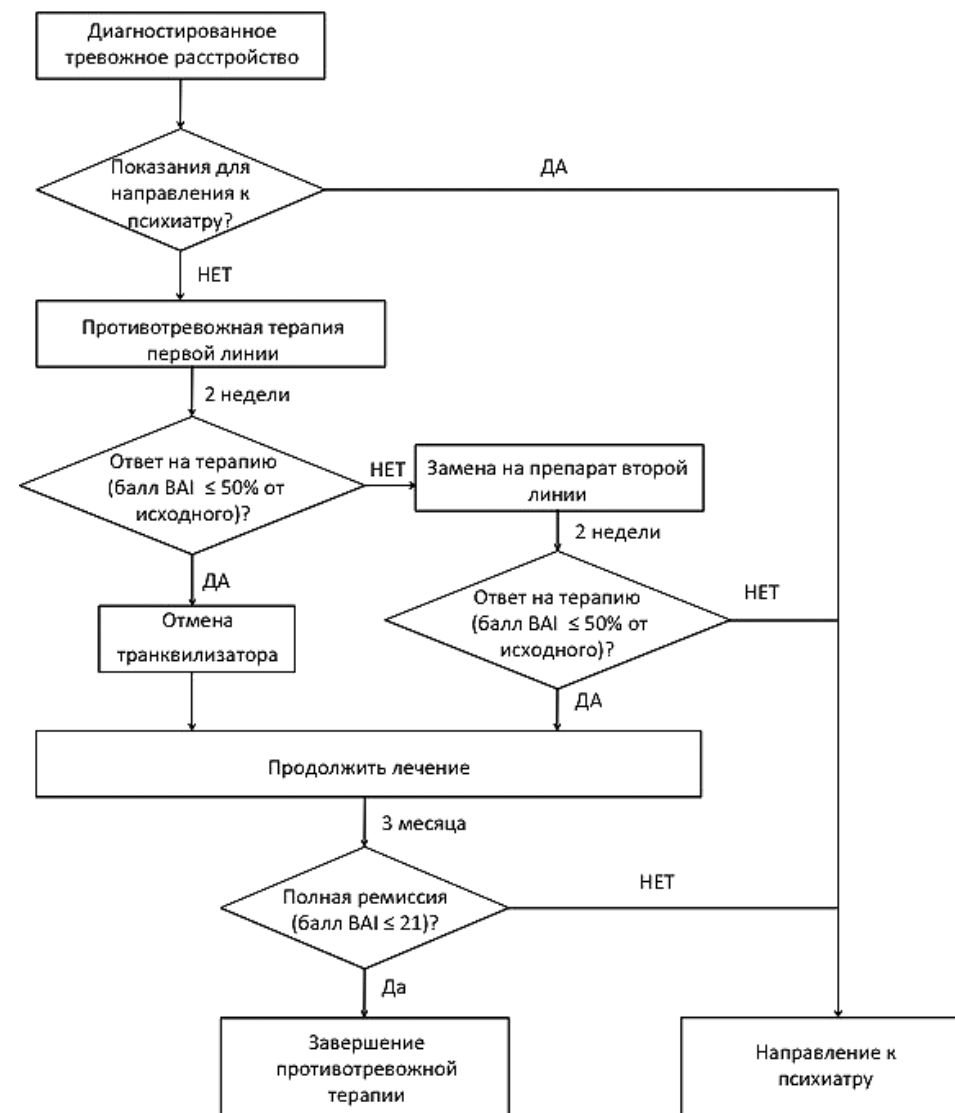
В. Критерии тяжести тревожных расстройств, определяющие необходимость направления к психиатру:

- Выраженное ограничительное поведение, сказывающее на адаптации пациента (избегание общественного транспорта, неспособность оставаться в одиночестве из-за тревоги)
- Ипохондрическая фиксация с явлениями «медицинской одиссеи» – посещение большого числа врачей, стремление самостоятельно корректировать или отменять терапию
- Злоупотребление медикаментами (бензодиазепиновыми транквилизаторами, барбитуратами)
- Зависимость от алкоголя или психоактивных веществ
- Явления «помешательства сомнений» (неспособность принять даже простое решение), растерянность
- Коморбидные расстройства – депрессия, навязчивости, галлюцинаторно-бредовые симптомы в структуре тревоги

3. Подходы к терапии

А. Общие принципы терапии

Приоритет современных препаратов с доказанным противотревожным действием
Учёт лекарственных взаимодействий противотревожной и соматотропной терапии
Назначение препаратов в минимальных дозах и постепенная титрация
Комбинирование противотревожных антидепрессантов с кратким курсом (не более 2 недель) бензодиазепиновых транквилизаторов в начале лечения
Продолжительность лечения не менее 3 месяцев
При неэффективности одного курса терапии – замена на препарат с другим механизмом действия



Алгоритм терапии тревожных расстройств

Б. Препараты первой и второй линии

В первичной медицинской сети используются практически все лекарственные препараты, рекомендованные для применения при тревожных расстройствах. В настоящее время безусловным стандартом является использование антидепрессантов с противотревожным действием, которые в течение 7-14 дней в начале терапии комбинируются бензодиазепиновыми транквилизаторами. Назначение транквилизаторов на срок более 14 дней в первичной медицинской сети противопоказано. При наличии противопоказаний или неэффективности, СИОЗС можно заменить на целый ряд противотревожных препаратов с другим механизмом действия.

Препараты первой линии

Фармакологическая группа и название лекарственного препарата	Терапевтические суточные дозировки мг
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	
Эсциталопрам	5-20
Сертралин	50-200
Пароксетин	20-40
Флувоксамин	50-300
Атипичные анксиолитики	
Этифоксин	50-200

Препараты второй линии

Фармакологическая группа и название лекарственного препарата	Терапевтические суточные дозировки мг
Блокаторы $\alpha 2\delta$ субъединицы потенциал-зависимых кальциевых каналов ($\alpha 2\delta$-лиганды)	
Прегабалин	75-300
Антидепрессанты с мультимодальным действием	
Вортиоксетин	10-20
Антипсихотики с противотревожным действием	
Кветиапин	25-200
Алимемазин	5-20
Гистаминергические анксиолитики	
Гидроксизин	25-100

В. Преимущества и недостатки основных противотревожных препаратов

Класс препаратов	Преимущества	Недостатки
СИОЗС	Высокая эффективность при длительном лечении Безопасность при большинстве соматических заболеваний Отсутствие седации	Отсроченное развитие терапевтического эффекта Необходимость комбинирования с бензодиазепиновыми транквилизаторами в первые дни Провокация тревоги в первые дни лечения Большое число лекарственных взаимодействий на уровне цитохромов печени
Мультимодальный антидепрессант Вортиоксетин	Оптимальная переносимость Отсутствие влияния на систему цитохромов печени Безопасность при большинстве соматических заболеваний Отсутствие седации	Отсроченное развитие терапевтического эффекта
Антипсихотики с противотревожным действием Кветиапин Алимемазин	Быстрое наступление противотревожного эффекта Выраженное влияние на соматические проявления тревоги Сопутствующее снотворное действие	Высокий риск побочных эффектов в начале терапии (ортостатическая гипотензия, повышение ЧСС, сонливость) Повышение массы тела и аппетита при длительном применении
$\alpha 2\delta$-лиганд Прегабалин	Быстрое наступление противотревожного эффекта Отсутствие влияния на систему цитохромов печени Выраженное противоболевое действие	Высокий риск побочных эффектов (седация, головокружение) Законодательный статус (рецептурный бланк №148-1/у-88)

Гистаминергические анксиолитики Гидроксизин	Быстрое наступление противотревожного эффекта Сопутствующее снотворное действие Влияние на соматические проявления тревоги, особенно, зуд	Седация Недостаточная эффективность при выраженной тревоге
Атипичные анксиолитики Этифоксин	Благоприятный профиль переносимости Отсутствие седации	Отсроченное развитие терапевтического эффекта Недостаточная эффективность при выраженной тревоге Частые аллергические кожные реакции
Бензодиазепиновые транквилизаторы	Немедленный и выраженный противотревожный эффект Сопутствующее снотворное и миорелаксирующее действие	Риск парадоксальной реакции с усилением тревоги (около 10% пациентов) Поведенческая токсичность (сонливость, когнитивные нарушения, снижение скорости реакции) Развитие толерантности и зависимости при длительном применении

МОДУЛЬ IV. «СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА»

К соматоформным расстройствам относятся группа состояний, при которых первичными являются патологические неприятные ощущения в теле, не находящие адекватного соматического или неврологического обоснования. Неприятные ощущения в теле могут отмечаться при депрессивных и тревожных расстройствах, однако там они носят вторичный характер по отношению к ведущей психопатологической симптоматике, определяющей состояние больного. В связи с этим, все пациенты с жалобами на необъяснимые тягостные ощущения в теле должны быть детально обследованы на предмет наличия тревоги или депрессии, а диагноз соматоформного расстройства устанавливается лишь при их отсутствии.

1. Классификация соматоформных расстройств, кодирование по МКБ-10.

Согласно критериям МКБ-10 можно выделить четыре основные категории соматоформных расстройств – соматизированное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы и устойчивое соматоформное болевое расстройство.

Соматизированное расстройство, шифр МКБ-10 F45.0

Диагноз соматизированного расстройства устанавливается при соблюдении трех критериев:

- А. По меньшей мере в течение двух лет у пациента отмечаются различные соматические симптомы, реализующиеся в разных областях тела и различных системах органов и не находящие убедительного соматического или неврологического объяснения.
- Б. Повторяющийся отказ признать тот факт, что имеющиеся жалобы не имеют никакого медицинского обоснования, постоянный поиск дополнительных обследований и консультаций
- В. Существенное ухудшение работоспособности, социального или семейного функционирования в связи с имеющимися симптомами или поиском медицинской помощи по поводу них

Ипохондрическое расстройство, шифр МКБ-10 F45.2

Для установления диагноза ипохондрического расстройства необходимо одновременное наличие двух критериев

- А. Стойкая убеждённость в наличии по меньшей мере одного серьёзного/жизнеугрожающего заболевания, которое не удаётся диагностировать вопреки всем усилиям врачей. Наличие тяжелого заболевания по мнению пациента объясняет наличие тех или иных неприятных ощущений в теле, которые обычно имеют достаточно обыденный характер (неприятный привкус во рту, тошнота, головная боль и т. д.)
- Б. Сомнения в компетентности врачей, исключающих наличие тяжелого заболевания, и достоверности параклинических данных

Дифференциальный диагноз между соматизированным и ипохондрическим расстройством

Соматизированное расстройство	Ипохондрическое расстройство
Пациента в первую очередь беспокоят неприятные ощущения в теле, являющиеся первичным источником дистресса. Страхи по поводу наличия какого-либо заболевания имеют нестойкий характер.	В первую очередь пациента беспокоит возможное наличие тяжелого заболевания, ощущения выступают в качестве подтверждения наличия заболевания
Ощущения носят полиморфный и летучий характер, поочередно могут вовлекать несколько систем органов	Обычно отмечается фиксация на 1-2 системах органов, которая сохраняется длительное время.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, шифр МКБ-10 F45.3

Наличие соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы может быть подтверждено при наличии четырех нижеперечисленных критериев

- А. Признаки вегетативной гиперактивности (потливость, дрожь, лабильность пульса и артериального давления)
- Б. Дискомфорт, связанный с функционированием одной из систем органов – субъективное чувство нарушения дыхания, чувство перебоев в работе сердца и т. д.
- В. Озабоченность функционированием вовлечённой системы органов, не достигающая отчётливой убеждённости наличия определённого заболевания
- Г. Отсутствие признаков объективного структурного повреждения вовлеченной системы органов

Соответственно тому, какая система органов вовлечена, выделяются различные подтипы соматоформной вегетативной дисфункции.

Шифр МКБ-10 и название	Клинические проявления
Ф 45.30 – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы (кардионевроз или синдром Да Коста)	Сочетание неприятных ощущений в области сердца (покалывание, тяжесть), страха сердечно-сосудистой катастрофы и функциональных нарушений гемодинамики (лабильность АД, пульса, наджелудочковая экстрасистолия)
Ф 45.31 - соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы верхней части желудочно-кишечного тракта (функциональная диспепсия)	Сочетание неприятных ощущений в области эпигастрия и горла (ком в горле, болезненный спазм за грудиной, чувство инородного тела или тяжести в области эпигастрия) и функциональных нарушений моторики – трудности глотания, аэрофагия и отрыжка воздухом
Ф 45.32 - соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы нижней части желудочно-кишечного тракта (синдром раздражённой толстой кишки)	При варианте с преобладанием запоров помимо нарушений моторики отмечаются болезненность в проекции толстой кишки, неприятный привкус во рту, стойкое нарушение аппетита, избирательность в еде При варианте с преобладанием диареи помимо нарушений моторики отмечается опасения не удержать стул в людном месте и тем самым опозориться, неприятные ощущения в проекции толстой кишки по типу бурления, распираания
Ф 45.33 - соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы органов дыхания (гипервентиляционный синдром)	Чувство неполноты вдоха, недостаточности функции вдыхания, неразвернутые приступы страха остановки дыхания, удушья, появляющиеся на фоне резких запахов, нахождения в душном помещении

F 45.34 - соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы мочеполовых органов (синдром раздражённого мочевого пузыря и парурез)	При синдроме раздраженного мочевого пузыря отмечаются различные неприятные ощущения в его проекции (жжение, усиленные позывы на мочеиспускание) и страх не удержать мочу. При парурезе отмечается неспособность опорожнить мочевой пузырь в некомфортной обстановке (в присутствии посторонних, в грязном, шумном туалете).
---	---

Устойчивое соматоформное болевое расстройство, шифр МКБ-10 F45.4

2. Диагностика соматоформных расстройств

Несмотря на описанные выше отличия, для соматоформных расстройств в целом характерно наличие ряда общих клинических черт, которые представлены ниже.

Типичные клинические проявления при соматоформных расстройствах

Особенности поведения больных	Типичные жалобы	Особенности динамики симптомов
Наличие большого числа повторяющихся обследований и консультаций без четкого единого диагноза Систематическое ознакомление с популярными книжными и интернет-источниками, посвященными здоровью Повторяющиеся опасения в правильности диагностического заключения несмотря на результаты обследований и заключения врачей Стремление к излишним повторным обследованиям, в том числе, инвазивным (колоноскопия, гастроскопия)	Головокружение Звон в ушах Отрыжка и горечь по рту Одышка Ощущение перебоев в работе сердца Тяжесть за грудиной Тошнота Ком в горле Чувство тяжести или переливания в животе Кожный зуд Преходящая крапивница Полиморфные скелетно-мышечные боли Головные боли Жжение под кожей	Полиморфизм и изменчивость симптомов Наличие симптомов несмотря на отсутствие патологических изменений по данным инструментальных методов обследования Отсутствие реакции или парадоксальная реакция при назначении соматотропных препаратов Усиление симптомов на фоне стресса Уменьшение выраженности симптомов на фоне ослабления тревоги (после устного успокоения или назначения противотревожных препаратов)

В настоящее время на территории РФ отсутствуют валидизированные шкалы для диагностики соматоформных расстройств, в связи с этим диагностика должна осуществляться преимущественно клиническим методом.

3. Терапия соматоформных расстройств

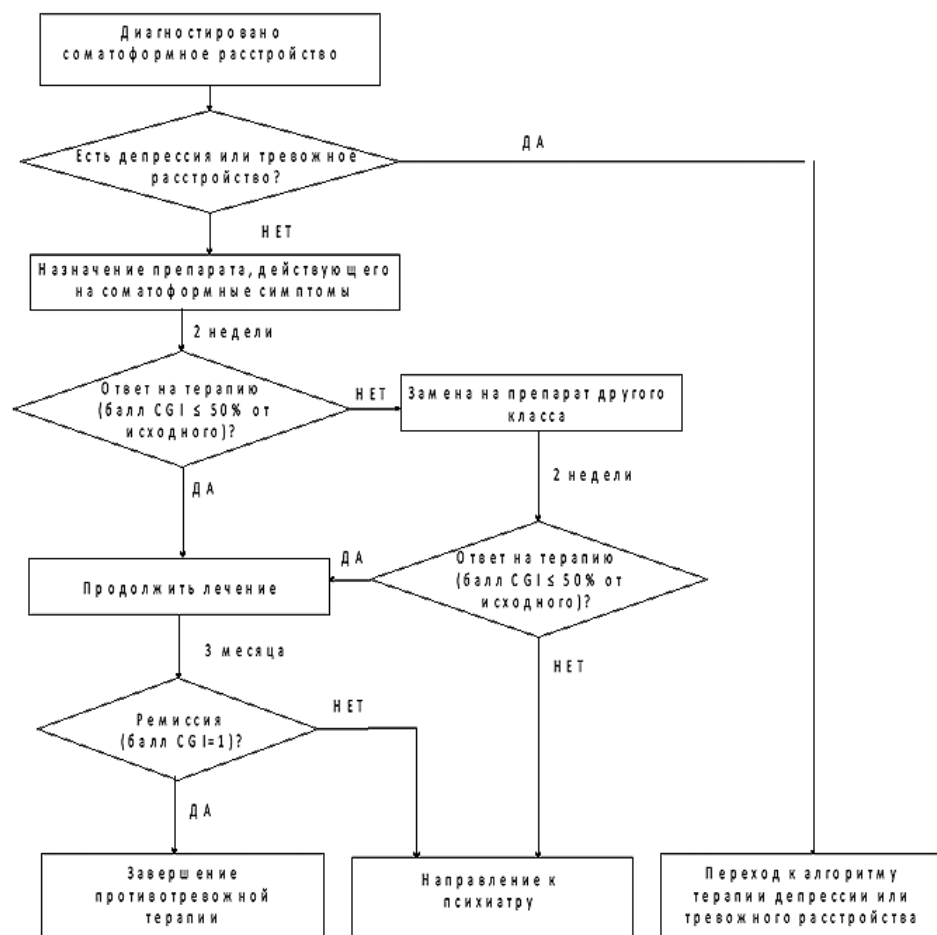
А. Общие принципы

В настоящее время отсутствуют единые стандарты терапии соматоформных расстройств, основанные на результатах рандомизированных клинических исследований (РКИ). В связи с этим, большое значение приобретает диагностика депрессии и тревожного расстройства у паци-

ентов с жалобами на неприятные ощущения в теле и их лечение соответственно имеющимся алгоритмам. В том случае, если состояние пациента не укладывается в диагностические критерии отчётливого тревожного или депрессивного расстройства допустимо использовать препараты, которые способны уменьшать соматоформные симптомы согласно результатам исследований более низкого уровня доказательности (серии клинических случаев, исследования с открытым дизайном).

Для оценки эффективности лечения соматоформных расстройств используется шкала общего клинического впечатления (CGI).

Б. Алгоритм диагностики и терапии соматоформных расстройств



Алгоритм терапии соматоформных расстройств

В. Препараты выбора при соматоформных расстройствах

Фармакологический класс и основные препараты	Суточные дозировки, мг	Преимущества	Недостатки
Антипсихотики с преимущественным влиянием на D2-рецепторы Супиприд Тиаприд	50-200 50-200	Высокая эффективность в отношении симптомов ЖКТ Противоболевое действие	Риск экстрапирамидных побочных эффектов Повышение пролактина при длительном приеме
Антипсихотики с преимущественным влиянием на 5-НТ и Н1-рецепторы Алимемазин Кветиапин	2,5-10 25-100	Выраженное противозудное и снотворное действие	Седация Ортостатическая гипотензия Учащение сердцебиения
Трициклические антидепрессанты ² Амитриптилин Имипрамин	12,5-50 12,5-50	Выраженное противоболевое действие Высокая эффективность в отношении симптомов ЖКТ Уменьшение позывов на мочеиспускание	Седация Антихолинергические побочные эффекты Аритмогенное действие Снижение порога судорожной готовности
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина Венлафаксин Дулоксетин	75-225 30-120	Выраженное противоболевое и противотревожное действие при длительном приеме	Усиление тревоги в первые дни приема Возможно нарушение сна Риск повышения ЧСС и АД
Блокаторы α _{2δ} субъединицы потенциал-зависимых кальциевых каналов (α _{2δ} -лиганды) Прегабалин Габапентин	75-300 300-900	Выраженное противоболевое и противотревожное действие	Седация Головокружение Законодательный статус (рецептурный бланк №148-1/у-88) – для прегабалина

2. Для терапии соматоформных расстройств трициклические антидепрессанты применяются в дозах существенно более низких, чем для лечения депрессии.

1. Определение, кодирование по МКБ-10.

Синдром хронической усталости (син. неврастения, информационный невроз, болезнь «белых воротничков», астенический синдром) - психосоматическое расстройство, характеризующееся длительной утомляемостью (астенией), нарушающей повседневную активность в личностной, профессиональной и социальной сферах.

Несмотря на большую значимость, синдром хронической усталости не выделяется в качестве отдельной категории в МКБ-10. Больным с СХУ могут быть установлены следующие диагнозы: синдром утомляемости после перенесённого вирусного заболевания (G93.3), неврастения (F48.0) либо астения без дополнительных уточнений (R53).

Клинические признаки СХУ наиболее полно изложены в диагностической рубрике F48.0, неврастения.

Критерии неврастения (F48.0) по МКБ-10

А. Длжащееся не менее трех месяцев состояние выраженной физической или умственной утомляемости, появляющееся даже после незначительной нагрузки и оказывающее негативное влияние на качество жизни и трудоспособность.
Б. Наличие по меньше мере 2 симптомов из перечисленных: Мышечные боли Головокружение Головные боли напряжения Нарушения сна Неспособность расслабиться Раздражительность Диспепсия
В. Отсутствие психических расстройств (соматизированных, аффективных, тревожных), соответствующих клиническим критериям по МКБ-10

2. Диагностика синдрома хронической усталости

А. Клиническая картина синдрома хронической усталости

Несмотря на кажущуюся простоту определения, хроническая усталость проявляется многочисленными клиническими симптомами, которые могут быть классифицированы двумя способами. Во-первых,

проявления астении могут проявляться в физической (соматической) и когнитивной (умственной) сфере, что позволяет выделить физическую и умственную астению. Кроме того, при СХУ может наблюдаться целый ряд симптомов, не являющихся собственно астеническими (сопутствующие симптомы).

Физическая астения	Когнитивная астения	Сопутствующие симптомы
Мышечная слабость и снижение мышечной силы Вялость Неспособность длительное время находится в вертикальном положении Быстрая истощаемость при физической нагрузке	Истощаемость при умственной нагрузке Неспособность длительное время выполнять умственную работу Рассеянность, трудности сосредоточения внимания Забывчивость	Головокружение Потливость Мышечные и суставные боли Нарушения сна Расстройства пищеварительной системы Вегетативные симптомы

Во-вторых, по клиническим проявлениям и динамике астения может иметь гиперестетические или гипостенические проявления.

Гипостеническая астения	Гиперестетическая астения
Упадок сил Отсутствие физической и психической энергии Вялость Утомляемость Бессилие Потребность в частом отдыхе Сон, не приносящий бодрости	Повышенная чувствительность к внешним раздражителям (слуховым, зрительным, тактильным, эмоциональным) Раздражительность, вспыльчивость Явления слабодушия (плаксивость при незначительных эмоциональных нагрузках) Чуткий сон с пробуждениями от незначительных раздражителей

Б. Шкалы диагностики синдрома хронической усталости

Для использования в первичном звене здравоохранения рекомендованы следующие валидизированные в России шкалы:

- Шкала оценки усталости (Fatigue Assessment Scale; FAS)
- Субъективная шкала оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory; MFI)

Интерпретация результатов основных скрининговых методик оценки хронической усталости

Шкала	FAS	MFI
Нет хронической усталости	<22	<20
Минимальные признаки хронической усталости, необходимо наблюдение	22-30	20-30
Отчётливая хроническая усталость, необходимо обследование и лечение	>30	>30

В. Дифференциальный диагноз синдрома хронической усталости и астении, проявляющейся в рамках другого заболевания

При ведении пациентов с хронической усталостью следует учитывать, что астенические жалобы у значительной части пациентов могут указывать на наличие как соматоневрологической, так и психической патологии.

В первичной медицинской сети наиболее важным следует считать дифференциальный диагноз СХУ и депрессией. Всем пациентам, предъявляющим жалобы на утомляемость, следует давать опросники на депрессию, и при ее выявлении подходить к дальнейшему ведению в соответствии с изложенными выше алгоритмами.

При диагностике причин СХУ большую роль играет знание о том, какие заболевания наиболее часто сопровождаются астенией.

Перечень заболеваний и состояний, наиболее часто сопровождающихся астенической симптоматикой

Инфекционные заболевания	Герпесвирусная инфекция Болезнь Лайма Парвовирус В19 Лихорадка Борна Мононуклеоз Ку-лихорадка Энтеровирус Энцефалит Нипа Брюшной тиф Сыпной тиф Возвратный тиф Вирусные гепатиты (А, В, С) ВИЧ Сифилис (сифилитическая невралгия) Туберкулез
---------------------------------	--

Злокачественные новообразования	Рак легких Рак печени Рак толстого кишечника Рак поджелудочной железы Нейроэндокринные опухоли
Состояния дефицита нутриентов и биологически активных веществ	Железодефицитная и В12-дефицитная анемия Гиповитаминоз (витаминов В1, В6, С, РР) Голодание (особенно, белковый дефицит)
Аутоиммунные и аутовоспалительные системные заболевания	Рассеянный склероз Системная красная волчанка Ревматоидный артрит Болезнь Шегрена Саркоидоз Спондилоартропатия Миастения
Эндокринные заболевания	Гипотиреоз Сахарный диабет Болезнь Аддисона
Органическое поражение головного мозга	Черепно-мозговая травма Инсульт Болезнь Паркинсона Нарколепсия Лучевое поражение головного мозга
Органная недостаточность	Сердечная Легочная Печеночная Почечная
Побочные эффекты лекарственных препаратов	Химиотерапевтические соединения Антигистаминовые Антигипертензивные Бензодиазепиновые транквилизаторы Холинолитики (в т. ч. трициклические антидепрессанты и низкопотентные антипсихотики)
Другое	Синдром височно-нижнечелюстного сустава Фибромиалгия Обструктивное апноэ сна Идиопатические полисомнии

Кроме того, большое значение имеет проведение максимально детального лабораторного исследования у всех пациентов с астенией неясного генеза.

Перечень рекомендуемых обследований у пациентов с астенией неясного генеза и синдромом хронической усталости

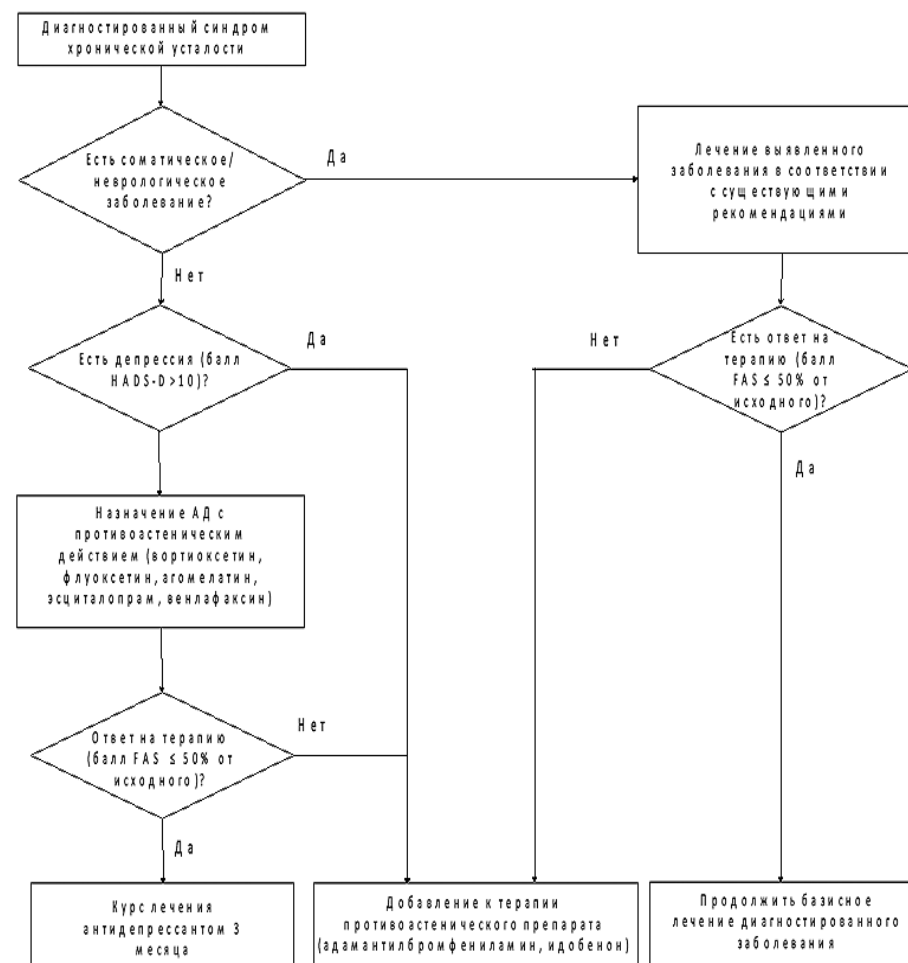
Общий анализ крови с расширенной лейкоцитарной формулой
СОЭ
С-реактивный белок
Общий белок
Глюкоза
Уровень электролитов (натрий, калий, кальций, хлор)
Ферритин
Тиреоидные гормоны
Креатинин
Ацилкарнитин
Альбумин
Антинуклеарные антитела
Ревматоидный фактор
КФК
АСТ и АЛТ
ГГТ
ЩФ
Уровень азотистых соединений в моче

3. Подходы к терапии синдрома хронической усталости

Несмотря на большую распространённость и выраженное негативное влияние СХУ на качество жизни пациентов, терапия этого состояния остаётся недостаточно разработанной. Так, в противовес депрессиям и тревожным расстройствам, практически отсутствуют подходы к терапии, основанные на доказательной медицине. В том случае, если астения развивается на фоне депрессивного расстройства или какого-либо соматоневрологического состояния, терапия должна быть направлена в первую очередь на лечение того заболевания, которое вызывало астению. Тем не менее, в медицинской практике существует большое количество случаев, когда эффективная терапия депрессии или соматического состояния не приводит к достоверному улучшению самочувствия пациента. В таком случае, большую роль играет назначение препаратов с собственно противоастеническим действием. В на-

стоящее время для назначения доступно два таких препарата – адамантилбромфениламин и идебенон.

При назначении антидепрессантов пациентам с выраженной астенической симптоматикой следует отдавать предпочтение препаратам с отчетливым противоастеническим/активирующим действием и благоприятным профилем переносимости. Среди препаратов такого рода наибольшее значение в настоящее время имеют воритоксетин, флуоксетин, эсциталопрам, агомелатин, венлафаксин.



Алгоритмы терапии синдрома хронической усталости

1. Определение, диагностические критерии

К расстройствам адаптации (син. расстройство приспособительных функций) относятся клинически не развернутые психические расстройства, которые манифестируют на фоне существенных (чаще, негативных) жизненных событий, таких как потеря работы, диагностика тяжелого заболевания, расставание с партнёром.

Психические расстройства в ответ на исключительные по тяжести психотравмирующие события (обезображивающие травмы, насилие, участие в боевых действиях) рассматриваются в рамках более тяжелых расстройств (реакция на острый стресс, посттравматическое стрессовое расстройство и т. д.). Диагностика и терапия таких состояний находится в компетенции кризисно-социальных служб и психотерапевтов, и поэтому не рассматривается в настоящем алгоритме.

В связи с последними мировыми событиями, одной из наиболее значимых причин формирования расстройств адаптации можно считать последствия распространения новой коронавирусной инфекции (SARS-CoV-2) – вынужденная изоляция, потеря работы, насыщенность новостного пространства тревожными новостями, страх заразиться самому или заразить других.

Критерии диагностики расстройства адаптации по МКБ-10 (F43.2)

- А. У пациента отмечаются психоэмоциональные расстройства, доставляющие ему выраженный дискомфорт и негативно сказывающиеся на функционировании
- Б. Выраженность имеющихся расстройств недостаточна для того, чтобы поставить диагноз депрессии, тревожного расстройства или другого психического расстройства, указанного в других разделах МКБ-10
- В. Расстройство манифестирует спустя непродолжительное время (не более 3 месяцев) после существенного стрессового события, обычно сопряжённого с длительным и тягостным для пациента изменением образа жизни

2. Основные клинические проявления

С клинической точки зрения целесообразно выделить три основных типа расстройств адаптации по преобладающим эмоциональным нарушениям: расстройство адаптации с преимущественно депрессивными симптомами; расстройство адаптации с преимущественно тревожны-

ми симптомами и расстройство адаптации с преобладанием вспыльчивости и раздражительности.

Симптоматика основных типов расстройства адаптации

С преобладанием депрессии	С преобладанием тревоги	С преобладанием вспыльчивости
Чувство бессилия Снижение привычной активности Отказ от привычных форм досуга (спорт, хобби) Перекалывание на окружающих бытовых обязанностей Откладывание важных дел Вялость Разбитость Сомнения в способности совладать с происходящими событиями Преходящие мысли о собственной несостоятельности, не достигающие степени самоуничтожения	Чувство внутреннего напряжения Множественное прокручивание в голове тревожных мыслей по поводу будущего Опасения не справиться с изменившимися жизненными обстоятельствами Страх за здоровье Усилившаяся мнительность, сомнения в правильности своих действий Неотвязное отслеживание информации, имеющей отношение к состоянию (просмотр новостей, чтение ресурсов о своем заболевании) Нарушения по типу трудностей засыпания	Раздражительность Обидчивость Частые приступы плаксивости Гневливость, сменяющиеся раскаянием и извинением перед родственниками и близкими Трудности концентрации внимания, неспособность долгое время выполнять кропотливую работу

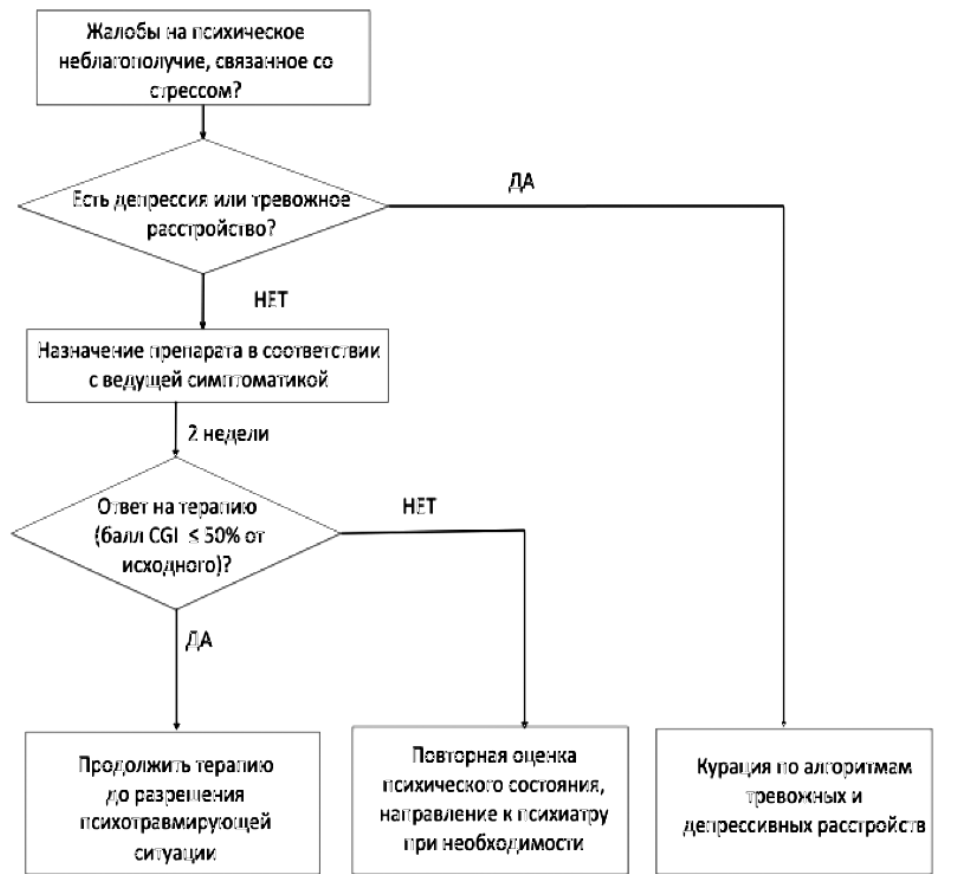
3. Подходы к терапии

А. Общие принципы

Несмотря на то, что большинство пациентов с расстройствами адаптации не попадают под критерии основных психических расстройств, обсуждаемых в настоящем руководстве, они все же испытывают существенный дистресс, побуждающий их обращаться за медицинской помощью. Психогенный характер данных состояний заставляет предположить, что ведущую роль в их купировании должны играть психотерапевтические и реабилитационные мероприятия, однако в реальной общемедицинской практике они малодоступны. В связи с этим, корректная психофармакотерапия с дифференцированным применением малых доз антидепрессантов и антипсихотиков позволяет существенно улучшить самочувствие больных.

В связи с отсутствием психометрических шкал для оценки состояния пациентов с расстройствами адаптации, при оценке эффективности лечения целесообразно использовать шкалу CGI.

При недостаточной эффективности психофармакотерапии при расстройствах адаптации следует повторно оценить состояние пациентов на предмет наличия тревожных или депрессивных расстройств.



Алгоритм терапии расстройств адаптации

Б. Основные препараты, рекомендованные для использования при расстройствах адаптации

Тип расстройства адаптации	Рекомендованная терапия	Суточные дозировки
С преобладанием депрессии	Вортиоксетин Агомелатин	5-10 мг 25 мг
С преобладанием тревоги	Аминофенилмасляная кислота Гидроксизин Этифоксин	250-1500 мг 25-50 мг 50-100 мг
С преобладанием вспыльчивости	Перициазин	1-5 мг

1. Определение, критерии МКБ-10.

Бредом называются идеи, суждения, не соответствующие действительности, ошибочно обосновываемые, полностью овладевающие сознанием, и не поддающиеся при разубеждении и разъяснении.

Расстройства, при которых отмечается бред, весьма многочисленны, однако лишь некоторые из них имеют большое практическое значение для врача общей практики.

В первую очередь речь о так называемом соматическом подтипе хронического бредового расстройства. При данной психической патологии содержание бреда касается тех или иных вопросов телесного благополучия и болезней, в связи с чем пациенты часто обращаются за помощью в первичную медицинскую сеть. Во многих случаях хронического бредового расстройства клинические проявления и жалобы не имеют явно нелепого характера, что затрудняет проведение дифференциального диагноза.

Во-вторых, для врача общей практики большое значение могут иметь варианты бредовых расстройств, напрямую влияющие на медицинское поведение и приверженность к лечению.

Пациенты с другими формами психотической симптоматики (бред преследования, психозы со слуховыми галлюцинациями, психическими воздействиями) относительно редко попадают в поле зрения врача общей практики, а описание их клинической картины представлено в психиатрических учебниках и руководствах.

Критерии диагностики хронического бредового расстройства (F22.0) по МКБ-10

- | |
|---|
| <p>А. Наличие стойких бредовых идей одной темы на протяжении по меньшей мере 3 месяцев.</p> <p>Б. Бредовые идеи не должны напрямую отражать представления, характерные для данной культуры (например, вера в одержимость бесами или духами в традиционном обществе)</p> <p>В. Не должно быть явной связи с депрессивными симптомами, слуховыми галлюцинациями или какими-либо шизофреническими симптомами (бред воздействия, чувство открытости мыслей)</p> |
|---|

2. Клинические проявления и типология

Внешние признаки, особенности поведения пациентов с психозом

- Неряшливый внешний вид
- Нелепая, не соответствующая привычным нормам одежда
- Возбуждение или раздражительность
- Речь монологом, трудно перебиваемая
- Вступает в длительные споры с врачом, раздражается от попыток переубедить

Основные формы соматического бреда и их клиническая характеристика

Вид бреда	Клинические проявления
Соматический бред	
Дерматозойный бред	Убежденность в том, что кожный покров заражен паразитами (вшиами, чесоткой), стремление собирать частицы эпителия, мусор в попытках доказать врачам и родственникам реальность своих убеждений
Энтерозойный бред	Сходен с дерматозойным бредом, однако отмечается убежденность в наличии паразитов в желудочно-кишечном тракте с поиском доказательств их существования в фекалиях
Ипохондрический бред	Некорректируемая вера в наличие у себя тяжелого или неизлечимого заболевания, которое не могут диагностировать врачи
Дисморфический бред	Представление о наличии мнимого дефекта внешности, который замечен окружающим и доставляет им отвращение или дискомфорт
Обонятельный бред отношения	Наличие неприятного запаха (мочи, кала, пота) от тела, который ощущается всеми окружающими и неприятен им
Бред, влияющий на приверженность к лечению и отношения врач-пациент	
Бред приписанной болезни	Убежденность в том, что диагностированное у пациента заболевание (артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка) фальсифицировано медицинскими работниками со злым умыслом
Сутяжный бред	Стойкая и некорректируемая убежденность в том, что врачи или медицинский персонал повинны в нанесении вреда здоровью (как мнимого, так и реального), стремление доказать свою правоту в судебном порядке.

Бред изобретательства	Убежденность пациента в том, что он изобрел новый способ лечения своего заболевания (очищение крови щелочью, устранение опухоли мухоморами) и стремление применить его на практике вопреки рекомендациям врачей
-----------------------	---

Признаки, указывающие на высокий риск пациента для окружающих и самого себя

- Психомоторное возбуждение
- Идеи преследования
- Слуховые галлюцинации, особенно приказывающего характера
- Психические автоматизмы (ощущение управления телом и психикой извне)

3. Подходы к ведению пациентов

- Лечение бредовых психозов должно осуществляться врачом-психиатром, поэтому все пациенты с этим расстройством должны направляться в психиатрическую сеть.
- Пациенты с бредом в первичной медицинской сети ищут помощи, поэтому во многих случаях перенаправление к психиатру может быть успешным, если выполнено в корректной манере и подталкивает к поиску помощи.
- При непосредственной опасности для себя или окружающих – ведение по алгоритму из модуля I.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

Модуль I «Организация помощи пациентам с психическими расстройствами в общемедицинской практике»

1. Какое из перечисленных утверждений неверно?
 - а. Диагностика и лечение пограничных психических расстройств в общемедицинской практике является мировой тенденцией и отражает особенности организации медицинской помощи в западных странах
 - б. Врач общей практики имеет правило диагностировать и лечить депрессивные эпизоды легкой и средней степени
 - в. Возрастающая роль врачей общей практики в диагностике и терапии пограничных психических расстройств связано с недостаточным финансированием психиатрической сети и ее административным развалом
 - г. Врач общей практики не имеет права лечить бредовые расстройства
2. Какой из перечисленных диагнозов имеет право поставить врач общей практики?
 - а. Ипохондрическое расстройство
 - б. Депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами
 - в. Биполярное аффективное расстройство
 - г. Хроническое бредовое расстройство
3. Какой из перечисленных синдромов не относится к допустимым для использования в общемедицинской практике?
 - а. Сенесто-ипохондрический
 - б. Астено-невротический
 - в. Астено-депрессивный
 - г. Синдром вегето-сосудистой дистонии

4. Какова рекомендованная кратность осмотров пациентов с пограничными психическими расстройствами

- а. Раз в неделю
- б. Раз в две недели
- в. Раз в месяц
- г. Раз в два месяца

5. Потребность в каком классе психофармакологических соединений является наивысшей в общей медицинской практике?

- а. Антипсихотики
- б. Транквилизаторы
- в. Нормотимики
- г. Антидепрессанты

Модуль II «Депрессии»

1. В число основных симптомов депрессии по МКБ-10 входит:

- а. Суицидальные мысли
- б. мрачное и пессимистическое видение будущего
- в. снижение энергии и повышенная утомляемость
- г. нарушение аппетита

2. Какой из перечисленных симптомов не входит в диагностические критерии депрессивного эпизода по МКБ-10?

- а. снижение способности к сосредоточению внимания
- б. стойкие боли, не находящие соматического\неврологического объяснения
- в. нарушения сна
- г. нарушения аппетита

3. Какой из перечисленных ниже опросников не может быть использован для диагностики депрессии?

- а. PHQ-9
- б. HADS
- в. BDI
- г. MMSE

4. Какое из перечисленных ниже утверждений, касающихся суицидальных мыслей, наиболее верно?

- а. Расспрос на предмет суицидальных мыслей должен проводиться с большой осторожностью, в связи с тем, что может спровоцировать их усиление
- б. Пациенты с депрессией склонны скрывать суицидальные мысли от врача, в связи с чем их выявление доступно лишь опытным специалистам
- в. Пациенту должна быть рекомендована консультация психиатра даже в том случае, если он заверяет, что вопреки имеющимся суицидальным мыслям он никогда не совершит суицид в связи со своими морально-нравственными убеждениями
- г. При выявлении в психическом статусе депрессии врачу следует незамедлительно назначить эффективную антидепрессивную терапию

5. Достоверным фактором риска суицида у пациента с депрессией является все нижеперечисленное, кроме

- а. Выраженная апатия, ангедония
- б. Стойкая мучительная бессонница
- в. Суицидальные попытки у близких родственников
- г. Идеи виновности

6. Что из перечисленного является безусловным показанием для направления пациента к психиатру?

- а. Стойкая бессонница
- б. Наличие идей виновности без суицидальных мыслей
- в. Наличие суицидальных попыток у родственников без суицидальных мыслей у самого пациента
- г. Депрессивный эпизод тяжелой степени

7. Какой из общих принципов терапии депрессий в общей медицине является наиболее верным?

- а. Следует предпочесть монотерапию и учитывать дополнительные эффекты назначаемого препарата (снижение/повышение аппетита, нормализация сна и т. д.)
- б. Оптимальным является назначение малых доз двух и более антидепрессантов для взаимного усиления их эффектов
- в. Назначение антидепрессантов последних поколений в общей медицинской практике не желательно, в связи с тем, что их эффективность и безопасность недостаточно изучены
- г. В общей медицинской практике следует отдавать предпочтение лекарственным препаратам растительного происхождения (зверобой, настойка пиона)

8. Антидепрессантом первой линии терапии депрессий в общей медицинской сети является:

- а. венлафаксин
- б. мirtазапин
- в. вортиоксетин
- г. амитриптилин

9. Какой из перечисленных эффектов наименее характерен для антидепрессантов из группы СИОЗС?

- а. ортостатическая гипотензия
- б. тошнота
- в. нарушение ночного сна
- г. аноргазмия

10. Какой из препаратов наименее предпочтителен при терапии депрессии у пациента с гипертонической болезнью?

- а. агомелатин
- б. сертралина
- в. вортиоксетин
- г. венлафаксин

Модуль III «Тревожные расстройства»

1. К общим признакам приступа паники при паническом расстройстве относится все перечисленное, кроме:

- а. Обязательная привязка к конкретной ситуации или местоположению пациента
- б. Внезапное начало
- в. Дискретный характер (наличие периодов времени, полностью свободных от симптомов)
- г. Длительность от 15 минут до часа

2. Диагностическим признаком панического расстройства является наличие у пациента следующего симптома:

- а. Непроизвольное мочеиспускание
- б. Чувство нереальности окружающего мира
- в. Транзиторные обманы восприятия (окилки, шепот, ощущение звучания мыслей)
- г. Диффузная мышечная слабость, сонливость

3. Наличие какого симптома не характерно для генерализованного тревожного расстройства?

- а. Стойкая раздражительность
- б. Чувство апатии или безразличия
- в. Мышечное напряжение
- г. Тошнота или неприятные ощущения в эпигастрии

4. Какой из перечисленных признаков с наибольшей вероятностью указывает на наличие у пациента выраженной тревоги?

- а. Замедленная речь
- б. Неряшливый внешний вид
- в. Нетерпеливость, раздражительность
- г. Немногословность, скрытность

5. Какой из опросников можно использовать для диагностики тревожных расстройств?

- а. Шкала Шихана
- б. PHQ-9
- в. MMSE
- г. PHQ-2

6. Какой из признаков указывает на безусловную необходимость направить пациента с тревожным расстройством на консультацию к психиатру?

- а. Выраженная бессонница
- б. Жалобы на чувство нереальности окружающего мира
- в. Систематический длительный прием бензодиазепиновых транквилизаторов
- г. Явления диспсихофобии (страх сойти с ума во время усиления тревоги)

7. Какое из утверждений касательно терапии тревожных расстройств в первичной медицинской сети является верным?

- а. Большинству пациентов достаточно назначить краткосрочный (3-7 дней) курс бензодиазепиновых транквилизаторов для существенного улучшения самочувствия
- б. Монотерапия антидепрессантами из группы СИОЗС является тактикой выбора
- в. Большинство пациентов нуждается в терапии комбинацией СИОЗС и бензодиазепинового транквилизатора на протяжении не менее чем 4 месяцев
- г. Оптимальной тактикой является длительная терапия при помощи антидепрессантов из группы СИОЗС в сочетании с кратким курсом бензодиазепиновых транквилизаторов

8. Какой препарат не относится к первой линии терапии тревожных расстройств?

- а. Пароксетин
- б. Гидроксизин
- в. Флувоксамин
- г. Этифоксин

9. Какой класс противотревожных препаратов оказывает наиболее выраженное и быстрое транквилизирующее действие?

- а. СИОЗС
- б. Бензодиазепиновые транквилизаторы
- в. Антипсихотики
- г. $\alpha 2\delta$ -лиганды (габапентиноиды)

10. Какой из перечисленных препаратов наименее эффективен при выраженной тревоге?

- а. Прегабалин
- б. Кветиапин
- в. Гидроксизин
- г. Фензепам

Модуль IV «Соматоформные расстройства»

1. Какое из перечисленных расстройств не относится к соматоформным?

- а. Ипохондрическое расстройство
- б. Нервная анорексия
- в. Соматизированное расстройство
- г. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

2. Какое из перечисленных утверждений верно?

- а. Соматоформные расстройства не являются самостоятельной диагностической категорией, выступая лишь в качестве симптома аффективных и тревожных расстройств
- б. Соматоформные расстройства встречаются крайне редко и диагностируются лишь в казуистических случаях
- в. У некоторых пациентов соматоформные жалобы не имеют самостоятельного значения и наблюдаются в рамках тревожных расстройств и депрессий
- г. Не существует ни одного лекарственного препарата, который был бы эффективен при соматоформных расстройствах

3. Вариант соматоформного расстройства, при котором на первый план выходят неприятные ощущения в области сердца, лабильность ЧСС и страх смерти от остановки сердца также называется:

- а. Синдром Мюнхгаузена
- б. Синдром Аспергера
- в. Синдром Де Сильва
- г. Синдром Да Коста

4. Что из перечисленного верно?

- а. Соматоформные расстройства должны лечиться исключительно психотерапевтически
- б. Препаратом выбора при терапии соматоформных расстройств являются антидепрессанты класса СИОЗС
- в. Терапия соматоформных расстройств имеет в целом невысокий уровень доказательности, однако практический опыт свидетельствует в пользу клинической эффективности некоторых антидепрессантов, антипсихотиков и антиконвульсантов
- г. Для терапии соматоформных расстройств в большинстве случаев достаточно краткого курса бензодиазепиновых транквилизаторов

5. Какой препарат является предпочтительным у соматически и неврологически здорового пациента 35 лет с жалобами на тревогу за здоровье, мучительный кожный зуд, эпизоды одышки и нарушения сна по типу частых пробуждений?

- а. Кветиапин
- б. Амитриптилин
- в. Габапентин
- г. Эсциталопрам

Модуль V «Синдром хронической усталости»

1. Какое психическое расстройство является фактическим синонимом синдрома хронической усталости?

- а. Апатическая депрессия
- б. Неврастения
- в. Ипохондрическое расстройство
- г. Соматизированное расстройство

2. Какой из перечисленных симптомов является проявлением когнитивной астении?

- а. Забывчивость
- б. Вялость
- в. Нарушения ориентировки в пространстве и времени
- г. Чувство нереальности окружающего мира

3. Характерными проявлениями гиперестетической астении является все перечисленное, кроме:

- а. Плаксивость и раздражительность при незначительных психических нагрузках
- б. Повышенная чувствительность к яркому свету и звуку
- в. Чуткий сон с пробуждениями
- г. Чувство мышечной слабости

4. С каким психическим расстройством в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз при наличии у пациента признаков синдрома хронической усталости?

- а. Ипохондрическое расстройство
- б. Соматизированное расстройством
- в. Депрессия
- г. Шизофрения

5. Какой из перечисленных препаратов обладает наименьшим активирующим действием?

- а. Эсциталопрам
- б. Флуоксетин
- в. Миртазапин
- г. Вортиоксетин

Модуль VI «Расстройства адаптации»

1. Какой тип расстройства адаптации не выделяется в МКБ-10?

- а. Расстройство адаптации с депрессивными симптомами
- б. Расстройство адаптации с тревожными симптомами
- в. Расстройство адаптации с соматоформными симптомами
- г. Расстройство адаптации с преобладанием нарушений поведения

2. На фоне какого психотравмирующего события менее всего характерно развитие расстройства адаптации?

- а. Выявление на профилактическом осмотре злокачественного новообразования
- б. Потеря работы
- в. Самоизоляция в условиях пандемии высококонтагиозной респираторной инфекции
- г. Получение множественных пулевых ранений во время участия в боевых действиях

3. Расстройство адаптации развивается преимущественно в результате

- а. Существенного изменения жизненных обстоятельств
- б. Участия в боевых действиях
- в. Тяжелой психической травмы
- г. При длительном существовании к экстремально некомфортных условиях (голод, постоянный риск для жизни и т. д.)

4. Что из перечисленного верно в наибольшей степени?

- а. Вне зависимости от клинической картины, все пациенты с расстройствами адаптации нуждаются в сходном лечении в связи с общей этиологией
- б. Препараты из группы антидепрессантов допустимо назначать лишь в том случае, если состояние пациента в полной мере отвечает критериям депрессивного эпизода
- в. В связи с психогенным характером, расстройства адаптации следует лечить исключительно при помощи психотерапии и реабилитационных мероприятий
- г. Дифференцированное назначение психофармакологических агентов (с учетом клинической картины) позволяет существенно улучшить самочувствие пациентов с расстройствами адаптации

5. Какой препарат является наиболее предпочтительным для назначения пациентке 50 лет без существенной соматической отягощенности, которая на фоне самоизоляции по поводу коронавируса и связанных с этим финансовых проблем испытывает чувство бессилия, равнодушия, безрадостности, отсутствия побуждений.

- а. Амитриптилин
- б. Вортиоксетин
- в. Сульпирид
- г. Перициазин

Модуль VII «Бредовые психозы в общей медицине»

1. Укажите наиболее корректное определение бреда

- а. Ошибочное суждение о каких-либо фактах, связанное с недостатком знаний
- б. Вера в то, чего на самом деле не существует (телепатия, плоская земля и т. д.)
- в. Страстная увлеченность каким-то одним делом или убеждением
- г. Патологическая некорректируемая идея или группа идей, которые занимают ведущее положение в сознании больного и определяют его поведение

2. К косвенным признакам наличия бредового психоза относится все перечисленное, кроме

- а. Ускоренная речь
- б. Трудноперебиваемая речь в форме монолога
- в. Неряшливый внешний вид, странная одежда
- г. Длительные споры с врачом, раздражение при попытках переубеждения

3. Бредовая убежденность в том, что желудочно-кишечный тракт заражен неизвестным видом паразитов называется:

- а. Ипохондрическим бредом
- б. Энтерозойным бредом
- в. Дисморфическим бредом
- г. Бредом приписанной болезни

4. Безусловным показанием для вызова психиатрической бригады СМП является:

- а. Наличие слуховых галлюцинация приказывающего характера
- б. Убежденность пациента в том, что его тело населено паразитами
- в. Жалобы пациента на то, что все люди на улице обсуждают его и посмеиваются над определенными внешними недостатками
- г. Неряшливый внешний вид и несоблюдение правил гигиены

5. Какое из перечисленных ниже утверждений касательно пациентов с бредовыми психозами неверно?

- а. Попытки спора с бредовыми больными бессмысленны и лишь приводят к дополнительному раздражению и усилению агрессии
- б. Попытки убедить бредового больного лечиться у психиатра крайне редко оказываются успешными
- в. При большой тяжести психотического состояния врач общей практики имеет право вызвать психиатрическую бригаду СМП на себя
- г. Лечение бредовых расстройств врачом общей практики малоэффективно и потому не рекомендовано

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Модуль I. «Организация помощи пациентам с психическими расстройствами в общей медицинской практике»

1.	<i>в</i>
2.	<i>б</i>
3.	<i>а</i>
4.	<i>б</i>
5.	<i>б</i>

Модуль II. «Депрессии»

1.	<i>в</i>
2.	<i>б</i>
3.	<i>з</i>
4.	<i>в</i>
5.	<i>а</i>
6.	<i>з</i>
7.	<i>а</i>
8.	<i>в</i>
9.	<i>а</i>
10.	<i>з</i>

Модуль III. «Тревожные расстройства»

1.	<i>а</i>
2.	<i>б</i>
3.	<i>б</i>
4.	<i>в</i>
5.	<i>а</i>
6.	<i>в</i>
7.	<i>г</i>
8.	<i>б</i>
9.	<i>б</i>
10.	<i>в</i>

Модуль IV. «Соматоформные расстройства»

1.	<i>б</i>
2.	<i>в</i>
3.	<i>г</i>
4.	<i>в</i>
5.	<i>а</i>

Модуль V. «Синдром хронической усталости»

1.	<i>б</i>
2.	<i>а</i>
3.	<i>г</i>
4.	<i>в</i>
5.	<i>в</i>

Модуль VI. «Расстройства адаптации»

1.	<i>в</i>
2.	<i>г</i>
3.	<i>а</i>
4.	<i>г</i>
5.	<i>б</i>

Модуль VII. «Бредовые психозы в общей медицине»

1.	<i>г</i>
2.	<i>а</i>
3.	<i>б</i>
4.	<i>а</i>
5.	<i>б</i>

Рекомендованная литература

1. Психосоматические расстройства: Руководство для практических врачей / Под ред. акад. А. Б. Смулевича. – Москва: МЕД-пресс-информ, 2019 г. – 496 с.: ил.
2. Депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство – клинические рекомендации / Российское общество психиатров, 2019 г. – 67 с.
3. Паническое расстройство – клинические рекомендации / Российское общество психиатров, 2019 г. – 103 с.
4. Генерализованное тревожное расстройство – клинические рекомендации / Российское общество психиатров, 2019 г. – 84 с.
5. Проект рекомендаций: «Диагностика и терапия тревожных и соматоформных расстройств у больных кардиологического профиля» / Смулевич А.Б., Волель Б.А., Трошина Д.В., Копылов Ф.Ю., 2018 г. – 81 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ. ОСНОВНЫЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ.

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (hospital anxiety and depression scale; HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе

- 3 - все время
- 2 - часто
- 1 - время от времени, иногда
- 0 - совсем не испытываю

2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться

- 3 - определенно это так, и страх очень велик
- 2 - да, это так, но страх не очень велик
- 1 - иногда, но это меня не беспокоит
- 0 - совсем не испытываю

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове

- 3 - постоянно
- 2 - большую часть времени
- 1 - время от времени и не так часто
- 0 - только иногда

4. Я легко могу присесть и расслабиться

- 0 - определенно, это так
- 1 - наверно, это так
- 2 - лишь изредка, это так
- 3 - совсем не могу

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

- 0 - совсем не испытываю
- 1 - иногда
- 2 - часто
- 3 - очень часто

6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться

- 3 - определенно, это так
- 2 - наверно, это так
- 1 - лишь в некоторой степени, это так
- 0 - совсем не испытываю

7. У меня бывает внезапное чувство паники

- 3 - очень часто
- 2 - довольно часто
- 1 - не так уж часто
- 0 - совсем не бывает

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

- 0 - определенно, это так
- 1 - наверное, это так
- 2 - лишь в очень малой степени, это так
- 3 - это совсем не так

2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

- 0 - определенно, это так
- 1 - наверное, это так
- 2 - лишь в очень малой степени, это так
- 3 - совсем не способен

3. Я испытываю бодрость

- 3 - совсем не испытываю
- 2 - очень редко
- 1 - иногда
- 0 - практически все время

4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

- 3 - практически все время
- 2 - часто
- 1 - иногда
- 0 - совсем нет

5. Я не слежу за своей внешностью

- 3 - определенно, это так
- 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени
- 0 - я слежу за собой так же, как и раньше

6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения

- 0 - точно так же, как и обычно
- 1 - да, но не в той степени, как раньше
- 2 - значительно меньше, чем обычно
- 3 - совсем так не считаю

7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

- 0 - часто
- 1 - иногда
- 2 - редко
- 3 - очень редко

Результаты по каждой части оцениваются отдельно.

Интерпретация:

- 0-7 баллов – нет тревоги или депрессии
- 8-10 баллов – субклинический выраженная тревога/депрессия
- 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия

Опросник здоровья пациента-9 (оценка степени тяжести депрессии);

Пациента просят ответить на вопросы : «Беспокоили ли вас следующие проблемы в течение последних двух недель».

Каждый вопрос имеет четыре возможных ответа и оценку в баллах:

- ☐ Не каждый день (0 баллов),
- ☐ Несколько дней (1 балл),
- ☐ Более чем в половине дней (2 балла),
- ☐ Почти каждый день (3 балла).

В последние две недели, вы испытывали:

1. Отсутствие интереса к происходящим событиям?
2. Безразличие, подавленность?
3. Проблемы с засыпанием, бессонница, наоборот спали слишком много?
4. Чувство усталости или упадок сил?
5. Отсутствие аппетита или переедание?
6. Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью?
7. Трудно сосредоточиться на чтение или просмотре телевизора?
8. Двигаетесь или говорите необыкновенно медленно (заторможенность), или наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно?
9. Мысли о самоубийстве, или причинении себе вреда?

Интерпретация результатов

Общий балл

- 1-4 Минимальная депрессия
- 5-9 Легкая депрессия
- 10-14 Умеренная депрессия
- 15-19 Тяжелая депрессия
- 20-27 Крайне тяжелая депрессия

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ БЕКА (BECK DEPRESSION INVENTORY; BDI);

Инструкция. В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ.

Присвойте себе балл, который находится у ответа к которому вы склоняетесь. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то суммируйте баллы обоих вариантов ответа. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе.

1 ВОПРОС

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
- 1 Я расстроен.
- 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
- 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2 ВОПРОС

- 0 Я не тревожусь о своем будущем.
- 1 Я чувствую, что озадачен будущим.
- 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
- 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3 ВОПРОС

- 0 Я не чувствую себя неудачником.
- 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
- 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
- 3 Я чувствую, что как личность я — полный неудачник.

4 ВОПРОС

- 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
- 3 Я полностью не удовлетворен жизнью и мне все надоело.

5 ВОПРОС

- 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
- 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
- 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
- 3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6 ВОПРОС

- 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
- 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
- 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
- 3 Я чувствую себя уже наказанным.

7 ВОПРОС

- 0 Я не разочаровался в себе.
- 1 Я разочаровался в себе.
- 2 Я себе противен.
- 3 Я себя ненавижу.

8 ВОПРОС

- 0 Я знаю, что я не хуже других.
- 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
- 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
- 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9 ВОПРОС

- 0 Я никогда не думал покончить с собой.
- 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
- 2 Я хотел бы покончить с собой.
- 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10 ВОПРОС

- 0 Я плачу не больше, чем обычно.
- 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
- 2 Теперь я все время плачу.
- 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11 ВОПРОС

- 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
- 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
- 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
- 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12 ВОПРОС

- 0 Я не утратил интереса к другим людям.
- 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
- 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
- 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13 ВОПРОС

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
- 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
- 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
- 3 Я больше не могу принимать решения.

14 ВОПРОС

- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
- 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15 ВОПРОС

- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
- 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
- 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16 ВОПРОС

- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
- 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
- 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
- 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17 ВОПРОС

- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
- 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
- 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
- 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18 ВОПРОС

- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
- 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
- 3 У меня вообще нет аппетита.

19 ВОПРОС

- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
- 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
- 2 Я потерял более 5 кг.
- 3 Я потерял более 7 кг.

20 ВОПРОС

- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
- 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
- 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
- 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21 ВОПРОС

- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к близости.
- 1 Меня меньше занимают проблемы близости, чем раньше.
- 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь межполовыми отношениями, чем раньше.
- 3 Я полностью утратил либидо интерес.

ШКАЛА ТРЕВОГИ БЕКА (BECK ANXIETY INVENTORY; BAI)

Инструкция: Данный список содержит наиболее распространенные симптомы тревоги. Пожалуйста, тщательно изучите каждый пункт. Отметьте, насколько Вас беспокоил каждый из этих симптомов в течение ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ, включая сегодняшний день, поставив крестик в соответствующей колонке справа.

Симптом	Совсем не беспокоил (0)	Слегка. Не слишком меня беспокоил (1)	Умеренно. Это было неприятно, но я мог это переносить (2)	Очень сильно. Я с трудом мог это выносить (3)
1. Ощущение онемения или покалывания в теле				
2. Ощущение жары				
3. Дрожь в ногах				
4. Неспособность расслабиться				
5. Страх, что произойдет самое плохое				
6. Головокружение или ощущение легкости в голове				
7. Ускоренное сердцебиение				
8. Неустойчивость				
9. Ощущение ужаса				
10. Нервозность				
11. Дрожь в руках				
12. Ощущение удушья				

13. Шаткость походки				
14. Страх утраты контроля				
15. Затрудненность дыхания				
16. Страх смерти				
17. Испуг				
18. Желудочно-кишечные расстройства				
19. Обмороки				
20. Приливы крови к лицу				
21. Усиление потоотделения (не связанное с жарой)				

Интерпретация

Подсчёт производится простым суммированием баллов по всем пунктам шкалы.

Значение до 21 балла включительно свидетельствует о незначительном уровне тревоги.

Значение от 22 до 35 баллов означает среднюю выраженность тревоги

Значение выше 36 баллов (при максимуме в 63 балла) свидетельствует об очень высокой тревоге.

ШКАЛА ТРЕВОГИ ШИХАНА
(SHEEHAN ANXIETY RATING SCALE; SHARS);

В течение последней недели, насколько Вас беспокоили...	Нет (0)	Немного (1)	Умеренно (2)	Сильно (3)	Крайне сильно (4)
1. Затруднение на вдохе, нехватка воздуха или учащённое дыхание					
2. Ощущение удушья или комка в горле					
3. Сердце скачет, колотится, готово выскочить из груди					
4. Загрудинная боль, неприятное чувство сдавления в груди					
5. Профузная потливость (пот градом)					
6. Слабость, приступы дурноты, головокружения					
7. "Ватные, "не свои" ноги					
8. Ощущение неустойчивости или потери равновесия					
9. Тошнота или неприятные ощущения в животе					
10. Ощущение того, что всё окружающее становится странным, нереальным, туманным или отстранённым					
11. Ощущение, что всё плывёт, "нахожусь вне тела"					
12. Покалывание или онемение в разных частях тела					

13. Приливы жара или озноба					
14. Дрожь (тремор)					
15. Страх смерти или того, что сейчас может произойти что-то ужасное					
16. Страх сойти с ума или потери самообладания					
17. Внезапные приступы тревоги, сопровожающиеся тремь или более из вышеперечисленных признаков, возникающие непосредственно перед и при попадании в ситуацию, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ					
18. Внезапные неожиданные приступы тревоги, сопровожающиеся тремь или более из выше перечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода (т.е., когда Вы НЕ находитесь в ситуации, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ)					

19. Внезапные неожиданные приступы, сопровождающиеся только одним или двумя из вышеперечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода (т.е. , когда Вы НЕ находитесь в ситуации, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ)					
20. Периоды тревоги, нарастающей по мере того, как Вы готовитесь сделать что-то, что, по Вашему опыту, может вызвать тревогу, причём более сильную, чем ту, что в таких случаях испытывает большинство людей					
21. Избегание пугающих вас ситуаций					
22. Состояние зависимости от других людей					
23. Напряжённость и неспособность расслабиться					
24. Тревога, "нервозность", беспокойство					
25. Приступы повышенной чувствительности к звуку, свету и прикосновению					
26. Приступы поноса					
27. Чрезмерное беспокойство о собственном здоровье					

28. Ощущение усталости, слабости и повышенной истощаемости					
29. Головные боли или боли в шее					
30. Трудности засыпания					
31. Просыпания среди ночи или беспокойный сон					
32. Неожиданные периоды депрессии, возникающие по незначительным поводам или без повода					
33. Перепады настроения и эмоций, которые в основном зависят от того, что происходит вокруг Вас					
34. Повторяющиеся и неотступные представления, мысли, импульсы или образы, которые Вам кажутся тягостными, противными, бессмысленными или отталивающими					
35. Повторение одного и того же действия как ритуала, например, повторные перепроверки, перемывание и пересчёт при отсутствии в этом действии необходимости					

Интерпретация

Общий балл по шкале равен сумме баллов всех пунктов. Таким образом, общий балл может изменяться от 0 до 140.

0-30 — отсутствие клинически выраженной тревоги,

30-80 — клинически выраженная тревога,

80 и выше — тяжелое тревожное расстройство.

ШКАЛА ОЦЕНКИ УСТАЛОСТИ (FATIGUE ASSESSMENT SCALE; FAS)

Следующие десять положений относятся к Вашему обычному, повседневному самочувствию. По каждому положению Вы можете выбрать одну из пяти категорий ответов, варьирующих от «Никогда» до «Всегда».

Пожалуйста, дайте ответ на каждый вопрос, даже если вы не имеете каких-либо жалоб на данный момент.

1. Никогда
2. Иногда (примерно раз в месяц или реже)
3. Регулярно (примерно несколько раз в месяц)
4. Часто (примерно еженедельно) и
5. Всегда (примерно каждый день)

	Никогда (1)	Иногда (2)	Регулярно (3)	Часто (4)	Всегда (5)
1. Меня беспокоит усталость					
2. Я устаю очень быстро					
3. Я не могу сделать многое в течение дня					
4. У меня достаточно энергии для повседневной жизни					
5. Физически я чувствую себя изнурённым					
6. У меня есть проблемы с тем, чтобы что-то начать делать					
7. У меня проблемы с ясностью мышления					
8. У меня нет никакого желания делать что-нибудь					
9. Я чувствую себя умственно истощённым					
10. Когда я что-то делаю, я могу достаточно хорошо сконцентрироваться					

Интерпретация:

результат получается от общего сложения результатов по всем 10 вопросам.

10-21 балл – нет астении

22-30 баллов – субклинически выраженная астения

>31 балла – клинически выраженная астения

СУБЪЕКТИВНАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ АСТЕНИИ
(MULTIDIMENSIONAL FATIGUE INVENTORY; MFI)

Оцените ваше самочувствие. Для каждого утверждения оцените степень его применимости к своему состоянию по пятибалльной шкале.

1. Я чувствую себя здоровым

Да, это правда - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Нет, это неправда

2. Физически я мало на что способен

Да, это правда - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - Нет, это неправда

3. Я чувствую себя активным

Да, это правда - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Нет, это неправда

4. Все, что я делаю, доставляет мне удовольствие

Да, это правда - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Нет, это неправда

5. Я чувствую себя усталым

Да, это правда - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - Нет, это неправда

6. Мне кажется, я многое успеваю за день

Да, это правда - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Нет, это неправда

7. Когда я занимаюсь чем-либо, я могу сконцентрироваться на этом

Да, это правда - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Нет, это неправда

8. Физически я способен на многое

Да, это правда - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Нет, это неправда

9. Я боюсь дел, которые мне необходимо сделать

Да, это правда - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - Нет, это неправда

10. Я думаю, что за день выполняю очень мало дел

Да, это правда - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - Нет, это неправда

11. Я могу хорошо концентрировать внимание

Да, это правда - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Нет, это неправда

12. Я чувствую себя отдохнувшим

Да, это правда - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Нет, это неправда

13. Мне требуется много усилий для концентрации внимания

Да, это правда - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - Нет, это неправда

14. Физически я чувствую себя в плохом состоянии

Да, это правда - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - Нет, это неправда

15. У меня много планов

Да, это правда - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Нет, это неправда

16. Я быстро устаю

Да, это правда - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - Нет, это неправда

17. Я очень мало успеваю сделать

Да, это правда - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 Нет, это неправда

18. Мне кажется, что я ничего не делаю

Да, это правда - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - Нет, это неправда

19. Мои мысли легко рассеиваются

Да, это правда - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - Нет, это неправда

20. Физически я чувствую себя в прекрасном состоянии

Да, это правда - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Нет, это неправда

Интерпретация

20-30 баллов – нет астении

31-40 – субклиническая астения

>40 – клинически выраженная астения

ШКАЛА ОБЩЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ВПЕЧАТЛЕНИЯ
(CLINICAL GLOBAL IMPRESSION, CGI)

Для заметок

1	Здоров
2	Пограничное расстройство
3	Легкое расстройство
4	Умеренно выраженное расстройство
5	Выраженное расстройство
6	Тяжелое расстройство
7	Очень тяжелое расстройство