

Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 23.02.2016 № 121

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) в Україні з позиції забезпечення наступності етапів медичної допомоги. Вперше в розробці УКПМД брали участь представники різних міністерств та відомств, що дозволило погодити запровадження єдиних стандартизованих підходів та врахувати особливості надання медичної допомоги окремим контингентам відповідно до законодавства України. УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Посттравматичний стресовий розлад», з якою можна ознайомитися за посиланням: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та провадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

УКПМД розглядає питання щодо медичної допомоги пацієнтам з гострим стресовим розладом (ГСР) та ПТСР.

В УКПМД зосереджено увагу на організації медичної допомоги пацієнтам в Україні відповідно до міжнародних клінічних настанов:

1. Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2013, що розроблена з урахуванням NICE CG26 «Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care», 2005.

2. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress, 2010.

3. Inter-Agency Standing Committee Guidelines, 2007; European Network for Traumatic Stress Guidelines, TENTS, 2008; The Disaster Mental Health Subcommittee, 2009.

Варто зауважити, що більшість положень щодо лікування ПТСР, які включені до клінічних настанов, мають низький рівень доказовості. Це значною мірою обумовлено методологією проведення рандомізованих клінічних досліджень, зокрема, стосовно немедикаментозних втручань.

Положення УКПМД, які відповідають вимогам доказової медицини, не виключають інші прийнятні методи досягнення кінцевого результату, а їх дотримання не є гарантією успіху у всіх клінічних випадках. Кінцеве рішення щодо вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікуючий лікар з урахуванням отриманих клінічних даних про пацієнта, а також існуючих діагностичних і лікувальних можливостей.

Перелік скорочень, що використовуються у протоколі

АД – антидепресанти	МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я	МРТ – магнітно-резонансна томографія
ГСР – гострий стресовий розлад	ПМД – первинна медична допомога
ДПРО – десенсибілізація та переробка рухом очей	ПТСР – посттравматичний стресовий розлад
ЕЕГ – електроенцефалограма	СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я	ТФ-КПТ – травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія
КМП – клінічний маршрут пацієнтів	УКПМД – Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
КПТ – когнітивно-поведінкова терапія	ЧМТ – черепно-мозкова травма
КТ – комп'ютерна томографія	DSM-5 – Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів (5-е видання)
ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги	РНQ-9 – опитувальник здоров'я пацієнта, 9 запитань
МКХ-10 – Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-е видання)	

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі-терапевти, лікарі-психіатри, лікарі-психіатри дитячі, лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи, психологи та практичні психологи.

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації.

1.2. Коди МКХ-10:

- гостра реакція на стрес (F43.0);
- посттравматичний стресовий розлад (F43.1);
- розлади адаптації (F43.2):
 - короткочасна депресивна реакція (F43.20);
 - пролонгована депресивна реакція (F43.21);
 - змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22);
 - з переважанням емоційних порушень (F43.23);
 - з переважанням порушень поведінки (F43.24);
 - змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25);
 - інші реакції на важкий стрес (F43.8);
 - реакція на важкий стрес, неуточнена (F43.9);

Коди стану або захворювання відповідно до DSM-5:

- гострий стресовий розлад (308.3);
- посттравматичний стресовий розлад (309.81).

1.3. Протокол призначений для лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів судово-психіатричних експертів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів, практичних психологів, психологів, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, медичних сестер

та інших медичних працівників; пацієнтів, які постраждали від психотравмуючих подій, мають гостру реакцію на стрес та розлади адаптації.

1.4. Мета протоколу:

- впровадження медико-організаційних та лікувально-діагностичних підходів, які відповідають положенням доказової медицини, у процес надання медичної допомоги дітям та дорослим з ПТСР в Україні;
- встановлення єдиних вимог щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з даним видом патології відповідно до адаптованої клінічної настанови, що розроблена з урахуванням вітчизняних особливостей організації медичної допомоги та економічної ситуації в країні;
- забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтам з ПТСР;
- обґрунтування оснащення ЗОЗ для надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги пацієнтам із ПТСР (наявність обладнання та інших ресурсів);
- відновлення якості життя пацієнтів із ПТСР.

1.5. Дата складання протоколу – січень 2016 р.

1.6. Дата перегляду протоколу – січень 2019 р.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Кравченко В.В., виконуючий обов'язки директора Медичного департаменту Міністерства охорони здоров'я України (голова);

Пінчук І.Я., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «наркологія, психіатрія», заступник голови з клінічних питань;

Марценковський І.А., керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «дитяча психіатрія», заступник голови з клінічних питань у дітей;

Талаєва Т.В., генеральний директор Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», д.мед.н., професор, заступник голови з координації діяльності мультидисциплінарної робочої групи;

Ліщишина О.М., директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», ст.н.с., к.мед.н., заступник голови з методологічного супроводу;

Болтоносів С.В., лікар-психіатр консультативно-поліклінічного відділення Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;

Бурлачук О.Л., генеральний директор першого українського видавництва психологічних тестів «ОС України»;

Гідзінська І.М., завідувач консультативно-діагностичного центру (КДЦ) терапевтичного відділення КДЦ Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.мед.н.;

Глузман С.Ф., президент Асоціації психіатрів України;

Горова Е.В., заступник начальника управління – начальник відділу контролю якості медичної допомоги управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України;

Грилюк С.М., начальник управління психологічного забезпечення Головного управління по роботі з особовим складом Збройних сил України;

Гурський С.Ю., тимчасово виконуючий обов'язки начальника відділу психологічного забезпечення Департаменту кадрового забезпечення МВС України;

Друзь О.В., головний психіатр Міністерства оборони України;

Зборовський О.М., докторант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.мед.н.;

Зінченко О.М., головний спеціаліст відділу високоспеціалізованої медичної допомоги управління надання медичної допомоги дорослим Медичного департаменту Міністерства охорони здоров'я України, к.мед.н.;

Ісаєнко В.М., старший офіцер – головний психіатр військово-медичного управління Національної гвардії України;

Корнацький В.М., головний лікар, заступник директора з клінічної роботи Державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», д.мед.н., професор;

Ладик-Бризгалова А.К., молодший науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;

Левада О.А., завідувач курсу психіатрії кафедри загальної практики – сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», д.мед.н., доцент;

Лисський І.В., керівник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», д.мед.н., професор;

Марута Н.О., заступник директора з наукової роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», завідувач відділу неврозів та пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», голова Експертної проблемної комісії МОЗ та НАМН України «Психіатрія. Медична психологія», д.мед.н., професор;

Марценковська І.І., провідний науковий співробітник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.мед.н.;

Матвієць Л.Г., асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н.;

Матюха Л.Ф., завідувач кафедри сімейної медицини і амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»;

Михайлов Б.В., завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «медична психологія» та «психотерапія»;

Мороз Г.З., професор кафедри військової загальної практики – сімейної медицини Української військово-медичної академії, головний науковий співробітник Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, д.мед.н., професор;

Погорлий В.В., психотерапевт, ТМО «Психіатрія»;

Сичевський А.С., начальник Центру психологічного забезпечення підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту Державної служби України з надзвичайних ситуацій, к.психол.н.;

Фельдман А., військовий психолог;

Фільц О.О., професор кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор;

Хаустова О.О., завідувач відділу психосоматичної медицини та психотерапії Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н.;

Чабан О.С., завідувач кафедри психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор;

Чижевський С.О., старший офіцер служби Головного управління Національної гвардії України, підполковник;

Шестопалова Л.Ф., керівник відділу медичної психології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», д.психол.н., професор.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Горох Є.Л., начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний МОЗ України», к.т.н.;

Мельник Є.О., начальник відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;

Мігель О.В., завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;

Шилкіна О.О., начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування

Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ; електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: www.moz.gov.ua та на сайті: www.dec.gov.ua.

Рецензенти

Осьодло В.І., начальник кафедри суспільно-гуманітарних наук Національного університету оборони України імені Івана Черняховського, полковник, д.психол.н., професор;

Тімченко О.В., головний науковий співробітник науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології науково-дослідного центру Національного університету цивільного захисту України, д.психол.н., професор;

Юр'єва Л.М., завідувач кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», академік Академії Наук вищої освіти, д.мед.н., професор.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація.

ГСР та ПТСР є психічними розладами, що розвиваються у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (іншої людини) або фізичної недоторканності та обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провину, сором, гнів або емоційне оніміння.

Дані щодо поширеності та захворюваності ПТСР в Україні за офіційними даними МОЗ України сьогодні відсутні.

Доступні дані щодо поширеності та захворюваності ПТСР ґрунтуються в основному на результатах великомасштабних епідеміологічних дослідженнях, проведених в США та Австралії, і обмежені даними щодо дорослих. Частота розвитку ПТСР становить 10-15% серед осіб, які зазнали впливу травматичних подій. У США в процесі епідеміологічних досліджень ПТСР виявили у 15% ветеранів-чоловіків і 9% ветеранів-жінок, які брали участь в бойових діях.

II. Загальна частина

Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10 (ВООЗ, 1992), гостра реакція на стрес (F43.0) – тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів; ПТСР (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні події чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

ГСР та ПТСР – розлади, які мають наступні базові симптоми:

- повторне переживання – нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі, як пітливість, прискорене серцебиття та паніка, при нагадуванні про травмуючу подію;
- уникнення і емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; почуття відстороненості від інших;
- надмірне збудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Крім того, ГСР включає в себе дисоціативні симптоми, такі як відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія.

Основна відмінність між ГСР (308.3) і ПТСР (309.81) в DSM-5 – це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць. ПТСР виникає після ГСР або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 місяців або зрідка – до декількох років. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяців. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом. ПТСР має хвилеподібний перебіг. У більшості випадків пацієнти одужують, але інколи хвороба триває протягом багатьох років після катастрофи і трансформується в хронічну зміну особистості (F62.0).

Важливо врахувати, що за результатами двох великих епідеміологічних досліджень, проведених у США та Австралії, у 85-88% осіб чоловічої статі та у 78-80% жіночої статі з ПТСР були встановлені супутні психіатричні діагнози, що обґрунтовує обов'язкову участь лікаря-психіатра в уточненні діагнозу та визначенні тактики ведення пацієнтів з ПТСР.

Важливе значення має інтегрована медична допомога з комплексною соціальною реабілітацією пацієнтів з ПТСР, із залученням членів сім'ї.

Особливості процесу надання медичної допомоги

Для ефективного впровадження УКПМД «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» у практику надання медичної допомоги лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та у ЗОЗ існує потреба у створенні системи заходів, що включає:

1. Навчання та підвищення поінформованості лікарів, які надають первинну медичну допомогу, з питань діагностики, лікування та реабілітаційних заходів при ПТСР (див. розділ 4, п. 4.1.1.).
2. Організацію взаємодії та координацію служб різного відомчого підпорядкування.
3. Забезпечення наступності етапів медичної допомоги пацієнтам з ПТСР лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та у кожному ЗОЗ шляхом розробки та впровадження ЛПМД, в якому визначено КМП.

4. Інтегрована медична допомога з урахуванням особливостей надання допомоги в кожному відомстві (Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Державна служба України з надзвичайних ситуацій, Національна гвардія України, Національна поліція України тощо).

Лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, діагноз ПТСР має бути підтверджений за результатами комплексного клінічного інтерв'ю, що оцінює всі симптоми, що характеризують ПТСР.

Важливо окреслити ще одне проблемне питання щодо впровадження положень доказової медицини в лікування пацієнтів з ПТСР – обмежена доступність психотерапевтичної допомоги для певних верств населення України, зокрема сільського. Психотерапія має бути основним методом лікування ПТСР, а також використовуватися в комплексі лікування і реабілітації пацієнтів.

III. Основна частина

3.1. Для закладів охорони здоров'я, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, організацій, фахівців та служб, які надають першу психологічну допомогу (табл. 3.1).

3.2. Для закладів охорони здоров'я та лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, які надають ПМД (табл. 3.2).

3.3. Для закладів охорони здоров'я та лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (табл. 3.3).

3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (табл. 3.4).

Таблиця. 3.1. Для закладів охорони здоров'я, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, організацій, фахівців та служб, які надають першу психологічну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілактика	Доведена ефективність та доцільність щодо застосування підходу «першої психологічної допомоги» під час катастрофи чи терористичних актів	<ol style="list-style-type: none"> Проводити професійно-психологічну підготовку, психологічну просвіту окремих категорій осіб, які за своєю професійною діяльністю можуть перебувати в екстремальних ситуаціях, у тому числі працівників правоохоронних органів та військовослужбовців військових формувань, рятувальників тощо, та перед виконанням службово-бойових завдань в екстремальних (бойових) умовах за спеціально розробленими програмами у системі бойової та спеціальної, професійної, службової підготовки окремо по категоріям персоналу. Проводити психоосвітню роботу щодо реагування психіки на важкі психотравмуючі події
2. Перша психологічна допомога	Доведена ефективність та доцільність щодо застосування підходу «першої психологічної допомоги» під час катастрофи чи терористичних актів	<p>У зоні катастроф і терористичних актів працівники сфери екстреної медичної допомоги та психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого реагування на надзвичайні ситуації надають першу психологічну допомогу пацієнтам (див. розділ 4, п. 4.3.), а саме:</p> <ol style="list-style-type: none"> Орієнтуються в ситуації. Ініціюють контакт в ненав'язливий, співчутливий та підтримувальний спосіб. Забезпечують безпеку та фізичний комфорт, емоційну стабілізацію пацієнтів. Визначають нагальні потреби та проблеми пацієнтів. Пропонують практичну допомогу пацієнтам з метою задоволення їх нагальних потреб, допомогу у встановленні зв'язку та отриманні соціальної підтримки. Надають інформацію щодо стратегії подолання стресу. З'єднують пацієнтів із суміжними службам

Таблиця. 3.2. Для закладів охорони здоров'я та лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, які надають ПМД

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілактика	Не існує доказової бази щодо специфічних методів профілактики ПТСР	<ol style="list-style-type: none"> Надати особам, що зазнали впливу травматичних подій, емоційну підтримку, інформацію щодо механізмів впливу стресу на організм та заходів щодо подолання цього впливу; інформацію щодо доступних соціальних послуг та куди необхідно звернутись у разі виникнення психічних розладів та психологічних проблем.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>2. Не проводити заходи формальної психотерапії особам без ПТСР.</p> <p>3. Заборонено використовувати бензодіазепіни, нейролептики та препарати, що містять фенобарбітал, з метою профілактики розвитку ГСР або ПТСР</p>
<p>2. Діагностика</p>	<p>Рекомендовано проводити оцінку наявності ПТСР в осіб групи ризику</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При обстеженні пацієнтів, які звертаються до лікаря з повторюваними неконкретними проблемами з фізичним здоров'ям, рекомендується проводити опитування щодо того, чи зазнала людина будь-яких травматичних подій нещодавно або в минулому, та описати приклади таких подій (була учасником або свідком катастрофи, військових подій, насилля тощо) (див. розділ 4). 2. При проведенні клінічного огляду на амбулаторному прийомі звертати увагу на психологічний стан пацієнта, зокрема, у пацієнтів групи ризику розвитку ПТСР. У разі наявності окремих симптомів для верифікації ПТСР провести анкетне опитування з використанням стандартизованого опитувальника (7 питань) (Додаток 1). 3. Позитивна відповідь на 4 і більше питань дає підстави для формування попереднього синдромального діагнозу: посттравматичний стресовий розлад під питанням. 4. Інформувати пацієнта про те, що виявлені у нього зміни можуть бути проявом реакції на стрес, що потребує спеціалізованої психотерапевтичної / психіатричної допомоги, а також про те, де саме така допомога може бути надана пацієнту. 5. Пацієнтам, які дають позитивну відповідь на запитання № 2 Опитувальника для скринінгу ПТСР (Додаток 1), провести подальше опитування з використанням опитувальника РНҚ-9 (Додаток 1 до УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)») для діагностики можливого депресивного розладу. У разі підтверджуючої суми балів уточнити особливості перебігу депресії, що в цілому дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість. Допомога таким пацієнтам надається у відповідності до УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)». 6. Виявлення пацієнтів, які потребують обов'язкової консультації лікаря-психіатра / лікаря-психіатра дитячого, та направлення до відповідного ЗОЗ (див. розділ 4, п. 4.4). 7. У випадку, якщо пацієнт становить небезпеку для себе або оточуючих – термінове направлення у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу. 8. Зробити запис в медичній карті амбулаторного хворого (Форма 025/о)
<p>3. Лікування</p>	<p>Доведено, що своєчасна адекватна медична допомога при ПТСР в більшості випадках дозволяє досягти значного терапевтичного ефекту, поліпшити якість життя, соціальні функції пацієнта, у т.ч., трудову діяльність, зменшити економічні витрати сім'ї та суспільства цілому</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести консультування пацієнта із роз'ясненням у доступній формі особливостей розвитку, клінічних симптомів і лікування ПТСР. 2. Надати інформацію щодо потенційно несприятливого впливу алкоголю та інших психоактивних речовин на перебіг ПТСР. 3. Надати позитивну інформацію щодо перспектив відновлення здоров'я, необхідних термінів. 4. Надати інформацію про необхідність виконання лікарських рекомендацій. 5. Надати рекомендації щодо необхідності дотримання вимог здорового способу життя, проведення заходів психологічної та соціальної реабілітації.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>6. Надати інформацію щодо можливостей отримання спеціалізованої медичної допомоги.</p> <p>7. Запропонувати пацієнту використання психологічних технік управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо).</p> <p>8. Надати рекомендації щодо немедикаментозного та медикаментозного лікування пацієнтам з ПТСР, які відчувають клінічно значущі симптоми: хронічний біль, безсоння, тривога.</p> <p>9. Відповісти на запитання пацієнта.</p> <p>10. Забезпечити моніторинг ефективності лікування, призначеного спеціалістом ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.</p> <p>11. Проводити моніторинг та лікування пацієнтів, які відмовились від консультації спеціаліста психіатричного профілю.</p> <p>12. За можливості – залучити членів сім'ї пацієнта до обговорення та планування лікування.</p> <p>13. З самого початку лікування необхідно зосередити увагу пацієнта на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Інформувати пацієнта про потенційні переваги психосоціальної реабілітації та давати практичні поради про те, як отримати доступ до відповідної інформації та послуг. Сприяти духовній та соціальній підтримці.</p> <p>14. Ознайомити пацієнта з «Інформаційним листом «Посттравматичний стресовий розлад»» (Додаток 2).</p> <p><i>Бажані</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Залучити пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції: програми психологічної, соціальної та фізичної реабілітації. 2. Надати роздрукований «Інформаційний лист «Посттравматичний стресовий розлад»» (Додаток 2)
<p>3.1. Немедикаментозне лікування</p>	<p>Існують чисельні докази щодо ефективності травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ) і десенсибілізації та переробки рухом очей (ДПРО) у пацієнтів з ПТСР</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Надати інформаційну та емоційну підтримку. 2. Всім пацієнтам рекомендувати дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю. 3. Постійно підтримувати стратегію поведінки, направлену на підвищення прихильності пацієнта до виконання рекомендацій лікаря. <p><i>Бажані</i></p> <p>Запропонувати пацієнту та узгодити з ним інші спеціалізовані та високотехнологічні види психотерапії (терапія вирішення проблем, коротка КПТ). Рішення щодо місця проведення та спеціаліста, який буде проводити конкретний вид психотерапії, приймається разом із пацієнтом</p>
<p>3.2. Фармакотерапія</p>	<p>Існує доказова база доцільності призначення фармакотерапії ПТСР за показаннями. У випадках, коли дорослий пацієнт з ПТСР піддається фармакотерапії антидепресантами (АД), таке лікування необхідно продовжувати протягом, як мінімум, 6 місяців, з урахуванням терапевтичної відповіді</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лікування ПТСР медикаментозними препаратами не повинно використовуватися в якості обов'язкового першочергового лікування для дорослих. 2. У випадках, коли спостерігається значне порушення сну, як доповнення до немедикаментозних методів призначаються снодійні коротким курсом (до 10 днів). Перевагу мають небензодіазепінові препарати (золпідем, зопіклон тощо). У разі довготривалого розладу сну розглянути питання про призначення АД. 3. Препарати з групи селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) є препаратами першого ряду для лікування пацієнтів з ПТСР. Показання до призначення АД пацієнтам з ПТСР – див. розділ 4, п.4.1.5. 4. Вибір АД має бути індивідуальним, базуватися на аналізі клінічного стану пацієнта: характер симптомів, побажання пацієнта і вартості препаратів. Препарати з найбільшою доказовою базою: пароксетин, сертралін.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		5. Провести роз'яснення щодо відсутності звикання та виникнення залежності при лікуванні АД. 6. Надати інформацію щодо відстроченого ефекту початку дії препарату, тривалості курсу лікування, дотримання режиму лікування, симптомів відміни. 7. Надати інформацію щодо потенційної побічної дії препаратів (Додаток 3). 8. Пацієнтам з ознаками вираженої тривоги призначаються АД з групи СІЗЗС довготривало. 9. При наявності показань – тахікардії, м'язового тремору – пацієнтам з ознаками вираженої тривоги призначається неселективний бета-адреноблокатор пропранолол (20-40 мг три рази на добу), з урахуванням протипоказів. 10. Фармакотерапія супутніх захворювань проводиться згідно з відповідними медико-технологічними документами. 11. Інформація щодо фармакотерапії надається в усному та письмовому вигляді
3.3. Моніторинг ефективності та корекція лікування	Існує доказова база доцільності моніторингу пацієнтів із ПТСР для підвищення ефективності лікування.	<i>Моніторинг пацієнтів, яким призначено АД</i> 1. Всім пацієнтам встановлюється дата контрольного огляду через 2 тижні після призначення терапії АД, після цього – кожні 2-4 тижні у перші 3 місяці лікування. 2. При позитивному ефекті лікування подальші контрольні огляди можливо проводити через більш тривалі проміжки часу. 3. Пацієнтам, молодшим 30-ти років, призначається дата контрольного огляду не пізніше, ніж через 1 тиждень після призначення терапії АД (у зв'язку з високим ризиком суїциду у цій віковій групі). 4. Рекомендується встановити регулярний телефонний контакт з пацієнтом (лікарський або сестринський – при наявності відповідної підготовки медичної сестри). 5. З пацієнтами, які не з'явилися на повторний огляд, встановлюється активний зв'язок. 6. Під час огляду та при телефонному контакті проводиться контроль прихильності до лікування, підтримка мотивації та надання рекомендацій. 7. Відміна АД по закінченню курсу лікування проводиться поступово – зменшення дози упродовж 4-х тижнів, при виникненні симптомів відміни – упродовж більш тривалого терміну. 8. Ведеться Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о)

Таблиця. 3.3. Для закладів охорони здоров'я та лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика		
1.1. Клініко-анамnestичний та клініко-психопатологічний методи	Рекомендується, щоб лікар-психіатр при оцінці ПТСР, супутніх захворювань і якості життя керувався методиками, зазначеними в УКПМД	<i>Обов'язкові</i> Основою є застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу. 1. Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я) з урахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-5. 2. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному плані, соматичні

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>захворювання впродовж життя. Звертають увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (у т.ч. зловживання неспсихотропними препаратами); наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні фактори.</p> <p>3. Оцінка з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад, зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство або спроби самогубства), поведінки (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та аддиктивної поведінки.</p> <p>4. Здійснення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму та інші).</p> <p>5. Визначення коморбідності (з депресіями, біполярними розладами, розладами особистості, аддиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями).</p> <p><i>Бажані</i> Клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю та опитувальника симптомів ПТСП (PTSD, CheckList-PCL)</p>
<p>1.2. Психодіагностичний метод</p>	<p>Обсяг психодіагностичного обстеження визначається його метою: постановка діагнозу (оцінка симптомів, синдромів); оцінка відповіді на попередні лікувальні заходи; визначення мішеней психокорекції/психотерапії і ресурсів особистості. Діагностика і втручання повинні розглядатися в контексті часу, що пройшов з моменту травматичної події</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Шкала клінічної діагностики (Clinical-administered PTSD Scale-CAPS-5); 2. Контрольний список ПТСП для DSM- 5 (PCL-5); 3. Контрольний список життєвих подій для DSM-V (LEC-5). <p><i>Бажані</i> За наявності відповідних симптомів:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Госпітальна шкала тривоги і депресії; 2. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D); 3. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A); 4. Пітсбургський опитувальник якості сну. <p>Для визначення мішеней психотерапії/психокорекції:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опитувальник якості життя – FS-36 тощо; 2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R); 3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів E. Neim (в адаптації Л.І. Васермана)
<p>1.3. Методи нейрофізіологічного обстеження та нейровізуалізації</p>	<p>Дані дослідження самі по собі не мають діагностичного значення і можуть використовуватися для диференційної діагностики</p>	<p><i>Бажані</i> (здійснюються за необхідності верифікації органічного ураження головного мозку з метою проведення диференційної діагностики або наявності коморбідної патології органічного походження – ЧМТ, нейроінфекції)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ЕЕГ; 2. КТ або МРТ
2. Лікування		
<p>2.1. Психотерапія та психокорекція</p>	<p>Підставою для початку лікування є порушення соціального функціонування, неефективність наданої первинної медичної допомоги, побажання пацієнта щодо лікування у ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психосвіта як підґрунтя психотерапії / психокорекції; 2. ТФ-КПТ; 3. ДПРО; 4. Встановлення терапевтичного альянсу. <p><i>Бажані</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стрес-менеджмент; 2. Сімейна психотерапія. <ul style="list-style-type: none"> • ТФ-КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів з ГРС – 5-10 сеансів, для пацієнтів з ПТСП – 8-12 сеансів, залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути продовжена (сесійно)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>по 10 сеансів, до 5 сесій, бажано в групових варіантах), якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості та, як наслідок, з проблемами соціальної адаптації, в залежності від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Травмофокусовані втручання не повинні починатися раніше, ніж через два тижні після пережитої травми. • Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі, інші методи психотерапії та психологічної корекції та фармакотерапію. • Групова КПТ (травмофокусована або не травмофокусована), короткотривала та довготривала експозиційна психотерапія, арт-терапія, раціональна психотерапія можуть бути передбачені в якості додаткових, але не повинні розглядатися як альтернатива індивідуальній терапії. • У випадках, коли проблеми зі сном не можуть бути врегульовані за допомогою запевнення та надання першої психологічної допомоги, для дорослих може бути доцільним додаткове застосування фармакотерапії
<p>2.2. Фармако-терапія</p>	<p>Фармакотерапія ПТСР не повинна розглядатися як рутинна терапія першого ряду, замість психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі. Медикаментозне лікування не повинно застосовуватися для лікування ГСР і супутніх симптомів (наприклад, якщо симптоми зберігаються менше 4 тижнів) у дорослих, крім випадків, коли тяжкість розладу людини не може бути врегульована за допомогою тільки психотерапевтичних та психокорекційних методів, особливо при наявності надмірного збудження</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <p>Лікування АД має розглядатися в якості терапії ПТСР у дорослих у тому випадку, коли:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пацієнт не бажає проходити лікування за допомогою психотерапії; • пацієнт не досить стабільний для залучення до психотерапії (ауто/гетероагресивна поведінка); • пацієнт не отримав задовільних результатів від лікування психотерапією; • пацієнт має велику кількість дисоціативних симптомів, які можуть значно посилитися при застосуванні психотерапії. <p>Для осіб, в анамнезі яких були випадки депресії і які мали позитивну реакцію на лікування медикаментозними препаратами, повинно розглядатися питання про призначення АД (див. УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)»).</p> <p>У випадках, коли фармакологічне втручання розглядається в якості лікування для дорослих з ПТСР, повинні вибиратися СІЗЗС як терапія першої лінії, для яких пароксетин та сертралін мають значну доказову базу, або інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну.</p> <p>Інші АД нового покоління (зокрема, міртазапін) і трициклічні АД слід розглядати як препарати другої лінії.</p> <p>У випадках, коли приймається рішення приступити до фармакотерапії, необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини з тим, щоб при необхідності почати допоміжну психотерапію та психокорекцію.</p> <p>У випадках, коли симптоми не реагують адекватно на фармакотерапію, необхідно розглянути наступне:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) збільшити дозування в межах дозволеної норми; б) перейти на альтернативні АД; в) додати атипіві антипсихотики (рисперидон, оланзапін, кветіапін) в якості додаткового препарату; г) тільки в комбінованій терапії (не в монотерапії) відповідно до цільових симптомів додати протисудомні (топірамат, вальпроєва кислота, ламотриджин, прегабалін, бупірон, тразодон), але не бензодіазепіни.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>д) розглянути потенціал для проведення психотерапії та психокорекції.</p> <p>У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування, воно повинно тривати не менше 12 місяців.</p> <p>У разі виникнення ризику суїциду пацієнти повинні, як мінімум, раз на тиждень відвідувати лікаря. Якщо немає суттєвого ризику самогубства, спочатку рекомендується відвідувати лікаря раз на два тижні, а в разі виникнення позитивної динаміки через три місяці після початку лікування – рекомендується скоротити частоту відвідування.</p> <p>Пацієнти з ПТСР з коморбідністю, низькою прихильністю до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, частими госпіталізаціями, які потребують застосування високотехнологічних медичних процедур високої складності, мають бути направлені у ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу.</p>
<p>2.3. Фармакотерапія ПТСР з коморбідною патологією</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь у терапії та/або пов'язана з високим ризиком суїциду, рекомендується мінімізувати суїцидальний ризик та депресивну симптоматику до лікування ПТСР. 2. При сполученні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути можливість лікування двох патологічних станів одночасно. 3. Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (ЧМТ) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами)
<p>2.4. Психосоціальна реабілітація та психоосвіта</p>	<p>Психосоціальна реабілітація може використовуватися в якості додаткової терапії в поєднанні з психотерапією або фармакотерапією.</p> <p>Заходи з реабілітації, які сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, повинні регулярно призначатися на перших етапах лікування, а не відкладатись до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психоосвіта; 2. Тренінг соціальних навичок; 3. Тренінг розв'язання проблем (в тому числі для військових – пов'язаних з бойовим минулим). <p>Бажані</p> <p>Реабілітація має включати психоосвіту людини і членів сім'ї, максимізацію існуючої соціальної підтримки або створення нової, забезпечення отримання професійної підтримки для збереження оптимальних трудової/освітньої продуктивності.</p> <p>З самого початку проведення лікування акцент має бути на заходах професійної, сімейної та соціальної реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності /непрацездатності, пов'язаної з розладами, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.</p> <p>Якщо пацієнт з ПТСР не отримав користі/очікуваного результату від декількох курсів комплексного лікування, необхідно розглянути застосування заходів психосоціальної реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності/непрацездатності, пов'язаної з ПТСР, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.</p> <p>У випадку, коли симптоми ПТСР не зникають протягом трьох і більше місяців, необхідно розглядати психосоціальну реабілітацію як втручання для запобігання або зниження непрацездатності, пов'язаної з розладом</p>
<p>2.5 Інші фізичні методи</p>	<p>Не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів в якості самостійних методів лікування пацієнтів з ПТСР</p>	<p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лікувальна фізкультура; 2. Фізичні вправи (аеробні та анаеробні); 3. Голкорексфлексотерапія; 4. Транскраніальна магнітна стимуляція

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3. Диспансерний нагляд		
	Існує доказова база доцільності моніторингу пацієнтів із ПТСР для підвищення ефективності лікування. Модель ступінчастого догляду спрямована на забезпечення моніторингу осіб, що отримують допомогу, відповідно до тяжкості та складності хворобливого стану. Даний підхід передбачає постійний моніторинг пацієнтів, які є найбільш проблемними, отримують більш інтенсивні втручання, мають підвищений ризик поганої психологічної адаптації	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Спостереження за станом пацієнта на етапі медикаментозної терапії проводиться щоденно впродовж перших двох тижнів, через день впродовж наступних двох тижнів (якщо немає іншої потреби більш інтенсивного спостереження, наприклад при відсутності терапевтичного ефекту, ускладненнях від терапії, коморбідних розладах та ін.), та один раз на тиждень після першого місяця терапії, якщо немає потреби в більш інтенсивному спостереженні. 2. Консультації проводяться з частотою, яку встановлює лікар-психіатр, але не рідше, ніж описане вище. 3. Пацієнтам із ПТСР рекомендовано нагляд (у консультативній або диспансерній групі). 4. При передачі відповідальності за продовження призначень у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, лікар загальної практики-сімейний лікар має отримати чітку рекомендацію щодо плану лікування, дозування ліків та очікуваної тривалості лікування

Таблиця. 3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика		
	Основою комплексної оцінки стану пацієнта є ретельний аналіз, що охоплює відповідну історію життя (у тому числі історію психотравми), сімейний стан, рівень соціального функціонування, професійної працездатності і психічний стан з урахуванням основних дименсій ПТСР, коморбідної психічної патології, суїцидального ризику та якості життя	Використання високотехнологічних методів клініко-психопатологічного та клініко-анамнестичного дослідження (клінічні консилиуми, розбори, технології телемедицини), нейровізуалізації (МРТ, КТ), нейрофізіологічного (ЕЕГ, сомнографія), психодіагностичного, психометричного та психофізіологічного дослідження
1.1. Клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи	Рекомендується, щоб лікар-психіатр при оцінці ПТСР, супутніх захворювань і якості життя керувався доступними науково-обґрунтованими методиками самозвіту та структурованими клінічними інтерв'ю	<p>Обов'язкові</p> <p>Основою є застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я) з урахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв. 2. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному плані, соматичні захворювання впродовж життя. Звертають увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (у т.ч. зловживання непсихотропними препаратами); наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні фактори.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>3. Оцінка з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад, зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство або спроби самогубства), поведінки (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та аддиктивної поведінки.</p> <p>4. Використання структурованого клінічного інтерв'ю (SCID) та шкали клінічної діагностики (CAPS-5).</p> <p>5. Здійснення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму та інші).</p> <p>6. Визначення коморбідності (з депресіями, біполярними розладами, розладами особистості, аддиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями), чинників рецидивування патології, низької прихильності до терапії /при наявності перерахованих вище ознак</p>
<p>1.2. Психодіагностичний метод</p>	<p>Обсяг психодіагностичного обстеження визначається його метою: постановка діагнозу (оцінка симптомів, синдромів); оцінка відповіді на попередні лікувальні заходи; визначення мішеней психокорекції/ психотерапії і ресурсів особистості. Діагностика і втручання повинні розглядатися в контексті часу, що пройшов з моменту травматичної події</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Міссісіпська шкала ПТСР (цивільний або військовий варіант); 2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R); 3. Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R); 4. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D); 5. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A); 6. Методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях» С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.І. Паркер (в адаптації Т.А. Крюкової). <p><i>Бажані</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опитувальник симптомів травми (Trauma Symptom Inventory-TSI); 2. Тест життєстійкості S. Maddi в адаптації Д.А. Леонтьєва, Є.І. Рассказової; 3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів E. Heim (в адаптації Л.І. Васермана); 4. Госпітальна шкала тривоги і депресії; 5. Тест вибору кольору Люшера; 6. Тест AuDIT; 7. Шкала рівня особистісної та реактивної тривожності (Спілбергера-Ханіна); 8. Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник MMPI-2 (Дж. Бучер, В. Далстром, Дж. Грехем, А. Телліджен та Б. Кеммер); 9. Опитувальник для діагностики п'яти факторів особистості Дж. Ховард, П. Медін, Ж. Ховард (в адаптації Л.Ф. Бурлачука, Д.К. Корольова); 10. Набір нейропсихологічних тестів (за А.Р. Лурія); 11. Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA); 12. Пітсбургський опитувальник якості сну; 13. Опитувальник якості життя FS-36 тощо
<p>1.3. Методи нейрофізіологічного обстеження та нейровізуалізації</p>	<p>Здійснюються з метою диференційної діагностики та визначення важкості стану</p>	<p><i>Бажані</i></p> <p>(здійснюються за необхідності проведення диференційної діагностики з неврозподібними станами органічного походження (ЧМТ, нейроінфекції)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. МРТ; 2. КТ; 3. ЕЕГ
<p>1.4. Лабораторні методи</p>		<p>За необхідності імунологічні дослідження, рівень кортизолу, нейротрансмітерів</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
2. Лікування		
2.1. Психотерапія та психокорекція		<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ТФ-КПТ (експозиція та когнітивне реструктурування); 2. ДПРО. <p><i>Бажані</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стрес-менеджмент; 2. Раціональна терапія; 3. Сімейна психотерапія
2.2. Фармако-терапія	<p>При прийнятті рішення використовувати медикаментозне лікування необхідно застосовувати найкращу практику призначення препаратів, у тому числі надання інформації пацієнту до початку лікування, моніторинг та управління побічними ефектами, моніторинг ризику суїциду і відповідну практику відміни або припинення лікування.</p> <p>Роль лікаря в наданні інформації та підтримці є важливим компонентом управління процесом надання допомоги</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На початку терапії рекомендовано оцінити попередню терапію за адекватністю, дозуванням, тривалістю. 2. Медикаментозне лікування не повинно застосовуватися для лікування ГСР і супутніх симптомів (наприклад, якщо симптоми зберігаються менше 4 тижнів) у дорослих, крім випадків, коли тяжкість розладу людини не може бути врегульована за допомогою тільки психотерапевтичних та психокорекційних методів, особливо при наявності надмірного збудження. 3. Для осіб, в анамнезі яких присутні випадки депресії і які мали позитивну реакцію на лікування медикаментозними препаратами, повинно розглядатися питання про призначення АД (див. розділ 4, п. 4.1.5.). 4. У випадках, коли супутні захворювання (наприклад, депресія та тривожні розлади) виражені в досить важкій формі, для того, щоб отримати користь від психотерапії та психокорекції, або у випадку, коли більш швидке усунення симптомів може мати значну клінічну перевагу, необхідно розглянути можливість застосування фармакотерапії, яка має достатню доказову базу для лікування таких захворювань. У випадку, коли пацієнт з ПТСР відповів на медикаментозне лікування, воно повинно тривати не менше 12 місяців до поступового виведення. 5. У випадках, коли фармакологічне втручання розглядається в якості лікування для дорослих з ПТСР, повинні призначатися СІЗЗС (сертралін та пароксетин належать до першої лінії терапії). 6. Інші АД нового покоління (зокрема, міртазапін) слід розглядати як препарати другої лінії. 7. У випадках, коли приймається рішення приступити до фармакотерапії, необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини з тим, щоб при необхідності почати допоміжну психотерапію та психокорекцію. 8. У випадках, коли симптоми не реагують адекватно на фармакотерапію, необхідно розглянути наступне: <ol style="list-style-type: none"> а) збільшити дозування в межах дозволеної норми; б) перейти на альтернативні АД; в) додати рисперидон або оланзапін в якості додаткового препарату; г) розглянути потенціал для проведення психотерапії та психокорекції
2.3. Фармако-терапія ПТСР з коморбідною патологією		<ol style="list-style-type: none"> 1. У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь в терапії та/або пов'язана з високим ризиком суїциду, рекомендується мінімізувати суїцидальний ризик та депресивну симптоматику до лікування ПТСР. 2. При сполученні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути можливість лікування двох патологічних станів одночасно.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		3. Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (ЧМТ) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами)
2.4. Психосоціальна реабілітація та психоосвіта	Психосоціальна реабілітація застосовується разом з іншими заходами. Метою такої реабілітації є скорочення термінів інтеграції в суспільство і поліпшення функціонування, а не зменшення проявів симптомів	<i>Обов'язкові</i> 1. Психоосвіта; 2. Тренінг емоційних реакцій та розв'язання проблем Тренінг розв'язання проблем, пов'язаних з бойовим минулим (для військових) <i>Бажані</i> 1. Арт-терапія; 2. Музикотерапія
2.5. Інші методи	Не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів в якості самостійних методів лікування пацієнтів з ПТСР	<i>Бажані</i> 1. Лікувальна фізкультура; 2. Фізичні вправи (аеробні та анаеробні); 3. Голкорекфлексотерапія; 4. Транскраніальна магнітна стимуляція

IV. Опис етапів медичної допомоги

4.1. Організація надання первинної медичної допомоги пацієнтам із ПТСР у ЗОЗ та лікарями, що проводять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці

4.1.1. Програма підготовки лікарів, які надають первинну медичну допомогу, має включати основні питання:

- засвоєння практичних методів розпізнавання та діагностики ПТСР;
- формування комунікативних навичок для адекватного спілкування з такими пацієнтами;
- ознайомлення із сучасними методами лікування ПТСР – психотерапевтичними та медикаментозними – та особливостями їх використання; попередження надлишкового призначення фармакологічних препаратів, зокрема бензодіазепінів, лікарями, які надають первинну медичну допомогу;
- освоєння психологічних технік управління стресом та навичок психологічного відновлення (можуть використовуватись лікарем загальної практики – сімейним лікарем, якщо немає можливості направити пацієнта до лікаря-психолога чи лікаря-психотерапевта).

Проведення таких занять доцільно організовувати на етапі розробки і впровадження ЛПМД «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

4.1.2. Заходи з організації первинної медичної допомоги

1. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі проводять активне виявлення ПТСР серед пацієнтів групи ризику (див. п. 4.2.).

2. У разі наявності окремих симптомів для верифікації ПТСР у пацієнтів групи ризику використовують стандартизований опитувальник, який включає 7 питань (Додаток 1). Позитивна відповідь на 4 і більше питань вказує на вірогідність ПТСР.

3. У пацієнтів з вірогідністю ПТСР проводиться аналіз суїцидальних намірів – за допомогою запитання «Чи часто упродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?». Пацієнти з високим ризиком суїциду направляються на вторинну медичну допомогу.

4. Обов'язковим компонентом медичної допомоги пацієнту з вірогідністю ПТСР є надання в доступній для нього формі інформації про стан його здоров'я, перебіг захворювання, рекомендації щодо лікування в усній та письмовій формі. Бажано надати пацієнту «Інформаційний лист «Посттравматичний стресовий розлад»» (Додаток 2).

5. До лікаря-психіатра у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу, направляються пацієнти з вірогідністю ПТСР (або лікар-психіатр запрошується на консультацію) для встановлення нозологічного діагнозу.

6. Лікування ПТСР у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, має включати елементи психотерапії (надання інформації, емоційна підтримка, ознайомлення з психологічними техніками управління стресом та навчання навичок психологічного відновлення) та, за необхідності, медикаментозне лікування окремих симптомів. Лікар загальної практики – сімейний лікар може направити пацієнта для немедикаментозних втручань, зокрема психотерапії, до ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.

7. У разі позитивної відповіді на питання № 2 опитувальника для скринінгу ПТСР (Додаток 1), для скринінгу депресивного розладу лікар загальної практики – сімейний лікар проводить подальше опитування пацієнта з використанням опитувальника PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) (Додаток 1 до УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)»). У разі підтверджуючої суми балів він уточнює особливості перебігу депресії, що в цілому дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість. Допомога таким пацієнтам надається у відповідності до УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)». Пацієнтам з ПТСР, в яких виявлена депресія, в першу чергу призначається медикаментозне та немедикаментозне лікування депресії.

8. Пацієнти, в яких виявлена депресія та які мають високий ризик суїциду, направляються у спеціалізований стаціонар терміново.

4.1.3. Виявлення посттравматичного стресового розладу у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу.

Лікарям загальної практики – сімейним лікарям важливо враховувати, що люди з ГСР і ПТСР не завжди звертаються вчасно до лікаря з вираженим занепокоєнням про пережитий травматичний досвід. Часто виникають скарги на перепади настрою, злість, проблеми у відносинах, проблеми зі сном, сексуальні дисфункції чи скарги на загальний фізичний стан, наприклад головний біль, гастроентерологічні проблеми, ревматичні болі і проблеми зі шкірним покривом. Досвід пережитої травматичної події може навіть не бути згаданий. Така проблема виникає, зокрема, при небажанні обговорювати її або звертатися за допомогою. Необхідно також визнати, що існує соціальна стигматизація по відношенню до проблем психічного здоров'я. Страх бути дискримінованим стає перешкодою для деяких людей, і вони замовчують свої симптоми. Крім того, існує стигма щодо деяких форм травматичних подій, наприклад, таких як сексуальне насильство, яка може стати перешкодою для розповіді про свої проблеми. Лікарю, який проводить скринінг ПТСР, необхідно бути чутливим до таких питань і враховувати це в процесі діагностики ПТСР.

РЕКОМЕНДАЦІЯ 1

При обстеженні пацієнтів, які звертаються до лікаря повторно з неконкретними скаргами на фізичне здоров'я, рекомендується проводити опитування щодо того, чи зазнала людина яких-небудь психотравмуючих подій нещодавно або в минулому, й описати приклади таких подій (була учасником або свідком катастрофи, військових подій, насилля тощо).

РЕКОМЕНДАЦІЯ 2

Якщо людина вказує на будь-яку травматичну подію в анамнезі, то рекомендується застосувати інструменти скринінгу ПТСР. У ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, рекомендовано використовувати метод скринінгу, запропонований Бреслау та співавт. (1999) (Додаток 1).

Якщо людина відповідає позитивно на 4 або більше запитання анкети, то найбільш вірогідно буде діагностовано ПТСР.

РЕКОМЕНДАЦІЯ 3

Важливо також зазначити, що існують категорії населення, які можуть бути визначені як схильні до ризику, такі як біженці, або ризик пов'язаний з їх професійною діяльністю, наприклад, співробітники служби порятунку, військові, для яких скринінг може проводитися на більш регулярній основі.

Важливо враховувати, що стресогенна ситуація не обов'язково повинна призводити до ПТСР, а може викликати інші психічні розлади, зокрема, фобії і депресії, що потребують уваги, відповідної діагностики і лікування.

4.1.4. Проведення консультування лікарем загальної практики – сімейним лікарем щодо використання психологічних технік управління стресом.

Застосування заходів з управління стресом у пацієнтів з ПТСР спрямоване на зменшення симптомів збудження й усунення наслідків тривожних симптомів, що впливають на спосіб життя індивіда. Основні компоненти управління стресом, які використовуються у пацієнтів з ПТСР, включають в себе навчання релаксації, управління диханням (антистресове дихання), методи відволікання, які зупиняють негативні думки.

4.1.5. Показання до призначення антидепресантів пацієнтам з ПТСР на первинній медичній допомозі.

Антидепресанти повинні розглядатися в якості лікування ПТСР у дорослих у випадках, коли:

- а) пацієнт не бажає брати участь у психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі;
- б) пацієнт недостатньо стабільний для того, щоб починати психотерапію та психокорекцію, сфокусовану на травмі (в результаті, наприклад, схильності до суїцидальної поведінки) або важкого тривалого побутового стресу (наприклад, побутове насильство);
- в) пацієнт не отримав достатньо хороших результатів від психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі;
- г) пацієнт відчуває велику кількість психологічних симптомів, які можуть значно посилюватися протягом психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі.

4.2. Критерії віднесення пацієнта до групи ризику розвитку ПТСР

Критерії віднесення пацієнта до групи ризику розвитку ПТСР наступні:

- участь у травматичних подіях, таких як катастрофа, війна, сексуальне або фізичне насильство, дорожньо-транспортна пригода, тортури тощо;
- члени сімей учасників екстремальних / травматичних подій.

4.3. Перша психологічна допомога

У зоні катастроф і терористичних актів лікарі швидкої допомоги, працівники сфери психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого реагування на надзвичайні ситуації повинні зорієнтуватися в ситуації та надати пацієнтам першу психологічну допомогу. Вона включає наступні етапи:

1. Встановлення контакту з пацієнтом у ненав'язливій і співчутливій манері. Для цього:

- назвіть себе й опишіть свою роль;
- попросіть дозволу поговорити;
- поясніть цілі розмови;
- запитайте про нагальні потреби.

2. Забезпечення безпеки й фізичного комфорту:

- впевніться, що пацієнт перебуває у фізичній безпеці, допоможіть зробити оточення безпечнішим, розпитайте про потребу в медикаментах чи інших необхідних засобах (окуляри, милиці та інше);

- повідомте інформацію про ситуацію, пошуковорятувальні роботи та/або служби;
 - запропонуйте пацієнту забезпечити собі певний фізичний комфорт (щоб зменшити почуття безпорадності, бажано заохотити його подбати про такі чинники, як їжа, захист від вітру або освітлення);
 - запропонуйте різні форми соціального комфорту та допоможіть зв'язатися з іншими пацієнтами;
 - захистіть пацієнта від додаткових травм і потенційних нагадувань про них.
3. Емоційна стабілізація пацієнтів:
- поважайте бажання пацієнта побути на самоті, дайте йому кілька хвилин, не робіть активних спроб втрутитися, спокійно помовчіть і залишайтеся поряд;
 - скажіть йому, що ви тут, поблизу, якщо будете потрібні, або повернетеся до нього за кілька хвилин;
 - запропонуйте свою підтримку і допоможіть йому зосередити увагу на конкретних почуттях, думках і досяжних цілях;
 - заручіться підтримкою родичів/друзів;
 - відверто поговоріть про його нагальні проблеми або труднощі;
 - надайте інформацію, яка допоможе йому зорієнтуватися в оточенні;
 - попросіть вислухати вас, дивлячись вам в очі;
 - поясніть, де він знаходиться;
 - поговоріть про той аспект ситуації, який знаходиться під контролем, вселяє надію або має позитивний характер;
 - запропонуйте робити повільні і глибокі вдихи та видихи;
 - попросіть назвати п'ять нейтральних речей, що їх він може бачити, чути та відчувати.
4. Збирання інформації – з'ясуйте нагальні потреби та проблеми пацієнтів, що потребують їх вирішення або негайного направлення до спеціалістів:
- характер і тяжкість пережитого досвіду;
 - загибель близької людини;
 - тривоги щодо життєвських обставин і загроз після катастрофи;
 - розлука з близькими або тривога про їхню безпеку;
 - фізична хвороба, психіатричні розлади, потреба в медикаментозному лікуванні;
 - втрати, зазнані в результаті катастрофи;
 - потреби в додаткових допоміжних послугах.
5. Практична допомога пацієнтам, щоб задовольнити їх нагальні потреби:
- уточніть нагальні потреби;
 - обговоріть план дій;
 - посприйте пацієнтам дієво.
6. Встановлення зв'язку із джерелами соціальної підтримки:
- забезпечте зв'язок з основними особами, здатними надати підтримку (родичами тощо);
 - рекомендуйте пацієнтам звертатися за підтримкою до тих, хто зараз є на місці;
 - обговоріть способи пошуку та надання підтримки;
 - підшукайте можливих помічників;
 - поясніть пацієнту, як він може допомогти іншим.
7. Надання інформації щодо стратегії подолання стресу:
- розкажіть пацієнту про стресові реакції та їх подолання;
 - побудуйте розмову навколо індивідуальних реакцій пацієнта;
 - обговоріть можливі негативні та позитивні реакції;
 - уникайте патологізації реакцій;
 - обговоріть негативні та позитивні способи подолання стресових реакцій (зокрема – гніву, пригніченості, порушень сну).

Таблиця. 4.4. Показання до направлення на консультацію до лікаря-психіатра / на госпіталізацію у ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу

Клінічна ситуація	Консультація / Госпіталізація
Високий ризик суїциду, самозневага	Консультація / Госпіталізація
Наявність психотичних симптомів та гострого збудження	Консультація / Госпіталізація
Диференційний розлад (біполярний розлад, зловживання психоактивними речовинами)	Консультація
Тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з ДР)	Консультація
Відсутність ефекту лікування пацієнтів з ПТСР упродовж 4-6 тижнів	Консультація
Погіршення соматичного стану внаслідок терапії, що проводиться	Консультація
Побажання пацієнта	Консультація

8. З'єднання пацієнтів із суміжними службами та з установами, які надавали їм послуги до катастрофи, або які необхідні в даний момент:

- психіатрична допомога;
- медична допомога;
- духовна підтримка;
- дитячі соціальні служби, школи.

Перша психологічна допомога має на меті забезпечити безпеку пацієнта, встановити зв'язок із реабілітаційними ресурсами, послабити стресові реакції, допомогти пацієнту розвинути навички коротко- і довготривалого подолання стресу та зміцнити природну психологічну стійкість пацієнта.

Не рекомендується проводити психологічний дебрифінг на загальній основі, не рекомендується неселективно використовувати психологічний дебрифінг після виникнення потенційно травматичної події. Після потенційно травматичної події рутинні психологічні консультації проводити не рекомендується. Найкращим підходом до надання допомоги людям після отримання ними потенційно травматичного досвіду є практична та емоційна підтримка, заохочення використання адаптивних копінг-стратегій та соціальної підтримки. Пацієнти з ПТСР та депресією, що супроводжується ризиком суїциду або загрозою насильства по відношенню до оточуючих, направляються у спеціалізований стаціонар терміново.

4.4. Показання до направлення на консультацію до лікаря-психіатра / на госпіталізацію у ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (табл. 4.4)

4.5. Алгоритм діагностики та лікування ГСР та ПТСР на вторинній (спеціалізованій) та третинній (високоспеціалізованій) медичній допомозі

Надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам з ГСР та ПТСР передбачає використання високотехнологічних методів клініко-психопатологічного та клініко-анамнестичного дослідження (клінічні консиліуми, розбори, технології телемедицини), нейровізуалізації (МРТ, КТ), нейрофізіологічного (ЕЕГ, соннографія), психодіагностичного, психометричного та психофізіологічного дослідження.

У процесі діагностики береться до уваги все, що стосується історії про травму, історії попередньої травми, самої травматичної події, психічного стану в минулому, до травми і поточного (психічний стан у минулому є особливо важливим у випадках, коли травматичні події

включають в себе сексуальне або фізичне насильство у минулому), наявності та періодичності симптомів ПТСР, а також будь-яких супутніх захворювань (включаючи вживання алкоголю, наркотиків та інших психоактивних речовин). Особлива увага приділяється питанням фізичного здоров'я. Це може включати питання, пов'язані з ушкодженнями, що виникають внаслідок травматичного інциденту і ведуть до зміни ставлення до здоров'я після інциденту, із супутніми патологіями або проблемами, що розвиваються, зі здоров'ям і можливими препаратами, які були прописані для вирішення проблем зі здоров'ям. Також оцінюються інші характеристики якості життя, такі як фізичне здоров'я, сімейне та професійне становище, правовий та фінансовий стан.

ГСР та ПТСР характеризуються чотирма типами симптомів: симптоми повторного переживання травматичної події, такі як нав'язливі спогади чи сни; симптоми уникання, такі як уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних з травматичною подією; симптоми заціпеніння, такі як почуття відстороненості від інших; і симптоми підвищеної збудливості, такі як поганий сон, дратівливість і надмірна настороженість. Є дві ключові відмінності між ГСР та ПТСР. По-перше, на відміну від ПТСР при ГСР особливий акцент ставиться на наявності симптомів дисоціації, а саме відчуття відстороненості та приголомшеності, деперсоналізації і дереалізації. Друга відмінність полягає у тривалості симптомів; ГСР діагностується у період від двох днів до одного місяця після впливу травматичної події, в той час, як ПТСР діагностується в період, як мінімум, одного місяця після травматичної події.

Діагностика ГСР та ПТСР здійснюється відповідно до критеріїв МКХ-10 (рубрика F4).

Діагностичний алгоритм включає також виділення контингенту осіб, які зазнали впливу травмуючих подій, мають симптоми дистресу та відповідають іншим рубрикам МКХ-10:

- проблеми, пов'язані з фізичними факторами зовнішнього середовища (Z58);
- проблеми, пов'язані з труднощами підтримки нормального способу життя (Z73);
- особисті потрясіння, перенесені у дитинстві (Z61.7);
- стресовий стан, що не класифікується в інших рубриках (Z73.3);
- зникнення або смерть члена сім'ї (Z63.4);
- жертва злочину або тероризму (Z65.4);
- жертва стихійного лиха, військових та інших ворожих подій (Z65.5).

Комплекс терапевтичних заходів включає травмофокусовані впливи, які є пріоритетними, фармакотерапію, психосоціальну реабілітацію та інші фізичні методи.

Дорослі з ГСР та ПТСР мають бути забезпечені психотерапевтичним та психокорекційним травмофокусованим втручанням з використанням ТФ-КПТ та ДПРО, що включають експозицію та когнітивне реструктурування. ТФ-КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів з ГСР – 5-10 сеансів, для пацієнтів з ПТСР – 8-12 сеансів залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді (для пацієнтів з коморбідною патологією, тривалою та повторною травмою з нестійким терапевтичним альянсом можуть знадобитися додаткові сеанси).

Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обгрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі (стрес-менеджмент), та фармакотерапії.

Допомога здійснюється мультидисциплінарною командою за участю лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога, психолога, практичного психолога та інших відповідних фахівців. До надання допомоги залучаються волонтери, ветерани-комбатанти, соціальні працівники, члени родин пацієнтів та представники громадських організацій.

Не повинна надаватися перевага фармакологічним засобам перед травмофокусованою терапією, але їх використання може розглядатись в тому випадку, коли людина не готова чи не бажає залучатись або не має доступу до отримання лікування за допомогою травмофокусованої терапії, якщо дані особи мають додаткові проблеми з психічним здоров'ям, такі як депресія, або вони не отримали покращення від застосування травмофокусованої терапії. У випадку застосування фармакологічних засобів, перевага повинна віддаватись СІЗС.

Лікування АД повинно розглядатися як доповнення до психотерапії та психокорекції у дорослих, в яких основні симптоми ПТСР є важкими і перешкоджають пацієнтові отримати користь від психотерапевтичного та психокорекційного втручання.

Лікарям-психіатрам у своїх оцінках слід звернути увагу на наявність та вираженість супутніх захворювань з метою врахування їх можливого впливу на процес і результати лікування.

Заходи з реабілітації, що сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, повинні регулярно призначатися на перших етапах лікування, а не відкладатися до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан.

Така реабілітація має передбачати психоосвіту не тільки самої особи із ПТСР, а й членів її родини, а також максимально можливу соціальну та професійну підтримку для збереження оптимальної трудової / освітньої продуктивності.

4.6. Фармакотерапія посттравматичного стресового розладу з коморбідною патологією

У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь у терапії та/або пов'язана з високим ризиком суїциду, рекомендується мінімізувати суїцидальний ризик та депресивну симптоматику до лікування ПТСР. При сполученні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути можливість лікування двох патологічних станів одночасно. При сполученні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин компоненти лікування ПТСР, сфокусовані на травмі, не повинні застосовуватися, поки особа, яка страждає на ПТСР, не продемонструє здатність керувати розладом без застосування психоактивних речовин та відвідувати терапевтичні сеанси, перебуваючи під впливом алкоголю або наркотиків. У контексті ПТСР і зловживання психотропними препаратами, коли приймається рішення першочергово лікувати залежність від психоактивних речовин, лікування повинно включати інформацію про ПТСР і стратегії боротьби з симптомами ПТСР, а також інформацію про те, як людина може контролювати свою залежність. Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (ЧМТ) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами).

4.7. Організація медичної допомоги військовослужбовцям і працівникам військових формувань та правоохоронних органів, які мають гострий стресовий розлад, розлади адаптації та посттравматичний стресовий розлад

Зазначена допомога надається відповідно до загальної схеми, форм і методів лікування, визначених відповідними медико-технологічними документами (у тому числі щодо здійснення необхідного скринінгу) для дорослих осіб з урахуванням специфіки, притаманної популяції діючих та колишніх військовослужбовців і працівників військових формувань та правоохоронних органів, у тому числі Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Служби безпеки України, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби, Державної фіскальної служби, Служби зовнішньої розвідки, Управління державної охорони.

Допомога безпосередньо здійснюється лікарями загальної практики – сімейними лікарями, лікарями-терапевтами, лікарями-психіатрами, лікарями-психотерапевтами, лікарями-психологами та практичними психологами, іншими спеціалістами відомчих служб медичного та психологічного забезпечення зазначених вище центральних органів виконавчої влади з використанням необхідного обладнання та можливостей відомчих медико-лікувальних, санаторно-курортних закладів, медико-реабілітаційних центрів, а також фахівцями закладів, визначених Державною службою у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції для проведення медико-психологічної реабілітації.

За умов участі пацієнта у військових діях або антитерористичних операціях діагностика здійснюється з використанням військового варіанта Міссісіпської шкали, травмофокусовані впливи

базуються на когнітивному реструктуруванні (в ініціальному періоді психотерапії), до формування терапевтичного альянсу та комплаєнтності залучаються побратими-комбатанти та волонтери.

4.8. Особливості надання медичної допомоги дітям

4.8.1. Діагностика.

Діти дошкільного віку піддаються дії таких потенційно травматичних факторів, як фізичне та сексуальне насильство, емоційна депривація і неналежний догляд з боку групи первинної підтримки (загнущаність), укуси тварин, інвазивні медичні процедури.

Робоча група акцентує увагу на високому рівні травматизації дитячого населення і на тому, що поширеність ПТСР серед дошкільнят значно нижче, ніж у дітей шкільного віку та дорослих.

Результати дослідження продемонстрували, що при використанні більш чутливих критеріїв дітей з ПТСР виявлялося в три-вісім разів більше, ніж при використанні критеріїв МКХ-10 та DSM-IV. Спираючись на ці результати, прийнято рішення не лише змінити критерії ПТСР в DSM-5, але й виділити окремий підтип ПТСР для дітей дошкільного віку. Діагностичні критерії ПТСР для дітей більш старшого віку, підлітків і дорослих, в порівнянні з DSM-IV, майже не змінилися. Різниця між гострим і хронічним ПТСР були усунені, так як існуючих доказів для обґрунтування корисності такої диференціації виявилось недостатньо.

«Розлад реактивної прихильності» і «розгальмований розлад соціальної активності» виділені як розлади формування прихильності між дитиною та сім'єю при травматизації, зумовленій загнущаністю (відсутністю адекватного догляду в дитячому віці).

Для діагностики та типологізації розладів психіки та поведінки, пов'язаних зі стресом у дітей у віці до 18 років, одночасно з критеріями МКХ-10 мають використовуватися діагностичні критерії DSM-5. Мають виділятися наступні діагностичні категорії:

- 1) реактивний розлад прихильності;
- 2) розгальмований розлад соціальної активності;
- 3) ПТСР;
- 4) ПТСР дітей у віці 6 років і молодше;
- 5) гострий стресовий розлад;
- 6) розлад адаптації;
- 7) пов'язані зі стресом тривожні розлади;
- 8) пов'язані зі стресом розлади настрою.

Первинний скринінг проводиться лікарем загальної практики–сімейним лікарем, лікарем-педіатром, лікарем-психіатром дитячим на підставі безпосереднього медичного огляду, клінічних інтерв'ю з дитиною та її батьками, в разі потреби, з іншими особами з групи первинної підтримки з використанням науково-обґрунтованих методів оцінювання.

Обов'язкові дії лікаря включають:

1. Загальний медичний огляд для виявлення поранень, фізичних ушкоджень, ознак фізичного та сексуального насильства.

2. Напівструктуроване інтерв'ю для інвентаризації наслідків травматичних подій – Traumatic Event Sequelae Inventory (TESI).

3. Напівструктуроване інтерв'ю з батьками, вихователями та вчителями дітей у віці 5-17 років, дітей у віці 11-17 років для виявлення симптомів розладів психіки та поведінки та оцінки вірогідності встановлення діагностичних категорій за МКХ-10 та DSM-5 (DAWBA) (www.dawba.com).

4. Бажаним є ретельне оцінювання особливостей дитячої реакції на стрес з використанням формалізованого батьківського звіту про дитячу реакцію на стрес – Parent Report of Child's Reaction to Stress.

Остаточна діагностика проводиться виключно дитячим лікарем-психіатром на підставі клініко-анамнестичного дослідження, інтерв'ю з дитиною, батьками дитини, іншими людьми з групи первинної підтримки дитини з використанням науково-обґрунтованих методів оцінювання.

Діагностика здійснюється шляхом оцінювання за діагностичними критеріями МКХ-10, у віці 6 років і молодше за діагностичними критеріями DSM-5.

Для остаточної діагностики бажане використання спеціальних інструментаріїв для формалізованого оцінювання симптомів травми та коморбідних психічних розладів:

- клінічна шкала ПТСР для дітей та підлітків – Clinician-Administered PTSD Scale for Children & Adolescents (CAPS-CA);
- шкала для оцінювання симптомів травми у дітей – Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC);
- інструментарії для оцінювання коморбідних розладів психіки та поведінки у дітей.

4.8.2. Профілактичні заходи.

Розвиток дитини після її травматизації обумовлює порушення інтеграції сенсорної, емоційної і когнітивної інформації, може призводити до формування реактивної лабільності, що, у свою чергу, стає причиною дисфункціональних відповідей на стресову ситуацію. Заходи вторинної профілактики здійснюються на долікарняному рівні безпосередньо в громаді як заходи первинної психологічної допомоги.

Діти після травматизації можуть мати широкий спектр аномалій розвитку: від затримок розумового розвитку та специфічних розладів розвитку, що створюють проблеми при навчанні (learning disability), до антисоціальної поведінки з агресією, спрямованою на себе та інших, і потребують психолого-педагогічної підтримки.

Заходи вторинної профілактики мають включати заходи, спрямовані на:

- підвищення стійкості до стресу;
- забезпечення безперервності звичного способу життя для дитини;
- активацію підтримки з боку групи первинної підтримки;
- забезпечення корекційно-педагогічного супроводу (в разі потреби);
- психоосвітню роботу з батьками, спрямовану на підвищення ефективності управління поведінкою дитини;
- моніторинг наявності належної підтримки дитини з боку групи її первинної підтримки, виявлення та запобігання випадкам насильства, сексуального насильства в родині.

Залучення батьків, інших законних представників дитини, а також вихователів/вчителів, дуже важливе при роботі з дітьми і підлітками, так як саме вони зазвичай приводять/направляють їх для обстеження та лікування. Крім того, діти – це частина системи (зазвичай сім'ї), тому при обстеженні і лікуванні необхідно брати до уваги всю систему. В разі, якщо люди з групи первинної підтримки дитини не забезпечують належний рівень її життєво необхідних потреб, є джерелом фізичного насильства чи сексуального насильства, дитині має бути створене безпечне середовище з використанням процедур ювенальної юстиції.

4.8.3. Лікування.

Застосовуються переважно методи психологічного лікування, які спираються на принципи наукової доказовості. Спеціалізовані психотерапевтичні втручання проводять лікарі-психологи, лікарі-психотерапевти, психологи, лікарі-психіатри (дитячі), які мають спеціальну підготовку та сертифікацію відповідних професійних асоціацій.

Важливим є залучення до терапії батьків, інших законних представників дитини, а також вихователів/вчителів. В соціально дезадаптованих родин, родин, в яких дитина отримує вторинну травматизацію внаслідок насильства чи сексуального насильства з боку групи первинної підтримки терапії, має передувати створення безпечних умов для дитини, психологічні втручання мають проводитися окремо від батьків.

Фармакологічне лікування в педіатричній практиці має переважно застосовуватися за наявності депресивних та тривожних розладів, а також за наявності порушень, тяжких порушень активності та уваги.

Методи психологічного лікування:

- психоосвітня робота з групою первинної підтримки дитини (недирективне консультування);
- ТФ-КПТ;
- ДПРО;
- управління стресом.

Методи психологічного лікування з обмеженими доказами терапевтичної ефективності:

- групова КПТ;
- психодинамічна терапія;
- дебрифінг.

4.8.4. Лікарські засоби.

СІЗЗС рекомендовані при тривожно-фобічних розладах, obsесивно-компульсивній симптоматиці. Не рекомендовані трициклічні АД та пароксетин.

Бета-блокатори рекомендовані при надмірному психомоторному збудженні.

Альфа-адренергічні агоністи рекомендовані при нічних кошмарах, імпульсивності, гнівливості. Психостимулятори (метилфенідат) рекомендовані при імпульсивності, гнівливості, дисфоріях, які не можуть бути контрольовані методами психологічного лікування.

СІЗЗН рекомендовані при формуванні межового розладу особистості.

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні ЛПМД (КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включені до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою: www.drlz.kiev.ua.

5.1. Для лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, ЗОЗ, які надають ПМД

5.1.1. Кадрові ресурси.

Лікар загальної практики – сімейний лікар, медична сестра загальної практики, лікар-терапевт дільничний, лікар-педіатр дільничний.

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення.

Оснащення: опитувальник для скринінгу ПТСР та РНQ-9.

Лікарські засоби (порядок переліку лікарських засобів не означає пріоритетності їх застосування): золпідем, зопіклон, пароксетин, пропранолол, сертралін.

5.2. Для лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, а також для ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу

5.2.1. Кадрові ресурси.

Лікарі-психіатри, лікарі-психіатри дитячі, лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи, психологи, практичні психологи.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення.

Лікарські засоби (порядок переліку лікарських засобів не означає пріоритетності їх застосування): агомелатин, буспірон, вальпроєва кислота, венлафаксин, дулоксетин, есциталопрам, золпідем, зопіклон, кветіапін, ламотриджин, метилфенідат, міртазапін, оланзапін, пароксетин, прегабалін, пропранолол, рисперидон, селегілін, сертралін, тіанептин, топірамат, тразодон, флувоксамін, флуоксетин, циталопрам.

VI. Індикатори якості медичної допомоги

Форма № 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена Наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.

Форма № 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена Наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 28.04.2012 року за № 661/20974.

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з ПТСР.

6.1.2. Наявність у лікаря, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець, в ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з ПТСР.

6.1.3. Використання Опитувальника для скринінгу ПТСР (Додаток 1) лікарями, які надають первинну медичну допомогу.

6.1.4. Відсоток лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, які пройшли тематичне удосконалення з діагностики та лікування ПТСР на первинній медичній допомозі.

6.1.5. Відсоток пацієнтів з ПТСР, для яких лікуючим лікарем, який надає первинну медичну допомогу, отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з ПТСР.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора: 2016 рік – 90%;

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих

державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з ПТСР (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючим лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Наявність у лікаря, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець, в ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з ПТСР.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора: 2016 рік – 90 %; 2017 рік та подальший період – 100 %.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності ЛПМД ведення пацієнта з ПТСР (наданий екземпляр ЛПМД).

Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючими лікарями, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3. А) Використання опитувальника для скринінгу ПТСР лікарями, які надають первинну медичну допомогу.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікованою оцінкою діагностики ПТСР.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривлення реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, які використовували опитувальники для діагностики ПТСР. Джерелом інформації є записи в первинній медичній документації (Медична карта амбулаторного хворого, Форма 025/о) щодо результатів використання опитувальника для скринінга ПТСР при обстеженні пацієнта лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4. А) Відсоток лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, які пройшли тематичне удосконалення з діагностики та лікування ПТСР на первинній медичній допомозі.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт участі в програмі тематичного удосконалення з діагностики та лікування ПТСР. Джерелом інформації є документ (свідоцтво) з проходження тематичного удосконалення, наданий лікуючим лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.5. А) Відсоток пацієнтів з ПТСР, для яких лікуючим лікарем, який надає первинну медичну допомогу, отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Посттравматичний стресовий розлад».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих хворих, для яких не проводилося медичного огляду лікуючим лікарем, який надає первинну медичну допомогу, протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду хворого, а також наявність або відсутність прогресування захворювання. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікуючий лікар, який надає первинну медичну допомогу, має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги

в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (Форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (Форма 030/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу, шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (Форма 030/0).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, з діагнозом ПТСР.

Джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/0); Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/0).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, з ПТСР, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності або наявності його прогресування. Джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/0); Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/0).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці УКПМД

1. Електронний документ «Адапована клінічна настанова, заснована на доказах «Посттравматичний стресовий розлад», 2016.

2. Закон України «Про психіатричну допомогу».

3. Наказ МОЗ України від 31.03.2015 р. № 183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

4. Наказ МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії».

5. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».

6. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 29.11.2012 р. № 2001/22313.

7. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 р. № 661/20974.

8. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 739 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».

9. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 734 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».

10. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 р. № 127 «Про затвердження примірних таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».

11. Наказ МОЗ України від 17.11.2010 р. № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 147/18885 від 03.02.2011 р.

12. Наказ МОЗ України від 15.04.2008 р. № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» зареєстрований Міністерством юстиції за №577/15268 від 03.07.2008 р.

13. Наказ МОЗ України від 08.10.2007 № 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання», зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 19.10.2007 р. № 1197/14464.

14. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції 12.11.2002 р. № 892/7180.

15. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

VIII. Додатки до УКПМД

Додаток 1

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу

№	Запитання	Варіанти відповіді
1	Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?	так
		ні
2	Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	так
		ні
3	Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?	так
		ні
4	Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	так
		ні
5	Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	так
		ні
6	Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?	так
		ні
7	Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	так
		ні

Дата _____

Примітка. 4 і більше позитивних відповідей вказують на ймовірність ПТСР.

Додаток 2

Інформаційний лист

«Посттравматичний стресовий розлад»

Статистичні дані свідчать, що 50-65 % людей впродовж життя зазнають впливу як мінімум однієї травматичної події, а багато зазнають впливу двох і більше подій, таких як значна катастрофа, війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортна пригода, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або життя іншої людини) і обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Психологічні реакції на стресогенну подію виникають у всіх людей, але можуть відрізнятися за силою вираженості і наслідкам для загального стану. В медичній практиці виділяють гострий стресовий розлад (ГСР) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Основна відмінність між ГСР і ПТСР – це час, що минув з моменту травматичної події. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяці. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців та більше після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом. За даними літератури, частота розвитку ПТСР становить 10-15 % серед осіб, які зазнали впливу травматичних подій. Діти, підлітки, люди похилого віку більш вразливі до появи психопатологічних реакцій на стрес. У жінок частота ПТСР в середньому в 2 рази вища, ніж у чоловіків. Важливо враховувати, що клінічні прояви ПТСР вкрай різноманітні і з часом можуть змінюватися. Перебіг ПТСР хвилеподібний. Характерним є:

- повторне переживання – нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмарні сновидіння; інтенсивні психологічні страждання або такі реакції організму, як пітливість, прискорене серцебиття і паніка при зіткненні із нагадуванням про травмуючу подію;
- уникнення й емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; втрата інтересу до діяльності, яка у минулому приносила радість, відсторонення або відчуження від інших, обмеження емоційної реакції (наприклад: нездатність відчувати радість або щастя);
- перезбудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість.

Може виникати невмотивована агресія, спрямована на випадкових людей, а часто на рідних і близьких. Незрозуміле почуття провини (не виконав місію; не врятував; мав би зараз бути там), почуття недовіри та зради, а також «несправедливості долі»; відчуття відсутності майбутнього тощо. Іноді людина не помічає своїх змін, проте це помічають інші. Оточуючі можуть сприймати людину з ПТСР як таку, яку «підмінили».

Часто люди, в яких є ПТСР, побоюються говорити про свої проблеми – бояться стигматизації по причині звернення за психіатричною допомогою, відчувають сором, намагаються подолати прояви розладу самостійно. На жаль, часто це відбувається за допомогою алкогольних напоїв та наркотичних препаратів, що ще більше посилює прогресування ПТСР.

Необхідно знати, що ПТСР – це медична проблема, що охоплює людину в цілому – фізично, психічно, емоційно та духовно.

Якщо Ви або Ваші близькі зазнали впливу психотравмуючої події та відчуваєте описані вище прояви, дуже важливо вчасно звернутись по допомогу до лікаря. Говорити про свою проблему – значить зробити перший крок на шляху до одужання. Вчасно призначене лікування, яке включає психологічну допомогу і, у разі необхідності, призначення медикаментозних препаратів зменшить страждання і покращить самопочуття, створить умови для повернення до повноцінного життя. Лікування можливе на всіх етапах, але ефективність його більша, якщо призначити його відразу після появи перших симптомів.

Для одужання важливе значення має розуміння того, що процес лікування потребує певного часу і зусиль як від особи з ПТСР, так і від його оточення. Підтримка з боку близьких

дуже важлива. Важливе значення має особиста участь пацієнта з ПТСР та членів сім'ї в плануванні лікування – активне обговорення лікувальних втручань та усвідомлене прийняття рішень. Індивідуально підібране лікування прискорює одужання.

Важливо враховувати досвід інших країн (США, Австралії, Франції тощо) щодо ефективності використання психологічного лікування ПТСР, зокрема, проведення травмофокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії. Розмови про травму – це шлях до одужання. Кількість сеансів визначається лікарем індивідуально. Важливо не уникати цього виду лікування.

Медикаментозна терапія також призначається індивідуально у разі потреби. Особливої уваги потребує лікування супутньої депресії. Лікування депресії, що виникла вперше, може призначити дільничний терапевт або сімейний лікар. Використовують переважно антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Ці препарати, здебільшого, добре переносяться, не викликають залежності та звикання. Потрібно знати, що терапевтичний ефект від препаратів цієї групи настає поступово, переважно, проходить 2-3 тижні до виникнення позитивних змін, тому дуже важливо дотримуватись рекомендацій лікаря щодо режиму прийому препарату, його дози та тривалості курсу лікування і не відмінити препарати самостійно.

Медикаментозного лікування потребують розлади сну і кошмарні сновидіння. Проте призначення має зробити лікар. Не можна приймати препарати за порадою знайомих і родичів, оскільки це може призвести до залежності від них і погіршити перебіг ПТСР.

З самого початку лікування необхідно зосередити увагу на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Наявність симптомів ПТСР не повинна бути перешкодою для професійної та соціальної активності. Досвід військових психологів свідчить, що ПТСР рідко розвивається у людей, які досить швидко включилися в життя соціуму (робота, сім'я, друзі, хобі тощо).

Важливо не уникати участі в програмах психологічної, соціальної та фізичної реабілітації, музикотерапії тощо (за їх наявності). Корисним є опанування психологічними техніками управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо), навчитись відволікатись на позитивні спогади.

Позитивний вплив музики на психологічний стан людини відомий давно і широко використовується в медицині. Щоденне прослуховування класичної, народної музики – тієї, яка викликає позитивні емоції – теж шлях до одужання. Хороший ефект мають медитаційні техніки у поєднанні з музикою.

Важливо дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникати вживання алкоголю.

Поради, які можуть допомогти вийти зі стану стресу:

1. Антистресове дихання. Повільно виконуйте глибокий вдих через ніс; на висоті вдиху на мить затримайте дихання, після чого зробіть видих як можна повільніше. Це заспокійливе дихання. Воно полягає у відносному вкороченні вдиху, подовженні видиху і паузи після нього. Постарайтеся уявити собі, що з кожним глибоким вдихом і тривалим видихом Ви частково позбавляєтеся від стресового напруження.

2. Хвилинка релаксація. Розслабте куточки рота, зволожите губи. Розслабте плечі.

3. Випейте води невеликими ковтками.

4. Якщо є можливість, вийдіть з приміщення, пройдіться, ритмічно дихайте й обов'язково подовжуйте видих: два кроки – вдих, три кроки – видих, пауза.

5. Увімкніть заспокійливу музику, ту, яку Ви любите, якщо є можливість.

6. Поговоріть на яку-небудь абстрактну тему з будь-якою людиною, яка знаходиться поруч. Якщо ж поруч нікого немає, зателефонуйте друзям чи рідним. Це відволікаюча дія, яка здійснюється «тут і зараз» і покликана витіснити з вашої свідомості внутрішній діалог, наповнений стресом.

Важливо враховувати, що співпраця з лікарем та активна участь у лікуванні значно підвищує вірогідність одужання.

Посттравматичний стресовий розлад можна вилікувати!

Додаток 3

Частота виникнення побічних ефектів при лікуванні АД І лінії (згідно з інструкцією для медичного застосування) (таблиця)

Таблиця. Частота виникнення побічних ефектів при лікуванні АД І лінії (згідно з інструкцією для медичного застосування)

	ЦНС				Антихолінергічні			Серцево-судинні				Шлунково-кишкові				Загальні			
	сонливість, седатія, сомноленція	безсоння	головний біль	тремор	сухість у роті	розпливчастий зір	пітливість	затримка сечі	головокружіння / ортостатична гіпотензія	гіпертензія	тахікардія / серцебиття	біль у шлунково-кишковому тракті, дистрес	нудота	блювання	діарея	закреп	занепокоєння / тривога	слабкість / астенія	дерматити / висипка
Циталопрам	Б			А	Б		Б					А	Б	А	А		А	А	
Есциталопрам	А	А			А		А		А			А	Б		А	А	А	А	
Флуоксетин	Б	Б		Б	Б		А					А	Б				Б		А
Флувоксамін	В	Б	В	Б	Б	*	Б	А	Б	*	*	А	В	*	А	Б	В	А	*
Пароксетин	Б	Б	Б	А	Б	А	Б	А	Б	*	*	А	Б	А	Б	Б	А	*	А
Сертралін	Б	Б	В	Б	Б	А	А	А	Б	*	А	А	В	А	Б	А	Б	Б	А
Агомелатин	А	А	А	*	*	*	А	*	А	*	*	А	А	*	А	А	А	А	*
Дулоксетин	А	Б	А	А	Б	А	А	А	А	А	А	А	В	А	А	Б	А	А	*
Міртазапін	Г	*	*	А	Б	*	*	*	А	*	*	*	*	*	*	Б	*	А	*
Селегілін	А	Б	Б	*	А	А	*	*	Б	А	А	А	*	*	А	*	А	А	В
Тіанептин	Б		Б		Б				Б			Б	Б			Б			
Тразодон	В	А	А	А	Б	А	*	А	Б	*	А	Б	*	*	*	А	*	Б	А
Венлафаксин	Б	Б	Б	А	Б	А	Б	А	Б	А	А	А	В	А	А	Б	В	*	А

Примітки: Деякі рівні частоти побічних ефектів можуть бути рівними або менше тих, про які повідомлялося для плацебо. Не включені форми з контрольованим вивільненням; у таких форм частота побічних явищ може бути нижче. А – ≤ 9%, Б – 10-29 %, В – 30-49 %, Г – ≥ 50 %; * – в описі препаратів повідомляється про рівень нижче граничного (≤ 5 %).

*Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.moz.gov.ua*