

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

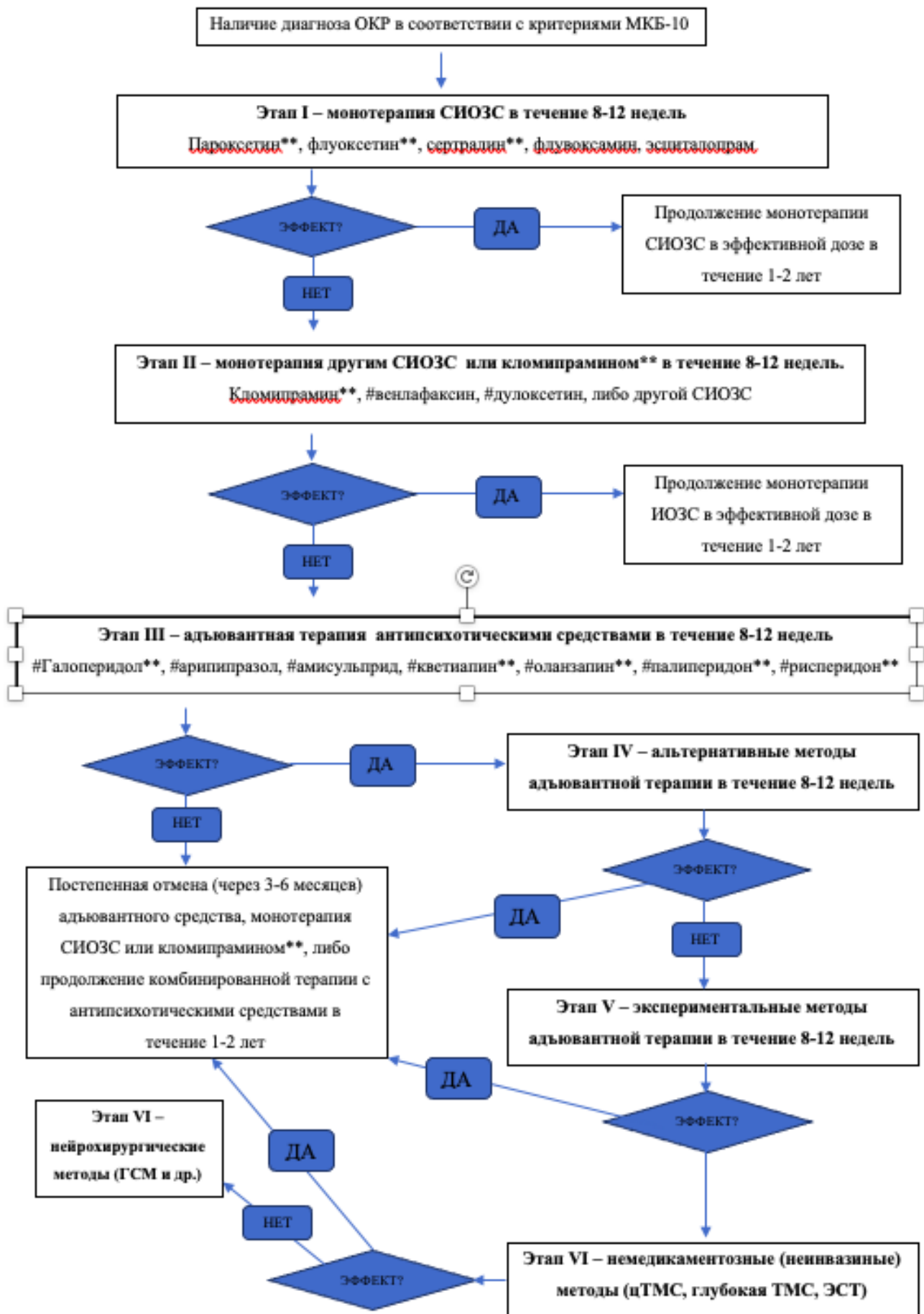
Алгоритм ведения пациентов с ОКР



Алгоритм диагностики ОКР



Алгоритм биологической терапии ОКР



Комментарий: После установления диагноза ОКР, тяжести симптоматики, возраста начала, типологии, симптомов мишеней, коморбидных расстройств, а также оценки эффективности и переносимости предшествующей терапии нужно перейти к Этапу I алгоритма - монотерапии одним из СИОЗС первой линии в течение 8-12 недель.

Используются дозировки СИОЗС, превышающие таковые при других тревожных расстройствах (см. приложение А3). В зависимости от метода терапии необходимо провести оценку эффективности лечения на 14-28-й дни терапии. При отсутствии эффекта следует уточнить диагностику и исключить ятрогенные причины неэффективности, среди которых основными являются недостаточная дозировка и (или) неадекватная продолжительность терапии.

В случае истинной неэффективности или интолерантности к первому курсу СИОЗС следует перейти к Этапу II - монотерапии кломипрамином** или другим СИОЗС (также в течение 8-12 недель). Эффективность двух методов второго этапа (переход на другой СИОЗС или на кломипрамин**) сопоставима - в обоих случаях терапевтический эффект наступает у 30-40% больных. Эффективность перехода на другие антидепрессанты требует дальнейшего уточнения. В случае кломипрамина** для усиления терапевтического эффекта допустимо внутривенное введение в течение 10-14 дней (в стационарных условиях с мониторингом сердечно-сосудистых функций) с последующим переходом на пероральный прием. При достижении эффекта переходят к длительному (предпочтительно 1-2 года) периоду монотерапии тем же антидепрессантом в прежних или чуть меньших дозах (для кломипрамина** поддерживающая доза может быть значительно ниже лечебной).

При неэффективности описанных методов переходят к адъювантной терапии в течение 8-12 недель (этапы III - V). В настоящее время наиболее эффективными признаны комбинация СИОЗС с антипсихотическими средствами. При использовании таких комбинаций необходим тщательный мониторинг соматического и психического состояния пациента (предпочтительно каждую неделю). Предпочтительными являются #арипипразол, #рисперидон** и, в меньшей степени, #кветиапин**, #амисульприд, #оланзапин**, и #палиперидон** в средних терапевтических дозах (см. схему). Возможно присоединение #галоперидола** в небольших дозах (до 5 мг/сут).

Альтернативные методы адъювантной терапии, используемые на Этапе IV, могут включать противоэпилептические препараты (#габапентин, #ламотриджин, #топирамат**, а также #мемантин**, #ацетилцистеин**, #миртазапин и #ондансетрон**.

Экспериментальные методы адъювантной терапии, используемые на Этапе V, могут включать неиспользованные ранее опции.

В случае достижения терапевтического эффекта переходят к длительной (1-2 года) терапии прежним ИОЗС с постепенной отменой адъювантного средства или длительной комбинированной терапии СИОЗС с антипсихотическими средствами.

При неэффективности мероприятий на любом этапе нужно повторно оценить правильность диагностики, проверить комплаентность, исключить коморбидные психические расстройства и сопутствующие заболевания, которые могут препятствовать терапевтическому эффекту (например, злоупотребление психоактивными веществами, расстройство личности и др.).

При отсутствии положительной информации переходят к следующим этапам, которые включают неинвазивные нелекарственные методы терапии (цТМС, глубокую ТМС), а также ГСМ. Среди всех вариантов цТМС наибольшей эффективностью обладает правосторонняя префронтальная цТМС над дополнительной моторной областью. Недостатком ГСМ является инвазивность и побочные эффекты, характерные для нейрохирургического вмешательства. В настоящее время другие нелекарственные и нейрохирургические методы являются экспериментальными и показаны только в случаях стойкой резистентности с выраженным дистрессом и инвалидизацией. ЭСТ может использоваться также при наличии суицидальных мыслей и выраженной коморбидной депрессии. Если нелекарственный метод оказался эффективным, следует перейти к длительной монотерапии СИОЗС.

Психотерапию следует рассматривать как монотерапию первой линии у фармакологически интактных пациентов с легким или умеренным уровнем дистресса или дезадаптации, у пациентов без тяжелой сопутствующей психиатрической патологии, а также у пациентов, которые по разным причинам предпочитают отложить ПФТ или отказываются от ПФТ. Психотерапию можно рассматривать как дополнительный (адъювантный к ПФТ) метод на любом этапе лечения при любой выраженности симптомов ОКР.